RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1326/2020 **ATAS/380/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 avril 2021

2ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à CAROUGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Emilie CONTI MOREL	recourante

contre

SWICA ASSURANCES SA, sise Römerstrasse 37, WINTERTHOUR	intimée

Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Anny FAVRE, Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseures

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1961, a travaillé en tant qu'aide familiale à 80 % auprès de la Fondation des B_____ dès le 1er septembre 2002. À ce titre, elle était couverte contre le risque d'accident, professionnel ou non, par SWICA ASSURANCES SA (ci-après : SWICA ou l'intimée).

2. Le 17 octobre 2007, l'assurée a chuté dans les escaliers, occasionnant une déchirure de type III de la face profonde du tendon du sus-épineux de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, ainsi qu'une entorse cervicale bénigne. À partir de cette date, elle a été mise en arrêt de travail total, puis à 50 % depuis le 17 novembre 2008, d'après un rapport du 19 novembre 2008 de la doctoresse C_____, spécialiste FMH en médecine interne générale.

3. SWICA a pris en charge le cas.

4. Le 11 novembre 2008, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).

5. Par décision du 15 septembre 2009, confirmée sur opposition le 3 février 2010, SWICA, sur la base du rapport d'expertise établi à sa demande par le docteur D_____, chirurgien-orthopédiste FMH, daté du 13 août 2009, complété le 7 septembre 2009, a mis un terme au versement de l'indemnité journalière au 30 septembre 2009, au motif que l'assurée disposait objectivement de la capacité de travail nécessaire pour exercer son activité. SWICA a fixé le *statu quo sine* au 2 juillet 2009 en précisant que la prise en charge d'éventuels frais relatifs à des traitements au niveau de la nuque, de l'arthrose débutante acromio-claviculaire et des dorsalgies aiguës relevait de la compétence de l'assurance-maladie.

   L'assurée n'a pas contesté cette décision.

6. Le 2 février 2010, celle-ci, en traversant la chaussée, a heurté le bord d'un trottoir et a chuté.

7. Dans la déclaration d'accident du 5 février 2010, l'employeur a mentionné que le salaire de base annuel de l'assurée s'élevait à CHF 59'283.-, auquel s'ajoutait une gratification/13ème salaire de CHF 4'940.25.

8. Dans son rapport du 22 février 2010, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a diagnostiqué des contusions sans gravité des genou droit, poignet gauche, épaule droite et thorax à droite. L'incapacité de travail était de 50 % dès le 2 février 2010 pour une durée à déterminer.

9. Par décision du 30 mars 2010, SWICA, s'appuyant sur le rapport d'expertise du 2 mars 2010 établi à sa demande par le docteur F_____, chirurgien-orthopédiste FMH, a fixé le *statu quo ante* au 18 février 2010 pour l'accident du 2 février 2010, le traitement des suites de cet accident étant terminé

dès cette date. Quand bien même la reprise du travail pouvait intervenir dès le 18 février 2010, elle acceptait de verser l'indemnité journalière à 50 % jusqu'au 14 mars 2010 à des fins de coordination avec l'employeur.

10. Le rapport radiologique du 7 mai 2010 relatif à l'arthro-CT de l'épaule droite du 3 mai 2010 a révélé un aspect extrêmement grêle du tendon supra-épineux au niveau de son tiers moyen, une lésion transfixiante touchant le tiers moyen dudit tendon et une probable atteinte transfixiante avec un tendon quasi virtuel en distalité, traduisant une rupture subtotale du tendon sans rétraction encore évidente.

11. Par courrier du 20 juillet 2010, l'assurée a informé SWICA qu'elle serait opérée le 29 juillet prochain par le docteur G_____, chirurgien-orthopédiste FMH, et qu'il s'agissait d'une suite du premier accident. Par conséquent, l'assureur-accidents devait prendre position.

12. Par lettre du 22 juillet 2010, SWICA lui a répondu que le premier accident avait fait l'objet d'une décision sur opposition définitive, de sorte qu'elle n'entrerait pas en matière. S'agissant des éventuelles suites de l'accident du 2 février 2010, un expert l'avait examinée et il convenait qu'il se prononçât sur les lésions constatées après cet examen.

13. Dans le rapport opératoire du 19 août 2010, le Dr G_____ a posé le diagnostic de récidive d'une lésion de la coiffe des rotateurs droite et une répétition de la coiffe des rotateurs droite ouverte en janvier 2008. L'exploration de la cavité gléno-humérale avait révélé une tendinopathie du long chef du biceps qui avait justifié une ténodèse à ce niveau. Il existait une « redéchirure » du sus-épineux avec tendinopathie sévère motivant une résection de cette zone. Au niveau de l'espace sous-acromial, il y avait de très importantes adhérences entre l'os pariétal et la coiffe des rotateurs nécessitant une bursectomie large et une résection de ces adhérences.

14. L'assurée a été licenciée avec effet au 31 août 2010.

15. Par décision sur opposition du 28 janvier 2011, SWICA, se fondant sur le nouveau rapport d'expertise du 27 novembre 2010 du Dr F_____, qui avait procédé à un consilium avec le Dr D_____, a confirmé sa décision du 30 mars 2010, après avoir relevé que l'assurée n'avait pas recouru contre la décision sur opposition du 3 février 2010. Le versement des indemnités journalières n'était plus à sa charge dès le 14 mars 2010, mais à celle de l'assureur perte de gain en cas de maladie, et la prise en charge du traitement incombait à l'assureur-maladie.

16. Le 2 mars 2011, l'assurée a déféré la décision du 28 janvier 2011 à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales), procédure dans le cadre de laquelle elle a produit notamment les rapports suivants.

    Un rapport de la doctoresse H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, du 8 mars 2011, qui concluait qu'il n'y avait pas dans le dossier une preuve

suffisante d'un état dégénératif antérieur à 2007. L'état du tendon était à mettre sur le compte de l'accident du 17 octobre 2007 et du traitement chirurgical.

Un rapport du Dr G_____ du 24 mars 2011, selon lequel la nouvelle chute du 2 février 2010 n'avait que péjoré les séquelles d'une lésion traumatique de la coiffe des rotateurs, sans preuve suffisante d'un état dégénératif antérieur à 2007, et qui déclarait ne pas partager les conclusions des Drs F_____ et D_____.

17. Mandaté par la chambre des assurances sociales pour une expertise judiciaire, dans son rapport du 13 juin 2012, le Professeur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui avait examiné l'assurée le 16 mai 2012, a diagnostiqué des cervico-scapulalgies droites chroniques avec tendinopathie résiduelle du sus-épineux ; un status après arthroscopie de l'épaule droite, ténodèse du long biceps, réinsertion du sus-épineux le 29 juillet 2010 ; ainsi qu'un status après arthroscopie de l'épaule droite, acromioplastie et réparation du sus-épineux le 15 janvier 2008.

    À l'examen, l'assurée présentait une discrète limitation en rotation interne et des douleurs résiduelles cervico-scapulaires, notamment lors des mouvements répétitifs d'abduction. Les examens objectifs actuels (clinique et radiologique) mettaient en évidence une tendinopathie résiduelle du sus-épineux (kyste visible sur les radiographies du 16 mai 2012) qui était probablement la principale source des douleurs actuelles. Les lésions objectives concordaient avec les plaintes de l'assurée. La situation médicale était actuellement stabilisée mais nécessitait une médication antalgique et anti-inflammatoire régulière ainsi qu'un traitement d'appoint de physiothérapie associé à une balnéothérapie. L'indication à la poursuite de ce traitement devrait être réévaluée tous les trois mois.

    Au degré de la vraisemblance, les troubles actuels étaient en lien de causalité avec l'accident du 2 février 2010 et aussi secondaires à l'accident du 17 octobre 2007. Ils n'étaient pas liés à un cours irréversible de la maladie et il n'y avait pas d'évidence d'un état dégénératif antérieur à l'accident du 17 octobre 2007. L'événement du 2 février 2010 avait entraîné une aggravation durable de l'état dégénératif antérieur au deuxième accident mais faisant suite au premier accident, de sorte que le *statu quo sine* ne serait pas atteint. Le pourcentage de l'aggravation pouvait être estimé à 50 %, les 50 % restants étant les suites du premier accident. Cette aggravation ne pouvait pas être considérée comme guérie, car il persistait un état douloureux chronique lié à une tendinopathie résiduelle du sus-épineux.

    Dans l'activité d'aide aux soins à domicile, la capacité de travail pouvait être évaluée actuellement à 50 % du taux habituel. L'assurée présentait des limitations fonctionnelles ne lui permettant pas de porter régulièrement des charges de plus de 5 kg, ni d'élever fréquemment le bras droit au-dessus de l'horizontale. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle avait été de 100% du 17 octobre 2007 au 15 juillet 2008, puis de 50 % dès le 16 juillet 2008, soit six mois après la première intervention, de 100% du 2 février 2010 au 29 janvier 2011, puis de 50 % dès le

30 janvier 2011, soit six mois après la deuxième intervention. Il n'y avait pas de diminution de rendement. Une activité lucrative adaptée (bureau, surveillance) était raisonnablement exigible à 100 %. L'atteinte à l'intégrité pouvait être évaluée à 10 % (périarthrite scapulo-humérale moyenne).

18. Par arrêt du 27 mars 2013 (ATAS/318/2013), la chambre des assurances sociales a partiellement admis le recours de l'assurée et annulé les décisions de l'assureur-accidents des 30 mars 2010 et 28 janvier 2011.

