

GE_GERICHTE A/815/2013 vom 27. März 2014

GE Cour de justice, 2014-03-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_815_2013

FR: GE_GERICHTE A/815/2013 du 27 mars 2014

IT: GE_GERICHTE A/815/2013 del 27 marzo 2014

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 27.03.2014
A/815/2013

A/815/2013 ATAS/440/2014 du 27.03.2014 (LAA), ADMIS/RENVOI En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/815/2013
ATAS/440/2014 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 27 mars
2014 3 ème Chambre En la cause Madame O _____, domiciliée au GRAND-LANCY,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MAUGUE Eric recourante contre
Bâloise assurance SA, sise Aeschengraben 21, BALE, comparant avec élection de domicile
en l'étude de Maître GROSJEAN Christian intimée EN FAIT 1. Madame
O _____ (ci-après l'assurée), née en 1979, a été engagée le 1 er octobre 2003 en
qualité de serveuse-vendeuse dans une boulangerie pour le compte de la société
X _____ SA. À ce titre, elle était assurée contre le risque d'accident par la Bâloise
assurance SA (ci-après l'assureur-accidents).! [endif]>! [if> 2. Le 15 avril 2004, alors
qu'elle sortait du travail, l'assurée a glissé et chuté en avant, se réceptionnant au sol avec
ses deux mains. Le lendemain, elle a consulté les urgences des Hôpitaux universitaires de
Genève (HUG) en raison d'une bosse sur son épaule droite. Les suites du cas ont été prises
en charge par l'assureur-accident.! [endif]>! [if> 3. Le 30 novembre 2005, l'assurée a
déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité
(ci-après OAI).! [endif]>! [if> 4. Par décision du 3 février 2006, confirmée sur
opposition le 7 juillet 2006, l'assureur-accidents a mis un terme au versement de ses
prestations avec effet au 30 septembre 2005, date au-delà de laquelle il a considéré qu'il n'y
avait plus de lien de causalité entre les troubles de l'assurée et l'événement du 16 avril
2004.! [endif]>! [if> D'un point de vue médical, l'assureur s'est principalement fondé sur
une expertise réalisée le 10 janvier 2006 par le Dr A _____, spécialiste FMH en
chirurgie orthopédique. 5. Saisi d'un recours de l'assurée, le Tribunal cantonal des
assurances sociales (TCAS) l'a admis en date du 18 octobre 2007 (ATAS/1136/2007).
! [endif]>! [if> Le TCAS a considéré que l'atteinte à l'épaule gauche de l'assurée (luxation
antéro-interne récidivante) correspondait à la notion de déboîtement d'une articulation,
lésion assimilée à un accident résultant d'un facteur extérieur (chute sur glissade). Estimant
par ailleurs que l'on ne pouvait, comme le Dr A _____, se fonder sur la vraisemblance
prépondérante pour admettre le retour à un statu quo sine, le TCAS a jugé que c'était à tort
que l'assureur-accidents avait nié l'existence d'un lien de causalité dès le 1 er octobre 2005.
6. Le 30 novembre 2011, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il
ressortait qu'il se proposait de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité dès
l'échéance du délai de carence, c'est-à-dire dès le 16 avril 2005, vu son incapacité de travail
totale. ! [endif]>! [if> Cette rente serait supprimée le 31 août 2007 - compte tenu d'une
amélioration de l'état de santé de l'intéressée s'étant traduite par une capacité de travail de
70% dans une activité adaptée dès le 19 mai 2007 - puis rétablie à compter du 1 er avril

2009 – suite à une aggravation de l'état de santé coïncidant avec une troisième intervention à l'épaule gauche, le 17 avril 2009. 7. Par courrier du 17 avril 2008, l'assureur-accident a fait part à l'assurée de son intention de rouvrir l'instruction de son dossier et de mettre sur pied une expertise qu'il confierait soit au Dr B _____, soit au Dr C _____, tous deux spécialistes FMH en chirurgie orthopédique. Une liste des questions qui seraient soumises à l'expert était jointe à ce pli pour détermination. 8. Par courrier du 2 mai 2008, l'assurée a opté pour le Dr C _____, en précisant qu'elle était d'accord avec le libellé des questions. 9. Le Dr C _____ a rendu son rapport d'expertise le 26 janvier 2009. Après avoir entendu et examiné l'assurée le 15 décembre 2008, recueilli ses plaintes et retracé son anamnèse, l'expert a conclu à : - une dysplasie gléno-humérale droite ; - une ancienne contusion de l'épaule droite ; - une laxité antérieure de l'épaule gauche ; - une opération de stabilisation de l'épaule gauche (novembre 2006) ; - un syndrome douloureux résiduel de l'épaule gauche. Quant au lien de causalité naturelle entre l'accident du 16 avril 2004 et les atteintes à la santé, l'expert a estimé que, pour l'épaule droite, le statu quo ante avait été atteint. S'agissant de l'épaule gauche, il a relevé que la question avait été tranchée par le TCAS dans son arrêt du 18 octobre 2007 ; une nouvelle appréciation médicale ne lui paraissait pas nécessaire à cet égard. Il a cependant ajouté que l'état de l'épaule gauche était pour le moins partiellement en relation de causalité probable avec l'accident du 16 avril 2004 et qu'il n'y avait aucune évidence de la présence d'un état antérieur à l'accident au niveau de cette épaule, d'où l'impossibilité de se prononcer sur une éventuelle décompensation d'un état antérieur par l'événement du 16 avril 2004. S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, l'expert l'a jugée nulle dans l'activité habituelle (serveuse-vendeuse) et a précisé que, dans une activité adaptée, la reprise du travail serait conditionnée au résultat du traitement de l'épaule gauche – nouvelle intervention par arthroscopie – et au succès des mesures de reconversion professionnelles. 10. Le 17 avril 2009 et 18 mai 2010, l'assurée a subi deux nouvelles interventions de l'épaule gauche réalisées par le Prof. D _____. 11. Suite à ces nouvelles opérations, l'assureur a sollicité un complément d'expertise du Dr C _____. 12. Celui-ci s'est exécuté le 27 mars 2011 et a conclu à : - une probable ancienne subluxation de l'épaule ; - une ancienne réparation d'une laxité antérieure de l'épaule gauche (2x) ; - d'anciennes arthroscopies de l'épaule gauche (2x) avec acromioplastie (1x) ; - une ancienne réparation du tendon sus-épineux à gauche ; - une ancienne contusion de l'épaule droite (guérison sans séquelles). Il a également complété les éléments anamnestiques en faisant état de l'apparition, en novembre 2010, d'une hernie discale C5-C6 au niveau de la colonne cervicale. Il a toutefois précisé que cette atteinte était sans lien avec l'accident du 16 avril 2004. Mentionnant également des lombalgies dont la présence remonterait à la date de l'accident, l'expert a précisé que les conséquences de celui-ci au niveau lombaire étaient « éteintes » depuis longtemps. Pour le surplus, l'expert a relevé que pas moins de cinq interventions chirurgicales avaient été nécessaires pour traiter ce qui était probablement une laxité post-traumatique de l'épaule gauche. Il a ajouté qu'après l'intervention du 18 mai 2010, la mobilité de l'épaule en question était restée réduite, avec un manque de force et une symptomatologie douloureuse persistante. Selon lui, cette situation représentait les séquelles actuelles de l'accident et l'épaule gauche ne présentait pas d'état antérieur à l'événement. Tout en rappelant que l'activité habituelle ne pouvait plus être exercée,

