

200.2023.290.LAA
N° AVS
BOR/EGC

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

Jugement du 2 mai 2024

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président
G. Zürcher et A.-F. Boillat, juges
D. Borel, greffier

A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

Allianz Suisse Société d'Assurance SA
Service sinistres complexes Accidents, Case postale, 8010 Zurich
intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 9 mars 2023



En fait:

A.

A. _____, née en 1982, a travaillé en qualité d'auxiliaire de santé du 1^{er} novembre 2016 au 28 février 2018. A ce titre, elle était assurée contre les accidents auprès de la société Allianz Suisse Société d'Assurance SA (ci-après: Allianz). Par une déclaration de sinistre du 12 janvier 2017, l'assurée, par son employeur, a annoncé à Allianz qu'à la suite d'une chute à vélo survenue le 8 janvier 2017, elle avait subi une contusion de l'épaule droite. Une incapacité de travail de 100% a été attestée médicalement dès cette dernière date. L'assurée s'est également annoncée à l'assurance-invalidité.

B.

Après avoir pris en charge les suites immédiates de l'accident et reconnu le droit à des indemnités journalières dès le 11 janvier 2017, Allianz a recueilli divers rapports médicaux, puis diligenté une expertise orthopédique et neurologique. Sur ce fondement, par décision du 18 février 2022, elle a mis fin au paiement des traitements médicaux et des indemnités journalières avec effet au 30 avril 2021, exclu tout droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à une rente transitoire, et reconnu celui à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%. L'assurée, représentée par un avocat, a interjeté "recours" (sic) contre cette décision le 18 mars 2022 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (ci-après: le Tribunal administratif), lequel a transmis cet acte à Allianz, afin d'en connaître comme opposition (JTA LAA/2022/177 du 4 avril 2022). Allianz a rejeté celle-ci par décision sur opposition du 9 mars 2023.

C.

Par acte du 21 avril 2023, l'assurée, par son mandataire, a porté le litige devant le Tribunal administratif. Sous suite de frais et dépens, elle a conclu

à ce que la décision sur opposition du 9 mars 2023 soit annulée et à ce qu'une rente entière de l'assurance-accidents lui soit accordée dès le 1^{er} janvier 2022, subsidiairement à ce qu'une rente transitoire complète lui soit octroyée depuis la même date. Elle a en outre requis le bénéfice de l'assistance judiciaire complète. Dans sa réponse du 24 mai 2023, Allianz a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. L'assurée et Allianz ont maintenu leurs conclusions respectives, dans un échange d'écritures ultérieur. A la demande du Juge instructeur, les parties ont produit des observations complémentaires, accompagnées de nouvelles pièces justificatives (PJ). Le mandataire de l'assurée a produit sa note d'honoraires le 5 juin 2023, qu'il a complétée le 21 mars 2024.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 9 mars 2023 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la décision du 18 février 2022, qui prononce la fin des prestations d'assurance-accidents au 30 avril 2021, le refus de toute rente et l'octroi à l'assurée d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%. L'objet du litige porte sur l'annulation de la décision sur opposition en tant que celle-ci nie tout droit de l'intéressée à une rente d'invalidité et à une rente transitoire.

1.2 Interjeté auprès de l'autorité compétente, dans les formes et le délai prescrits (compte tenu de la suspension des délais, voir l'art. 38 al. 4 let. a de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA, en lien avec l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA, RS 832.20]; 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 Tribunal administratif 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 Tribunal administratif examine librement la décision sur opposition contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPG; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

A titre liminaire, il convient d'examiner d'office (ATF 120 V 357 c. 2a; SVR 1999 UV n° 25 c. 1a) si, en ne prenant pas en compte les problèmes psychiques allégués par la recourante pour rendre sa décision sur opposition, l'intimée a violé le droit d'être entendue de cette assurée, le cas échéant quelles suites donner à cette violation.

2.1 L'obligation de motiver représente une part importante du droit d'être entendu au sens de l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale (Cst., RS 101). Elle doit empêcher que l'autorité se laisse guider par des motifs partiels et permettre le cas échéant aux intéressés de contester la décision de façon adéquate. Cela n'est possible que si la personne concernée et l'autorité de recours peuvent se faire une idée de la portée de la décision. En ce sens, les réflexions qui ont guidé l'autorité et sur lesquelles se fonde la décision doivent au moins être brièvement mentionnées. Il n'est toutefois pas nécessaire que tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties soient expressément exposés et discutés. Il suffit plutôt que les points importants en vue du jugement figurent dans la décision (ATF 136 I 229 c. 5.2, 124 V 180 c. 1a; SVR 2022 IV n° 37 c. 5.1). Selon la jurisprudence, une violation du droit d'être entendu est considérée comme réparée lorsque la personne concernée se voit donner la possibilité de se prononcer sur sa cause devant une autorité

de recours jouissant d'un pouvoir d'examen étendu tant à l'égard des faits que du droit (ATF 142 II 218 c. 2.8.1, 137 I 195 c. 2.3.2, 126 V 130 c. 2b; SVR 2019 IV n° 65 c. 4.3). Le défaut de motivation de la décision attaquée peut ainsi être réparé si la partie recourante a la possibilité de présenter un mémoire complémentaire suite à l'exposé des motifs contenus dans la réponse de l'autorité cantonale précédente et s'il n'en résulte, pour elle aucun inconvénient (ATF 107 la 1 c. 1). Même en présence d'une violation grave du droit d'être entendu, il convient de s'abstenir de renvoyer l'affaire à l'administration pour exercice du droit d'être entendu pour réparer le vice, lorsque et pour autant que ce renvoi constituerait une formalité vide de sens et provoquerait ainsi une prolongation inutile de la procédure incompatible avec l'intérêt (d'égale valeur avec le droit d'être entendu) de la partie concernée à ce que l'affaire soit traitée avec célérité (ATF 137 I 195 c. 2.3.2; SVR 2019 AHV n° 7 c. 3.1.1, 2013 IV n° 26 c. 4.2).

