

200.2018.310.LAA
N° AVS
BEP/REN

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 25 janvier 2019

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
Ph. Berberat, greffier

A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

Suva, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6002 Lucerne
intimée

relatif à une décision sur opposition rendue par cette dernière le
8 mars 2018



En fait:

A.

A. _____, née en 1962, résidant en Suisse depuis 1991, mère de famille divorcée, ouvrière sans formation professionnelle certifiée, a travaillé depuis le 1^{er} novembre 2010 en tant que riveuse dans une entreprise active dans le décolletage et la micromécanique. Par déclaration d'accident-bagatelle LAA du 27 novembre 2012, son employeur a annoncé à la Suva, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, que le 16 novembre 2012, dans son salon, elle s'était fait un croche-pied et était tombée sur le côté droit sans pouvoir se retenir, subissant ainsi une contusion de l'épaule droite. Le cas a été pris en charge par la Suva, de même qu'une rechute annoncée le 27 mars 2013. Quatre opérations au niveau de l'épaule droite ont été pratiquées, dont la dernière en novembre 2016. L'assurée n'ayant plus repris son travail depuis le 24 mars 2013, le 29 juillet 2013, son employeur a résilié son contrat de travail avec effet au 31 octobre 2013.

Le 8 mai 2013, l'employeur a adressé à l'Office AI Berne un formulaire de détection précoce concernant l'assurée. Le 17 juin 2013, cette dernière a déposé auprès de l'Office AI Berne une demande de prestations (mesures professionnelles/rente) de l'assurance-invalidité (AI). L'opération de l'épaule alors planifiée a eu pour conséquence d'empêcher d'entreprendre des mesures professionnelles de réadaptation – ce qui a été communiqué à l'assurée par courrier de l'Office AI Berne du 18 juillet 2013. Par décision du 25 avril 2017, l'Office AI Berne a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, considérant qu'elle était en mesure de travailler à plein temps dans une activité adaptée à son handicap dans une mesure excluant un degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente. Cette décision fait l'objet d'un recours de droit administratif interjeté le 19 mai 2017 (voir JTA AI/2017/480 rendu le même jour que le présent jugement).

B.

Par courrier adressé le 20 octobre 2017 à l'assurée, la Suva a averti celle-ci qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 octobre 2017, dans la mesure où l'examen médical subi auprès du médecin d'arrondissement de la Suva avait révélé qu'elle n'avait plus besoin de traitement.

Par décision du 18 janvier 2018, la Suva a nié à l'assurée tout droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI), au motif qu'elle ne subissait aucune perte de capacité de gain, et ne connaissait pas d'atteinte importante à l'intégrité. Suite à l'opposition formée le 21 février 2018 contre cette décision par l'assurée, représentée par un avocat, la Suva a confirmé son prononcé initial par décision sur opposition du 8 mars 2018.

C.

Par acte du 23 avril 2018, l'assurée, toujours représentée par le même mandataire, a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision sur opposition précitée. Sous suite des frais et dépens, elle conclut à son annulation, principalement, à la poursuite du versement des indemnités journalières depuis le mois de novembre 2017, et subsidiairement, à une instruction médicale complémentaire et à ce qu'il soit statué à nouveau sur les prestations d'assurance en lien avec l'accident du 16 novembre 2012. Dans son mémoire de réponse du 12 juillet 2018, la Suva conclut au rejet du recours. Par réplique du 27 août 2018 et duplique du 6 septembre 2018, les parties ont confirmé leurs conclusions respectives. Par courrier du 11 septembre 2018, le mandataire de la recourante a encore produit un rapport médical de l'orthopédiste traitant ainsi que sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 8 mars 2018 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales. Dans son dispositif, elle rejette l'opposition dirigée contre la décision de l'intimée du 18 janvier 2018 qui niait le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à une IPAI au sens de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA, RS 832.20). Dans son considérant 1, la décision sur opposition constate cependant aussi que la décision initiale est partiellement entrée en force sur les points non contestés, à savoir, essentiellement en ce qui concerne l'IPAI (selon les références jurisprudentielles indiquées: ATF 119 V 347; RAMA 1999 p. 98). Au vu des conclusions du recours, l'objet du litige porte sur l'annulation de la décision, principalement sur la poursuite du versement (notamment) de l'indemnité journalière et, subsidiairement, sur le renvoi du dossier à l'intimée pour instruction médicale complémentaire et nouvelle décision sur les prestations revenant de par la loi à la recourante. La recourante conteste plus particulièrement le fait que l'intimée ait admis que la situation médicale s'était stabilisée et permettait de mettre fin notamment aux indemnités journalières et d'examiner le droit à la rente. A titre subsidiaire, elle s'en prend également au profil d'exigibilité dans une activité adaptée tel qu'il a été défini par le médecin d'arrondissement de la Suva. Le litige porte donc principalement sur la clôture du cas. La jurisprudence a précisé qu'en assurance-accidents, ce point, impliquant la cessation des prestations de courte durée (soins et d'indemnités journalières) et l'examen du droit à celles de longue durée (rente et IPAI), constitue un seul et même objet du litige en cas de contestation, dans la mesure où les deux aspects à examiner sont étroitement interdépendants. Dans ce contexte, c'est du reste à juste titre que l'intimée a indiqué dans son mémoire de réponse que le courrier qu'elle avait adressé le 20 octobre 2017 à la recourante ne représentait qu'une information préalable et n'avait pas valeur de décision (voir arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C_819/2017 du 25 septembre 2018 c. 4.2 et 5.1 et références citées). La question principale litigieuse, à savoir la clôture du cas, pourrait à première vue faire obstacle à une entrée en

