



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2127/2019

ATAS/196/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 février 2020

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT

recourante

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, Division juridique, sise Fluhmattstrasse 1,
LUCERNE

intimée

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-
DESHUSSES, Judges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1960, au bénéfice d'un permis C depuis le 25 novembre 1999, travaillait à temps partiel en qualité d'agent d'entretien auprès de la société B_____ SA depuis le 5 septembre 2006 et était à ce titre assurée auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la SUVA) pour les accidents professionnels et non professionnels.
2. Le 1^{er} janvier 2009, l'assurée a chuté avec réception sur l'épaule droite.
3. L'arthro-IRM (imagerie à résonance magnétique) de l'épaule droite du 17 février 2009 a mis en évidence une désinsertion du faisceau superficiel et profond du tendon sous-scapulaire, une importante tendinopathie du long chef du biceps au niveau de sa gouttière humérale, une rupture transfixiante mais incomplète de la partie postérieure du muscle sus-épineux et supéro-proximale du tendon du muscle sous-épineux, ainsi qu'une opacification de la bourse sous-acromio-deltoïdienne.
4. À la suite de cet évènement, l'assurée s'est retrouvée en arrêt de travail total jusqu'au 31 mars 2009.
5. La SUVA a pris en charge ce cas.
6. L'assurée a repris son travail le 1^{er} avril 2009.
7. Le 30 novembre 2010, le docteur C_____, médecin praticien FMH et médecin traitant, a annoncé une rechute en raison de douleurs handicapantes dont se plaignait l'assurée et d'une diminution de la mobilité de l'épaule droite.
8. Il a attesté une incapacité de travail totale dès le 31 décembre 2010.
9. L'IRM de l'épaule droite du 11 janvier 2011 a conclu à une rupture complète du tendon sous-scapulaire avec amyotrophie et dégénérescence graisseuse de la masse charnue de ce muscle, une subluxation du tendon du long chef du biceps, un épaissement et signe de fissuration intra-substance du tendon sus-épineux et signe en faveur d'une fissuration intra-tendineuse du tendon sous-épineux, ainsi qu'un épanchement intra-articulaire et lame de liquide dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne.
10. Par pli du 1^{er} février 2011, la SUVA a informé l'assurée qu'elle reprenait le versement des prestations d'assurance.
11. Le 28 mars 2011, une arthroscopie de l'épaule droite avec ténotomie du long chef du biceps a été réalisée aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). L'assurée a été mise en arrêt de travail à 100 % jusqu'au 30 avril 2011.
12. L'assurée a repris son activité professionnelle le 2 mai 2011.
13. Le 1^{er} mai 2013, elle a signalé une rechute en raison de douleurs à l'épaule droite.
14. Ayant perdu son emploi (à une date non précisée), elle s'est inscrite au chômage.
15. Elle a régulièrement consulté son médecin traitant et bénéficié d'un traitement antalgique ainsi que de physiothérapie, pris en charge par la SUVA.

16. Le 16 février 2016, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI).
17. Le 16 mars 2016, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assurée, actuellement aidée par l'Hospice général. L'évolution n'était pas satisfaisante avec la persistance de douleurs au niveau de l'épaule droite, qui était néanmoins capable d'atteindre le plan de l'horizontale et de le dépasser légèrement. La mobilité de l'épaule droite était en abduction et antépulsion de 100° (actif) et de 120° (passif). L'état de santé était stabilisé à ce jour. Le degré de l'atteinte à l'intégrité selon les tables de la SUVA concernant les atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs était de 15 % dans le cas d'une épaule mobile jusqu'à l'horizontale. Compte tenu de l'état de tendinopathie chronique mise en évidence sur les imageries réalisées quatre ans avant l'accident, et après pondération, le taux final retenu était de 10 %.
18. Par décision du 1^{er} avril 2016, adressée à l'assurée par recommandé, la SUVA lui a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 12'600.-. Elle a mis un terme au paiement des frais médicaux, à l'exception de quatre consultations de suivi auprès du médecin traitant avec des infiltrations éventuellement auprès d'un confrère rhumatologue par année.