2.2 En l'espèce, on constate que dans la décision sur opposition contestée, l'intimée ne s'est pas déterminée sur un éventuel lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et les troubles psychiques expressément allégués par l'assurée (voir p. 3 et 7 de l'opposition du 18 mars 2022; p. 5 du recours du 21 avril 2023 et PJ 1 annexée à celui-ci). A cette occasion, elle s'est en effet limitée à constater qu'il n'existait "aucun rapport médical [propre à étayer] un volet psychique en lien de causalité avec l'événement [...]". Elle n'a par ailleurs entrepris aucune mesure visant à instruire ce point, à tout le moins en demandant à la recourante de produire un rapport de son psychiatre traitant. Dans sa réponse, et en connaissance du rapport psychiatrique du 4 avril 2023 relatif à l'état de la recourante antérieurement à la décision sur opposition (voir c. 5.1 ci-dessous), l'intimée a fait part de son intention d'accorder à l'assurée un "droit d'être entendu" au sujet du "volet psychiatrique", mais sans se prononcer sur ce point. On doit ainsi retenir une absence totale de motivation de la décision sur opposition en lien avec les troubles psychiques, au demeurant confirmée dans la réponse. A ce propos, l'intimée ne pouvait pas se contenter de constater l'absence de preuve, sans préalablement avoir donné la possibilité à l'assurée de produire un rapport psychiatrique. En procédant de la sorte, sa décision ne satisfait pas aux exigences découlant de l'art. 29 Cst. et l'intimée a ainsi gravement

violé le droit d'être entendue de la recourante. Cette violation, dont la recourante ne s'est pas directement plainte, a toutefois été réparée dans le cadre de la présente procédure (ATF 145 I 167 c. 4.4 et les références). En effet, à la demande du Juge instructeur, l'intimée s'est déterminée de façon circonstanciée sur la question du lien de causalité naturelle et adéquate. De son côté, la recourante a pu prendre position sur ce complément de motivation, respectivement faire valoir en détail et à deux reprises (les 11 et 21 mars 2024) son argumentation sur ce point durant la présente procédure de recours, devant une autorité jouissant d'un pouvoir d'examen étendu à l'égard des faits et du droit. Un renvoi de l'affaire à l'intimée s'apparenterait par ailleurs à une vaine formalité et conduirait à prolonger inutilement la procédure, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'annuler la décision attaquée pour ce motif. Il conviendra toutefois de prendre en compte cette violation du droit d'être entendue de la recourante dans le cadre de la liquidation des frais et dépens.

3.

3.1 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). 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 148 V 356 c. 3, 147 V 161 c. 3.1, 129 V 177 c. 3.1 et 3.2).

3.2 L'assureur-accidents doit clore le cas d'assurance en cessant la prise en charge du traitement médical ainsi que le versement d'une indemnité journalière et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1 LAA; ATF 143 V 148 c. 3.1.1, 137 V 199 c. 2.1).

3.3 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (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 (anc. art. 18 al. 1 LAA [RO 2016 4375] applicable à la présente cause: ATF 148 V 162 c. 3.2.1).

3.4 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; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1).

4.

4.1 Dans la décision sur opposition contestée et dans les écritures qu'elle a adressées au Tribunal administratif, l'intimée a considéré que la situation médicale de l'assurée était stabilisée, faute de mesure thérapeutique susceptible d'améliorer sensiblement l'état de santé. En outre, l'intimée s'est ralliée à l'opinion des experts selon laquelle l'intéressée disposait d'une capacité de travail totale dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Par ailleurs, elle a estimé dans sa

détermination au Tribunal administratif qu'il n'existait pas de lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles psychiatriques invoqués et l'accident. Enfin, elle a exclu tout droit à une rente d'invalidité et à une rente transitoire, après être parvenue à la conclusion que l'assurée ne subissait aucune perte de gain.

4.2 De son côté, la recourante reproche à l'intimée d'avoir insuffisamment instruit la cause en évaluant sa capacité de travail et de gain sans tenir compte de ses troubles psychiques, qu'elle estime être en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident. A cet égard, elle se prévaut notamment d'un rapport de son psychiatre traitant du 4 avril 2023, qui met selon elle en évidence un lien "direct" entre ses problèmes psychiatriques et l'accident, ainsi que d'un écrit du même médecin du 19 février 2024. Bien qu'elle ne discute pas le contenu de l'expertise diligentée par l'intimée, la recourante estime néanmoins que les douleurs et limitations fonctionnelles affectant son épaule droite rendent impossible l'exercice d'une activité professionnelle. Enfin, elle relève que l'octroi d'une rente transitoire de l'assurance-accidents pourrait se justifier jusqu'à ce que l'assurance-invalidité statue sur l'octroi d'éventuelles mesures de réadaptation.

5.

5.1 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 c. 4.3.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à celle-ci (TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 c. 7.2.1, 9C_34/2017 du 20 avril 2017 c. 5.2). En l'espèce, bien que les rapports du

psychiatre traitant des 4 avril 2023 et 19 février 2024, produits par la recourante devant le Tribunal administratif (PJ 1 et 13), soient postérieurs à la décision sur opposition attaquée, leur contenu a manifestement trait à une situation préexistante. En effet, les diagnostics et les symptômes qui y sont évoqués se recourent largement avec la teneur de rapports antérieurs adressés par le même psychiatre à l'assurance-invalidité (notamment celui du 25 avril 2022, voir dossier [dos.] AI 126/2). Partant, les rapports invoqués à l'appui du recours seront pris en considération ci-après. Cela étant précisé, il ressort du dossier de l'assurance-accidents les principaux éléments médicaux suivants.

5.2 Dans un rapport du 8 janvier 2017, un médecin généraliste du centre hospitalier consulté par l'assurée le jour de sa chute a fait état d'une contusion de l'épaule droite. Il a attesté d'une incapacité de travail de 100% depuis l'accident (dos. intime [int.] 57/1). Dans un rapport du 17 mars 2017, consécutif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) réalisée le 20 janvier 2017, une spécialiste en chirurgie orthopédique du même établissement a retenu les diagnostics de rupture du tendon sus-épineux, de lésion de type "poulie" avec instabilité du long tendon du biceps, ainsi que de lésion du tendon sous-scapulaire. Elle a en outre préconisé une intervention chirurgicale, qui s'est déroulée le 25 avril 2017 (dos. int. 60/1). Dans des écrits des 4 février et 16 mai 2019, un chirurgien orthopédiste du centre précité a encore diagnostiqué une capsulite rétractile, une épaule gelée en régression, ainsi qu'une tendinite au niveau du supra-épineux et du long tendon du biceps. Il a néanmoins jugé l'assurée apte à travailler (dos. int. 5/1 et 69/1). Après que l'assurée eût été opérée une seconde fois de l'épaule droite le 6 août 2019 (dos. int. 6/1), ce chirurgien a fait état le 4 septembre 2019 de douleurs inchangées (dos. int. 72/1). Il a attesté d'une nouvelle incapacité de travail à 100% dès le 6 août 2019 (dos. int. 34/1).