force partielle de la fixation de l'IPAI, qui a en principe lieu lorsque le traitement médical est terminé (art. 24 al. 2 LAA; par analogie: RAMA 1999 p. 98 c. 1b s'agissant de l'absence d'entrée en force partielle en présence d'un litige relatif à des questions de causalité). Toutefois, à l'instar de la motivation de l'opposition, qui ne concernait en rien l'IPAI, celle du recours n'aborde absolument pas, même subsidiairement, ni l'entrée en force de la fixation de cette prestation, ni son évaluation. En outre, l'argumentation de la recourante, essentiellement fondée sur l'amélioration progressive de l'état de son bras droit grâce aux thérapies de la douleur instituées, qui vise une continuation des indemnités journalières, ne permet pas de déduire qu'un report de l'examen de l'IPAI, en vue d'une évaluation dans un contexte meilleur (et donc encore moins propice à l'octroi d'une IPAI), est également requis. Il ne se justifie donc pas de revenir sur l'entrée en force de chose jugée partielle relative à l'IPAI constatée par la Suva.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment légitimé, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel

et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA). Est réputé accident 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 LPGGA). L'assurance-accidents obligatoire n'alloue des prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 c. 3.1 et 3.2; SVR 2012 UV n° 2 c. 3.1).

2.2 Sur la base de l'art. 19 al. 1 LAA et d'après une jurisprudence constante, l'assureur-accidents n'est tenu de prendre à sa charge – dans la mesure où les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme – le traitement médical (et de verser des indemnités journalières) que tant et aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre de la continuation de celui-ci une sensible amélioration de l'état de la personne assurée. Si tel n'est plus le cas, il convient de clore le cas d'assurance en supprimant les prestations temporaires et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 140 V 130 c. 2.2, 137 V 199 c. 2.1). La loi ne définit pas plus précisément la notion d'amélioration sensible de l'état de santé de la personne assurée. Eu égard à la conception de l'assurance-accidents sociale centrée principalement sur les personnes exerçant une activité lucrative, on peut néanmoins en déduire qu'il s'agit de viser à l'augmentation ou au recouvrement de la capacité de travail, entravée à la suite de l'accident assuré, et que l'amélioration escomptée par la poursuite du traitement peut être évaluée par ce biais. A cet égard, l'utilisation par le législateur du terme "sensible" met en évidence que l'amélioration doit être notable. Une amélioration insignifiante ne suffit pas (ATF 134 V 109 c. 4.3). La question d'une amélioration de l'état de santé à attendre doit être examinée seulement de façon prospective et non pas sur la base de constatations rétrospectives (SVR 2010 UV n° 3 c. 8.2). En outre, on ne peut retenir la perspective d'une amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, U 244/04 c. 3.1). Si une amélioration n'est plus possible, le traitement prend fin et la personne assurée peut prétendre une rente d'invalidité, pour autant qu'elle présente une incapacité de gain de 10 pour

cent au moins. L'art. 19 al. 1 LAA délimite ainsi du point de vue temporel le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C_202/2017 du 21 février 2018 c. 3).

2.3 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). L'incapacité de gain consiste dans 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 (art. 7 al. 1 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1). Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (art. 18 al. 1 LAA). Le Conseil fédéral règle l'évaluation du degré de l'invalidité dans des cas spéciaux. Il peut à cette occasion déroger à l'art. 16 LPGA (art. 18 al. 2 LAA).

2.4 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin de documents que le médecin, et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4). Il incombe tout d'abord au médecin d'évaluer l'état de santé et, si nécessaire, de décrire son évolution dans le temps, c'est-à-dire de réunir les résultats des investigations en procédant à un examen médical selon les règles de l'art, en tenant compte des plaintes subjectives, puis de poser un diagnostic en se fondant sur ces

résultats. En cela, l'expert accomplit sa tâche spécifique, pour laquelle l'administration et les tribunaux ne sont pas compétents. Le médecin n'a en revanche pas la compétence de statuer en dernier ressort sur les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Il se contente bien plus de prendre position sur l'incapacité de travail, à savoir de procéder à une évaluation qu'il motive de son point de vue le plus substantiellement possible. En fin de compte, les données fournies par le médecin constituent un élément important pour l'appréhension juridique de la question des travaux pouvant encore être exigés de l'assuré. Au besoin, afin de déterminer la capacité économiquement exploitable, il convient de recourir, en complément du dossier médical, aux spécialistes de l'intégration et du conseil professionnels (ATF 140 V 193 c. 3.2).

2.5 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des moyens de preuve disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

Les rapports et les expertises émanant de médecins internes aux assureurs ont valeur probante, pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de façon compréhensible, soient dépourvus de contradictions et qu'il n'existe pas d'indices contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec

l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il en va de même lorsqu'un médecin est appelé de façon répétée à effectuer des expertises pour le compte d'une assurance (SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4). Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité. Eu égard à l'importance considérable qu'un tel rapport médical a en matière de droit des assurances sociales, il convient de poser des exigences sévères s'agissant de l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 c. 3b/ee).

3.