l'expert a considéré qu'au vu des limitations en lien avec l'accident du 16 avril 2007 – diminution de la mobilité et de la force au niveau du membre supérieur gauche et syndrome douloureux de l'épaule gauche – l'assurée pouvait exercer une activité adaptée, c'est-à-dire ne demandant pas de mobilisation importante de l'épaule gauche, étant précisé que le membre supérieur droit ne pouvait suppléer au manque de mobilité et de force du membre supérieur gauche. À la lumière de ces éléments, l'expert a conclu qu'il y avait soit réduction de rendement de 20% sur un taux d'occupation de 100%, soit réduction du temps de travail de 20%. L'expert a encore précisé que l'assurée pouvait exercer une activité de bureau (réceptionniste par exemple). Il a relevé qu'une évaluation faite à la demande de l'OAI concluait dans le même sens, alors qu'un stage en entreprise avait eu des effets qualifiés de délétères (on avait demandé à l'assurée de faire du rangement de dossiers en hauteur). Invité à livrer son pronostic concernant les effets d'un traitement médical susceptible d'améliorer l'état de santé et la capacité de travail de l'assurée, l'expert a mentionné que le traitement – physiothérapie et antalgiques – avait pour but d'empêcher une dégradation. Il a ajouté qu'il lui paraissait possible qu'une amélioration très discrète se produisît à l'avenir, laquelle, à défaut d'augmenter la capacité de travail, permettrait de la maintenir, à condition de continuer le traitement. Enfin, l'expert a conclu à une atteinte à l'intégrité de 20% (importante réduction de la mobilité de l'épaule gauche, syndrome douloureux ; tables 1.2 et 5.2) au niveau de l'épaule gauche. 13. Dans un rapport du 23 juin 2011, le Prof. D_____ a mentionné que les lésions subies en relation avec l'accident du 16 avril 2004 consistaient en une déchirure de la coiffe des rotateurs doublée d'une instabilité de l'épaule gauche. Il a estimé que l'accident n'avait pas, en principe, décompensé un état antérieur et que des facteurs autres que l'événement assuré n'avaient pas joué de rôle. Le Prof. D_____ a également émis l'avis qu'après le 16 avril 2004, l'incapacité de travail de l'assurée avait été totale dans son activité habituelle, comme dans une activité adaptée. Quant à l'évolution prévisible de l'état de santé de l'intéressée, il a indiqué qu'il lui était encore impossible de se prononcer, mais un changement lui paraissait fort peu probable. Il a par ailleurs évalué l'atteinte à l'intégrité à 30%, plus en accord, selon lui, avec les troubles et les plaintes de l'assurée que le taux de 20% retenu par le Dr C_____. 14. Dans un rapport du 20 juillet 2011, le Dr E_____, médecin généraliste traitant, a indiqué pour sa part que l'instabilité de l'épaule gauche s'était chronicisée et aggravée au fil des opérations. Aussi le Dr E_____ a-t-il retenu les diagnostics suivants pour les lésions subies en relation avec l'accident du 16 avril 2004 : - status post contusion de l'épaule droite en avril 2004 ; - status post entorse acromio-claviculaire stade III épaule gauche ; - status post luxation récidivante de l'épaule gauche avec laxité persistante (malgré 5 opérations) ; - hernie discale cervicale C5-C6 droite ; - diagnostics opératoires : • arthroscopie diagnostique de l'épaule gauche en janvier 2005 (Dr F_____, HUG) • plicature de neer, épaule gauche le 29.03.2005 (Prof. D_____, HUG) • neer cruciate repair, épaule gauche le 02.11.2006 (Prof. D_____, HUG) • acromioplastie antérieure gauche bis avec réparation-excision du sus-épineux gauche (sur rupture intra-tendineuse du sus-épineux gauche et biceps cicatriciel dans la gouttière gauche) le 18.05.2010 (Prof. D_____, HUG) • cure de hernie discale cervicale droit C5-C6 (mars 2011) - trouble de l'adaptation, réaction anxieuse mixte et dépressive (F43.22) ; - trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes somatiques (à confirmer par un psychiatre). Quant à savoir si