L'assurée n'a pas contesté cette décision.
19. Par rapport du 30 juin 2017, le Dr C_____ a annoncé une rechute. L'omalgie droite persistait.
20. L'arthro-IRM de l'épaule du 9 novembre 2017 a révélé une rupture massive de la coiffe supéro-antérieure avec rupture complète du tendon du muscle supra-épineux, une rupture insertionnelle de fibres profondes des tendons des muscles sub-scapulaire et infra-épineux, ainsi qu'une amyotrophie marquée du muscle sub-scapulaire.
21. Le 10 avril 2018, une arthroscopie de l'épaule droite a été effectuée aux HUG avec suture des sus et infra-épineux.
22. Du 24 juillet au 10 août 2018, l'assurée a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR). L'IRM de l'épaule droite effectuée à cette occasion a mis en évidence un status après ténodèse du long chef du biceps, des muscles supra et infra-épineux, sans anomalie notable en ce qui concernait le long chef du biceps et le sous-épineux, et sans nouvelle déchirure du sous-scapulaire. L'espace sous-coracoïdien était diminué. Le sus-épineux présentait une désinsertion des deux tiers postérieurs du tendon et une déchirure myotendineuse. Les limitations fonctionnelles définitives retenues étaient : lever de la taille à hauteur de la tête répétitif, activités au-dessus du plan des épaules, activités de force en porte-à-faux et port de charges de plus de 5-10 kg. La stabilisation de l'état de santé était attendue dans un délai d'un à trois mois. Le pronostic de réinsertion dans l'activité habituelle de nettoyeuse était partiellement défavorable ; les activités en hauteur et

répétitives avec l'épaule droite étaient à éviter. Les activités à la hauteur de l'établi seraient mieux tolérées. La capacité de travail était entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles.

23. Dans un rapport du 24 août 2018, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et médecin chef de clinique aux HUG, a constaté une évolution défavorable avec re-rupture du tendon sus-épineux.

24. À la demande de la SUVA, le 31 août 2018, l'employeur a indiqué que l'assurée, si elle n'avait pas été victime de l'accident, aurait touché en 2018 un salaire horaire de CHF 19.60, majoré de 8,33 % et de CHF 1.63/heure pour tenir compte des indemnités de vacances et pour jours fériés, respectivement du treizième salaire.

Le dossier contient également les décomptes de salaire annuel de l'assurée.

25. Le 5 septembre 2018, le Dr D_____ a procédé à l'examen final de l'assurée. Il a posé le diagnostic de rupture itérative de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et d'arthrose gléno-humérale. Il a observé une nette limitation de la mobilité active et passive. La mobilité de l'épaule droite en abduction et antépulsion était de 30° (actif) et de 40 °(passif). Le médecin a considéré que le cas était stabilisé, sans nouvelle intervention chirurgicale attendue. L'assurée suivait un traitement régulier par Irfen et Dafalgan. Une activité légère, réalisée en position assise, sans port de charges du côté droit, en ayant le coude droit posé sur une table, et en évitant les mouvements de rotation de l'épaule, était exigible à plein temps sans baisse de rendement. Concernant l'atteinte à l'intégrité, il n'y avait pas de modification du taux déjà fixé à 10 %. Les séances de physiothérapie étaient à poursuivre au rythme de deux séances hebdomadaires pendant trois mois.

26. Par décision du 29 novembre 2018, la SUVA a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. En dépit des séquelles de l'accident, celle-ci était à même d'exercer une activité légère dans divers secteurs de l'industrie. Le revenu d'invalidité de CHF 44'032.- (part du 13^{ème} salaire incluse, selon l'Enquête Suisse sur la Structure des Salaires 2018 [ESS], femme, durée hebdomadaire normale de travail de 41,7 heures, tâches physiques ou manuelles simples, abattement de 20 %), comparé avec le revenu de CHF 46'035.- réalisable à 100% sans l'accident, aboutissait à une perte de gain de 4 %, taux insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité.

27. Par courrier du 14 janvier 2019, complété le 22 mars 2019, l'assurée, représentée par Assuas Association suisse des assurés, a formé opposition. Elle a relevé être au bénéfice d'une rente de l'assurance-invalidité depuis le 1^{er} janvier 2018 et ne pas comprendre les motifs pour lesquels la SUVA avait apprécié son invalidité différemment. Elle a conclu à l'annulation de la décision précitée ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

28. Le 15 avril 2019, l'assurée a communiqué à la SUVA la décision de l'OAI du 4 avril 2019, lui reconnaissant le droit à un quart de rente du 1^{er} au 31 janvier 2018, à une demi-rente du 1^{er} février au 31 octobre 2018, puis à un quart de rente dès le

1^{er} novembre 2018. Le statut d'assuré retenu était celui d'une personne se consacrant à 20 % à son activité professionnelle et, pour les 80 % restants, à l'accomplissement de ses travaux habituels. L'assurée présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle à compter du 18 octobre 2012. Dans une activité adaptée, sa capacité de travail était de 50 % dès cette date, de 0 % dès novembre 2017 et de 50 % à partir d'août 2018. Pour la période antérieure au 1^{er} janvier 2018, le calcul du degré d'invalidité, en application de l'ancienne réglementation, n'ouvrait pas droit à une rente. Le réexamen du degré d'invalidité selon la nouvelle réglementation en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018 aboutissait à une perte de gain de 83 % dans la sphère professionnelle, le revenu sans invalidité étant de CHF 51'440.- et celui avec invalidité de CHF 8'745.-.