3.1 Dans la décision sur opposition contestée du 8 mars 2018, l'intimée a confirmé sa décision du 18 janvier 2018. Elle a estimé en substance que la situation médicale pouvait être considérée comme stabilisée sur le plan médical, dans la mesure où les traitements que l'assurée continuait à suivre (physiothérapie, traitements contre la douleur) n'étaient pas de nature à améliorer l'état de santé. A ses yeux, cela justifiait qu'un terme avait été mis à la prise en charge des soins médicaux et au versement des indemnités journalières, par communication du 20 octobre 2017, afin de passer à l'examen du droit à d'autres prestations (rente et IPAI). Pour nier le droit à une rente d'invalidité, l'intimée a essentiellement fondé sa décision du 18 janvier 2018 et sa décision sur opposition du 8 mars 2018 sur le rapport de son médecin d'arrondissement du 14 août 2017.

3.2 La recourante conteste pour sa part la constatation de l'intimée selon laquelle son état de santé devait être considéré comme stabilisé à partir du 31 octobre 2017. Elle fait valoir qu'en se basant uniquement sur le rapport d'examen de son médecin d'arrondissement du 14 août 2017, l'intimée a omis de prendre en compte les développements survenus après cette date, notamment en récoltant les avis de ses médecins traitants. Elle invoque, certificats médicaux à l'appui, qu'elle a effectivement continué à être traitée après le 31 octobre 2017 par ces derniers, notamment en raison d'une augmentation des douleurs chroniques et persistantes à l'épaule, et qu'elle a en particulier subi une infiltration le 5 décembre 2017, à la suite de laquelle elle a été déclarée en incapacité totale de travail afin

de garantir l'efficacité du traitement. La recourante allègue en tout état de cause que le profil de l'activité exigible établi le 14 août 2017 par le médecin d'arrondissement de la Suva est dépassé et ne prend pas en compte les développements survenus ultérieurement, puisque si les amplitudes articulaires au niveau de l'épaule sont certes satisfaisantes, il en va autrement des douleurs chroniques et persistantes dont elle souffre, qui bien qu'en légère amélioration grâce au traitement suivi, ne sont, de son avis, pas suffisamment prises en considération alors qu'elles exercent précisément une influence directe et prépondérante sur sa capacité de travail.

4.

Concernant l'état de santé et la capacité de travail de la recourante prévalant le 8 mars 2018, date déterminante (voir ci-dessus c. 2.7) à laquelle la décision sur opposition contestée a été rendue, les éléments suivants ressortent en particulier du dossier.

4.1 A la suite de l'accident survenu le 16 novembre 2012, la recourante a subi le 23 juillet 2013 une première opération de plastie acromiale et reconstruction arthroscopique par une suture du tendon du muscle sus-épineux, effectuée en milieu hospitalier. Dans un rapport du 22 octobre 2013, l'orthopédiste traitant ayant effectué l'opération décrit une évolution post-opératoire initiale favorable et pose un pronostic optimiste, estimant que pour le moment, il subsistait certes un déficit au niveau de la force, qu'il y avait lieu de pallier en effectuant des exercices et de la physiothérapie, mais que la patiente pouvait reprendre son travail dès qu'elle se sentirait mieux et plus sûre.

Dans un rapport d'examen final du 14 mars 2014, le médecin d'arrondissement de la Suva constate une évolution clinique post-réparation de la coiffe des rotateurs à droite effectuée en juillet 2013 favorable et réjouissante, et considère que les douleurs résiduelles décrites au niveau du biceps droit évoquent en premier lieu une origine musculaire, tout en précisant que sur le plan médico-asséculogique, la situation n'est pas encore stabilisée et qu'on peut espérer qu'elle le soit à une année/une

année et demie de la dernière intervention. Sur le plan de l'exigibilité, le médecin d'arrondissement considère que la patiente dispose d'une pleine capacité dans l'exercice d'une activité professionnelle réalisée indifféremment en position assise ou debout, sans limitation du membre supérieur gauche, en ayant de façon idéale le coude ou l'avant-bras droit reposant sur un support, en évitant les mouvements de rotation répétés de l'épaule droite, sans port de charge supérieure à 2 kg du membre supérieur droit, sans activité effectuée au-dessus du niveau de la tête à l'aide du membre supérieur droit, tout à fait compatible avec l'activité de riveuse qui était la sienne jusqu'au mois de juillet 2013.

4.2 La situation s'est néanmoins révélée insatisfaisante par la suite en raison de la persistance de douleurs, malgré notamment une infiltration entreprise le 19 mars 2014 par l'orthopédiste traitant, qui constate ce jour-là l'existence d'une bursite sous-deltaïdienne et d'une inflammation du long tendon du biceps (rapport du 19 mars 2014). Une opération de ténotomie du long chef du biceps, de débridement et de synovectomie partielle par arthroscopie a été entreprise le 27 mai 2014. Dans un rapport adressé le 24 février 2015 à l'Office AI Berne, l'orthopédiste traitant fait état d'une évolution postopératoire positive et déclare que la patiente ne ressent plus que peu de douleurs, et que celles-ci ont nettement diminué après une infiltration subacromiale effectuée le 20 octobre 2014 en raison d'une bursite résiduelle. Il atteste à la recourante une incapacité de travail totale du 27 mai au 8 juillet 2014 et indique, du point de vue de l'épaule, une entière capacité de travail pour des activités légères adaptées, de type administratif ou ne nécessitant pas le port de charges au-dessus du niveau horizontal; il réserve encore une certaine limitation découlant d'une enflure au niveau du poignet droit, d'origine et d'étiologie indéterminée.