l'accident d'avril 2004 avait décompensé un état antérieur, le médecin a émis l'avis que l'hypothétique diagnostic du Dr C _____ (« probable ancienne subluxation de l'épaule gauche ») était sans fondement, l'assurée ne s'étant jamais plainte de son épaule gauche avant l'événement. Le Dr E _____ a ajouté qu'au vu des plaintes de l'assurée, le statu quo ante/ sine n'était toujours pas atteint. Il a précisé qu'il existait des lésions conséquentes liées à l'accident initial, tout d'abord directement liées à l'épaule gauche traumatisée et ensuite un « lien de causalité adéquat » entre la lésion accidentelle initiale (épaule gauche), les opérations chirurgicales qui n'ont fait que chroniciser le trouble accidentel, et les douleurs cervicales apparues moins de deux mois après la dernière opération orthopédique réalisée par le prof. D _____. S'agissant du rôle joué par d'éventuels facteurs étrangers à l'accident, le Dr E _____ a mentionné qu'il existait clairement des répercussions psychologiques majeures consécutives à l'accident, potentialisées par les échecs thérapeutiques chirurgicaux, ajoutant qu'on pouvait admettre que si une guérison de la laxité de l'épaule gauche avait été atteinte grâce à la chirurgie, la patiente n'aurait très probablement pas souffert d'un état dépressif sévère, étant précisé qu'avant l'accident, elle ne présentait pas d'anxiété particulière, outre le stress lié à une activité professionnelle intense. Le Dr E _____ a ainsi estimé qu'on ne pouvait considérer que des facteurs étrangers à l'accident avaient joué un rôle défavorable quant à l'évolution de la maladie. En revanche, les actes chirurgicaux à répétition avaient, eux, contribué à la chronicisation des symptômes et donc à la persistance des troubles. Considérant que l'incapacité de travail de l'assurée restait totale dans son activité habituelle, le Dr E _____ s'est dit d'accord avec les évaluations de l'OAI et du Dr C _____, s'agissant du caractère envisageable d'une activité de bureau avec d'importantes limitations fonctionnelles. Il a toutefois précisé que cette exigibilité ne serait pas immédiate, vu les douleurs intenses consécutives à la dernière opération subie en mars 2011 (status post hernie discale C5-C6 droite), mais qu'elle s'appliquerait d'ici 6 à 9 mois au plus tôt. Pour le surplus, le Dr E _____ a dit partager les conclusions du Dr C _____ s'agissant de l'atteinte à l'intégrité, évaluée à 20%. 15. Ces rapports ont été transmis le 7 septembre 2011 à l'assureur-accident par l'assurée, qui a demandé à ce que sa situation fasse l'objet d'une nouvelle appréciation après 6 à 9 mois, une fois que son état de santé se serait stabilisé. Elle a également invité l'assureur à prendre en charge les soins lui permettant de préserver sa capacité de travail et à produire au moins 5 descriptions de postes de travail (DPT) compatibles avec ses limitations fonctionnelles. Enfin, elle a soutenu qu'il convenait de fixer le taux de son atteinte à l'intégrité à 25% au moins. 16. Le Dr C _____ s'est déterminé dans un rapport du 27 septembre 2011, après avoir pris connaissance des rapports des 23 juin et 20 juillet 2011. Concernant les troubles psychiques, il a relevé que leur évaluation ne faisait pas partie de sa mission en tant que chirurgien orthopédiste, mais qu'une expertise psychiatrique – ne figurant ni au dossier de l'assureur-accidents, ni à celui de l'AI – avait été réalisée par le Dr G _____ en 2006. Il suggérait que cet aspect soit réévalué en collaboration avec l'AI. S'agissant de la hernie discale cervicale C5-C6 droite, le Dr C _____ a fait remarquer que les symptômes étaient apparus en 2010, soit 6 ans après l'accident. Il a rappelé que si l'existence d'un lien de causalité était parfois admise entre une hernie discale et un accident lorsque les symptômes apparaissaient au moment de l'accident ou peu de temps après, cela n'était manifestement pas le cas en l'espèce. Concernant le diagnostic « d'ancienne subluxation de l'épaule gauche » posé dans son rapport du 27 mars 2011, le Dr C _____ a précisé qu'il se référait non pas à l'état antérieur à l'accident, mais aux