    Elle a d'abord relevé que SWICA ne pouvait pas invoquer l'autorité de chose décidée pour refuser d'examiner, dans sa décision sur opposition du 28 janvier 2011, le lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident du 17 octobre 2007, alors que l'assurée lui avait annoncé des suites tardives ou des séquelles de cet accident. Aussi SWICA aurait-elle dû examiner, dans le cadre d'une seule décision, le droit de l'assurée à des prestations eu égard aux conséquences des deux accidents.

    Elle a ensuite considéré, sur la base de l'expertise du Prof. I_____, que les troubles de l'épaule droite étaient en relation de causalité avec les deux événements accidentels. SWICA n'était pas en droit de fixer le *statu quo ante vel sine* au 2 juillet 2009 pour le premier accident et le *statu quo ante* au 18 février 2010 pour le second accident. L'assurée avait droit à des prestations de la part de son assureur-accidents au-delà du 14 mars 2010.

    Les conclusions de l'assurée concernant l'indemnité journalière pour la période du 18 octobre 2007 au 30 septembre 2009 et du 2 février au 17 février 2010 ont été rejetées, car SWICA avait déjà versé l'indemnité journalière requise. En revanche, pour la période du 1er octobre 2009 au 1er février 2010 et dès le 18 février 2010, l'assurée n'avait reçu aucune indemnité journalière. Or, elle avait droit à une indemnité journalière sur la base d'une incapacité de travail de 50 % du 1er octobre 2009 au 1er février 2010, de 100 % du 18 février 2010 au 29 janvier 2011 et de 50 % dès le 30 janvier 2011, comme l'avait retenu l'expert judiciaire, jusqu'à la détermination du droit à une rente d'invalidité.

    La cause était renvoyée à SWICA pour qu'elle se prononce sur le calcul précis des intérêts moratoires dus sur les indemnités journalières pour la période du 6 octobre 2011 au 1er février 2012 et dès le 18 février 2012, sur l'indication à la poursuite du traitement médical préconisé par l'expert judiciaire, sur le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité en même temps que sur celui-ci à une rente d'invalidité, à l'issue de la procédure de réadaptation de l'assurance-invalidité.

    Les parties n'ont pas recouru contre cet arrêt.

19. Par lettre du 3 juin 2013, l'assurée, sous la plume de son conseil, a indiqué à SWICA qu'elle reviendrait à elle lorsque la procédure de réadaptation de l'assurance-invalidité serait parvenue à son terme.

20. Par courriers des 14 mai, 30 juillet 2014, 30 janvier et 17 août 2015, SWICA a avisé l'assurée du montant complémentaire des indemnités journalières qu'elle lui verserait, assorti de l'intérêt moratoire de 5 % conformément à l'arrêt précité.

21. Dans une notice téléphonique du 30 janvier 2015, SWICA a mentionné avoir été informée par l'OAI que le reclassement de l'assurée avait pris fin le 30 avril 2014.

22. Par décision du 23 mars 2016, l'OAI, qui a retenu un statut mixte réparti à raison de 80 % pour la sphère professionnelle et de 20 % pour la sphère ménagère, a fixé le degré d'invalidité de l'assurée à 84 % du 1er octobre au 30 novembre 2008, 34 % du 1er décembre 2008 au 30 avril 2010, 84 % du 1er mai 2010 au 30 avril 2011, 43 % du 1er mai 2011 au 31 octobre 2012 et 38 % dès le mois de mai 2014, soit à l'issue du reclassement professionnel en qualité d'aide-comptable. Il lui a ainsi accordé une rente entière d'invalidité du 1er octobre au 30 novembre 2008 et du 1er mai 2010 au 30 avril 2011, ainsi qu'un quart de rente du 1er mai 2011 au 31 octobre 2012, lequel s'est éteint le 1er novembre 2012 en raison des indemnités journalières versées depuis le 6 juillet 2012 dans le cadre du reclassement professionnel.

    L'OAI a en particulier mentionné que, selon son service médical, l'assurée présentait une amélioration de sa capacité de travail dès le 1er février 2011, évaluée à 70 % dans une activité adaptée.

    À l'issue du reclassement professionnel, l'OAI a fixé le revenu sans invalidité à CHF 65'374.-, correspondant au revenu que l'assurée pourrait prétendre en 2013, et celui avec invalidité à CHF 37'510.-, soit le revenu que celle-ci pourrait espérer réaliser à 70 % dans une activité de niveau 2 (tâches pratiques) selon le tableau T1_tirage_skill_level de l'Enquête Suisse sur la Structure des Salaires (ci-après : ESS) 2012, secteurs privé et public, ligne 82 (activité administrative), et tenant compte d'un abattement de 10 % au vu de l'analyse globale de la situation et notamment au regard de l'âge.

    Copie de cette décision a été transmise, entre autres, à SWICA.

23. Saisie d'un recours le 3 mai 2016 contre cette décision, par arrêt du 29 mai 2017 (ATAS/428/2017), la chambre des assurances sociales l'a partiellement admis et renvoyé le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants. Elle a, en substance, estimé que la cause avait été insuffisamment instruite, alors que l'assurée avait signalé des troubles psychiques et des acouphènes dès le mois de mai 2014. La situation concernant l'épaule droite n'était pas claire non plus, car certains troubles avaient été constatés par des médecins, sans être par la suite confirmés ou expressément exclus par d'autres spécialistes. Dans ces circonstances, une expertise pluridisciplinaire, comportant les volets rhumatologique, psychiatrique, oto-rhino-laryngologique et orthopédique, s'imposait.

24. Par pli du 20 juin 2017, l'assurée, sous la plume de son conseil, a prié SWICA de prendre position sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et sur la rente d'invalidité.

25. Le 25 juillet 2017, SWICA lui a rappelé qu'elle lui avait à l'époque demandé d'attendre l'issue de la procédure entreprise contre l'OAI.

26. Le 28 juillet 2017, l'assurée a informé SWICA que la procédure en matière d'assurance-invalidité n'était pas prête d'aboutir au vu du renvoi de la cause par la chambre des assurances sociales à l'OAI notamment pour mise en place d'une expertise pluridisciplinaire. Dans la mesure où une expertise orthopédique avait déjà été réalisée, SIWCA serait en mesure de se déterminer sans attendre l'issue de la procédure contre l'OAI.

27. Par courrier du 18 septembre 2017 adressé à SWICA, l'assurée a ajouté que si, à l'époque, elle l'avait priée de patienter, c'était du fait que le processus de réadaptation était en cours auprès de l'OAI, mais qu'il ne s'agissait pas d'attendre l'issue de la procédure contre l'OAI. La réadaptation étant terminée depuis avril 2014, SWICA devait à présent statuer sur le droit à la rente et sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

28. À compter du 4 décembre 2017, l'assurée a relancé SWICA à maintes reprises.

29. Les 6 et 13 février, 2, 12 et 14 mars 2018, l'assurée a été examinée à la Policlinique médicale universitaire (ci-après : PMU) aux fins de l'expertise pluridisciplinaire par les docteurs J_____, spécialiste en médecine interne générale ; K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie; L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur; M_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie; et N_____, spécialiste FMH en rhumatologie.

    Dans leur rapport du 25 avril 2018, les experts ont mentionné dans l'anamnèse professionnelle que l'assurée avait travaillé dans le photomontage pour circuits imprimés de 1978 à 1979, dans les retouches de photos et la sérigraphie de 1979 à 1981, en tant qu'ouvrière dans une bijouterie de 1983 à 1984, puis opératrice de programmation de 1984 à 1986, et comme aide-vétérinaire de 1987 à 1991, avant de devenir femme au foyer de 1991 à 2000, suivi de l'obtention de son certificat fédéral de capacité (ci-après : CFC) d'aide familiale en 2002 et de l'exercice de cette activité jusqu'en 2010.

    Les experts ont posé les diagnostics, avec influence sur la capacité de travail, d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), et de syndrome douloureux chronique de l'épaule droite avec suture du sus-épineux pour une rupture partielle le 15 janvier 2008 et nouvelle suture du sus-épineux pour rupture transfixiante et ténodèse du long biceps le 29 juillet 2010. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assurée présentait des lombalgies chroniques d'origine indéterminée, ainsi qu'une presbyacousie avec acouphène neurosensoriel chronique perturbateur et hyperacousie.

    En raison de la pathologie de la coiffe des rotateurs, la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle d'aide familiale a été jugée comme très

restreinte (inférieure à 30 %) depuis octobre 2007, mais entière dans une activité adaptée, telle qu'aide-comptable, sans effort répété à hauteur de l'épaule ou au-dessus, et sans port de charges excédant 5 kg, dès le 30 janvier 2011, soit six mois après la deuxième chirurgie de la coiffe, date à compter de laquelle l'état de santé était stabilisé. Les gestes dans un secteur d'amplitude 0 à 60° étant effectués sans douleur, il n'y avait pas lieu de prévoir une baisse de rendement.

La capacité de travail de l'assurée avait ensuite chuté à 50 % en août 2014 suite à son trouble dépressif, décrit comme ayant débuté au décours de la deuxième chute en 2010, mais l'assurée n'avait ressenti le besoin de consulter un psychiatre qu'en avril 2014. L'épisode n'était alors pas aussi marqué qu'actuellement, puisque le premier psychiatre évoquait un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive et attestait d'une incapacité de travail de 50 % dès août 2014. L'évolution n'avait pas été favorable ; à partir d'août 2015, l'assurée avait été prise en charge par un autre psychiatre qui retenait un épisode dépressif sévère. L'experte psychiatre, qui a également posé ce diagnostic, a conclu que la capacité de travail de l'assurée était nulle dès août 2015.