Le 8 mai 2015, un rhumatologue, consulté par la recourante, a adressé son rapport à la Suva. Il diagnostique des scapulalgies droites persistantes (syndrome sous-acromial et possible arthropathie acromio-claviculaire) post-traumatiques, et un status après deux arthroscopies en juillet 2013 (suture d'une rupture partielle du sus-épineux et acromioplastie) et en juin [recte: mai] 2014 (ténodèse du long biceps). Il évoque une évolution peu favorable, avec des douleurs persistantes et invalidantes lors des activités

et mouvements de l'épaule, que les multiples traitements (chirurgicaux et médicaux) n'ont pas influencées de façon significative. Il constate à l'examen que la mobilité de l'épaule est libre, mais douloureuse en fin d'amplitude, notamment en élévation et adduction dans le plan horizontal, avec un testing de coiffe peu net, des tests de conflit non spécifiques et quelques douleurs localisées sur le trochiter et sur l'articulation acromio-claviculaire. Son pronostic est incertain, compte tenu de l'évolution chronique de plus de deux ans réfractaire aux traitements. Il conclut que la patiente ne pourra très vraisemblablement pas reprendre son travail d'ouvrière dans l'horlogerie, mais qu'une activité sans élévation du bras au-dessus de l'horizontal et port de charges lourdes et/ou répété restait toutefois exigible, et qu'un dommage demeurerait probablement (état douloureux chronique), au vu d'une évolution de plus de deux ans et de l'échec des traitements (douleurs chroniques).

Le 1^{er} juin 2015, l'assurée a de nouveau consulté son orthopédiste traitant. Dans son rapport du 10 juin 2015, ce dernier constate la présence de douleurs à l'épaule droite antérieure d'origine indéterminée et soupçonne un début d'arthrose acromio-claviculaire, sans signe de capsulite, mais avec des conséquences fortement invalidantes. Une infiltration a été pratiquée à l'hôpital le 22 juillet 2015 en vue de soulager la patiente (dos. Suva 160).

Dans un rapport du 21 août 2015, la généraliste traitant la recourante décrit cependant la persistance de douleurs constantes au niveau de l'épaule et du bras droit, fortes pour le moment, et lui atteste une incapacité de travail actuellement totale. Elle précise que sa patiente ne peut pas porter du lourd avec le bras droit, pose un pronostic réservé et estime qu'il est difficile de se prononcer quant à l'activité lucrative exigible, laissant ce soin au spécialiste orthopédiste.

4.3 Après une nouvelle consultation ambulatoire le 31 août 2015, lors de laquelle une lésion de l'intervalle de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite a été constatée, la recourante a subi une troisième intervention chirurgicale le 22 septembre 2015, consistant en une reprise de cette lésion ainsi qu'un ancrage trans-osseux avec légère re-acromioplastie, effectuée par le médecin-chef du service d'orthopédie de l'hôpital (dos.

Suva 168 et 171). Les rapports de consultations ambulatoires des 19 janvier et 19 avril 2016 font état de douleurs persistantes à l'épaule droite, s'intensifiant lors de charges, mais indiquent une évolution post-opératoire en elle-même favorable. La poursuite de la physiothérapie est préconisée et une incapacité de travail totale est attestée, devant toutefois être revue régulièrement.

4.4 Le 22 novembre 2016, la recourante a subi une quatrième opération effectuée par son orthopédiste traitant, consistant en un débridement intra-articulaire, une synovectomie, une bursectomie et une adhésiolyse accompagnées de multiples biopsies par voie arthroscopique. L'orthopédiste traitant lui atteste une incapacité de travail de 100% du 22 novembre 2016 au 29 janvier 2017 (dos. Suva 252, 254 et 258).

Dans son rapport du 12 janvier 2017 à la suite d'une consultation ambulatoire du 5 janvier 2017, la médecin cheffe du service hospitalier d'orthopédie relève que la patiente indique une nette diminution de ses douleurs depuis l'opération, qu'elle ne ressent plus qu'une légère gêne, les douleurs préexistantes ayant disparu. La praticienne fait état d'une évolution postopératoire normale et déclare que l'épaule concernée jouit désormais d'une mobilité sans limitation et peut être entraînée avec des poids légers et des mouvements de bras de levier. Dans une attestation du 7 mars 2017 à l'attention de la Suva, la même spécialiste retient que sa patiente dispose d'une capacité de travail sans limitations pour les activités avec des mouvements du bras en-dessous de 90 degrés.

4.5 La recourante a été examinée par le médecin d'arrondissement en date du 14 août 2017. Dans son rapport du même jour, celui-ci pose le diagnostic d'un status après une chute le 16 novembre 2012 avec impact direct sur l'épaule droite, provoquant une contusion de cette épaule avec:

- tendinose du muscle sous-épineux avec rupture partielle,
- plastie acromiale et reconstruction arthroscopique par une suture du tendon du muscle sus-épineux le 23 juillet 2013,
- ténotomie du long chef du biceps, débridement et synovectomie partielle par arthroscopie le 27 mai 2014,
- reprise de la lésion de l'intervalle de la coiffe des rotateurs et ancrage trans-osseux avec légère re-acromioplastie le 22 septembre 2015,
- débridement intra-articulaire, synovectomie, bursectomie et adhésiolyse puis multiples biopsies par voie arthroscopique le 22 novembre 2016,

- persistance de douleurs à l'épaule lors de la mobilisation malgré l'absence clinique et ultrasonographique d'une rupture d'un tendon de la coiffe des rotateurs.