5.3 Dès le mois de février 2020, l'assurée a suivi une thérapie contre la douleur au cours de laquelle diverses infiltrations scapulaires lui ont été administrées (dos. int. 77/10). Les 17 novembre 2020 et 2 février 2021, un médecin généraliste consulté par l'intéressée pour le traitement de ses douleurs a retenu les diagnostics de douleurs persistantes de l'épaule droite et de stress psychosocial avec anxiété, dépression et pression

existentielle. Il a préconisé des séances de thérapie neurale et d'acupuncture auriculaire (dos. int. 81/1 et 83/1). Faute d'amélioration suffisamment durable de ses maux, l'assurée a été opérée une troisième fois de l'épaule droite le 17 mars 2021 (dos. int. 88/1).

5.4 Dans le rapport d'expertise orthopédique et neurologique établi le 6 juillet 2021, sur la base de deux examens cliniques de l'assurée, les experts ont retenu les diagnostics d'origine accidentelle de syndrome chronique de l'épaule droite, avec limitation prononcée et douloureuse des mouvements (ch. S40 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé), ainsi que de syndrome de douleur chronique de l'épaule droite, avec douleur mixte nociceptive et neuropathique (ch. R52 CIM-10). A titre de diagnostic sans lien avec l'accident, ils ont mentionné une obésité (ch. E66 CIM-10). A l'issue de leurs examens, les experts ont jugé que l'état de santé "final" pouvait être considéré comme atteint environ six semaines après l'intervention chirurgicale du 17 mars 2021. Ils ont conclu que dans la profession antérieure d'aide-soignante, la capacité de travail de l'assurée était nulle. En revanche, ils ont considéré que l'intéressée, malgré les séquelles affectant son épaule, demeurerait capable d'exercer à plein temps toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Enfin, ils ont estimé à 10% l'atteinte à l'intégrité résultant de l'accident (dos. int. 11/21 et 11/25-26).

5.5 Dans des rapports de consultation des 2 septembre, 14 décembre 2021 et 2 juin 2022, l'orthopédiste traitant a fait état d'une amélioration de la mobilité de l'épaule. Au moyen de divers certificats, il a néanmoins prolongé l'incapacité de travail à 100% jusqu'en janvier 2022 (dos. int. 17/1, 56/1, 93/1, 94/1). Les 21 septembre 2022 et 11 janvier 2023, l'assurée a subi deux nouvelles infiltrations en milieu hospitalier (dos. int. 19/1 et 21/1).

5.6 Dans son rapport du 4 avril 2023, le psychiatre traitant a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (ch. F33.3 CIM-10), d'état de stress post-traumatique (ch. F43.1 CIM-10), de modifications durables de la personnalité (ch. F62.0 CIM-10), de troubles paniques (ch. F41.0 CIM-10) et de phobie sociale (ch. F40.1 CIM-10). Ce médecin a fait état, entre

autres, d'un tableau psychique fluctuant (humeur déprimée, attaques de panique, cauchemars, troubles de la concentration et de la mémorisation, etc.), réactionnel à plusieurs facteurs du passé traumatique de l'assurée, ainsi qu'à ses douleurs chroniques et à ses limitations articulaires. Il a conclu à une incapacité de travail de 100% et à un mauvais pronostic, vu la persistance des douleurs et des limitations somatiques précitées. Enfin, il a relaté une symptomatologie identique, dans un écrit du 19 février 2024.

6.

A juste titre, la recourante ne conteste plus devant le Tribunal administratif la stabilisation de son état de santé au 30 avril 2021, telle que constatée par les experts. Sur ce point, les spécialistes ont exposé de façon convaincante qu'il était improbable que la poursuite d'un traitement permette une amélioration significative de la mobilité et de la résistance du bras droit, et que l'état de santé "final" avait été atteint environ six semaines après l'intervention chirurgicale du 17 mars 2021 (dos. int. 11/25). L'intimée était donc fondée à mettre un terme, pour le 30 avril 2021, aux indemnités journalières ainsi qu'à la prise en charge des traitements, et à statuer sur le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Par ailleurs, comme l'intimée l'a retenu à bon droit dans la décision sur opposition contestée, l'octroi d'une rente transitoire au sens de l'art. 30 OLAA n'entraîne pas en ligne de compte, dès lors qu'au moment de son prononcé, aucune mesure de réadaptation professionnelle de l'assurance-invalidité n'était en cours, ni même envisagée (en ce sens, voir TF 8C_414/2014 du 22 septembre 2015 c. 3). A cet égard, il apparaît que de telles mesures n'ont plus été mises en œuvre depuis le succès, au début de l'année 2019, d'une aide au placement ayant permis à l'assurée d'obtenir pendant six mois un poste à temps partiel (dos. AI 57/1). Partant, la conclusion subsidiaire de l'assurée tendant à l'octroi d'une rente transitoire de l'assurance-accidents doit d'emblée être rejetée.

7.

7.1 Il convient d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise du 6 juillet 2021, sur lequel s'est fondée l'intimée pour nier tout droit de la recourante à une rente d'invalidité.

7.2 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).