30. Le 3 juillet 2018, l'assurée a transmis le rapport d'expertise à SWICA et l'a invitée à statuer sur son droit aux prestations.

31. Par décision du 16 avril 2019 – non contestée par l'assurée −, l'OAI, qui a fait siennes les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire, a mis celle-ci au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1er août 2014, sur la base d'un degré d'invalidité de 59 %, puis d'une rente entière à partir du 1er novembre 2015, fondée sur un taux d'invalidité de 88 %.

32. Le 17 avril 2019 (par courriel) et le 13 mai 2019 (par pli recommandé), l'assurée a communiqué à SWICA cette décision et lui a demandé de statuer sur son droit aux prestations.

33. Dans un courrier intitulé « droit d'être entendu » du 3 juin 2019, SWICA, se référant à l'expertise pluridisciplinaire, a indiqué à l'assurée qu'aucune amélioration notable de son état de santé ne pouvait plus être attendue. Dès ce jour, elle n'avait par conséquent plus droit au traitement médical ni aux indemnités journalières, lesquelles avaient pris fin le 30 avril 2014. S'agissant de ses troubles psychiques, SWICA a nié la relation de causalité adéquate avec les deux événements accidentels, motif pris qu'aucun des critères jurisprudentiels n'était réuni. Quant aux lésions orthopédiques à l'épaule droite, elle a relevé que les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire rejoignaient celles du Prof. I_____ en ce qui concernait la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée, évaluée à 100 %. Pour le calcul du degré d'invalidité, SWICA a fixé le revenu de valide à CHF 82'883.15, représentant le salaire que l'assurée touchait dans son activité habituelle exercée à 80 % au moment de l'accident en 2010, 13ème salaire compris, soit CHF 64'223.25, extrapolé à 100 % (CHF 80'279.05), et indexé à 2019. Le revenu d'invalide a été arrêté à CHF 77'444.60, correspondant au salaire d'une

femme âgée de 50 ans et plus travaillant dans une activité d'« employé(e)s de réception, guichetiers et assimilés » (ligne 42) selon le tableau T17 − secteur privé et secteur public (Confédération, cantons, districts, communes, corporations) ensemble − de l'ESS 2016, adapté à la durée normale hebdomadaire de travail (41,7 heures), indexé en 2019. La comparaison des gains conduisait à une perte de gain de 6,6 %, inférieure au seuil de 10 %. L'assurée ne pouvait ainsi pas prétendre à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. Enfin, SWICA a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 12'600.-, soit 10 % du montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident (CHF 126'000.-).

34. Par lettre du 2 juillet 2019, l'assurée, sous la plume de son conseil, a contesté la position de SWICA.

    Elle a considéré que quatre critères jurisprudentiels étaient remplis pour admettre le rapport de causalité adéquate entre ses troubles psychiques et les deux accidents. Ainsi, sa capacité de travail dans une activité adaptée était de 50 % dès août 2014 et nulle à partir d'août 2015.

    Cela étant, même en faisant abstraction desdits troubles, elle a estimé avoir droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. À cet égard, son revenu de valide devait être fixé selon les données fournies par l'employeur, retenues par l'OAI dans sa note interne − annexée − du 15 août 2018, soit CHF 67'322.- en 2018 pour une activité à 80 %, mais à CHF 84'152.50 pour une activité à plein temps, montant supérieur à celui calculé par SWICA (CHF 82'635.- en 2018). Elle a ensuite critiqué le revenu d'invalide, sur lequel aucun abattement n'avait été appliqué. Or, au terme de la mesure de réadaptation mise en œuvre par l'OAI, elle n'avait pas acquis les compétences lui permettant de briguer un poste administratif rémunéré CHF 77'444.- par an. Ainsi, sur la base des revenus pris en compte par l'OAI, elle avait droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 42 % dès le 1er mai 2014, soit au terme des mesures de réadaptation de l'OAI, de 50 % dès le mois d'août 2014 et de 100 % dès le mois d'août 2015, avec intérêts à 5 % sur les arriérés de rente à compter du 1er mai 2016.

    L'assurée a enfin conclu à l'octroi d'intérêts moratoires à 5 % dès le 1er mai 2016 sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

35. Par décision du 3 juillet 2019, SWICA a repris la teneur de son courrier du 3 juin 2019, ajoutant que le montant de CHF 12'600.- avait été versé le 4 juin 2019 sur le compte bancaire de l'assurée.

36. Par pli du 5 juillet 2019, l'assurée s'est opposée à cette décision, en répétant les termes de son envoi du 2 juillet 2019.

37. Par décision du 3 avril 2020, SWICA a rejeté l'opposition.

    Elle a exposé être en droit de mettre fin à la prise en charge des frais médicaux au 3 juin 2019, en rappelant que le Prof. I_____ avait à l'époque retenu que la situation médicale était stabilisée en juin 2012, déjà.

En ce qui concernait le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et les accidents, elle a maintenu sa position.

Pour ce qui était du calcul de la perte de gain, elle a rectifié le montant retenu à titre de revenu sans invalidité, qui s'élevait à CHF 83'198.90 en 2019, soit le salaire AVS qui était de CHF 65'374.40 en 2013 pour une activité à 80 %, extrapolé à 100 % (CHF 81'718.-), indexé à 2019, et non à CHF 82'883.15.

Quant au revenu avec invalidité, SWICA a confirmé qu'il était de CHF 77'444.60, après avoir indiqué que la table T17 correspondait au groupe de professions 4, employé(s) de type administratif, exécutant des tâches pratiques telles que la vente/les soins/le traitement de données et les tâches administratives/l'utilisation de machines et d'appareils électroniques/les service de sécurité/la conduite de véhicules. Selon elle, l'OAI, qui s'était référé à la table TA1 de 2010, aurait dû se fonder sur la table de 2016.

SWICA était ensuite d'avis qu'un abattement sur le revenu d'invalide ne se justifiait pas. Aucune diminution de rendement n'avait été retenue par le Prof. I_____ ni par les experts de la PMU. La multiplication des atteintes à la santé n'était pas un critère pertinent. L'âge de l'assurée, 58 ans au moment de la décision du 3 juillet 2019, ne constituait pas un motif de réduction, pas plus que ne l'était la durée de l'éloignement du marché du travail. L'OAI n'avait pas tenu compte du critère de l'âge dans sa décision du 16 avril 2019, mais uniquement des limitations fonctionnelles. Or, dans une activité de bureau, l'assurée n'avait pas besoin de porter régulièrement des charges supérieures à 5 kg ni d'élever fréquemment le bras au-dessus du niveau de l'horizontale.

Partant, la comparaison des gains aboutissait à un taux d'invalidité de 6,9 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, SWICA a considéré qu'aucun intérêt moratoire n'était dû dès le 1er mai 2016. Elle a rappelé que, selon l'arrêt du 27 mars 2013 (ATAS/318/2013), elle devait statuer sur le droit à cette prestation en même temps que sur celui à une rente d'invalidité, à l'issue de la procédure de réadaptation de l'assurance-invalidité. Le 3 juin 2013, l'assurée l'avait informée qu'elle reviendrait à elle une fois que la procédure de réadaptation serait parvenue à son terme. En mai 2014, l'instruction du dossier de l'assurance-invalidité n'était pas encore terminée au vu du recours qu'avait interjeté l'assurée contre la décision de l'OAI du 23 mars 2016, instruction achevée par le prononcé de la décision du 16 avril 2019, qui lui avait été communiquée par l'assurée le 13 mai 2019. Subsidiairement, l'intérêt moratoire n'était dû au plus tôt que douze mois à partir du moment où l'assurée avait fait valoir son droit à cette indemnité, soit le 20 juin 2017.

38. Par acte du 8 mai 2020, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru contre la décision sur opposition du 3 avril 2020 auprès de la chambre des assurances sociales, en concluant, sous suite de « frais » et dépens, à son

annulation, ainsi qu'à la condamnation de l'intimée à lui verser une somme de CHF 74'927.50 à titre d'arriérés de rentes, plus intérêts à 5% l'an dès le 20 juin 2018, une somme de CHF 32'968.- à titre d'arriérés de rentes, avec intérêts à 5 % l'an dès le 31 mai 2019 (date moyenne), une rente mensuelle de CHF 1'498.55 dès le 1er mai 2020 augmentée des intérêts à 5 % l'an dès l'exigibilité de chaque prestation, et une somme de CHF 630.- correspondant aux intérêts moratoires à 5 % l'an sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité courus depuis le 20 juin 2018 jusqu'au jour de son paiement.

La recourante a fait valoir que si chaque assureur social était indépendant et pouvait déterminer le revenu d'invalide sans être lié par les constatations de l'autre, une certaine cohérence dans le système s'imposait. Dans sa décision du 16 avril 2019, l'OAI n'avait pas fait de distinction entre le salaire d'invalide avant et après la réadaptation professionnelle, probablement en raison du fait que dès août 2014, la capacité de travail était considérablement réduite au vu des troubles psychiques. C'est pourquoi, la décision de l'OAI du 23 mars 2016, qui ne tenait pas compte desdits troubles, était plus pertinente.