Dans son appréciation, le médecin d'arrondissement indique que subjectivement, la patiente mentionne l'absence de douleur à l'épaule droite au repos, mais que la moindre sollicitation déclenche néanmoins une douleur qu'elle désigne facilement avec un doigt à la partie antérieure de son épaule à la hauteur du passage du tendon du long chef du biceps, et que la douleur est déclenchée par le mouvement et cesse immédiatement après l'arrêt de ce dernier. Objectivement, il constate une douleur à la palpation de l'articulation acromio-claviculaire et à la face antérieure de l'épaule vers le passage du tendon du long chef du biceps, mais que les amplitudes articulaires sont excellentes, bien que légèrement diminuées par rapport au côté gauche, et que la coiffe des rotateurs est compétente, mais que tous les tests sont douloureux à droite; en outre, il note l'absence d'amyotrophie. Le médecin d'arrondissement conclut que du point de vue médico-asséculo-logique, la situation peut actuellement être considérée comme stabilisée. Il relève qu'aucune intervention chirurgicale n'est prévue puisque la coiffe des rotateurs est compétente, que la patiente poursuit la physiothérapie avec, selon elle, relativement peu d'effet depuis plusieurs mois, et qu'une consultation dans un service hospitalier de médecine de la douleur est prévue, une amélioration de la symptomatologie douloureuse pouvant être espérée par cette prise en charge sans qu'il n'y ait d'implication sur les amplitudes articulaires qui sont déjà excellentes. Sur le plan de l'exigibilité, le médecin d'arrondissement considère que la patiente peut réaliser une activité professionnelle en pleine capacité indifféremment en position assise ou debout, en ayant de façon idéale le coude ou l'avant-bras droit posés sur un support, en évitant les mouvements de rotation répétée de l'épaule droite et les mouvements d'aller-retour avec le bras droit, sans port de charge supérieure à deux kilos avec le bras droit, sans activité effectuée au-dessus de l'horizontale à l'aide du bras droit, sans limitation du bras gauche. Enfin, il estime que, conformément aux indemnités des atteintes à l'intégrité selon la LAA, l'atteinte de l'épaule droite ne donne actuellement pas le droit à une IPAI.

4.6 Dans un rapport de consultation du 22 novembre 2017, l'orthopédiste traitant relate qu'une année après la dernière opération du

22 novembre 2016, la patiente indique qu'elle se sent toujours nettement mieux qu'auparavant, que l'opération a eu un effet positif pour elle, la mobilité s'étant encore améliorée ces derniers temps, et que seules les douleurs n'ont pas encore totalement disparu. Dans un autre rapport de consultation du 31 janvier 2018, le même praticien indique que la patiente est en traitement auprès du service hospitalier de médecine de la douleur déjà mentionné plus haut, et qu'elle ne ressent pas de douleurs en permanence, mais uniquement lors de mouvements occasionnels au-dessus de la tête; il précise qu'elle ne peut toutefois toujours pas se coucher directement sur l'épaule droite. Dans son appréciation, le spécialiste constate une évolution clinique positive, avec plus que de légères douleurs résiduelles antérosupérieures en cas de position extrême. Il préconise la poursuite de la thérapie de la douleur entreprise et déconseille une nouvelle intervention chirurgicale. Sur le plan de la réintégration professionnelle, il conseille à sa patiente de rechercher un emploi adapté et est d'avis qu'elle est certainement en mesure d'en trouver un, compte tenu des très bons prémisses fonctionnels actuels et malgré que des douleurs résiduelles puissent éventuellement perdurer à long terme. Dans un nouveau rapport de consultation du 16 mars 2018 (postérieur à la décision sur opposition contestée), l'orthopédiste traitant indique que sa patiente confirme l'évolution positive et déclare qu'elle a désormais terminé son traitement de thérapie de la douleur et que les douleurs ne sont plus aussi intensivement présentes, même si elles la gênent encore un peu. Le praticien fait état du fait que sa patiente a trouvé un emploi de couturière à un taux d'occupation de 20%. Il confirme que des douleurs résiduelles pourraient persister, à l'instar de ce que le spécialiste en thérapie de la douleur a indiqué à la patiente.

5.

5.1 Cela étant, le médecin d'arrondissement de la Suva, dont les qualifications ne peuvent être mises en doute, a pris en compte tous les aspects essentiels du dossier. Ses rapports précités des 14 mars 2014 et 14 août 2017 se fondent sur une connaissance approfondie de la situation médicale de l'assurée et reposent sur un exposé clair des faits. Le lien

entre le médecin d'arrondissement et l'intimée ne permet pas d'emblée de douter de l'objectivité de l'appréciation de celui-ci, ni de soupçonner une prévention à l'encontre de l'assurée (voir c. 2.5 ci-dessus). Sur ce point, les arguments de la recourante, pas plus que le dossier, ne laissent apparaître d'élément concret susceptible de démontrer la partialité du médecin d'arrondissement de la Suva. Ce dernier a procédé lui-même à des examens personnels de la recourante et a pris en compte l'anamnèse détaillée et les autres documents figurant au dossier de la cause au moment où il a rédigé ses rapports. Le praticien n'a pas négligé les plaintes de la patiente, qui sont mentionnées dans ses rapports. Dans son appréciation, le médecin de la Suva n'occulte nullement les douleurs exprimées par la recourante, puisqu'il évoque bien au contraire la possibilité de la persistance à long terme de douleurs résiduelles. A ce titre, il convient de préciser que prendre en compte ne veut pas dire que le médecin est lié par les limitations fonctionnelles alléguées lorsqu'il se détermine sur l'activité encore exigible (concernant l'appréciation des plaintes, voir notamment ATF 140 V 290 c. 3.3.1 et 136 V 279 c. 3.2.1). Par ailleurs, les conclusions du médecin d'arrondissement de la Suva sont logiques, crédibles et concluantes et ne laissent pas apparaître de contradictions intrinsèques ou de lacunes lors de la genèse de ses rapports. En particulier, et contrairement aux allégués de la recourante, elles ne s'opposent pas d'emblée aux autres avis médicaux invoqués dans son recours. A cet égard, on relèvera que tous les médecins ayant été appelés à examiner la recourante sont, dans l'ensemble, unanimes quant aux diagnostics posés.