29. Par décision du 2 mai 2019, la SUVA a rejeté l'opposition. Elle a exposé que l'OAI avait calculé le taux d'invalidité de l'assurée en fonction de l'intégralité de ses limitations physiques, lesquelles résultaient également d'atteintes non accidentelles (troubles statiques et du rachis, épitrochléite gauche, coxarthrose gauche, divers troubles touchant le membre inférieur gauche). L'OAI avait en outre tenu compte des empêchements de l'assurée dans l'exercice de ses travaux habituels, éléments non pertinents pour l'évaluation de l'invalidité dans l'assurance-accidents. Cela étant dit, la SUVA a modifié le revenu sans invalidité qu'elle a désormais fixé à CHF 47'476.- (au lieu de CHF 46'035.-), en prenant en considération un horaire hebdomadaire de travail de 43 heures maximum selon la convention collective de travail (CCT) du nettoyage pour la Suisse romande (CHF 19.60 + 8.33 % × 43 heures × 52 semaines). Enfin, l'abattement de 20 % sur le revenu d'invalidité était favorable à l'assurée, compte tenu des seules limitations d'origine accidentelle. La comparaison des gains portait le taux d'invalidité à 7,2 %, toujours insuffisant pour justifier une rente d'invalidité.

30. Par acte du 3 juin 2019, l'assurée, sous la plume de son nouveau conseil, a interjeté recours contre ladite décision sur opposition, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une indemnité complémentaire pour son atteinte à l'intégrité physique.

La recourante a fait valoir que l'intimée avait manifestement constaté les faits pertinents de manière erronée et était tombée dans l'arbitraire. Celle-ci n'avait pas démontré que l'évaluation de l'invalidité par l'OAI reposait sur une erreur de droit ou sur appréciation insoutenable, qu'elle n'emportait pas la conviction, qu'elle était entachée de partialité ou de subjectivité ou qu'elle résultait d'une simple transaction, soit les motifs en présence desquels selon la jurisprudence une appréciation divergente de l'invalidité était exceptionnellement possible. Par ailleurs, l'intimée avait calculé le degré d'invalidité sur la base de la CCT du nettoyage pour la Suisse romande. Or, seuls les salaires statistiques de l'ESS étaient admis par la jurisprudence. En retenant un revenu sans invalidité inférieur de 10 % aux normes statistiques relevant de l'ESS dans la profession ici pertinente, l'intimée avait abusé de son pouvoir d'appréciation.

31. Dans sa réponse du 2 juillet 2019, l'intimée a conclu à l'irrecevabilité de la conclusion tendant à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique et au rejet du recours pour le surplus.

L'intimée a relevé avoir accordé à la recourante une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique par décision du 31 mars 2019 (recte : 1^{er} avril 2016) à laquelle celle-ci ne s'était pas opposée. Pour ce motif, la conclusion visant à l'octroi de cette prestation devait être déclarée irrecevable.

L'intimée a renvoyé aux explications contenues dans la décision litigieuse s'agissant des motifs pour lesquels elle s'était écartée du degré d'invalidité retenu par l'OAI. En outre, contrairement à ce que prétendait la recourante, elle s'était fondée sur les salaires statistiques de l'ESS pour établir le revenu d'invalidité. À titre de comparaison, elle avait calculé le revenu sans invalidité selon la CCT du nettoyage pour la Suisse romande, supérieur à celui indiqué par l'ancien employeur, ce qui avait porté le degré d'invalidité de 4 % à 7,2 %. Ce taux était également insuffisant pour l'octroi d'une rente d'invalidité.

32. Dans sa réplique du 24 juillet 2019, la recourante a persisté dans ses conclusions. Le revenu sans invalidité retenu par l'intimée (CHF 46'035.-) était, sans raison, différent de celui fixé par l'OAI (CHF 51'440.-), et influait à la baisse le taux d'invalidité. Son opposition du 14 janvier 2019 traitait déjà de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité physique. L'intimée n'avait pas adressé à Assuas, son conseil de l'époque, la copie de la décision du 31 mars 2019 de manière à lui permettre de former une éventuelle opposition. Cette décision était donc nulle, et devait être notifiée à nouveau en l'étude de son avocat actuel.