7.3 En l'occurrence, il convient tout d'abord de relever que les qualifications des experts en chirurgie orthopédique et en neurologie ne donnent pas matière à discussion. Chacun des experts a procédé à un examen personnel de la recourante et tenu compte des plaintes subjectives de celle-ci, après avoir restitué de façon détaillée l'anamnèse (personnelle, familiale et professionnelle) et résumé les principaux documents recueillis par l'intimée, y compris les imageries réalisées. Les résultats de l'expertise ont ainsi été arrêtés en pleine connaissance du dossier. Par ailleurs, les experts ont décrit le contexte médical de façon claire et étayé leurs conclusions par une motivation circonstanciée. Par conséquent, d'un point de vue formel, le rapport d'expertise du 6 juillet 2021 ne prête pas le flanc à la critique.

7.4

7.4.1 Sur le plan matériel, le rapport d'expertise du 6 juillet 2021 convainc également, tant dans sa motivation que dans ses conclusions. Après avoir méticuleusement retranscrit leurs constatations objectives, ces spécialistes ont en particulier relevé, dans leur appréciation, qu'il existait au plan orthopédique une diminution importante de la mobilité de l'épaule droite, accompagnée d'une force modérément réduite, d'une irritation persistante

et de douleurs (dos. int. 11/20). Sous l'angle neurologique, ils ont exposé que ces souffrances étaient subjectivement disproportionnées par rapport aux déficits physiques objectifs et qu'elles avaient de toute évidence une composante neuropathique. Ils ont par ailleurs souligné qu'il subsistait des possibilités de traitement permettant d'escompter un soulagement des douleurs, notamment en prescrivant à l'assurée certains antidépresseurs ou antiépileptiques (dos. int. 11/21).

7.4.2 De façon convaincante, les experts sont parvenus à la conclusion que la recourante, bien qu'inapte à exercer sa profession antérieure, demeurerait capable d'exercer à plein temps toute activité lui permettant d'éviter le port de charges importantes avec le bras droit, ainsi que l'abduction de l'épaule droite au-delà de 60° (dos. int. 24-25). Force est de constater que ces conclusions tiennent compte des limitations fonctionnelles observées lors des deux examens cliniques. En outre, les conclusions des experts sont corroborées par celles des médecins du SMR, lesquels ont, eux aussi, jugé exigible l'exercice à plein temps et sans diminution de rendement de toute activité adaptée, après avoir retenu des limitations fonctionnelles similaires. A cet égard, les médecins du SMR ont en effet préconisé l'exercice d'une activité légère à (transitoirement) modérée, n'impliquant ni port de charges supérieures à 10-15 kg au-dessus du niveau de la poitrine ou avec le bras droit en extension, ni travaux avec le bras droit au-dessus de la tête (dos. AI 72/4).

7.4.3 De leur côté, les médecins de la recourante n'ont pas mis en évidence d'éléments objectivement vérifiables, qui seraient susceptibles d'avoir été ignorés par les experts et se révéleraient suffisamment pertinents pour remettre en cause leurs conclusions (TF 8C_691/2022 du 23 juin 2023 c. 3.3 et les références; SVR 2019 UV n° 31 c. 3 et les références). Bien au contraire, il convient de relever que l'orthopédiste traitant, dans son rapport du 2 septembre 2021, a lui-même préconisé l'exercice à moyen terme d'une profession de type administratif, de sorte que son point de vue rejoint celui des experts et du SMR (dos. int. 93/1). Si ce médecin a certes continué d'attester une incapacité de travail postérieurement à l'expertise au moyen de certificats non motivés, cela ne permet pas pour autant de s'écarter des conclusions des experts, dans la

mesure où l'incapacité qu'il a alors certifiée se rapportait à la profession antérieure et non à l'exigibilité d'une activité adaptée. En réalité, seul le psychiatre traitant, dans ses rapports des 4 avril 2023 et 19 février 2024, semble exclure l'exercice d'une activité lucrative en raison d'une symptomatologie psychique, dont il attribue l'origine aux douleurs de l'assurée et à d'autres facteurs ("réactualisation" de violences, de deuils, etc.). Ce psychiatre n'a toutefois pas pris position sur l'analyse à laquelle ont procédé les experts du point de vue somatique, de sorte que son avis ne remet pas en cause celui des spécialistes mandatés. Pour le surplus, la responsabilité éventuelle de l'intimée pour les troubles évoqués par le psychiatre traitant dépend du point de savoir si ceux-ci se trouvent en lien de causalité (naturelle et adéquate) avec l'accident, question qui sera examinée ci-après (c. 8). En conclusion, l'appréciation par les experts de la capacité de travail doit être considérée comme pleinement probante. Partant, c'est à bon droit que l'intimée s'est ralliée au point de vue des experts confirmant l'exigibilité, sous l'angle somatique, d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

8.

8.1 En ce qui concerne les troubles psychiques invoqués dans le recours, l'intimée exclut toute responsabilité de sa part, au motif notamment que ceux-ci ne sont pas en lien de causalité adéquate avec l'accident. Jugeant l'accident de gravité légère, à la limite du degré moyen, l'intimée souligne que seule peut être envisagée l'admission de deux critères jurisprudentiels topiques (durée du traitement médical et douleurs physiques persistantes), sans que ceux-ci se manifestent dans une mesure qualifiée. Pour sa part, la recourante soutient que quatre critères sont réunis (durée du traitement, douleurs physiques persistantes, circonstances concomitantes particulièrement dramatiques de l'accident, complications importantes apparues au cours de la guérison), les deux premiers l'étant au surplus de manière particulièrement importante.

8.2 En cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, l'admission d'un lien de causalité adéquate suppose en principe que l'événement traumatique présente une importance déterminante dans l'apparition d'une incapacité de gain d'origine psychique. Tel est le cas s'il présente objectivement une certaine gravité ou, en d'autres termes, s'il entre sérieusement en ligne de compte. Selon la jurisprudence, les accidents peuvent être classés en trois catégories: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents graves et, entre les deux, les accidents de gravité moyenne. On rappellera que pour procéder à la classification de l'accident dans l'une des trois catégories précitées, il faut uniquement se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident. En fonction de la gravité de l'accident, des critères supplémentaires sont, au cas par cas, à prendre en compte. Ces critères sont examinés en excluant tout aspect psychique (ATF 140 V 356 c. 5.1, 129 V 177 c. 4.1, 115 V 133 c. 6; SVR 2018 UV n° 21 c. 4.2, 2011 UV n° 10 c. 4.2.2). Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident de gravité moyenne et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, l'événement accidentel lui-même n'est pas seul déterminant. Le Tribunal fédéral a précisé qu'il convenait bien plus de prendre en considération, dans une appréciation globale, d'autres circonstances objectivement établies qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Les critères les plus importants établis par le Tribunal fédéral sont les suivants (ATF 129 V 177 c. 4.1, 115 V 133 c. 6c/aa):

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions (physiques), en particulier leur aptitude à engendrer, selon l'expérience, des conséquences psychiques;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs physiques persistantes;

- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions subies.