5.2 Dans le contexte de la capacité de travail, force est aussi de constater que l'avis du médecin d'arrondissement converge avec celui des spécialistes en orthopédie de l'hôpital dans lequel la recourante s'est fait soigner et du rapport du 8 mai 2015 du rhumatologue consulté (voir c. 4.2 et 4.4 ci-dessus). Seuls les nombreux certificats médicaux, attestations et rapports de la généraliste traitante indiquent des périodes et des degrés d'incapacité de travail plus étendus. Or ces avis succincts de la généraliste ne sont pas étayés autrement que par les plaintes subjectives de la patiente. Ils ne sont donc pas à même de remettre en question les évaluations convergentes de la capacité de travail de la recourante

effectuées par les orthopédistes et le rhumatologue ayant traité la recourante, ainsi que par le médecin d'arrondissement de la Suva.

En ce qui concerne la stabilisation de l'état de santé de la recourante, on soulignera enfin que l'orthopédiste traitant, dans ses deux derniers rapports au dossier de la Suva des 31 janvier et 16 mars 2018, considère qu'il est exigible de la part de la recourante d'exercer une activité professionnelle malgré ses douleurs résiduelles, même s'il estime qu'elles pourraient perdurer à long terme. Dans un rapport ultérieur adressé le 7 septembre 2018 au mandataire de la recourante, il déclare avoir revu sa patiente fin juin 2018 et pu exclure par un examen par résonance magnétique (IRM) l'existence de modifications dégénératives ou une pathologie articulaire. Il confirme la persistance de douleurs, qu'il espère pouvoir diminuer voire même éliminer au moyen d'une thérapie neurale, éventuellement complétée par de l'acupuncture et des antidépresseurs. Enfin, dans son rapport adressé le 23 avril 2018 au mandataire de la recourante, le spécialiste en thérapie de la douleur indique en substance qu'il a traité la recourante dès le 5 décembre 2017, que le traitement a été un succès et que les douleurs se sont rapidement réduites, mais qu'il est impossible de parvenir à une guérison en si peu de temps. Il exprime par ailleurs la crainte qu'une reprise immédiate (p. ex. dès février 2018) du travail pourrait éventuellement provoquer une exacerbation des douleurs et compromettre le succès de la thérapie. Ledit spécialiste a par ailleurs établi des certificats médicaux attestant une incapacité de travail totale de la recourante du 5 au 18 décembre 2017 et du 8 janvier au 28 février 2018 (dos. rec. 8).

5.3 Au vu de ce qui précède, il faut donc conclure que les deux rapports du médecin d'arrondissement de la Suva des 14 mars 2014 et 14 août 2017 sont complets, convaincants et satisfont aux exigences jurisprudentielles (voir c. 2.6 ci-dessus). Par ailleurs, leurs constatations et conclusions ne sont pas mises en doute de manière fondée, d'après une vraisemblance prépondérante (degré de preuve requis en droit des assurances sociales: ATF 138 V 218 c. 6; SVR 2017 UV n° 20 c. 3.2), par les autres avis médicaux émis jusqu'à la date de la décision sur opposition contestée du 8 mars 2018, date déterminante en l'occurrence. Quant aux autres documents médicaux ultérieurs produits par la recourante, s'ils

mentionnent certes la persistance des douleurs ressenties par la recourante, ils ne mettent pas en doute la stabilisation de son état de santé à la date de la décision contestée, ni la capacité de travail exigible dans un emploi adapté – malgré les douleurs résiduelles de l'assurée – telles qu'elles émanent du rapport du 14 août 2017 du médecin d'arrondissement. L'intimée pouvait donc à juste titre se baser sur ce rapport, sans devoir procéder à des mesures d'instruction supplémentaires, retenir à bon droit que l'état de santé de l'assurée était stabilisé, mettre un terme aux prestations d'indemnités journalières et de prise en charge des traitements médicaux et procéder à l'examen du droit à une rente d'invalidité et à une IPAI sur la base d'une capacité de travail résiduelle à temps complet dans une activité professionnelle adaptée respectant les limitations décrites par son médecin d'arrondissement.

6.

6.1 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPG; ATF 130 V 343 c. 3.4.2).

6.2

6.2.1 Pour déterminer le revenu de personne valide, il faut se fonder sur le revenu que la personne assurée aurait effectivement pu réaliser sans atteinte à la santé, selon un degré de vraisemblance prépondérante, au moment du début potentiel du droit à la rente, soit en l'occurrence 2017, eu égard à la cessation des prestations de courte durée à fin octobre 2017 (voir ci-dessus c. B et c 1.1). Il y a lieu en règle générale de prendre pour base le dernier salaire gagné par la personne assurée, en l'adaptant le cas échéant en fonction de l'indice des salaires nominaux qui tient compte du renchérissement et de l'évolution des salaires réels (ATF 139 V 28 c. 3.3.2, 134 V 322 c. 4.1; SVR 2017 IV n° 52 c. 5.1). Ce que la personne assurée pourrait gagner dans le meilleur des cas n'est pas déterminant (ATF 135 V 58 c. 3.1, 131 V 51 c. 5.1.2).