Elle a estimé qu'il était erroné d'appliquer la table T17, dès lors que le tableau TA1 contenait la catégorie « activités de services administratifs » (ligne 77, 79-82), à laquelle on pouvait se référer. De plus, l'activité d'aide-comptable dans laquelle elle avait été formée n'avait pas un caractère transversal, et le secteur public ne paraissait pas envisageable au vu de son niveau de qualification. Du reste, l'utilisation de la table T17 était l'exception et non la règle. Ainsi, il y avait lieu de retenir pour une femme un salaire mensuel moyen de CHF 4'889.- selon la table TA1 de l'ESS 2016 (ligne 77, 79-82).

Il convenait par ailleurs de procéder à un abattement de 15 % sur le revenu d'invalide, compte tenu de son âge avancé et de ses limitations fonctionnelles, lesquelles, contrairement aux dires de l'intimée, l'entraveraient dans une activité de bureau. Durant son stage de réadaptation auprès de Starlogistique, divers aménagements avaient dû être mis en place avec l'aide d'un ergothérapeute. Malgré cela, elle n'avait pas réussi à travailler à plus de 70 % ni n'avait été engagée par l'employeur au terme de la mesure. En outre, ses limitations la désavantageraient sur le marché de l'emploi par rapport à un salarié en bonne santé, d'autant qu'elles n'avaient pas été prises en considération dans l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle, estimée à 100 %, sans baisse de rendement.

En conséquence, la recourante a chiffré son revenu d'invalide à CHF 53'827.- (4'889.- par mois, ajusté à 41,7 heures, indexé à 2019, soit CHF 63'326.- par an, réduit de 15 %). Comparé au revenu sans invalidité de CHF 83'198.90, il en résultait un taux d'invalidité de 35 %. Elle avait par conséquent droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents dès le 1er mai 2014, en complément de sa rente de l'assurance-invalidité. Dans la mesure où son gain assuré s'élevait à CHF 64'223.-, sa rente mensuelle ascendait à CHF 1'498.55 (= 64'223 × 80% × 35 % / 12). Ce montant ne devait pas être réduit du fait qu'elle percevait une rente

de l'assurance-invalidité, car le cumul des deux rentes n'atteignait pas le plafond fixé par l'art. 20 al. 2 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Dans l'hypothèse où la table T17 était appliquée, elle pourrait également prétendre à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, car il y avait lieu de se fonder sur la colonne « total » de ce tableau et non sur celle en fonction de l'âge, comme l'avait fait à tort l'intimée. Partant, le revenu d'invalide pertinent était de CHF 5'250.- par mois (ligne 42, femme), porté à CHF 65'677.50 par an pour 41,7 heures, indexé à 2019, soit CHF 68'002.-, lequel, comparé au revenu sans invalidité de CHF 83'198.90, donnait un degré d'invalidité de 18 %.

Enfin, comme elle avait interpellé l'intimée le 20 juin 2017 pour le versement de la rente et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, les arriérés de rente, qui s'élevaient à CHF 74'927.50 au 30 juin 2018 (1'498.55 × 50 mois), portaient intérêts à 5 % l'an dès le 20 juin 2018. Celles dues depuis le 1er juillet 2018 jusqu'au 30 avril 2020, qui atteignaient la somme de CHF 32'968.- (1'498.55 × 22 mois), portaient intérêts à 5 % l'an dès le 31 mai 2019 (date moyenne). Les intérêts moratoires à 5 % l'an sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité courus du 20 juin 2018 au 4 juin 2019, date du versement de cette prestation, se montaient à CHF 630.-.

À l'appui de son recours, la recourante a produit en particulier les documents suivants.

Un rapport final de GVA Ressources relatif à l'atelier du 26 novembre 2012 au 1er février 2013, indiquant que la formation délivrée comprenait la journalisation des écritures, l'établissement du bilan, l'établissement du compte d'exploitation de plusieurs entreprises issues de diverses branches, la passation des écritures de bouclement et de clôture, la gestion des salaires et des assurances sociales, la comptabilisation des opérations et factures assujetties à la TVA, y compris son décompte trimestriel, la familiarisation et l'utilisation du logiciels Crésus, ainsi que la tenue d'une comptabilité sur la base de pièces justificatives réelles.

Une note de travail du 7 mai 2014 relative au bilan de la mesure, relevant que l'assurée avait pu participer au sein du service de comptabilité de Starlogistique aux écritures de bouclement, à la résolution des comptes, aux actifs/passifs transitoires, à la clôture annuelle et à l'ouverture d'une année de compte.

Un rapport de réadaptation professionnelle de l'OAI du 21 juillet 2014, mentionnant que l'assurée, qui avait été reclassée avec succès, avait signalé une péjoration de son état de santé.

Il a été rappelé que celle-ci, dans le cadre de son inscription à l'assurance-chômage, avait fait un stage de découverte, suivi une formation de secrétariat auprès de Femmes et Profession du 14 mars au 25 mai 2012, et obtenu un certificat de cet institut avec mention.

Elle avait également été mise au bénéfice d'un reclassement par l'OAI par le biais d'un stage de secrétaire chez Dianapath à 50 % dès le 1er octobre 2012, interrompu au 16 novembre 2012 pour des motifs peu clairs – la lettre de licenciement du 6 novembre 2012 indiquait que le but de la mesure serait trop difficile à atteindre, les tâches et la gestion du laboratoire étant complexes et nécessitant une parfaite connaissance du secrétariat médical et d'une terminologie très spécifique liée à la pathologie –; d'une formation d'aide-comptable chez GVA Ressources du 26 novembre 2012 au 1er février 2013, avec obtention d'un certificat d'aide-comptable ; d'une formation pratique d'aide-comptable/assistante administrative auprès de Starlogistique du 1er mai au 31 octobre 2013 ; d'une adaptation du poste sur le lieu de stage ; d'une prolongation de la formation pratique auprès de Starlogistique du 1er novembre 2013 au 30 avril 2014 (avec augmentation progressive du taux d'activité, soit 70 % exigible dès le 16 décembre 2013) ; et d'une formation IFAGE sur WinBiz.

Lors du bilan auprès de Starlogistique le 6 mai 2014, cette dernière avait considéré que l'assurée était pleinement employable dans l'activité d'aide-comptable, mais qu'elle ne pouvait pas l'engager dans l'immédiat – pour des raisons budgétaires d'après la note interne précitée du 7 mai 2014. L'assurée, de son côté, avait estimé que sa capacité de travail était de 50 %, moyennant certaines conditions de travail. Elle avait déclaré être suivie par une psychiatre depuis peu.

39. Dans sa réponse du 7 juillet 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Elle a réitéré que le revenu sans invalidité s'élevait à CHF 83'198.90.

S'agissant du revenu avec invalidité, elle a maintenu ses arguments précédemment développés, ajoutant qu'il se justifiait d'appliquer la table T17, en choisissant le domaine d'activités spécifique et exigible pour la recourante, sans exclure son âge. Dès lors que le gain d'invalide devait être évalué de la manière la plus concrète possible, l'âge de la personne assurée revêtait une importance fondamentale, d'autant que la table T17 s'intitulait « salaire brut mensuel (valeur médiane) selon les groupes de travail, âge, sexe ». Il était illogique de comparer une personne qualifiée de 50 ans avec une personne qualifiée de 20 ans, dans la même branche. Du reste, la plupart des arrêts cités par la recourante relevait du domaine de l'assurance-invalidité.

En ce qui concernait l'abattement, l'intimée a souligné que l'âge ne constituait pas en lui-même un facteur de réduction du salaire statistique même si la recourante avait dépassé la cinquantaine au moment déterminant de la naissance du droit à la rente.

Enfin, aucun intérêt moratoire n'était dû sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, dont la naissance remontait à avril 2019, à l'issue de l'instruction de la procédure de l'assurance-invalidité, puisque cette prestation avait été versée le 4 juin 2019, soit avant l'échéance du délai de vingt-quatre mois prévu à l'art. 26 al. 2 de la loi

fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1).

40. Dans sa réplique du 24 juillet 2020, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle a argué qu'il n'existait aucun motif de déroger à la règle générale et d'appliquer la table T17 plutôt que la table TA1 pour définir son revenu d'invalide dans une activité adaptée d'aide-comptable. En particulier, la ligne 42 choisie par l'intimée, à savoir « employés de réception, guichetiers et assimilés », ne paraissait pas plus adaptée que la ligne 82 du tableau TA1, soit « activités de services administratifs ».

Elle a relevé que, dans l'arrêt 8C_66/2020 du 14 avril 2020 (consid. 4.3) rendu en matière d'assurance-accidents, le Tribunal fédéral avait retenu la moyenne d'âge (total hommes, tous âges confondus) et non la catégorie d'âge de l'assuré lors de l'utilisation de la table T17. Contrairement à ce qu'alléguait l'intimée, lorsqu'un assuré devait se reconvertir en milieu de carrière, l'âge ne jouait pas en sa faveur, car il ne pouvait pas prétendre, dès sa première année d'activité dans une nouvelle profession, au même salaire que les assurés de son âge ayant été actifs durant toute leur carrière dans ladite profession auprès d'un même employeur. C'était la raison pour laquelle, de manière générale, le salaire hypothétique était fixé selon la table TA1 en fonction du sexe et du niveau de compétences, voire du domaine d'activité, mais pas en fonction de l'âge.