Il n'est toutefois pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères objectifs à la fois. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre le lien de causalité adéquate entre l'accident et une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire ou même que l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. En présence d'un accident de gravité moyenne ou d'un accident se trouvant à la limite de la catégorie des accidents de peu de gravité, le lien de causalité entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain d'ordre psychique ne peut être admis que si soit un seul critère est réalisé de manière particulièrement importante, soit si ces critères sont réunis de manière cumulée et évidente (RAMA 2005 p. 228 c. 3.2.3). S'agissant d'un accident de gravité moyenne à la limite de la catégorie des accidents légers, la présence de quatre critères est requise à cet effet (SVR 2018 UV n° 29 c. 4.2.2).

8.3 En l'espèce, il ressort de la déclaration de sinistre que l'assurée a chuté sur son épaule droite alors qu'elle circulait à vélo (dos. int. 1/1). Dans le rapport d'expertise, il a été précisé qu'après sa chute, l'assurée s'est rendue en poussant son vélo chez un patient qu'elle a pris en charge, malgré son épaule douloureuse (dos. int. 11/10). Le même jour, elle a consulté un centre hospitalier et la radiographie réalisée à cette occasion n'a pas mis en évidence de lésion osseuse, raison pour laquelle il n'a été posé qu'un diagnostic de contusion de l'épaule (dos. int. 57/1). D'un point de vue objectif, compte tenu de son déroulement et de la blessure qui s'en est immédiatement suivie, il doit être retenu que la chute subie par la recourante constitue tout au plus un accident de gravité moyenne, à la limite des cas de faible gravité. Une telle qualification se justifie pleinement au regard de la jurisprudence rendue dans le contexte d'accidents semblables (TF 8C_414/2017 du 26 février 2018 c. 3.4, 8C_105/2012 du 23 juillet 2012 c. 5.4, 8C_605/2010 du 9 novembre 2010 c. 6.1). Dans la mesure où la recourante soutient que l'accident devrait être classé à la

limite supérieure des accidents de gravité moyenne, au motif qu'aucun traitement satisfaisant n'a pu lui être prodigué depuis lors, elle méconnaît que pour procéder à la classification de l'accident, ce sont les forces générées par celui-ci qui sont déterminantes et non ses conséquences (voir c. 8.2). La référence que fait l'intéressée aux rapports de son psychiatre (afin d'illustrer les supposées séquelles du traumatisme) est dénuée de pertinence dans ce contexte. Au regard de l'accident en cause, pour que la causalité adéquate soit admise, il faut donc un cumul de quatre critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (SVR 2018 UV n° 29 c. 4.2.2).

8.4

8.4.1 S'agissant du premier critère, il est patent que le déroulement de l'accident – une chute à vélo – ne saurait être considéré comme particulièrement impressionnant. Les "circonstances concomitantes" évoquées par la recourante (perte de travail consécutive à l'accident et difficultés dans les interactions sociales) sont dénuées de caractère dramatique et s'apparentent en réalité aux conséquences de l'accident, lesquelles n'ont pas à être prises en compte pour apprécier le critère en question (TF 8C_236/2023 du 22 février 2024 c. 3.4.1). Celui-ci n'est donc pas réalisé.

8.4.2 En ce qui concerne le second critère, afférent à la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, il faut relever que la recourante n'a été atteinte qu'au niveau de l'épaule droite. A cet égard, l'IRM a mis en évidence une rupture du tendon sus-épineux, ainsi que des lésions affectant le long tendon du biceps et le tendon sous-scapulaire (dos. int. 3/1 et 60/1). Ces atteintes ne présentent pas une nature particulière au sens de la jurisprudence et n'atteignent pas non plus le seuil de gravité requis. Le fait que l'intéressée demeure entravée par des limitations fonctionnelles – qui ne l'empêchent toutefois pas d'être en mesure d'exercer une activité adaptée à plein temps (voir c. 7.4.2) – ne permet pas de retenir ce critère, qui n'est d'ailleurs pas invoqué (TF 8C_13/2022 du 29 septembre 2022 c. 4.4.2, 8C_816/2021 du 2 mai 2022 c. 5.3.2).

8.4.3 Quant au critère de la durée anormalement longue du traitement médical, l'aspect temporel n'est pas seul décisif. Il faut également prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré. La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations, même pendant une certaine durée, ne suffisent pas à fonder ce critère (ATF 148 V 138 c. 5.3.1). La jurisprudence a notamment nié que ce critère fût rempli dans le cas d'un assuré ayant subi quatre interventions chirurgicales sur une période de cinq ans, au motif que les hospitalisations avaient été de courte durée et qu'hormis ces interventions, l'essentiel du traitement médical avait consisté en des mesures conservatrices (TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 c. 5.2.3). En l'espèce, l'assurée a subi un premier séjour hospitalier du 25 au 27 avril 2017 pour une arthroscopie de l'épaule droite (avec ténodèse du tendon du long biceps, reconstruction du tendon supra-épineux, acromioplastie et résection latérale de la clavicule; voir dos. int. 3/1). Elle a ensuite été hospitalisée à deux nouvelles reprises, afin d'être réopérée de la même épaule, respectivement du 6 au 8 août 2019 (pour une arthroscopie diagnostique avec biopsies, adhésiolyse et capsulotomie; dos. int. 6/1), puis du 17 au 18 mars 2021 (pour une arthroscopie avec débridement, prélèvement d'une biopsie, résection acromio-claviculaire et dénervation du sillon bicipital; dos. int. 88/1). Elle a encore subi en ambulatoire des infiltrations scapulaires, notamment les 21 septembre 2022 et 11 janvier 2023 (dos. int. 19/1 et 21/1). A la lecture des rapports versés au dossier, force est de constater que si l'assurée a subi plusieurs interventions chirurgicales, celles-ci n'ont occasionné que des hospitalisations de courtes durées. Pour le reste, les infiltrations – à l'instar des autres thérapies entreprises (notamment médicaments antalgiques, séances de physiothérapie, d'acupuncture et de thérapie neurale) – ne constituent pas des traitements particulièrement pénibles et invasifs (TF 8C_566/2019 du 27 novembre 2020 c. 7.1). Ainsi, on ne voit pas que soit rempli le critère de la durée anormalement longue du traitement médical. Même en admettant que celui-ci puisse être retenu, comme l'intimée et la recourante semblent l'envisager, il ne revêtirait quoi qu'il en soit pas une intensité particulière au vu de ce qui précède.