Selon les données fournies par l'ancien employeur qui figurent au dossier, si elle était restée au service de l'entreprise en question (le travail n'a plus été repris depuis la rechute annoncée le 27 mars 2013 et l'emploi a été résilié au 31 octobre 2013), la recourante aurait réalisé en 2013 un revenu de Fr. 47'840.- (Fr. 3'680.- x 13; compte salaire 2013, dos. Suva 322/1); indexé à 2017, on obtient un revenu de Fr. 49'470.- (table T1.2.10 de l'Office fédéral de la statistique [OFS], indice des salaires nominaux, femmes, 2011-2017, industries manufacturières: indice 2013 = 102.7, indice 2017 = 106.2).

6.2.2 La recourante a été employée en dernier lieu comme ouvrière riveuse dans une entreprise active dans le domaine de la micromécanique. Si l'on se réfère au salaire statistique qui ressort de la table TA1 2014 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'OFS (www.bfs.admin.ch), plus spécifiquement la rubrique 24-25 "métallurgie; fabr. produits métalliques", femmes, niveau 1 (tâches physiques ou manuelles simples selon la nouvelle classification des niveaux de compétences dès l'ESS 2012, voir lettre circulaire AI n° 328 du 22 octobre 2014 publiée par l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS]), on aboutit à un revenu de Fr. 58'337.-, après indexation et adaptation à la durée normale du travail dans la métallurgie de 41,4 heures par semaine en 2017 d'après la statistique publiée par l'OFS (Fr. 4'604.- [en 2014] x 106,2 / 104,1 [indices 2017 et 2014 pour les industries manufacturières] x 41,4 / 40 x 12 [mois]). Le revenu sans invalidité déterminé plus haut de Fr.49'470.- est donc inférieur de plus de 5% au salaire statistique usuel de la branche de Fr. 58'337.-.

Dans une telle situation, lorsque, comme en l'espèce, rien au dossier ne permet de penser que la personne assurée en bonne santé a délibérément choisi d'exercer durablement une activité lucrative modeste en deçà de ses possibilités (ATF 135 V 58 c. 3.4.3 et 3.4.6), il faut considérer que le revenu effectivement réalisé est nettement inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité (p. ex. faible formation scolaire, absence de formation professionnelle, manque de connaissances linguistiques), qu'il faut neutraliser, et il convient de tenir compte de cette circonstance lors de l'évaluation de l'invalidité d'après l'art. 16 LPGA en effectuant un

parallélisme des deux revenus à comparer (ATF 141 V 1 c. 5.4, 135 V 58 c. 3.1; TF 8C_141/2016, 8C_142/2016 du 17 mai 2016 c. 5.2.2). C'est la seule méthode garantissant le respect du principe qui veut que les facteurs étrangers à l'invalidité réduisant le salaire ne soient, soit pas du tout pris en considération, soit comptés de façon égale dans les deux revenus à comparer. Ce parallélisme doit néanmoins seulement porter sur la part qui excède le taux minimal déterminant de 5% (ATF 135 V 297 c. 6.1.2 et 6.1.3). En l'occurrence, il y a donc lieu de se fonder sur un revenu d'assuré valide de Fr. 55'420.- (Fr. 58'337.- diminué de 5%).

6.3

6.3.1 Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne intéressée (ATF 139 V 592 c. 2.3; SVR 2014 IV n° 37 c. 7.1). Si, après la survenance de l'atteinte à la santé, la personne assurée n'a plus exercé d'activité lucrative, ou plus dans une mesure exigible de sa part, la jurisprudence admet que le revenu d'invalidé soit déterminé en se basant soit sur l'ESS, soit sur les descriptions de postes de travail (DPT) de la Suva (ATF 139 V 592 c. 2.3; SVR 2016 UV n° 13 c. 2.2).

6.3.2 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. Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition. Si la Suva n'est pas en mesure de satisfaire à ces exigences de procédure, on ne peut pas se référer aux DPT en cas de litige (ATF 139 V 592 c. 6.3, 129 V 472 c. 4.2.2). La jurisprudence a souligné que la méthode des DPT vise à établir la comparaison des revenus le plus concrètement possible. Par conséquent, les cinq profils de postes de DPT sélectionnés dans chaque cas particulier doivent être à tous égards exigibles de la personne assurée (SVR 2016 UV n° 13 c. 4.6). Cela n'empêche toutefois pas de prendre en compte des postes pour lesquels la personne assurée paraît moins qualifiée pour des raisons étrangères à