S'agissant de l'abattement sur le salaire statistique, la recourante a répété qu'une réduction de 15 % devrait être opérée. Même si l'activité d'aide-comptable était compatible à son état de santé, ses limitations fonctionnelles, retenues par les experts de la PMU, risquaient de la défavoriser sur le marché du travail en termes de perspectives salariales face à une personne en pleine santé. Elle a rappelé que divers aménagements avaient dû être mis en place durant son stage auprès de Starlogistique.

En se basant sur l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 (consid. 8.1 a contrario), elle a de nouveau affirmé que dans la mesure où les experts n'avaient pas retenu une baisse de rendement lors de l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle sous l'angle orthopédique, ce critère pouvait être pris en compte au titre de l'abattement.

Contrairement à ce que prétendait l'intimée, son âge avancé, combiné à ses limitations fonctionnelles et à sa faible capacité d'adaptation, justifiait une réduction du revenu d'invalide. Son emploi de secrétaire auprès de Dianapath, mis en place par l'OAI, avait été interrompu après un mois et demi, au motif qu'elle ne remplissait pas les objectifs attendus par l'employeur. Son emploi auprès de Starlogistique n'avait pas non plus été concluant, l'employeur ayant décidé de ne pas l'engager au terme de la mesure.

En outre, à l'inverse du niveau de compétences 1 relatif aux activités simples et répétitives, dans le cadre du niveau de compétences 2, jugé conforme à son profil

tant par l'OAI que par l'intimée, son manque d'expérience et les années de service devaient être considérés comme des facteurs d'abattement. Dès lors qu'il ne lui restait plus que quelques années de travail avant l'âge de la retraite, elle ne pouvait pas rattraper le retard salarial par rapport aux employés actifs depuis de longues années.

Pour le surplus, la recourante a renvoyé à son mémoire de recours.

41. Dans sa duplique du 25 août 2020, l'intimée a également maintenu ses conclusions.

Elle a indiqué avoir expliqué, dans sa décision, les motifs pour lesquels elle avait appliqué la table T17, et dans son mémoire-réponse, les raisons pour lesquelles il convenait de prendre en considération l'âge de l'intéressée lors de l'utilisation de cette table.

Elle a répété que l'âge de la recourante n'était pas un critère d'abattement pour les motifs exposés dans sa réponse. Les années de service et le manque d'expérience n'étaient pas non plus pertinents, le premier ne constituait pas le seul critère de fixation du salaire dans une nouvelle profession, et l'expérience acquise lors des précédentes activités professionnelles avait une influence tout aussi importante.

42. Dans ses observations du 24 septembre 2020, la recourante a fait valoir que le raisonnement de l'intimée, consistant à faire abstraction de ses limitations fonctionnelles et en conséquence à ne pas effectuer un abattement, avait en réalité trait à l'exigibilité de l'activité d'aide-comptable. En d'autres termes, cette activité ne serait pas exigible si elle requérait le port de charges régulier ou des mouvements de bras fréquents au-dessus de l'horizontal. Or, le critère des limitations fonctionnelles dans le cadre de l'étendue de l'abattement visait à tenir compte du handicap de la personne assurée dans une activité à priori compatible avec ses limitations fonctionnelles. En effet, même si cette activité n'impliquait pas les restrictions physiques en cause, il n'en restait pas moins qu'un travailleur en bonne santé pourrait être favorisé sur le plan salarial eu égard à sa grande disponibilité, polyvalence, résistance, etc.

Ainsi, ce critère, combiné à celui de l'âge, ainsi que des années de service, justifiait dans son cas une réduction de 15 % sur le salaire statistique.

43. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 LPGA relatives à la LAA.

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

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

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

4. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où les deux accidents en cause sont survenus avant cette date (soit les 17 octobre 2007 et 2 février 2010), le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

5. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7e jour avant Pâques au 7e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA).

   L'ordonnance du Conseil fédéral du 20 mars 2020 sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus (COVID-19 - RS 173.110.4) a étendu la suspension des délais légaux et de ceux fixés par les autorités ou tribunaux qui ne courent pas pendant les jours qui précèdent et qui suivent Pâques − ayant eu lieu le dimanche 12 avril 2020 −, et la fixée à la période comprise entre les 21 mars et 19 avril 2020 inclus.

   En l'espèce, la décision litigieuse a été notifiée à la recourante le 6 avril 2020, laquelle a posté son recours le 8 mai 2020, soit avant l'expiration du délai de recours le 19 mai 2020. Partant, le recours a été interjeté en temps utile.

   Aussi le recours, qui respecte par ailleurs la forme prévue par loi (art. 61 let. b LPGA), est-il recevable.

6. Compte tenu des conclusions et motifs du recours, le litige porte sur le degré d'invalidité de la recourante, sur la date à compter de laquelle les (éventuels) arriérés de rentes portent intérêts, ainsi que sur la question de savoir si elle a droit à des intérêts moratoires sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui lui a été versée le 4 juin 2019.

7. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

   La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

b. En l'espèce, au stade du recours, la recourante ne demande plus la prise en compte de ses troubles psychiques en matière d'assurance-accidents. De toute manière, ceux-ci, décrits par la recourante comme étant apparus au décours de la chute du 2 février 2010, survenue après avoir heurté le bord d'un trottoir alors qu'elle marchait, et pour lesquels elle n'a consulté un psychiatre qu'en avril 2014 (cf. rapport d'expertise du 25 avril 2018), ne sont pas en relation de causalité adéquate avec cet accident, qui doit être qualifié de peu de gravité (ATF 115 V 403 consid. 5a).

Il convient donc d'examiner le droit aux prestations de la recourante en lien avec les seules lésions orthopédiques à l'épaule droite, étant relevé que le rapport de causalité entre celles-ci et les deux accidents n'est pas contesté.

8. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, 1ère phrase, LAA). Il faut en principe que l'état de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.1).

   Le point de savoir si l'on est en présence d'une amélioration sensible de l'état de santé se détermine en particulier en fonction de l'accroissement ou du rétablissement de la capacité de travail en tant que celle-ci est diminuée par l'accident assuré. L'emploi du qualificatif « sensible » à l'art. 19 al. 1 LAA signifie ainsi que l'amélioration qui est attendue d'un traitement médical (approprié) au sens de l'art. 10 al. 1 LAA doit être d'une certaine importance; des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Le simple fait qu'un traitement médical continue à être nécessaire ne suffit pas non plus en soi (arrêt du Tribunal fédéral 8C_ 956/2009 du 9 mars 2010 consid. 4.1.2). Ni la possibilité très éloignée d'un résultat positif lié à la continuation d'un traitement médical, ni de petits progrès attendus du fait d'autres mesures – balnéothérapie ou physiothérapie par ex. (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_39/2018 du 11 juillet 2018 consid. 5.1 et 8C_142/2017 du 7 septembre 2017 consid. 4) –, ne confèrent un droit à de plus amples prestations de la part de l'assureur-accidents. Dans ce contexte, l'état de santé de la personne assurée doit être évalué de manière prévisionnelle et non rétrospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_142/2017 consid. 4 et les arrêts cités), c'est-à-dire à la lumière des circonstances qui prévalaient au moment de la clôture du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_83/2017 du 11 décembre 2017 consid. 4.3).

9. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations

d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

11. En l'espèce, il n'est pas contesté que l'état de santé de la recourante est stabilisé depuis, à tout le moins, le 16 mai 2012, date de l'expertise judiciaire, malgré la prise de comprimés antidouleurs et la prescription de physiothérapie et de balnéothérapie.

    Il ressort tant du rapport d'expertise judiciaire du 13 juin 2012, dont la valeur probante a été reconnue par la chambre de céans dans son arrêt du 27 mars 2013 (ATAS/318/2013), que du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 25 avril 2018 établi à la demande de l'OAI que, sur le plan orthopédique, la recourante dispose – ce qu'elle ne conteste au demeurant pas − d'une capacité de travail entière, sans baisse de rendement, dans une activité adaptée (telle que bureau ou d'aide-comptable), sous réserve d'effort répété à hauteur de l'épaule ou au-dessus ainsi que du port de charges supérieures à 5 kg, depuis le 30 janvier 2011.

12. Il convient à présent d'examiner le degré d'invalidité présenté par la recourante.

13. a. Selon l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

    Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

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

    b. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la

décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

c. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Le revenu sans invalidité doit être établi sans égard au fait que l'assuré mettait à profit entièrement, ou en partie seulement, sa capacité de travail avant l'accident. Autrement dit, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé les utiliser pleinement (arrêt du Tribunal fédéral 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 5.5 et les références).

d. Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 135 V 297 consid. 5.2; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb) étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_ level et non pas le tableau TA1_b (arrêt du Tribunal fédéral 8C_66/2020 du 14 avril 2020 consid. 4.2.2 et les références). La valeur statistique – médiane – s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3). À cet égard, l'ESS 2018 a été publiée le 21 avril 2020; l'ESS 2016, le 26 octobre 2018 (étant précisé que le tableau T1_tirage_skill_level a été corrigé le 8 novembre 2018); et l'ESS 2014, le 15 avril 2016.

Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545 et les références citées). C'est le lieu de préciser que les tables TA1, T1 et TA7 des ESS publiées jusqu'en 2010 correspondent respectivement aux tables TA1_skill_level, T1_tirage_skill_level et T17 des ESS publiées depuis 2012 (voir l'Annexe de la lettre circulaire AI n° 328 du 22 octobre 2014 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_66/2020 du 14 avril 2020 consid. 4.2.2).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc), étant toutefois précisé que le Tribunal fédéral a laissé ouverte la question de savoir si, dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, le critère de l'âge constitue un critère d'abattement ou si l'influence de l'âge sur la capacité de gain doit être prise en compte uniquement dans le cadre de la réglementation particulière de l'art. 28 al. 4 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202; cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_661/2018 du 28 octobre 2019 consid. 3.3.4.2. et 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.2 et les références citées).