conséquences de celui-ci. Quant au statu quo sine/ ante, le Dr C_____ a indiqué être du même avis que ses deux confrères, puisqu'une atteinte à l'intégrité était avérée. S'agissant enfin de cette dernière, le Dr C_____ a relevé que, s'agissant d'une atteinte à une seule articulation au membre supérieur, les tables de la SUVA n'atteignaient jamais une valeur de 30% « pour des situations que l'on peut rencontrer en pratique ». 17. Par courrier du 1^{er} juin 2012, l'assureur-accident a informé l'assurée de son intention de solliciter un complément d'expertise auprès du Dr C_____ afin d'évaluer l'utilité de la physiothérapie. 18. Interrogé par l'assureur-accidents, le dernier employeur de l'assurée a répondu que, sans la survenance de l'accident, le salaire de l'assurée, qui s'était élevé à 40'800 fr. en 2004, aurait été de 44'880 fr. en 2011 et 2012 (soit 3'740 fr./mois). 19. Le 31 août 2012, le Dr C_____ a rendu son complément d'expertise. Le médecin a estimé qu'il n'existait pas de modalité thérapeutique susceptible d'amener une amélioration ou une guérison. Le traitement désormais suivi par l'assurée (antalgiques) était destiné « à maintenir la situation actuelle », la physiothérapie servait à renforcer l'état musculaire et les massages étaient à visée antalgique. Le Dr C_____ a considéré que, sous réserve de vérification concernant la prescription et la facturation de Tramal®, la poursuite d'un traitement antalgique était nécessaire. Quant à la physiothérapie, qui visait non à améliorer l'état de santé de l'intéressée mais à éviter une dégradation, il n'était pas possible d'indiquer pour combien de temps elle se justifierait encore. 20. Le 9 novembre 2012, l'assureur-accidents a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de mettre un terme à la prise en charge des frais de traitement et au versement des indemnités journalières avec effet au 30 novembre 2012, d'une part, de lui reconnaître, dès le 1^{er} décembre 2012, le droit à une rente d'invalidité de 12% ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 21'360 fr., d'autre part. 21. Par courrier du 11 décembre 2012, l'assurée a contesté ce projet en critiquant le calcul du degré d'invalidité, alléguant que le revenu d'invalidé devrait être fixé en tenant compte de ses limitations fonctionnelles et du fait que seul le secteur des activités de services administratifs et de soutien (TA1 77 - 82) lui était désormais accessible. Selon elle, c'est ainsi un degré d'invalidité de 27% qui devrait lui être reconnu. L'assurée a également critiqué le taux de l'IPAI retenu, soutenant que c'est un taux de 25% qui devrait être admis (soit la valeur moyenne des taux articulés par les différents médecins s'étant prononcés). Enfin, se référant au complément d'expertise du Dr C_____ du 31 août 2012, l'assurée a exposé que même si l'assureur estimait qu'elle remplissait les conditions d'octroi d'une rente à partir du 1^{er} décembre 2012, les prestations pour soins et remboursement de frais devraient être maintenues, compte tenu de son besoin durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain. 22. Le même jour, l'assureur-accident a rendu une décision formelle au terme de laquelle, estimant qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration sensible de l'état de santé de l'assurée, il a mis un terme à sa prise en charge des frais et au versement des indemnités journalières avec effet au 30 novembre 2012. Quant au revenu que l'assurée pourrait réaliser malgré l'atteinte à sa santé, l'assureur, se fondant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2008 (ESS, TA1, niveau 4), l'a estimé à 39'307 fr. 28 pour un taux d'occupation de 80%, après réduction supplémentaire de 10% (4'116 fr. x 12 = 49'392 fr./an en 2008 pour 40h./sem. = 51'491.16 fr./an en 2008 pour 41,7h./ sem. = 52'520 fr. 98 en 2009 [évolution nominale des salaires + 2%] = 53'623.92 fr. en 2010 [+2,1%] = 54'052 fr. 91 en 2011 [+ 0,8%] = 54'593 fr. 44 en 2012 [+ 1%] à plein temps = 43'674 fr. 75 à 80%) Comparant ce

revenu à celui que l'assurée aurait obtenu sans atteinte à sa santé selon les indications fournies par son dernier employeur - soit 44'880 fr. en 2012 -, l'assureur-accidents a conclu à un degré d'invalidité de 12%. Par ailleurs, il a fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) à 21'360 fr. - soit 20% du montant du gain maximum assuré en 2004 (106'800 fr.).

23. Par courrier du 17 décembre 2012, l'assurée s'est opposée à cette décision en reprenant intégralement ses observations formulées dans sa prise de position du 11 décembre 2012. 24. Par courrier du 10 janvier 2013, l'assureur a annoncé qu'il procéderait à une reformatio in pejus de la décision attaquée et nierait le droit de l'assurée à une rente si l'opposition à la décision du 11 décembre 2012 était maintenue. En effet, il avait constaté que, puisque le Dr C_____ avait conclu à une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 20% dans une activité de bureau, la réduction supplémentaire de 10% qu'il avait appliquée dans sa décision n'avait pas lieu d'être. Le revenu d'invalidité aurait donc dû être fixé à 43'674 fr. selon l'ESS 2008, voire à 42'337 fr. selon l'ESS 2010 (TA 1, niveau 4, valeur médiane dans les deux cas). 25. Par courrier du 30 janvier 2013, l'assurée a déclaré maintenir son opposition. 26. Statuant sur opposition le 6 février 2013, l'assureur a modifié son calcul d'invalidité en ce sens qu'il a procédé à la comparaison des revenus avec et sans invalidité en se référant à l'année 2011 et en supprimant la réduction de 10% supplémentaire précédemment accordée. Sur quoi, constatant que le degré d'invalidité était insuffisant pour ouvrir droit à une rente, il a considéré que l'assurée n'avait pas non plus droit à des prestations pour soins et au remboursement de ses frais. Pour le surplus, il a confirmé sa décision du 11 décembre 2012. 27. Par acte du 7 mars 2013, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision du 6 février 2013 et à ce que lui soit reconnu le droit à une rente d'invalidité de 28%, à la prise en charge de ses traitements médicaux (médication antalgique et physiothérapie) et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique de 30%. La recourante soutient qu'une réduction de rendement de 20% n'exclut nullement la prise en compte d'un abattement supplémentaire de 10%, lequel est justifié dans son cas, par les limitations liées à son handicap. S'agissant du revenu d'invalidité, la recourante fait valoir qu'il n'y a aucune raison de prendre pour référence un montant de 54'052 fr. dont elle relève qu'il est 20% plus élevé que le revenu sans invalidité. Elle allègue le principe du parallélisme doit s'appliquer et que c'est donc un revenu d'invalidité correspondant à son dernier revenu de valide qu'il y a lieu de prendre en considération. Elle en tire la conclusion que c'est un degré d'invalidité de 28% qui doit lui être reconnu, ajoutant que l'on parvient à un résultat similaire en se fondant sur le secteur approprié de l'ESS 2010, soit celui des services administratifs et de soutien (TA1 77 - 82). Pour le surplus, la recourante reprend l'argumentation développée dans ses courriers des 11 et 17 décembre 2012 au sujet de la prise en charge du traitement antalgique et physiothérapeutique par l'intimée. S'agissant de l'IPAI, elle observe que les tables SUVA 1.2 et 5.2 auxquelles le Dr C_____ se réfère font état respectivement d'un taux de 30% pour une épaule bloquée en adduction et de 25% pour une résection ou une arthrodeèse. Partant, elle soutient que le taux de 20% est insuffisant et que l'IPAI doit être fixée à 30%. 28. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 30 avril 2013, a conclu au rejet du recours. S'agissant du revenu d'invalidité, l'intimée soutient que la recourante n'apporte aucun argument permettant de déroger à la jurisprudence selon laquelle il a lieu de se référer à la valeur médiane pour le serveur privé (TA 1), en fonction du sexe et pour l'ensemble des branches économiques. De son point de vue, le revenu