33. Dans son écriture du 9 août 2019, l'intimée a indiqué que sa réponse comportait une erreur de plume. La décision relative à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité avait été notifiée à la recourante par recommandé le 1^{er} avril 2016, soit bien avant que celle-ci ne soit représentée par Assuas en janvier 2019.

34. Par ordonnance du 27 août 2019, la chambre de céans a requis la production par l'OAI du dossier AI de la recourante.

35. Celui-ci, transmis le 16 septembre 2019, contient notamment :

– l'avis du 3 décembre 2018 du service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), relevant, en se fondant sur un rapport du Dr C_____, que la recourante était en incapacité de travail durable depuis octobre 2012 en raison de plusieurs atteintes ostéoarticulaires. Entre 2009 et 2011, elle avait présenté des périodes d'incapacité de travail consécutives à des lésions traumatiques de l'épaule droite. Les diagnostics incapacitants, retenus sur la base d'un examen rhumatologique, étaient : des rachialgies diffuses avec surtout lombosciatalgies gauches dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis ; une périarthrite scapulo-humérale droite résiduelle dans le cadre d'un status après opération de l'épaule droite ; une épitrochléite gauche ; un syndrome rotulien gauche ; une discrète coxarthrose gauche ; ainsi que des talalgies gauches. Le médecin

d'arrondissement de la SUVA avait conclu, prenant en compte uniquement les séquelles de l'épaule droite, à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Étant donné les autres atteintes ostéoarticulaires à l'origine de limitations fonctionnelles supplémentaires (du rachis et des membres inférieurs), le SMR a considéré que la capacité de travail, même dans une activité strictement adaptée, ne pouvait être raisonnablement exigible à un taux supérieur à 50 % ;

- une note du 3 mai 2018 relative à la détermination du degré d'invalidité, mentionnant que le même barème statistique était utilisé pour déterminer les revenus de valide et d'invalidé, dans la mesure où le taux d'activité de la recourante avait fluctué les dernières années, ne permettant ainsi pas de connaître le revenu qu'elle avait réalisé. L'OAI a retenu un revenu annuel avec invalidité de CHF 8'745.- (sur la base de l'ESS 2012, tableau TA1, ligne total, indiquant qu'une femme travaillant dans une activité de niveau 1 [activités simples et répétitives] pouvait espérer réaliser un revenu de CHF 51'441.-, montant réduit de 15 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles, ce qui donnait un revenu d'invalidé de CHF 8'745.- pour un taux d'activité de 20 %. Le revenu sans invalidité s'élevait à CHF 10'288.- selon l'ESS 2012 pour un taux d'activité de 20 %.

36. Le 4 octobre 2019, la recourante a informé la chambre de céans n'avoir pas d'observations complémentaires à formuler.
37. Par pli du 6 novembre 2019, l'intimée a exposé que l'OAI avait arrêté le revenu sans invalidité à CHF 51'441.- sur la base des données générales de l'ESS 2012, niveau de compétences 1. Or, la recourante étant nettoyeuse de profession, il aurait fallu se fonder sur les données spécifiques réservées à l'activité d'agent d'entretien. La décision querellée, quant à elle, retenait un montant en faveur de la recourante, supérieur à celui mentionné dans la décision initiale du 29 novembre 2018.
38. Sur quoi, 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 de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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.

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

3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident (du 1^{er} janvier 2009) est survenu avant cette date, 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.

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Le recours, interjeté le 3 juin 2019 contre la décision litigieuse du 2 mai 2019, a été formé en temps utile, compte tenu du report au lundi 3 juin 2019 de l'échéance dudit délai tombée sur le dimanche 2 juin 2019 (art. 38 al. 3 LPGA).

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

5. a. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; 125 V 414 consid. 1a ; 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

b. En l'espèce, certes, par décision du 1^{er} avril 2016, entrée en force, l'intimée a accordé à la recourante une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 12'600.-. Toutefois, dans le cadre de la rechute annoncée le 30 juin 2017, la décision querellée circonscrit l'objet de la contestation tant au droit à une rente d'invalidité qu'à une indemnité – complémentaire – pour atteinte à l'intégrité. Ainsi,

contrairement à ce que prétend l'intimée, la conclusion tendant à l'octroi de cette indemnité n'est pas irrecevable. En effet, la décision attaquée confirme la décision du 29 novembre 2018, par laquelle l'intimée a examiné le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle a refusé le droit à ces prestations, expressément en ce qui concerne la première, implicitement s'agissant de la seconde, dès lors qu'elle n'a pas expliqué les motifs pour lesquels elle n'a pas alloué une indemnité – complémentaire – pour atteinte à l'intégrité, bien qu'on devine, au stade du recours, que son raisonnement découle de l'appréciation du 5 septembre 2018 du Dr D_____, médecin d'arrondissement, aux termes de laquelle le degré de l'atteinte à l'épaule droite, déjà fixé à 10 % par appréciation du 16 mars 2016, demeurerait inchangé. La recourante a formé opposition à la décision du 29 novembre 2018, en concluant entre autres à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, et a réitéré dans son recours sa conclusion relative au versement de cette indemnité.