Depuis la 10e édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste

ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt du Tribunal fédéral 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références).

e. L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.15/06 du 21 décembre 2006 consid. 2.2). La notion d'invalidité, définie à l'art. 8 LPGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1). Si le Tribunal fédéral a confirmé le caractère uniforme de la notion d'invalidité dans les différentes branches d'assurance, il a renoncé à la pratique consistant à accorder en principe plus d'importance à l'évaluation effectuée par l'un des assureurs sociaux, indépendamment des instruments dont il dispose pour instruire le cas et de l'usage qu'il en a fait dans un cas concret. Certes, il faut éviter que des assureurs procèdent à des évaluations divergentes dans un même cas. Mais même si un assureur ne peut en aucune manière se contenter de reprendre, sans plus ample examen, le taux d'invalidité fixé par un autre assureur, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Toutefois, il convient de s'écarter d'une telle évaluation lorsqu'elle repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore lorsqu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. À ces motifs de divergence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Enfin, un assureur social ne saurait être contraint, par le biais des règles de coordination de l'évaluation de l'invalidité, de répondre de risques qu'il n'assure pas, notamment, pour un assureur-accidents, une invalidité d'origine maladive non-professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.406/01 du 28 novembre 2002 consid. 1.2).

14. a. En l'occurrence, le moment de la naissance du droit (éventuel) à la rente d'invalidité remonte au 1er mai 2014, dès lors que les mesures de réadaptation professionnelle de l'assurance-invalidité ont pris fin le 30 avril 2014 (art. 19 al. 1, 1ère phrase, LAA ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_66/2020 du 14 avril 2020 consid. 3.2). Partant, la comparaison des revenus déterminants doit se

faire au regard de l'année 2014, et non de l'année 2019, année de reddition de la décision litigieuse (ATF 128 V 174 consid. 4a), comme l'ont fait à tort les parties.

b. S'agissant du revenu annuel sans invalidité que la recourante aurait pu obtenir en 2014 dans son ancienne activité d'aide familiale si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé, selon les données communiquées par l'ancien employeur dans la déclaration d'accident du 5 février 2010, celle-ci aurait touché en 2010 un revenu annuel de CHF 64'223.25 (soit CHF 4'940.25.- × 13) pour un taux d'activité de 80%. Ce chiffre, converti en salaire pour une activité à plein temps (ATF 119 V 475 consid. 2b), donne un montant de CHF 80'279.05 (= 64'223.25 × 100 / 80).

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires selon l'Indice des salaires nominaux pour les femmes (tableau T1.2.10, publié par l'OFS) dans la branche économique concernée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_821/2019 du 14 octobre 2020 consid. 4.4.2), soit in casu : santé, hébergement médico-social et action sociale ; ligne 86-88, aux termes de laquelle l'indice des salaires nominaux a évolué comme suit : + 0,7 en 2011 ; + 0,3 en 2012 ; + 0,4 en 2013 ; + 0,0 en 2014, on obtient un revenu annuel de CHF 81'407.80 en 2014 (soit 80'279.05 + 531.95 en 2011 = 80'841.- + 242.50 en 2012 = 81'083.50 + 324.30 en 2013 = 81'407.80 + 0.- en 2014 = 81'407.80).

À cet égard, c'est par erreur que les parties ont retenu un revenu annuel sans invalidité de CHF 83'198.90, correspondant, selon l'intimée (voir la décision querellée du 3 avril 2020), au salaire AVS de CHF 65'374.40 en 2013, extrapolé à 100 % et indexé à 2019. En effet, le montant de CHF 65'374.40, qui apparaît dans la décision de l'OAI du 23 mars 2016 (non entrée en force et qui ne lie pas l'assureur-accidents [cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_553/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.1 et la référence]), se rapporte, selon l'OAI, au revenu annuel sans invalidité auquel aurait pu prétendre la recourante en 2013. Or, il s'agit, en l'espèce, de se fonder sur le salaire qu'elle aurait perçu en 2010, avant la survenance de l'accident, soit CHF 64'223.25 (selon les informations fournies par l'employeur), et de le réactualiser − après l'avoir converti à plein temps − à 2014, année déterminante pour la comparaison des revenus, et non à 2019, comme on l'a relevé plus haut.

Pour le même motif, on ne saurait retenir le revenu annuel sans invalidité de CHF 84'152.50, qui correspondrait, selon la note interne de l'OAI du 15 août 2018, au revenu de CHF 67'322.- en contrepartie de l'activité exercée à 80 %, converti à 100%, puisque le revenu de base pertinent in casu s'élève à CHF 64'223.25 et non à 67'322.-.

c. Pour ce qui est du revenu avec invalidité, dès lors que la recourante n'a pas repris d'activité professionnelle, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des statistiques salariales figurant dans l'ESS.

À cet égard, l'intimé a appliqué la table T17, relatif au « Secteur privé et secteur public (Confédération, cantons, districts, communes, corporations) ensemble, Suisse ».

Selon la jurisprudence, lorsqu'il s'agit de déterminer le revenu d'invalide sur la base des tables ESS, on peut s'écarter de la table TA1 pour se référer à la table T17 - correspondant à la table TA7 des ESS publiées jusqu'en 2010 - si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible. La table TA1 repose sur un système de niveaux de compétence par branches économiques alors que la table T17 repose sur un système de groupes de professions organisé selon des niveaux de compétence homogènes pour chaque grand groupe (arrêt du Tribunal fédéral 8C_66/2020 du 14 avril 2020 consid. 4.3).

La table TA7 (ou T17) n'entre pas en considération lorsque l'assuré n'a pas accès au secteur public (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I.31/05 et I.32/05 du 20 mars 2006 consid. 6.3.1 ; I.773/04 du 6 février 2006 consid. 5.2).

En l'espèce, il ressort du rapport de réadaptation professionnelle de l'OAI du 21 juillet 2014 que la recourante a bénéficié d'un reclassement professionnel d'aide-comptable, et dans ce cadre, elle a obtenu un certificat d'aide-comptable délivré par GVA Ressources. Bien que ce certificat soit reconnu par le département de l'instruction publique, de la formation et de la jeunesse du Canton de Genève, il atteste les compétences acquises dans le domaine de la comptabilité en entreprise uniquement (cf. site internet de GVA Ressources : http://www.gvaressources.ch). Or, la maîtrise de la comptabilité dans un service public nécessite une formation spécifique (cf. https://www.ifage.ch/formation/management-administration/formations-administration-publique-et-mch2/certificats-administration-publique-mch2/certificat-comptable-administration-publique/). Du reste, pour un poste de comptable-collocateur/trice, l'État de Genève requiert une formation de niveau maturité professionnelle ou minimum un CFC avec une solide expérience professionnelle dans le domaine de la comptabilité (cf. https://www.ge.ch/offres-emploi-etat-geneve/liste-offres/12685), diplômes dont la recourante n'est pas titulaire.

Dans ces circonstances, il est peu probable que la recourante puisse être engagée au sein d'une entité publique. Aussi le recours aux données établies selon le domaine d'activité T17 (ou TA7) n'est-il pas approprié. Il convient en conséquence d'appliquer, comme le souhaiterait la recourante, la table TA1_skill_level (ou TA1) à l'instar de l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_610/2017 du 3 avril 2018 qui concernait un assuré ayant bénéficié, comme en l'espèce, d'un reclassement professionnel d'aide-comptable, et obtenu un diplôme d'aide-comptable (consid. 4.3).

Cela étant dit, contrairement à ce que voudrait la recourante, il y a lieu de se référer à la branche « Activités juridiques et comptables » (ligne 69-71) et non à celle « Activités de services administratifs » (ligne 77,79-82), dès lors que la première comprend les services comptables et de tenue de livres, comme la vérification des

comptes, la préparation des états financiers et la tenue des livres à teneur de la nomenclature générale des activités économiques ([NOGA 2008], publiée par l'OFS, cf. https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/industrie-services/nomenclatures/noga/publications-noga-2008.assetdetail.344103.html, p. 191), soit les tâches dans lesquelles la recourante a été formée d'après le rapport final de GVA Ressources relatif à l'atelier du 26 novembre 2012 au 1er février 2013, ainsi que la note interne de l'OAI du 7 mai 2014 relative au bilan de la mesure au sein du service de comptabilité de Starlogistique.

À l'inverse, la branche « Activités de services administratifs » se rapporte aux activités de location et location-bail (ligne 77), aux activités des agences de voyage, voyagistes, services de réservation et activités connexes (ligne 79), aux enquêtes et à la sécurité (ligne 80), aux services relatifs aux bâtiments et à l'aménagement paysager (ligne 81) et les activités administratives et autres activités de soutien aux entreprises (ligne 82), telles que la planification financière, la facturation et la tenue de livres, les activités liées au personnel, la distribution physique et la logistique, pour le compte de tiers (NOGA 2008, p. 202-211). À l'évidence, les lignes 77, 79 à 81 recouvrent des activités étrangères au domaine dans lequel la recourante a été reclassée (cf. dans le même sens : ATAS/631/2017 consid. 10b confirmé par le Tribunal fédéral dans l'arrêt 8C_610/2017 du 3 avril 2018 précité). Quant à la ligne 82, elle se révèle inappropriée, dès lors que la recourante n'a pas été formée pour exercer des activités liées au personnel, à la distribution physique et/ou à la logistique, étant précisé que ces deux dernières tâches pourraient ne pas être compatibles avec ses limitations fonctionnelles − pour rappel, celle-ci doit éviter notamment le port de charges supérieures à 5 kg.