d'invalidité s'établit à 43'048 fr. 30 (4'225 fr. x 12 [salaire mensuel standardisé selon ESS 2010, TA 1, valeur centrale, femme] = 50'700 fr. en 2010 = 52'854 fr. 75 en 2010 pour un horaire de 41,7 h./sem. = 53'277 fr. 58 en 2011 [évolution nominale des salaires 2011 à raison de 0,8%] = 53'810 fr. 36 en 2012 [+1%] - 20%). Elle en tire la conclusion que le degré d'invalidité s'élève à 4,08 % selon la formule habituelle [(44'880 fr. - 43'048 fr. 30) x 100 / 44'880 fr. = 4,08%] et qu'une réduction supplémentaire n'a pas lieu d'être car elle reviendrait à prendre en compte deux fois les mêmes facteurs de diminution statistiques, lesquels, en l'espèce, se résument au seul handicap. L'intimée ajoute que, dans ces conditions, la recourante n'a pas non plus droit à la prise en charge de son traitement antalgique et physiothérapeutique. S'agissant enfin de l'IPAI, l'intimée estime que la recourante ne fournit aucun élément probant permettant de s'écarter des conclusions du Dr C_____.

29. Le 5 juillet 2013, la recourante a répliqué en alléguant que son activité de serveuse-vendeuse en boulangerie lui rapportait un revenu largement inférieur à la moyenne. Selon elle, le revenu après invalidité devrait être augmenté de 20% car, en dépit de ses limitations fonctionnelles, elle pourrait gagner bien plus en faisant l'effort que l'on peut raisonnablement exiger d'elle. Elle reproche à l'intimée d'avoir opté pour une « invalidité qualifiante », laquelle a déjà été combattue par la jurisprudence. Elle allègue n'avoir jamais consenti librement à réaliser un revenu plus modeste que celui qu'elle pouvait raisonnablement prétendre. Elle en veut pour preuve, conformément à ce qu'a retenu le rapport de la division de réadaptation professionnelle de l'OAI du 6 novembre 2007 (pièce 1 recourante) : son absence de formation professionnelle, son expérience professionnelle limitée (caissière au Portugal, jeune fille au pair en Suisse, vendeuse en boulangerie), ses connaissances linguistiques limitées (français appris « sur le tas » à son arrivée en Suisse en 1998), son niveau scolaire (qui ne dépasse pas l'école obligatoire au Portugal) et son permis d'établissement (permis C depuis le 1^{er} avril 2008).

30. Le 4 septembre 2013, l'intimée a dupliqué en persistant dans ses conclusions. L'intimée soutient que, sans l'accident survenu en avril 2004, l'assurée aurait certainement continué à exercer son activité antérieure et touché un revenu de 44'880 fr. en 2012, lequel correspond au salaire usuel de la branche, selon la convention collective de travail applicable.

31. Par courrier du 30 septembre 2013, la recourante a également persisté dans ses conclusions.

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; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, 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).

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

4. Le litige porte, d'une part, sur le degré d'invalidité de la recourante - en particulier son droit à une rente et à des prestations pour

soins et remboursement de frais, d'autre part, sur celui de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui doit lui être accordée. 5. En premier lieu, il y a lieu d'examiner si la recourante peut prétendre une rente d'invalidité. a) 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). 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, ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). b) Conformément à l'art. 18 al. 1 er LAA, 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. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGa et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGa). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1 er janvier 2008). Il y a encore lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1). 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 158 consid. 1b; ATF non publié du 13 octobre 2004, U 345/03, consid. 3.2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 125 V 351 consid. 3a). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après : TFA) a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsque, 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 permette de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2). 7. En l'espèce, l'intimée, se fondant sur le rapport d'expertise du Dr C_____ et ses compléments, a retenu qu'il convenait de tenir compte soit d'une réduction de rendement de 20% sur un taux d'occupation de 100%, soit d'une réduction du temps de travail de 20%. Fondée sur l'ensemble du dossier, retraçant une anamnèse fouillée et tenant compte des plaintes de la recourante, cette expertise comporte un status objectif détaillé et nuancé, ainsi que des conclusions convaincantes s'agissant des réductions évoquées. Elle doit ainsi se voir reconnaître pleine valeur probante. Dans un rapport du 23 juin 2011, le Prof. D_____ indique certes qu'une « invalidité à 30% » serait plus en accord avec les troubles et les plaintes de la patiente. Toutefois, cette appréciation n'est pas de nature à remettre en cause l'expertise. Premièrement, le Prof. D_____ semble confondre les notions d'invalidité et d'incapacité de travail. Deuxièmement, le caractère succinct et sommairement motivé de sa remarque ne met pas en lumière d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par le Dr C_____. Quant au Dr E_____, il mentionne certes dans son rapport du 20 juillet 2011 qu'il existe des répercussions psychologiques majeures consécutives à l'accident de 2004, toutefois, la portée de son appréciation est réduite à double titre. D'une part, ce médecin généraliste indique que le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, reste à confirmer par un psychiatre. D'autre part, cette affection, qu'il y a donc lieu de prendre au conditionnel, ne se traduit pas par une appréciation divergente de la capacité de travail dans une activité adaptée. En effet, le Dr E_____ affirme partager les évaluations de l'OAI et du Dr C_____ s'agissant du