Le litige porte donc sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-accidents et à une indemnité complémentaire pour atteinte à l'intégrité.

6. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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

7. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 [OLAA – RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les

références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

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, 1^{ère} phrase, LAA).
9. a. 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).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité

de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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. a. En l'espèce, tant le Dr D_____ que les médecins de la CRR ont retenu que la recourante, qui travaillait en tant que nettoyeuse, peut exercer à temps complet une activité adaptée légère respectant ses limitations fonctionnelles en dépit de son affection de l'épaule droite – en relation avec l'accident du 1^{er} janvier 2009.

Leurs conclusions, qui ne sont pas remises en cause par la recourante, sont convaincantes, dès lors qu'elles se fondent sur l'examen clinique de celle-ci, complété par la lecture du dossier ainsi que ses plaintes. En outre, aucun autre rapport médical ne suscite de doute qui justifierait que l'on se distancie de leur appréciation.

Partant, la chambre de céans retient que la recourante dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée légère.

b. Au 5 septembre 2018, au moment de l'examen final, le Dr D_____ a considéré qu'en l'absence de nouvelle intervention chirurgicale attendue, l'état de santé de la recourante, dont le traitement régulier consistait en la prise de comprimés antidouleur (Dafalgan et Irfen), était stabilisé. Cette dernière ne conteste pas cette appréciation, pas plus qu'elle n'allègue qu'un traitement médical (par exemple une opération chirurgicale) serait en mesure d'améliorer significativement son état de santé et a fortiori sa capacité de travail, étant relevé que la prise de comprimés antidouleur, soit la prescription d'une mesure thérapeutique, ayant uniquement pour effet d'atténuer passagèrement les plaintes liées à un état stationnaire en soi, ne fait pas obstacle à la clôture du cas par l'assureur (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1).

Par conséquent, dès ce moment-là, et vu que l'OAI n'a pas mis en œuvre de mesures de réadaptation, l'intimée était fondée à examiner les conditions du droit éventuel à une rente d'invalidité.

12. Il convient à présent d'examiner le degré d'invalidité présenté par la recourante.
13. a. L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

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

Pour 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).

b. 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 (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).

c. Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – 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 ou sur les données salariales résultant des DPT établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

d. Lors du recours aux données statistiques des ESS, 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). 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). 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).

Depuis la 10^e 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 malade non-professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 406/01 du 28 novembre 2002 consid. 1.2).

14. a. En l'espèce, contrairement à ce que prétend la recourante, le taux d'invalidité reconnu par l'OAI ne lie pas l'intimée.

En effet, la responsabilité de l'assureur-accidents se limite aux seules atteintes qui se trouvent en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré (ATF 119 V 337 consid. 1 et les références). Or, comme cela ressort de l'avis du SMR du 3 décembre 2018, l'OAI a pris en considération de nombreuses autres atteintes (lombosciatalgies, épitrochléite, syndrome rotulien, discrète coxarthrose, talalgies) que celle résultant strictement de l'accident du 1^{er} janvier 2009, à savoir la rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Ainsi, de l'avis du SMR, si, selon le Dr D_____, la recourante présente, pour les seules séquelles de l'épaule droite, une capacité de travail entière dans une activité adaptée, en revanche, sous l'angle de l'assurance-invalidité, compte tenu des autres atteintes ostéoarticulaires à l'origine de limitations fonctionnelles supplémentaires du rachis et des membres inférieurs, la capacité de travail dans une activité adaptée est de 50 %.

Vu que la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée est, pour les motifs précités, différente en assurance-accidents et en assurance-invalidité, le revenu d'invalidé, dans le premier cas, calculé par rapport à un taux d'activité de 100 %, se distingue inévitablement de celui à retenir dans le second cas, qui doit être calculé sur la base d'un taux d'activité de 50 %. Au passage, on relèvera que le revenu d'invalidé arrêté par l'OAI (CHF 8'745.-) est erroné, dès lors qu'il se fonde sur un taux d'activité de 20 % – l'OAI a confondu la part professionnelle de 20 %, fixée compte tenu du statut mixte retenu, avec le taux de la capacité de travail dans une activité adaptée (50 %), lequel est déterminant pour le calcul du revenu avec invalidité.