Enfin, il convient de retenir le niveau de compétences 2 pour un assuré ayant bénéficié, comme en l'espèce, de mesures d'ordre professionnel de l'assurance-invalidité, sous la forme d'un reclassement professionnel d'aide-comptable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_610/2017 du 3 avril 2018 consid. 4.3).

En conséquence, la recourante peut prétendre à un salaire mensuel de CHF 6'067.- (ESS 2014, TA1, ligne 69-71, femme, niveau de compétences 2), montant qui correspond à un horaire de travail de 40 heures, de sorte qu'il doit être adapté à l'horaire hebdomadaire dans la branche économique concernée (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_748/2009 du 16 avril 2010 consid. 4.5; 8C_671/2013 du 20 février 2014 consid. 4.3) en 2014, soit 41,4 heures (tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » publié par l'OFS, branche 69 « Activités juridiques et comptables »). Aussi ce montant est-il porté à CHF 6'279.- (= 6'067 × 41,4 / 40) par mois, soit à CHF 75'348.- par année (6'279 × 12), ce qui représente le revenu avec invalidité déterminant en 2014.

d. Il convient encore d'examiner si un abattement doit s'appliquer sur le salaire statistique.

d/aa. Selon la jurisprudence, l'âge de l'assuré ne constitue pas per se un facteur de réduction du salaire statistique. Autrement dit, il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Le Tribunal fédéral a insisté sur ce point et affirmé que l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels, tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5 et les références citées).

À titre d'exemples, dans l'arrêt 8C_227/2017 précité concernant un assuré, qui, consécutivement à la cessation d'activité de son ancien employeur, avait accompli plusieurs missions temporaires alors qu'il était inscrit au chômage (en dernier lieu comme déménageur), le Tribunal fédéral a considéré qu'il disposait d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel susceptible, le cas échéant, de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge (59 ans au moment déterminant ; consid. 5).

Dans l'arrêt 8C_439/2017 du 6 octobre 2017, le Tribunal fédéral a jugé, à propos d'un assuré ayant atteint 62 ans à la naissance du droit à la rente, qu'il n'y avait pas d'indices suffisants pour retenir qu'un tel âge représentait un facteur pénalisant par rapport aux autres travailleurs valides de la même catégorie d'âge, eu égard à ses bonnes qualifications professionnelles.

En l'espèce, pour autant que ce critère soit déterminant en assurance-accidents, l'âge de la recourante (née le 16 janvier 1961), soit 53 ans au moment déterminant du droit à la rente le 1er mai 2014, qui lui laissait onze ans d'activité jusqu'à la survenance de l'âge de la retraite (soit 64 ans révolus pour les femmes [art. 21 al. 1 let. b de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 20 décembre 1946 [LAVS – RS 831.10]), ne justifiait pas un taux d'abattement, dès lors que la recourante ne se trouvait pas à un âge qui l'obligerait à mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail à des conditions économiques plus défavorables que la moyenne, soit qui entraînerait un désavantage salarial (cf. ATAS/1041/2019 du 12 novembre 2019 consid. 16). Du reste, la recourante était encore éloignée de l'âge à partir duquel le Tribunal fédéral reconnaît généralement que ce facteur peut être déterminant et nécessite une approche particulière (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 4.2 rendu en matière d'assurance-accidents, qui concerne un assuré âgé de 59 ans au moment de la naissance du droit à la rente).

De toute manière, il ressort du rapport d'expertise de la PMU que la recourante a exercé diverses activités professionnelles dans les domaines de la photographie, de la bijouterie, dans le service vétérinaire (comme aide-vétérinaire), puis dans les B_____ (en tant qu'aide familiale). De plus, il résulte du rapport de réadaptation professionnelle de l'OAI du 21 juillet 2014 que l'assurée, après la survenance de

son accident en 2010, s'était inscrite à l'assurance-chômage et qu'elle avait, dans ce cadre, effectué un stage de découverte, suivi une formation de secrétariat auprès de Femmes et Profession du 14 mars au 25 mai 2012, et acquis un certificat de cet institut avec mention. Elle avait également, après obtention de son certificat d'aide-comptable chez GVA Ressources, réalisé un stage en entreprise auprès de Starlogistique du 1er mai 2013 au 30 avril 2014. La recourante a donc eu un parcours professionnel varié auprès de différents employeurs, et possède, compte tenu de sa nouvelle formation et de son expérience professionnelle, des connaissances et des compétences dans les domaines du secrétariat et de la comptabilité. On peut ainsi admettre qu'elle dispose, contrairement à ce qu'elle allègue, d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel susceptible, le cas échéant, de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge.

d/bb. Ensuite, une réduction sur le salaire statistique ne se justifie pas lorsque l'assuré a été réadapté dans une profession respectant ses limitations fonctionnelles (David IONTA, Fixation du revenu d'invalide selon l'ESS, in : Jusletter 22 octobre 2018, p. 31).

Dans l'arrêt 8C_553/2016 du 1er mai 2017 concernant un assuré ayant obtenu un CFC de mécanicien sur motos dans le cadre de mesures de réadaptation de l'OAI, le Tribunal fédéral a confirmé qu'il n'y avait pas lieu d'opérer un abattement à ce titre, car il n'existait pas, en raison des séquelles de l'accident, d'éléments incapacitants dans une activité de mécanicien sur motos pour laquelle l'assuré avait obtenu un CFC. Du reste, même dans une activité de concierge professionnel, la capacité de travail était entière, sous réserve d'efforts physiques répétés et systématiques de plus de 10 kg à hauteur de l'épaule et au-dessus, soit des limitations qui n'entraient en considération que pour des travaux bien spécifiques. Un large éventail d'activité était ainsi à portée de l'assuré (consid. 5.2).

Dans l'arrêt 8C_610/2017 du 3 avril 2018 (consid. 4.4), le Tribunal fédéral a confirmé le jugement cantonal (ATAS/631/2017 du 12 juillet 2017 consid. 9 et 10c.) et l'absence d'abattement sur le salaire statistique pour un assuré, ayant bénéficié par l'OAI d'un reclassement professionnel d'aide-comptable, capable d'exercer à plein temps cette activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (éviter de conduire, de monter des échelles et de porter des charges avec sa main droite).

En l'espèce, les limitations fonctionnelles de la recourante consistent dans le port régulier de charges supérieures à 5 kg et l'effort répété à hauteur de l'épaule ou au-dessus. L'activité d'aide-comptable dans laquelle elle a été réadaptée est parfaitement compatible avec ces restrictions de l'avis des experts de la PMU, qui ont retenu que celle-ci est apte à exercer cette activité à plein temps sans diminution de rendement. Ainsi, quoi qu'en dise la recourante, conformément à la jurisprudence précitée, ses limitations ne justifient pas une réduction du salaire statistique.

On relèvera au passage que, contrairement à ce que celle-ci tente de faire croire, l'interruption de son emploi auprès de Dianapath après un mois et demi d'activité n'était pas due à ses restrictions physiques, mais au fait que ce laboratoire exigeait la connaissance d'une terminologie médicale bien spécifique dont la recourante ne disposait pas (cf. la lettre de licenciement du 6 novembre 2012). Ensuite, si elle n'avait pas travaillé à plus de 70% auprès de Starlogistique, c'était dû au fait qu'à l'époque, le service médical de l'OAI avait estimé que sa capacité de travail était de 70 % dans une activité adaptée (cf. décision de l'OAI du 23 mars 2016). En outre, au terme de son stage, Starlogistique n'avait pas pu l'engager pour des raisons budgétaires, et non pas du fait de ses limitations fonctionnelles. Cet employeur avait du reste constaté que la recourante, qui avait bénéficié d'un aménagement de son poste de travail, était pleinement employable dans l'activité d'aide-comptable (cf. rapport de réadaptation professionnelle du 21 juillet 2014).

Selon la jurisprudence que la recourante cite, lorsqu'un assuré est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail et il n'y a pas lieu, en sus, d'effectuer un abattement à ce titre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et la référence). Contrairement à ce que fait valoir la recourante, on ne saurait appliquer, a contrario, un abattement au salaire statistique lorsque, comme en l'espèce, les médecins ne retiennent aucune diminution de rendement et que ses limitations fonctionnelles n'ont pas d'effet sur sa capacité de travail dans une activité adaptée, sinon cela reviendrait à vider la jurisprudence précitée de sa substance (arrêts 8C_610/2017 du 3 avril 2018 consid. 4.4 ; 8C_553/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2).

d/cc. Outre cela, l'éloignement du marché du travail ne constitue pas un facteur d'abattement au sens de la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6.3 et la référence).

d/dd. Enfin, en ce qui concerne la prise en compte d'un abattement lié aux années de service, elle ne se justifie pas dans le cadre du choix du niveau de compétence 1 de l'ESS 2012, l'influence de la durée de service sur le salaire étant peu importante dans cette catégorie d'emplois qui ne nécessitent ni formation ni expérience professionnelle spécifique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). Il en va toutefois différemment à partir du niveau de compétence 2 s'agissant d'emplois qualifiés dans lesquels l'expérience professionnelle accumulée auprès d'un même employeur est davantage valorisée. Ainsi, le Tribunal fédéral a admis un abattement de 5 % pour un assuré qui subissait un désavantage salarial à ce titre par rapport aux autres employés qualifiés du niveau de compétence 2 dans la mesure où il se trouvait en situation de réintégration professionnelle après plus de 35 ans de service auprès du même employeur (arrêt 8C_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4).