caractère envisageable d'une activité de bureau avec d'importantes limitations fonctionnelles. La seule divergence concerne le début de l'exigibilité d'une telle activité. Le Dr E_____ le situe dans un intervalle de 6 à 9 mois au plus tôt, en raison des douleurs intenses consécutives à l'opération de mars 2011 (cure de hernie discale cervicale droite C5-C6). Or, le Dr C_____ a exposé de manière convaincante dans son complément d'expertise du 27 septembre 2011 qu'il n'existait pas de lien de causalité entre ladite hernie et l'accident du 15 avril 2004. Partant, le rapport du Dr E_____ ne suffit pas à jeter le doute sur les conclusions de l'expert. 8.

a) La recourante soutient que son revenu sans invalidité, qui se serait élevé à 44'880 fr. en 2011 et 2012 (cf. art. 20.2 de l'Arrêté du 25 janvier 2012 étendant - selon l'article 1a de la loi fédérale du 28 septembre 1956 permettant d'étendre le champ d'application de la convention collective de travail [LECCT ; RS 221.215.311] - le champ d'application de la convention collective de travail cadre (CCT cadre) conclue à Genève le 31 octobre 2011 ; RS J 1 50.40), est nettement inférieur à la moyenne et que rien n'indique qu'elle se serait satisfaite d'un revenu plus modeste que la moyenne à laquelle elle pouvait prétendre. Pour sa part, l'intimée est d'avis que le revenu sans invalidité, outre qu'il n'est pas inférieur au salaire statistique usuel dans la branche du commerce de détail, n'est aucunement influencé par des facteurs étrangers à l'invalidité. Selon elle, sans l'accident survenu le 15 avril 2004, la recourante aurait certainement continué à exercer une activité professionnelle dans le commerce de détail et, de ce fait, continué à recevoir une rémunération conforme à la CCT cadre. b/aa) 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). Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174). b/bb) 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, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des statistiques salariales telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; 126 V 75 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). Lorsque l'assuré est apte à travailler à plein temps, mais avec un rendement diminué, cette diminution de rendement est prise en compte dans la fixation de l'incapacité de travail. En principe, il n'y a pas lieu d'opérer en plus un abattement lié au handicap. En revanche, un abattement à raison d'autres circonstances (âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) est admissible dans la limite maximale de 25% (voir en matière d'assurance-accidents : ATF non publié 8C_585/2011 du 5 avril 2012 consid. 3 et les références citées), car il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de

travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb p. 323 ; ATF non publié 9C_289/2012 du 15 octobre 2012, consid.). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). b/cc) 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 (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 , consid. 4.3.1). c) La preuve de l'existence de circonstances qui justifieraient de s'écarter, en sa faveur ou en sa défaveur, du revenu effectivement réalisé par l'assuré est soumise à des exigences sévères, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité (ATFA non publié I 290/04 du 28 décembre 2004 et les références). Lorsqu'un assuré réalise un revenu nettement inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité (par exemple : formation scolaire insuffisante, absence de formation professionnelle, manque de connaissances linguistiques, possibilités limitées de trouver un emploi en raison du statut de saisonnier) et qu'il n'existe pas d'élément permettant d'affirmer qu'il souhaite librement s'en contenter, il convient d'abord d'effectuer une mise en parallèle des deux revenus à comparer, soit en révisant à la hausse le revenu sans atteinte à la santé – par l'augmentation de celui-ci ou par le recours à des données statistiques – soit en revoyant à la baisse le revenu d'invalide par une diminution correspondante des données statistiques (ATF 134 V consid. 4.1). Le Tribunal fédéral précise que ce n'est que par la mise en parallèle des revenus qu'il est possible de garantir que des écarts salariaux imputables à des circonstances étrangères à l'invalidité soient pris en considération. Cette méthode implique de prendre en compte ou non lesdites circonstances, pourvu que cela touche de manière égale les revenus avec et sans invalidité (ATF 129 V 222 , consid. 4.4). Dans les arrêts consécutifs consacrés à cette thématique, le Tribunal fédéral a mis l'accent sur la variante consistant à réviser à la hausse le revenu sans invalidité au moyen de statistiques. Il a toutefois précisé que le revenu (sans invalidité) effectivement réalisé par l'assuré devait être nettement inférieur à la moyenne, c'est-à-dire inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel dans la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2 ; ATF non publié 8C_557/2012 du 25 juin 2013, consid. 4.2). Dans le dernier arrêt cité, qui concernait un aide-monteur en constructions métalliques, victime d'un accident en 2008, le Tribunal fédéral a constaté que l'assuré aurait réalisé, selon les indications de l'employeur, un salaire de 58'500 fr. (4'500 fr. x 13) en 2010, année au cours de laquelle la rente avait pris naissance. Prenant pour référence le revenu réalisé en 2010 par les hommes pour une activité simple et répétitive dans le domaine particulier de la construction (66'268 fr. compte tenu d'un salaire mensuel de 5'310 fr. [ESS 2010, tableau TA1, ch. 41-43] alloué 12 fois l'an et d'un horaire de 41,6 h./sem.), la Haute Cour a considéré que ce revenu statistique dépassait de plus de 5% le salaire qu'aurait réalisé l'assuré. Elle a ajouté que, dans la mesure où il n'y avait pas de raison de penser que l'intéressé désirait s'en contenter délibérément (ATF 134 V 322 consid. 4.1), il convenait de paralléliser les revenus à comparer jusqu'à concurrence de la part excédant le taux minimal déterminant de 5%, ce qui donnait en l'occurrence un revenu sans invalidité de 62'954 fr. (= 66'268 fr. sous déduction de 5% de ce montant). 9. a/aa) Selon l'ATF non publié 8C_557/2012 précité, la mise en œuvre du parallélisme des revenus suppose que le revenu (avant invalidité) effectivement réalisé par un assuré soit inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel

de la branche, étant précisé que le Tribunal fédéral a opté pour une détermination dudit salaire statistique au moyen de l'ESS publiée par l'Office fédéral de la statistique.!