Ensuite, s'agissant du revenu sans invalidité, l'OAI a considéré à tort que celui-ci ne pouvait pas être déterminé, motif pris que le taux d'activité de la recourante avait fluctué les dernières années.

En effet, selon la jurisprudence, on peut recourir aux données statistiques résultant de l'ESS pour fixer le revenu sans invalidité lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

Or, in casu, certes, la recourante, en sa qualité de nettoyeuse, était payée en fonction des heures effectivement accomplies, selon un horaire variable, si bien que son salaire mensuel variait d'un mois à l'autre. Cependant, l'employeur a renseigné l'administration au sujet de la rémunération que percevait la recourante avant son atteinte à la santé, et communiqué les décomptes de salaire annuel. L'OAI disposait ainsi des informations lui permettant de déterminer le salaire réalisé en dernier lieu par la recourante avant l'atteinte à la santé, et de l'indexer à l'évolution des salaires. Il n'était donc pas nécessaire de recourir aux données statistiques résultant de l'ESS. Du reste, comme le relève à juste titre l'intimée, l'OAI s'est basé sur la ligne totale de l'ESS (secteur privé), alors que le salaire statistique usuel obtenu par les femmes dans les activités de nettoyage, domaine dans lequel était employée la recourante, correspond à la ligne 812 selon la nomenclature générale des activités économiques (NOGA 2008), publiée par l'office fédéral de la statistique, soit la ligne 81 du tableau TA1_tirage_skill_level.

Le salaire résultant de l'ESS, pris en compte par l'OAI, n'étant pas représentatif de celui que touchait la recourante en tant que nettoyeuse avant son atteinte à la santé, le revenu sans invalidité retenu par l'administration est erroné.

En conséquence, c'est à juste titre que l'intimée ne s'est pas référée au degré d'invalidité établi par l'OAI, et a procédé à sa propre évaluation.

b. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral U 311/02 du 4 février 2003 consid. 4.1), soit en l'occurrence le 5 septembre 2018, date à laquelle l'état de santé de la recourant peut être considéré comme stabilisé (art. 19 al. 1 LAA ; cf. consid. 11b. ci-dessus). La comparaison des revenus doit donc se faire au regard de cette année-là.

c/aa. S'agissant du revenu annuel sans invalidité que la recourante aurait pu obtenir en 2018 dans son ancienne activité de nettoyeuse si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé, selon les données communiquées par l'ancien employeur, celle-ci toucherait un salaire horaire de CHF 19.60.-, ainsi qu'un supplément de 8,33 % pour les indemnités de vacances et jours fériés, puis de CHF 1.63/heure à titre du treizième salaire. Dans la mesure où la recourante était active dans le domaine du nettoyage dans le canton de Genève, elle était soumise à la CCT du secteur du nettoyage pour la Suisse romande, dont l'art. 10 prévoit une durée hebdomadaire maximum de travail de 43 heures. Pour le canton de Genève, une indemnité de vacances de 8,33 % est accordée aux travailleurs âgés de plus de 20 ans mais qui n'exercent pas à plein temps. Cette indemnité s'élève par contre à CHF 8,79 % en cas d'un plein-temps durant plus de cinq années de service chez le même employeur (art. 17 CCT). Dans la mesure où la recourante a collaboré au service de son ancien employeur pendant plus de cinq années, et compte tenu du fait que le revenu sans invalidité correspond à celui que la recourante aurait perçu dans son ancienne activité à plein temps (peu importe qu'elle travaillait à temps partiel), il convient de majorer le salaire horaire non par 8,33 % mais par 8,79 %.

Dès lors qu'une indemnité de vacances de 8,79 % correspond à un droit aux vacances de 4 semaines et un jour (art. 17 CCT), il y a lieu de multiplier le salaire horaire par 47,86 (52 semaines = 365 jours en 2018 moins 4 semaines de vacances et un jour = 29 jours ; soit $336 \text{ jours} \times 52 \text{ semaines} / 365 \text{ jours} = 47,86 \text{ semaines}$) afin d'éviter une double indemnisation (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 5.5 et la référence).

Ainsi, le revenu sans invalidité à plein temps s'élève à CHF 47'236.- selon le calcul suivant : CHF 22.95 (CHF 19.60.- + 8,79 % + 1.63/heure) x 43 heures x 47,86 = CHF 47'236.48.