En l'espèce, certes, il n'est pas contesté que le type de travail à la portée de la recourante en fonction de son niveau de formation justifie qu'elle soit placée au

niveau de compétence 2. Toutefois, au moment de son premier accident le 17 octobre 2007, la recourante travaillait pour son ancien employeur depuis cinq ans, ce qui n'est pas une durée assez longue afin de pouvoir bénéficier de conditions particulières liées à l'ancienneté. Dans l'arrêt 8C_604/2007 du 7 avril 2008, le Tribunal fédéral est parvenu à cette conclusion pour un assuré qui collaborait au service de son employeur depuis quatre ans au moment de son accident (consid. 5.3).

Dans l'arrêt 9C_55/2018 du 30 mai 2018 (rendu en matière d'assurance-invalidité), le Tribunal fédéral a considéré que la juridiction cantonale n'avait pas excédé ou abusé de son pouvoir d'appréciation en retenant, entre autres, comme motifs de réduction l'éventuelle perte au niveau de l'ancienneté pour une assurée qui, avant son arrêt de travail, avait travaillé auprès de son ancien employeur pendant dix ans (consid. 4.3). Dans l'ATAS/631/2017 du 12 juillet 2017 (consid. 10c.), confirmé par le Tribunal fédéral (8C_610/2017), aucun abattement n'a été appliqué sur le salaire statistique pour un assuré ayant travaillé (dès 2004) au service de son ancien employeur pendant neuf ans au moment de son accident (survenu le 6 janvier 2013).

En l'occurrence, si l'on tient compte des années de service jusqu'au second accident survenu le 2 février 2010, on ne saurait admettre, au regard de la casuistique citée ci-dessus, que la recourante aurait perdu des avantages salariaux dus à l'ancienneté, dès lors qu'elle n'a collaboré que pendant sept ans et demi au total auprès de son ancien employeur.

d/ee. Compte tenu des développements qui précèdent, l'intimée n'a pas violé le droit en ne procédant à aucun abattement sur le salaire statistique.

e. Par conséquent, le revenu sans invalidité de CHF 81'407.80, comparé avec le revenu avec invalidité de CHF 75'348.-, aboutit un taux d'invalidité de 7,44 % ([81'407.80 - 75'348] / 81'407.80), arrondi à 7 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2), inférieur à celui (10 %) donnant droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA).

Même dans l'hypothèse où, d'après les parties, le revenu sans invalidité serait de CHF 83'198.90 (cf. consid. 14b ci-dessus), cela ne changerait pas l'issue du litige, car il en résulterait une perte de gain de 9 % ([83'198.90 - 75'348] / 83'198.90 = 9,43 %).

Dans l'éventualité où le revenu sans invalidité était adapté à l'évolution des salaires nominaux pour les femmes des années 2010 (2579) et 2014 (2673) selon le tableau T39 (et non pas à l'évolution des salaires selon l'Indice des salaires nominaux pour les femmes d'après le tableau T1.2.10 [cf. consid. 14b ci-dessus]), l'issue du litige n'en serait pas modifiée non plus. En effet, le revenu sans invalidité se monterait alors à CHF 83'205.05 (80'279.05 × 2673 / 2579), et compte tenu d'un revenu avec invalidité de CHF 75'348.-, la recourante présenterait un degré d'invalidité de 9 % également ([83'205.05 - 75'348] / 83'205.05 = 9,44 %).

Partant, la recourante n'a pas droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

15. Reste encore à déterminer si la recourante a droit à des intérêts moratoires sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui lui a été versée le 4 juin 2019.

16. a. Selon l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de vingt-quatre mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe.

    L'art. 7 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11) précise que le taux de l'intérêt moratoire est de 5% par an (al. 1). L'intérêt moratoire est calculé par mois sur les prestations dont le droit est échu jusqu'à la fin du mois précédent. Il est dû dès le premier jour du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire a pris naissance et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (al. 2). Si un intérêt moratoire n'est dû, au sens de l'art. 6, que sur une partie de la prestation, il sera calculé au moment du paiement sur la prestation entière et sera versé en proportion de la part de prestation sur laquelle les intérêts sont dus par rapport à l'intégralité de la prestation (al. 3).

    b. Pour chaque prestation, il faut consulter la loi spéciale applicable pour déterminer à quel moment naît le droit à cette prestation (Sylvie PÉTREMAND, in Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 36 ad art. 26 LPGA). Selon l'art. 24 al. 2 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé.

    c. Le moment où l'assuré fait valoir le droit au sens de l'art. 26 al. 2 LPGA correspond en principe au moment où une annonce est faite au sens de l'art. 29 LPGA (Sylvie PÉTREMAND, op cit., n. 37 ad art. 26 LPGA).

    Les intérêts moratoires sont dus au plus tôt douze mois après que l'assuré a fait valoir son droit, dans la mesure où, à ce moment-là, le délai de 24 mois depuis la naissance du droit est écoulé (Sylvie PÉTREMAND, op cit., n. 38 ad art. 26 LPGA).

17. a. En l'espèce, dans la mesure où la recourante avait été mise au bénéfice d'un reclassement professionnel par l'OAI, l'intimée était tenue de statuer sur le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle, à l'issue de la procédure de réadaptation de l'assurance-invalidité (voir l'arrêt de renvoi du 27 mars 2013 opposant les parties [ATAS/318/2013]), le reclassement professionnel étant une mesure de nature à influencer le degré d'invalidité déterminant pour l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.90/01 du 21 octobre 2002 consid. 2.3).

    Comme on l'a relevé plus haut (consid. 14a ci-dessus), le moment de la naissance du droit (éventuel) à la rente d'invalidité remonte au 1er mai 2014, puisque les mesures de réadaptation professionnelle de l'assurance-invalidité ont pris fin le

30 avril 2014 − ce dont l'intimée a été informée, au plus tôt, le 30 janvier 2015 lors d'un entretien téléphonique avec l'OAI, puis au plus tard, lors de la notification de la décision de l'OAI du 23 mars 2016, dont elle a reçu une copie. Ainsi, contrairement à ce que prétend l'intimée, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est née le 1er mai 2014, et non pas en avril 2019 lors du prononcé de la décision de l'OAI du 16 avril 2019.

Partant, le délai de vingt-quatre mois depuis la naissance du droit a expiré le 1er mai 2016.

Il n'était pas nécessaire que la recourante, postérieurement à l'arrêt de renvoi du 27 mars 2013 précité, exerce son droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 29 LPGA, dès lors que, dans le cadre de la procédure ayant fait l'objet de cet arrêt, elle avait déjà conclu à l'octroi de cette indemnité sur la base du rapport de l'expertise judiciaire du Prof. I_____ qui avait évalué l'atteinte à l'intégrité à 10 %.

Contrairement à ce que fait valoir l'intimée, elle ne devait pas attendre l'entrée en force de la décision de l'OAI pour se déterminer sur le droit de la recourante à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, dès lors que cette problématique est étrangère à l'assurance-invalidité. En d'autres termes, ni l'OAI ni les experts de la PMU n'étaient tenus de se prononcer sur le taux de l'atteinte à l'intégrité de la recourante.

En outre, cette dernière s'est conformée à l'obligation de collaborer qui lui incombait.

Aussi la recourante a-t-elle droit aux intérêts moratoires de 5 % l'an sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité dès le 1er mai 2016.

b. Selon l'art. 61 let. d LPGA, le tribunal n'est pas lié par les conclusions des parties; il peut réformer, au détriment du recourant, la décision attaquée ou accorder plus que le recourant n'avait demandé; il doit cependant donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours.

En l'occurrence, la chambre de céans accorde les intérêts moratoires dès le 1er mai 2016, alors que la recourante, au stade de son recours, a conclu à leur octroi à compter du 20 juin 2018. Dans la mesure où, dans son opposition, elle sollicitait les intérêts moratoires à partir du 1er mai 2016 et que, depuis lors, les parties se sont déjà prononcées à ce sujet (l'intimée dans la décision querellée et dans son mémoire-réponse, la recourante dans son acte de recours), il n'est pas nécessaire qu'elles se déterminent une nouvelle fois.

18. Au vu de ce qui précède, le recours sera très partiellement admis et la décision sur opposition du 3 avril 2020 réformée, en ce sens que l'intimée est condamnée à verser à la recourante des intérêts moratoires de 5 % l'an sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 12'600.-, dès le 1er mai 2016.

    La cause est renvoyée à l'intimée pour le calcul précis des intérêts moratoires dus conformément à l'art. 7 OPGA.

19. La recourante obtenant très partiellement gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), arrêtée en l'espèce à CHF 500.-.

    Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

******

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet très partiellement.
3. Réforme la décision sur opposition du 3 avril 2020 en ce sens que l'intimée est condamnée à verser à la recourante des intérêts moratoires de 5 % l'an sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 12'600.-, dès le 1er mai 2016.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour le calcul précis des intérêts moratoires dus.
5. Alloue une indemnité de CHF 500.- à la recourante à titre de dépens, à la charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
Sylvie CARDINAUX	Blaise PAGAN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le