l'invalidité (comme p. ex. un manque de connaissance des langues) si, dans le résultat final, tout au plus, seuls de tels postes sont disponibles (SVR 2016 UV n° 14 c. 4.5). En application du système fondé sur les DPT, qui consiste à déterminer les activités adaptées concrètes en fonction de l'évaluation d'exigibilité médicale annexée aux descriptions des places de travail, les abattements ne sont en principe pas justifiés. Il n'y a lieu de procéder à des abattements que si les limitations en matière de rendement ou de temps sont fondées sur le plan médical. Les restrictions spécifiques relatives à la capacité de travail sont du reste prises en compte dans le cadre du choix d'un profil de DPT adapté. Concernant les différentes caractéristiques personnelles et professionnelles (travail à temps partiel, âge, nombre d'années de service, statut de séjour) qui pourraient conduire à un abattement dans le cadre de l'application de l'ESS, les DPT mentionnent, en règle générale, non seulement un salaire moyen, mais également un minimum et un maximum, dans le cadre desquels les circonstances spécifiques du cas d'espèce peuvent être prises en compte (ATF 139 V 592 c. 7.3). Par ailleurs, en cas de revenu de personne valide inférieur à la moyenne (voir ci-dessus c. 6.2.2), il convient de prendre également en considération des DPT dont les salaires sont inférieurs à la moyenne, afin de tenir suffisamment compte de la parallélité des termes de la comparaison des revenus (ATF 139 V 592 c. 7.5).

6.3.3 Dans sa décision du 18 janvier 2018, confirmée par la décision sur opposition rendue le 8 mars 2018, en l'absence de revenu effectif réalisé, l'intimée a estimé le revenu d'invalidé exigible de l'assurée sur la base de cinq DPT compatibles selon elle avec le profil d'exigibilité dressé par le médecin d'arrondissement. Les cinq DPT suivantes ont été sélectionnées par l'intimée (salaires moyens pour l'année de référence 2017; dos. Suva 336): contrôleur d'atelier employée au contrôle et à l'expédition (Fr. 55'270.-), dame de réception (Fr. 55'964.-), ouvrière en horlogerie (Fr. 56'500.-), mécanicienne contrôleur (Fr. 56'765.-) et metteuse en lames (Fr. 57'200.-), ce qui donne un revenu annuel moyen pris en compte de Fr. 56'339.-. Dans son mémoire de réponse du 12 juillet 2018, la Suva considère toutefois que le choix des DPT précité n'apparaît pas parfaitement approprié, dans la mesure où certaines d'entre elles concernent des activités dans lesquelles le port de charges très légères

intervient très souvent; cela étant, l'intimée a nouvellement retenu cinq DPT ne comprenant aucun port de charge régulier, mais dont le revenu annuel moyen aboutit à un montant de Fr. 63'414.-, encore plus élevé que la moyenne des DPT à la base de la décision contestée. En conséquence, au vu des incertitudes et des résultats peu convaincants quant à leur représentativité émanant de la méthode appliquée en l'occurrence par la Suva, il se justifie de s'en écarter et de prendre la statistique de l'ESS pour base de calcul fiable du revenu d'invalidé déterminant de la recourante.

6.3.4 Cela étant, il convient en l'espèce d'avoir recours au salaire statistique correspondant au niveau de compétence le plus bas dans le secteur privé, soit au niveau 1 dans l'ESS 2014. Le montant du revenu annuel est donc de Fr. 51'600.- (TA1, "total", femmes, niveau 1, Fr. 4'300.- par mois 12 fois l'an). Ce résultat doit encore être adapté à la durée normale du travail dans les entreprises (rubrique "total") en 2017 de 41,7 heures par semaine (d'après la statistique publiée par l'OFS) ainsi qu'à l'évolution des salaires. On obtient ainsi un revenu d'invalidé de Fr. 54'728.- (Fr. 4'300.- [en 2014], x 105,4 / 103,6 [indices "total" 2017 et 2014] x 41,7 / 40 x 12 [mois]).

En outre, il faut tenir compte du fait que le travailleur invalide, lorsqu'il accomplit un travail non qualifié, reçoit en règle générale, même sur un marché du travail équilibré, un salaire inférieur à celui d'un salarié valide, car son rendement est en général inférieur en raison de son handicap; il convient dès lors de procéder à un abattement sur le revenu statistique pris en compte (ATF 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3). 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. Un abattement global maximal de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2015 IV n° 1 c. 2.2). Néanmoins, il faut remarquer que les facteurs étrangers à l'invalidité éventuellement déjà pris en considération lors de la mise en œuvre du

parallélisme des revenus à comparer ne peuvent pas être pris en compte une seconde fois dans le cadre de l'abattement pour circonstances personnelles et professionnelles (ATF 135 V 297 c. 5.3, 134 V 322 c. 6.2). En conséquence, un abattement de tout au plus 5% sur le salaire d'invalidé résultant de l'ESS, tenant uniquement compte des limitations dues au handicap, s'avère approprié aux circonstances du cas d'espèce. Il en résulte un revenu d'invalidé déterminant de Fr. 51'992.- qui, comparé avec le revenu sans invalidité déterminé plus haut de Fr. 55'420.-, aboutit à une perte de gain de Fr. 3'428.- et, partant, à un degré d'invalidité de 6,2%, nettement inférieur à la limite de 10% ouvrant le droit à une rente d'invalidité (voir ci-dessus c. 2.3).

7.

7.1 Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que la Suva, dans sa décision sur opposition du 8 mars 2018, en constatant que le refus d'IPAI était entré en force, a prononcé un rejet de l'opposition formée contre sa décision du 18 janvier 2018 et confirmé ainsi la cessation des prestations d'indemnités journalières et de prise en charge des soins, ainsi que le refus d'allouer à la recourante une rente d'invalidité au sens de la LAA. Le recours s'avère donc mal fondé et doit être rejeté.

7.2 Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, ni d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. a et g LPG).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire de la recourante,
 - à l'intimée,
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

La présidente:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).