[endif]>![if> Selon cette dernière source (ESS 2010), le revenu réalisé en 2010 par les femmes dans le domaine du commerce de détail pour une activité simple et répétitive était de 49'968 fr. par année, compte tenu d'un salaire mensuel de 4'164 fr. alloué 12 fois l'an (TA 1, ch. 47). En tenant compte d'un horaire usuel de 41,9 h./sem. en 2012 (cf. la Vie économique 1/2-2014, table B 9.2 p. 94), d'une évolution des salaires nominaux de 1% par rapport à l'année précédente, en 2011 comme en 2012 (cf. T39, évolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2012), cela correspond à un revenu annuel de 53'393 fr. 55 (4'164 fr. x 12 = 49'968 fr. en 2010 pour 40 h./sem. = 52'341 fr. 48 en 2010 pour un horaire de 41,9 h./sem. = 52'864 fr. 90 en 2011 [évolution nominale des salaires 2011 à raison de 1%] = 53'393 fr. 55 en 2012 [évolution nominale des salaires 2012 à raison de 1%]). Force est de constater que ce revenu dépasse de plus de 5% le salaire qu'aurait réalisé la recourante dans son dernier emploi en 2012.

a/bb) Étant donné que la recourante n'a pas de formation professionnelle, une expérience professionnelle limitée, des connaissances linguistiques qui le sont pas moins et un niveau scolaire ne dépassant pas le stade de l'école obligatoire, il y a lieu de considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 134 V 322 consid. 4.3), que c'est pour des raisons étrangères à l'invalidité que la recourante réalisait un revenu nettement inférieur à la moyenne et qu'elle ne s'en contentait pas délibérément. Conformément à la jurisprudence, il convient encore de paralléliser les revenus à comparer à concurrence de la part qui excède le taux minimal déterminant de 5% (ATF 135 V 297 consid. 6.1.3 ; ATF non publié 8C_557/2012 précité, consid. 4.2), ce qui donne en l'occurrence un revenu avant invalidité de 50'723 fr. 90 (53'393 fr. 55 sous déduction de 5% de ce montant).

b) S'agissant du revenu d'invalidité, les calculs de l'intimée figurant dans la décision querellée sont conformes aux requisits jurisprudentiels et ne prêtent donc pas le flanc à la critique, à ceci près qu'il convient de prendre en considération, non pas les statistiques salariales 2008, mais celles de 2010. L'intimée a du reste procédé à ce correctif dans sa réponse du 30 avril 2013. Il reste toutefois à déterminer si, outre la diminution de rendement de 20%, non contestée par les parties, une réduction supplémentaire se justifie. Dans sa décision du 11 décembre 2012, l'intimée a opéré une réduction de 10% « pour handicap » avant de se raviser dans la décision querellée, motif pris que cela équivaldrait à une double déduction fondée sur le même critère. La recourante soutient pour sa part qu'il est justifié de prendre en compte un abattement supplémentaire de 10% pour tenir compte des limitations liées à son handicap. Selon le Tribunal fédéral, des facteurs étrangers à l'invalidité déjà pris en considération lors de la mise en œuvre du parallélisme des revenus à comparer ne peuvent être pris en compte une seconde fois lors de la déduction pour circonstances personnelles et professionnelles (ATF non publié 8C_557/2012 du 25 juin 2013, consid. 4.3 et les références citées). Au regard de ces principes, le handicap de la recourante ne saurait intervenir derechef dans le cadre d'une réduction du revenu statistique fondée sur les circonstances personnelles et professionnelles. Force est par ailleurs de constater que d'autres facteurs de nature à entraîner un salaire inférieur à la moyenne (absence de formation professionnelle, expérience professionnelle limitée, faible niveau scolaire, français rudimentaire) ont déjà été pris en compte dans la parallélisation du revenu sans invalidité (cf. consid. 9a/bb supra). Il ressort de ce qui précède qu'une réduction supplémentaire sur le revenu sans invalidité ne se justifie pas, de sorte que celui-ci s'établit à 43'340 fr. 60, compte tenu d'une seule et unique réduction de 20% correspondant à la