8.4.4 A juste titre, la recourante ne se prévaut pas d'erreurs dans le traitement médical, qui auraient entraîné une aggravation notable des séquelles de l'accident. De telles erreurs ne ressortent pas non plus du dossier.

8.4.5 Concernant le critère des difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes, il doit exister des motifs particuliers ayant entravé la guérison, et ce même s'il n'a pas été possible de supprimer les douleurs de l'intéressée, ni même de rétablir une capacité de travail entière. Ce critère a par exemple été nié dans un cas où la reconstruction de la main d'un assuré avait nécessité cinq interventions chirurgicales sur une période de près d'une année et demie (TF 8C_175/2010 du 14 février 2011 c. 5.4). En l'occurrence, la première opération réalisée après l'accident, celle du 25 avril 2017, s'est déroulée sans complications, comme en atteste le rapport de sortie hospitalier (dos. int. 3/1). Deux autres interventions ont certes été pratiquées les 6 août 2019 et 17 mars 2021, en raison d'une suspicion d'infection et d'une persistance des douleurs (dos. int. 71/1 et 84/1). Toutefois, la mise en œuvre de ces opérations subséquentes – lesquelles se sont également déroulées sans difficultés (dos. int. 6/3 et 88/1) – ne suffit pas pour admettre l'apparition de difficultés en cours de guérison ou de complications importantes, conformément à la jurisprudence précédemment citée. Il en va de même de la poursuite d'autres thérapies (TF 8C_600/2020 du 3 mai 2021 c. 4.2.2 et les références). Pour le reste et quoi qu'en dise la recourante, le critère en cause ne peut pas davantage être retenu au motif que des limitations fonctionnelles subsistent (TF 8C_196/2016 du 9 février 2017 c. 5.4).

8.4.6 S'agissant des douleurs persistantes invoquées, elles ressortent certes de la majorité des rapports versés au dossier. Des périodes d'atténuation des maux sont toutefois documentées. A cet égard, il ressort notamment d'un rapport du 20 juillet 2020, retraçant le déroulement d'une thérapie de la douleur, qu'une infiltration pratiquée en juin 2020 a permis une diminution de plus de 80% des scapulalgies, tandis qu'une amélioration significative de la mobilité de l'épaule a été constatée (dos. int. 77/10). D'autres infiltrations ont également permis une réduction

significative des souffrances, à tout le moins transitoirement (dos. int. 70/1). En outre, un rapport du 2 février 2021 émanant d'un médecin consulté par l'assurée pour le traitement de ses douleurs, fait état d'une nette amélioration de celles-ci au repos (dos. int. 83/1). En conséquence, le critère de la persistance des douleurs physiques, s'il peut être admis, ne revêt pas une intensité particulière, contrairement à ce que fait valoir la recourante (en ce sens, voir TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 c. 5.2.6; pour un cas où ce critère a été admis, voir TF 8C_493/2017 du 10 juillet 2018 c. 5.3).

8.4.7 Quant au critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due à des lésions physiques, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (TF 8C_208/2016 du 9 mars 2017 c. 4.1.2). Or, dans un rapport établi le 8 mai 2018, soit seize mois seulement après l'accident, le spécialiste en médecine interne et en rhumatologie du SMR avait déjà jugé l'assurée apte à exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, point de vue que le SMR a encore confirmé dans un rapport subséquent du 24 février 2020 (dos. int. 16/38; dos. AI 33/5, 72/4). Dans ces conditions, la durée de l'incapacité de travail ne saurait être considérée comme particulièrement importante.

8.5 En conclusion, seul un critère est rempli en l'espèce, sans que celui-ci se manifeste dans une mesure qualifiée (voir c. 8.4.6 ci-dessus). Cela ne suffit pas pour reconnaître un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques invoqués et l'accident. Dans ces conditions, la question de la causalité naturelle peut rester ouverte et il doit être renoncé à toute investigation médicale complémentaire sur ce point, notamment sous la forme d'une expertise psychiatrique, telle que souhaitée par la recourante (ATF 147 V 207 c. 6.1, 135 V 465 c. 5.1; TF 8C_565/2022 du 23 mai 2023 c. 5).

9.

Il reste à examiner le calcul du degré d'invalidité.

9.1 A l'instar de ce qu'a fait l'intimée, la comparaison de revenus (art. 16 LPGa) doit être opérée sur la base de données valables en 2021, année correspondant à la naissance du droit à une éventuelle rente d'invalidité de l'assurance-accidents au vu du terme des indemnités journalières (ATF 143 V 295 c. 4.1.3). D'emblée, il convient de préciser que le calcul du degré d'invalidité effectué par l'Office AI Berne, lequel est parvenu dans son préavis du 2 septembre 2020 à un taux d'invalidité arrondi de 7% (dos. int. 8/1), ne lie pas l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 c. 2.3).

9.2 Pour déterminer le revenu sans invalidité, soit celui que la recourante aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, pu réaliser en 2021 sans accident (ATF 139 V 28 c. 3.3.2 et les références), l'intimée s'est fondée à juste titre sur les indications fournies par le dernier employeur. Celui-ci a indiqué que si elle avait continué de travailler à 80%, l'assurée aurait perçu cette année-là un revenu annuel de Fr. 44'064.80 (Fr. 3'389.60 x 13; dos. int. 101/1). Conformément à la jurisprudence (ATF 135 V 287 c. 3.2), l'intimée a ensuite adapté ce montant pour le faire correspondre à un taux d'occupation de 100%, aboutissant ainsi à un salaire annuel sans invalidité de Fr. 55'081.-. Ce montant n'est pas contesté par la recourante et apparaît correct au regard du dossier.