L'intimée a procédé à un calcul légèrement différent et arrêté le revenu sans invalidité à CHF 47'476.-, puisqu'elle n'a pas intégré au salaire horaire, qu'elle a majoré de 8,33 % (au lieu de 8,79 %), le montant de CHF 1.63/heure à titre du

treizième salaire, et qu'elle a multiplié le gain hebdomadaire par 52 semaines plutôt que 47,86 semaines.

c/bb. La recourante fait valoir que l'intimée a abusé de son pouvoir d'appréciation en retenant un revenu sans invalidité inférieur de 10 % aux normes statistiques relevant de l'ESS dans la profession ici en cause.

Selon la jurisprudence, le revenu effectivement réalisé doit être considéré comme nettement inférieur aux salaires habituels de la branche lorsqu'il est inférieur d'au moins 5 % au salaire statistique usuel dans la branche; ce revenu peut, si les autres conditions sont réalisées, justifier un parallélisme des revenus à comparer, lequel doit porter seulement sur la part qui excède le taux déterminant de 5 % (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.2 et la référence).

En l'espèce, le salaire statistique usuel obtenu par les femmes dans les activités de nettoyage, secteur dans lequel était employée la recourante, s'élève en 2018 à CHF 47'248.-. En effet, le salaire de référence dans ce domaine dans le secteur privé selon l'ESS 2016 (TA1_tirage_skill_level, ligne 81, niveau 1, femme, part au 13^{ème} salaire comprise) est de CHF 3'745.- par mois pour 40 heures de travail par semaine, soit un revenu annuel de CHF 46'850.- après adaptation à l'horaire usuel de 41,7 heures hebdomadaires en 2016 dans le domaine concerné (tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'office fédéral de la statistique ; $3'745 \times 12 = 44'940 \times 41,7 / 40 = 46'850$). Après adaptation de ce montant à l'évolution des salaires nominaux pour les femmes en 2018 – année déterminante pour la comparaison des revenus – (Indice suisse des salaires publié par l'office fédéral de la statistique [ISS]; en 2016: 2709 et en 2018: 2732), le revenu sans invalidité est de CHF 47'248.- ($46'850 \times 2732 / 2709$).

Le revenu sans invalidité retenu par l'intimée (CHF 47'476.-) étant supérieur au salaire statistique usuel dans la branche, le grief de la recourante est infondé. Du reste, le revenu sans invalidité déterminant in casu (CHF 47'236.48) n'est pas inférieur de 5 % au salaire statistique.

d/aa. S'agissant du revenu avec invalidité en 2018, dès lors que la recourante n'a pas repris d'activité professionnelle, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base des statistiques salariales figurant dans l'ESS.

En ce qui concerne l'année de référence des tableaux statistiques à appliquer, l'ESS 2016 était déjà publiée (le 26 octobre 2018) au moment déterminant de la décision sur opposition du 2 mai 2019. Aussi convient-il de se référer à la version 2016 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

Le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités physiques ou manuelles simples (niveau de compétence 1) dans le secteur privé. Vu que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, il y a lieu d'admettre qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). Il n'est pas

irréaliste de retenir qu'il existe, parmi la large palette d'activités considérées, un emploi adapté à la situation de la recourante sur un marché du travail équilibré. Cette notion est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2). Le Tribunal fédéral a à plusieurs reprises admis que le revenu d'invalide soit fixé sur cette base dans le cas d'activités mono-manuelles légères (arrêts du Tribunal fédéral 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.3 et 8C_670/2015 du 12 février 2016 consid. 4.3).

D'après l'ESS 2016, le revenu statistique tiré d'activités physiques ou manuelles simples s'élève à CHF 4'363.- par mois (tableau TA1_tirage_skill_level, niveau 1, total, femme, part au 13^{ème} salaire comprise) ou à CHF 52'356.- par année ($4'363 \times 12$). Ce salaire hypothétique se base toutefois sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il convient dès lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en 2016, laquelle est de 41,7 heures (cf. consid. 14c/bb. ci-dessus), ce qui porte le salaire annuel à CHF 54'581.- ($52'356 \times 41,7 / 40$). Après adaptation de ce montant à l'évolution des salaires nominaux pour les femmes en 2018 – année déterminante pour la comparaison des revenus – (ISS en 2016: 2709 et en 2018: 2732), le revenu avec invalidité est de CHF 55'044.- ($[54'581 \times 2732 / 2709]$) pour un plein temps.

d/bb. À ce salaire, il convient encore d'examiner si un facteur de réduction doit s'appliquer.