baisse de rendement induite par les limitations (50'700 fr. [ESS 2010, TA 1, valeur centrale, femme : 4'225 fr. x 12] en 2010, pour 40 h./sem. = 53'108 fr. 25 en 2010 pour 41,9 h./sem. = 53'639 fr. 35 en 2011 [évolution nominale des salaires de 1%] = 54'175 fr. 75 en 2012 à 100% [évolution nominale des salaires de 1%]). c) Dans la mesure où sans le revenu sans invalidité se serait élevé à 53'393 fr. 55 en 2012 (50'723 fr. 90 après déduction de 5%), le taux d'invalidité s'élève à 14,55% en application de la formule habituelle : $(50'723 \text{ fr. } 90 - 43'340 \text{ fr. } 60) \times 100 / 50'723 \text{ fr. } 90$. Il convient de l'arrondir à 15%. La rente d'invalidité, qui s'élève au maximum à 80% du gain assuré (art. 20 al. 1 LAA), peut être ainsi calculée en appliquant la formule suivante (cf. SCARTAZZINI/ HURZELER, *Bundessozialversicherungsrecht*, 4^{ème} éd. 2012, p. 498) : gain annuel x 0,8 x degré d'invalidité en pourcent /100, soit $50'723 \text{ fr. } 90 \times 0,8 \times 15 / 100$. Il en résulte une rente annuelle de 6'087 fr., soit 507 fr. 25 par mois à compter du 1^{er} décembre 2012. Le recours est donc admis dans cette mesure. 10. Il convient à présent d'examiner si la recourante a droit à la prise en charge de son traitement médical au-delà du 30 novembre 2012. Selon l'art 19 al. 1 2^{ème} phrase LAA, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès le droit à la rente. A titre d'exception, l'art. 21 al. 1 LAA dispose que lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13) sont accordées à son bénéficiaire lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ou 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). Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou non au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 45 consid. 3b). En l'espèce, le Dr C _____ a indiqué dans son complément d'expertise du 31 août 2012 que, sous réserve de vérification concernant la prescription et la facturation de Tramal®, la poursuite d'un traitement antalgique et de la physiothérapie étaient nécessaires pour maintenir l'état de santé de la recourante, ou, en d'autres termes, pour éviter sa dégradation. L'intimée ne conteste d'ailleurs pas ce point. En conséquence, il lui incombe de prendre en charge les frais relatifs aux séances de physiothérapie et – dans le cadre des précisions données par l'expert – les antalgiques à partir du 1^{er} décembre 2012. Sur ce point, le recours est également admis. 11. Il reste à examiner le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle (IPAI). La recourante conteste le degré de 20% retenu par l'intimée et conclut à ce qu'il soit augmenté à 30%, voire à 25%. a) 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^{ère} 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^{ème} 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 est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances

physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité 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 (ATF non publié 8C_703/2008 du 25 septembre 2009, consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 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; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d. b) 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, 1ère 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, 2ème 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, 1ère 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; ATFA non publié 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 (FREI/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; ATF 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415; ATFA non publié U 134/03 du 12 janvier 2004, consid. 5.2). 12. Depuis le 1er janvier 2008, le montant maximum du gain assuré s'élève à 126'000 fr. par an et 346 fr. par jour (art. 22 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 [OLAA ; RS 832.202]). Entre le 1er janvier 2000 et le 31 décembre 2007, ce montant s'élevait à 106'800 fr. par an et 293 fr. par jour (art. 22 al. 1 aOLAA; RO 1998 p. 2588).!> 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). 13. a) L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a; RAMA 1988 p. 236) - 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. 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; ATF 124 V 209 consid. 4.cc; ATF 116 V 156 consid. 3). Selon l'annexe 3 à l'OLAA, une luxation récidivante de l'épaule correspond à un taux de 10% et la perte d'un bras, au niveau du coude ou au-dessus, à un taux de 50%. À teneur de la table 1 de la SUVA relative à l'indemnisation des atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, une épaule bloquée en adduction correspond à un taux de 30% ; une épaule mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale à un taux de 10% ; une épaule mobile jusqu'à l'horizontale à un taux de 15%. b) En l'espèce, le Dr C _____ retient dans son complément d'expertise du 27 mars 2011 (pièce 276 intimée, p. 15) que l'atteinte à l'intégrité peut être estimée à 20%. Se référant aux tables 1.2 et 5.2 de la SUVA, il motive son appréciation par une importante réduction de la mobilité de l'épaule gauche ainsi que la présence d'un syndrome douloureux. Pour sa part, la recourante se fonde sur l'appréciation divergente du Dr D _____ faisant état d'un pourcentage de 30% dans son rapport du 23 juin 2011 (pièce 293 intimée, p. 2). Elle ajoute que, selon l'appréciation du Dr E _____ (pièce 298 intimée, p. 2), il existe une quasi-impotence de l'épaule gauche. Ces critiques ne sont pas de nature à remettre en cause la valeur probante de l'expertise. Premièrement l'appréciation du pourcentage de l'IPAI est dûment motivée par le Dr C _____ sur la base de ses constatations médicales. Deuxièmement, le Prof. D _____, qui ne motive pas sa propre appréciation, ne met pas en lumière d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par l'expert. Enfin, la possible divergence entre les Drs C _____ et E _____ quant à la fonctionnalité résiduelle de l'épaule gauche n'a pas besoin d'être instruite plus avant. En effet, le Dr E _____ conclut, à l'instar de l'expert, que « sur la base des tables de la SUVA, une atteinte à l'intégrité de 20% environ doit être considérée, en rapport avec l'épaule gauche » (pièce 298 intimée, p. 7). Partant, la décision querellée sera confirmée en tant qu'elle fixe l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 21'360 fr., soit 20% du montant du gain maximum assuré en 2004 (106'800 fr.). 14. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'assureur pour nouvelle décision au sens des considérants qui précèdent.!

[endif]>!

[if> La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 3'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable.!

[endif]>!

[if> Au fond : 2. L'admet partiellement au sens des

considérants.![endif]>![if> 3. Annule le chiffre III, deuxième tiret, de la décision sur opposition du 6 février 2013.![endif]>![if> 4. Confirme dite décision en tant qu'elle fixe le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 21'360 fr.![endif]>![if> 5. Renvoie la cause à l'intimée pour nouvelle décision au sens des considérants pour le surplus.![endif]>![if> 6. Condamne l'intimée à payer à la recourante la somme de 3'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens. ![endif]>![if> 7. Dit que la procédure est gratuite.![endif]>![if> 8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.![endif]>![if> La greffière Marie-Catherine SECHAUD La Présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) par le greffe le

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