9.3

9.3.1 Pour fixer le revenu d'invalidé (qu'elle a arrêté à Fr. 56'170.-), l'intimée s'est référée aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2018. De son côté, la recourante soutient qu'il doit lui être reconnu un revenu d'invalidé nul, dans la mesure où ses douleurs et limitations fonctionnelles sont telles qu'elles rendent illusoire toute perspective d'emploi dans une activité adaptée.

9.3.2 Lorsque, depuis la survenance de l'atteinte à la santé, la personne assurée n'a plus exercé d'activité lucrative, ou du moins plus d'activité exigible adaptée à son état, l'évaluation du revenu d'invalidé peut se fonder, selon la jurisprudence, sur l'ESS publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS). En règle générale, il y a lieu d'appliquer la valeur totale. Selon la pratique, la comparaison des revenus effectuée sur la base de

l'ESS doit se faire à l'aide du groupe des tables A (salaires bruts standardisés), parmi lesquelles la table TA1_tirage_skill_level, secteur privé, est habituellement usitée. Lorsque sont utilisés les salaires bruts standardisés, il convient, d'après la jurisprudence, de toujours se baser sur la valeur centrale (ATF 148 V 174 c. 6.2, 143 V 295 c. 2.2). Par ailleurs, 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 148 V 174 c. 6.3, 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2018 IV n° 46 c. 3.3).

9.3.3 En l'occurrence, l'argumentation de la recourante consistant à nier toute perspective de gain ne peut être suivie. D'une part, les douleurs invoquées ont été dûment prises en compte par les experts, lesquels ont considéré de manière probante qu'en dépit de celles-ci, l'exercice d'une activité adaptée était exigible à plein temps (voir c. 7.4.2-7.4.3). Ainsi, dans la mesure où la recourante prétend que ses douleurs "imprévisibles" empêchent toute planification du travail, elle se base sur des affirmations non étayées médicalement. D'autre part, le Tribunal fédéral a déjà jugé à plusieurs reprises qu'un marché équilibré du travail offrait suffisamment de possibilités d'emploi, même pour des assurés qui ne pouvaient plus utiliser leur bras (ou leur main) dominant, ou seulement de manière très limitée. Pour ces assurés, la jurisprudence a mentionné, à titre d'exemples, les activités simples de surveillance, de vérification et de contrôle, ainsi que l'utilisation de machines semi-automatiques ou d'unités de production ne nécessitant pas l'usage du bras affecté (en ce sens, voir p. ex. TF 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 c. 5.6, 8C_37/2016 du 8 juillet 2016 c. 5.1.2, 9C_442/2008 du 28 novembre 2008 c. 4.2). Un éventail suffisamment large d'activités adaptées doit *a fortiori* être admis dans le cas d'espèce, dès lors qu'à l'inverse des précédents mentionnés ci-dessus, la recourante ne se trouve pas dans la situation d'une assurée mono-manuelle. En effet, bien qu'elle présente diverses limitations

fonctionnelles, l'intéressée n'est pas pour autant privée de l'usage de son bras droit. Les experts ont d'ailleurs mentionné divers exemples d'activités adaptées légères, qui n'excluent de toute évidence pas l'usage du bras droit (professions dans les domaines de l'administration, de l'accueil, du conseil et de la garde d'enfants; voir dos. int. 11/25).

9.3.4 Cela étant, c'est à juste titre que l'intimée s'est fondée sur les chiffres ressortant de l'ESS pour déterminer le revenu d'invalidité. Il en résulte qu'en exerçant une activité simple et non qualifiée, la recourante pourrait réaliser un revenu mensuel de Fr. 4'371.- (ESS 2018, table TA1_tirage_skill_level, secteur privé, ligne total, niveau de compétences 1, femmes). Comme les salaires bruts standardisés de l'ESS sont fondés sur un horaire de travail hebdomadaire de 40 heures, ils doivent être réévalués en fonction de la durée de travail hebdomadaire moyenne usuelle dans les entreprises de 41,7 heures par semaine (voir la table "Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique" publiée par l'OFS). En tenant compte de cette adaptation, on parvient à un salaire annuel de Fr. 54'681.- ($[\text{Fr. } 4'371.- \times 12 \times 41,7] : 40$). Il convient ensuite d'indexer ce revenu jusqu'à l'année 2021 (ATF 144 I 103 c. 5.3, 134 V 322 c. 4.1). Ainsi, adapté au moyen de l'indice des salaires nominaux publié par l'OFS (table T1.2.10 [base 2010=100], femmes, total, indices 2018=105.9; 2021=108.6; voir à cet égard TF 8C_174/2019 du 9 juillet 2019 c. 6.3.2), le revenu d'invalidité sans abattement s'élève à Fr. 56'075.- ($[\text{Fr. } 54'681.- \times 108.6] : 105.9$). L'intimée est parvenue à un revenu d'invalidité légèrement plus élevé de Fr. 56'170.- en appliquant la table concernant l'évolution des salaires T1.2.15 (base 2015=100). On peut laisser ouverte la question de savoir laquelle de ces tables (T1.2.10 ou T1.2.15) est la plus appropriée pour quantifier l'évolution des salaires entre 2018 et 2021, dès lors que, même en tenant compte du chiffre le plus favorable à la recourante, soit celui de Fr. 56'075.- obtenu en application de la première table, le degré d'invalidité demeurerait insuffisant pour ouvrir droit à une rente de l'assurance-accidents, comme on va le voir. On précisera encore qu'une éventuelle application des données issues de l'ESS 2020 – à supposer que celles-ci eussent déjà été publiées au moment où l'intimée a statué (ATF 143 V 295 c. 2.3 et les références) – ne modifierait pas non plus l'issue du litige (voir c. 9.3.5 ci-dessous).

9.3.5 L'intimée n'a procédé à aucune réduction supplémentaire du revenu d'invalidé. Pour sa part, la recourante ne prétend pas qu'un tel abattement se justifierait en l'espèce. Quoi qu'il en soit, les faits de la cause ne sauraient justifier un abattement excédant 5%. A cet égard, on rappellera qu'une réduction au titre du handicap dépend de la nature des limitations fonctionnelles présentées et n'entre en considération que si, dans un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (TF 8C_289/2021 du 3 février 2022 c. 4.4). Dans le cas particulier, on l'a vu, les limitations fonctionnelles concernent le port de charges supérieures à 10-15 kg, l'abduction de l'épaule au-delà de 60° et les travaux avec le bras droit au-dessus de la tête. Si de telles limitations excluent les travaux lourds, il n'apparaît pas qu'elles restreindraient de manière significative les activités légères, en tout cas pas dans une mesure qui justifierait un abattement supérieur à 5% (dans le même sens, voir TF 8C_608/2021 du 26 avril 2022 c. 4.3.1, 8C_289/2021 du 3 février 2022 c. 4.4, 8C_661/2018 du 28 octobre 2019 c. 3.3.4.3). En outre, on peut exclure tout inconvénient lié à l'âge ou à la nationalité étrangère, dès lors qu'en 2021, l'assurée n'était âgée que de 39 ans et vivait en Suisse depuis plus de vingt ans (TF 8C_883/2015 du 21 octobre 2016 c. 6.3.2). Par ailleurs, l'absence de formation et d'expérience ne joue en règle générale pas de rôle lorsque le revenu d'invalidé est déterminé, comme en l'occurrence, sur la base du salaire statistique correspondant au niveau de compétence 1 de l'ESS (TF 8C_118/2021 du 21 décembre 2021 c. 6.3.2 et la référence). La durée de l'absence du marché du travail ne constitue pas non plus une circonstance déterminante dans ce contexte (TF 9C_17/2018 du 17 avril 2018 c. 4.3 et les références). En définitive, même si l'on tenait compte d'un abattement de 5% – qui devrait être considéré comme un maximum au regard de l'ensemble des circonstances – l'on parviendrait selon l'ESS 2018 à un revenu d'invalidé de Fr. 53'271.- (Fr. 56'075.- x 95%). La comparaison avec le revenu sans invalidité (de Fr. 55'081.-) mettrait alors en évidence un degré d'invalidité (arrondi) de 3%. Enfin, si l'on se fondait sur l'ESS 2020, l'on aboutirait à un revenu d'invalidé de Fr. 51'147.80 (après indexation jusqu'en 2021, adaptation à la durée hebdomadaire du travail de 41,7 heures et abattement de 5%), respectivement à un degré d'invalidité de 7.1%. Quelle que soit l'hypothèse envisagée, le taux

d'invalidité demeure donc insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité selon la LAA.

10.

10.1 Sur le vu de ce qui précède, c'est à juste titre que dans sa décision sur opposition, l'intimée a nié tout droit de la recourante à une rente. Le recours est mal fondé et doit être rejeté.

10.2 Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure (art. 1 al. 1 LAA, en lien avec l'art. 61 let. f^{bis} LPGA).

10.3 D'après le principe général de procédure, aussi applicable en droit cantonal, selon lequel la partie qui provoque des frais inutiles doit les prendre à sa charge (principe de causalité), il peut se justifier de faire supporter à la partie responsable les dépens de la partie adverse (qui succombe), lorsque le droit d'être entendue de cette dernière a été gravement violé et que cette violation a entraîné des coûts importants qui ne seraient pas survenus sans la violation du droit d'être entendu (SVR 2021 UV n° 34 c. 5.2, 2019 IV n° 93 c. 5.4.3). En l'occurrence, l'intimée a statué sur le droit à la rente de la recourante, sans prendre en compte l'atteinte psychique alléguée par celle-ci. Il y a donc lieu de faire supporter les dépens de la recourante pour la présente procédure à l'autorité précédente. La note d'honoraires actualisée du 21 mars 2024 de l'avocat de la recourante chiffre ceux-ci à Fr. 6'571.40 (Fr. 5'540.- d'honoraires [18.47 heures à Fr. 300.-], Fr. 554.- de débours forfaitaires à 10% et Fr. 477.40 de TVA). Toutefois, force est de constater que près de la moitié des tâches facturées sont antérieures au prononcé de la décision sur opposition du 9 mars 2023. Comme il ne peut être tenu compte que de l'activité déployée dans le cadre de la procédure judiciaire (en ce sens, voir JTA LAA/2019/254 du 5 mars 2021 c. 11.5.2), soit postérieurement au 9 mars 2023, il convient de déduire 7.38 heures d'activité et partant de réduire les honoraires à Fr 3'327.- (11.09 heures x Fr. 300.-). Par ailleurs, selon la décision du 27 février 2024 de la conférence élargie des juges du Tribunal administratif compétents en matière d'assurances sociales, un forfait de débours n'est admis qu'à raison d'au maximum 3% des

honoraires (VGE IV/2022/497 du 4 mars 2024 c. 4.2.8, destiné à la publication), ce qui justifie une diminution des débours à Fr. 99.80 (3% de Fr. 3'327.-). Enfin, compte tenu de ce qui précède, la TVA s'élève à Fr. 269.95 (7.7% de Fr. 1'852 et Fr. 55.55 pour les honoraires et débours de 3% sur cette somme en 2023 et 8.1% de Fr. 1'475 et Fr. 44.25 pour les honoraires et débours de 3% sur cette somme en 2024), si bien qu'au total, l'intimée versera à la recourante un montant de Fr. 3'696.75 (débours et TVA compris) au titre de dépens pour la procédure judiciaire.

10.4 Compte tenu de ce qui précède, la requête d'assistance judiciaire et désignation d'un mandataire d'office déposée pour la procédure de recours, devenue sans objet, est rayée du rôle du Tribunal administratif.

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure.
3. L'intimée versera à la recourante la somme de Fr. 3'696.75 (débours et TVA compris) au titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. La requête d'assistance judiciaire et désignation d'un mandataire d'office déposée pour la procédure de recours est rayée du rôle du Tribunal administratif.
5. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la recourante, par son mandataire,
 - à l'intimée,
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

Le président:

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).