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. Il a considéré qu'un assuré ayant accompli plusieurs missions temporaires, alors qu'il était inscrit au chômage consécutivement à la cessation d'activité de son ancien employeur, disposait d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel susceptible de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge (59 ans au moment déterminant), surtout dans le domaine des emplois non qualifiés qui sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5 et les références citées).

Le point de savoir si, dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, le critère de l'âge constitue un critère d'abattement ou si, dans ce domaine, 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 OLAA (assuré qui ne reprend pas

d'activité lucrative en raison de son âge) n'a pas encore été tranché par le Tribunal fédéral (cf. arrêt 8C_849/2017 du 5 juin 2018 consid. 3.2).

Dans un arrêt du 22 janvier 2016 (8C_311/2015 consid. 4.5), le Tribunal fédéral a confirmé - s'agissant d'un assuré âgé de près de 55 ans au moment de la comparaison des revenus, sans formation professionnelle certifiée et à la scolarité limitée, disposant d'une capacité de travail exigible de 100 % dans une activité adaptée - un abattement de 10 %, qui tenait suffisamment compte de l'âge et des limitations fonctionnelles (sans port de charges répété du membre supérieur droit au corps de plus de 10 kg, sans port de charges répété de plus de 5 kg du membre supérieur droit éloigné du corps et sans mouvement répétitif de rotation interne et externe contre résistance de plus de 5 kg et sans mouvement au-dessus du niveau des épaules et, pour des séquelles au niveau du genou droit, sans long déplacement en terrain régulier, sans de fréquents déplacements en terrain irrégulier, sans utilisation d'escaliers de manière fréquente, ni de travaux à genoux ou accroupis et sans travaux nécessitant la marche avec des charges de plus de 15 kg).

Dans un arrêt du 21 octobre 2016 (8C_883/2015 consid. 6.3.2), concernant un assuré victime d'un accident ayant entraîné une fracture comminutive déplacée du pilon tibial gauche et une fracture du radius distal gauche, le Tribunal fédéral a précisé qu'un taux global d'abattement supérieur à 10 % ne saurait apparaître justifié au regard uniquement du handicap résultant du fait que la capacité de l'assuré est limitée à un travail exercé essentiellement en position assise.

Le Tribunal fédéral a confirmé un abattement de 15 %, s'agissant d'un assuré présentant notamment des limitations fonctionnelles sous forme de travail de type semi-sédentaire, n'impliquant pas le port de charges excessives et permettant de varier les positions, et pour lequel seul l'exercice d'une activité légère restait possible (arrêt du Tribunal fédéral 9C_637/2014 du 6 mai 2015 consid. 3.1 et 5). Notre Haute Cour a confirmé un abattement de 15 % s'agissant d'un assuré pouvant exercer uniquement une activité légère et disposant d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations (arrêt du Tribunal fédéral 9C_377/2009 du 20 janvier 2010 consid. 4.3, 4.4 et 4.5).

Dans un arrêt 9C_522/2011 du 8 février 2012, le Tribunal fédéral a jugé que si des facteurs tels que l'âge (47 ans au jour de la décision litigieuse) ou la nationalité (suisse) n'étaient pas de nature à influencer sur les perspectives salariales de l'assurée, il n'en était pas de même avec les limitations fonctionnelles dont celle-ci était affectée (atteinte au poignet droit excluant les travaux de force avec le membre supérieur droit, le port de charges supérieures à 1 kg avec la seule main droite, les activités manuelles répétitives ou nécessitant des mouvements du poignet et les activités de stabilisation du membre supérieur droit dans des activités bimanuelles; atteinte à l'épaule gauche excluant tout travail au-delà d'un plan horizontal, les mouvements d'abduction/adduction répétés, le port de charges supérieures à 5 kg avec le membre supérieur gauche et de 6 kg en bimanuel; atteinte au rachis lombaire, excluant les mouvements répétés de flexion/extension, les attitudes en

porte-à-faux, le port de charges supérieurs à 6 kg, les positions statiques au-delà de trente minutes et assises au-delà d'une heure). La somme de ces limitations, en tant qu'elle réduisait à sa portion la plus congrue l'emploi des membres supérieurs, singulièrement de la main droite (dominante), constituait selon le Tribunal un désavantage certain par rapport à des travailleurs capables de supporter un effort prolongé et d'utiliser sans entrave leurs deux mains, de sorte qu'une déduction globale de 20 % (au moins) s'imposait.

d/cc. En l'occurrence, la chambre de céans relève que les années de service auprès de l'ancien l'employeur ne constituent pas, dans le cas de la recourante, des éléments susceptibles d'avoir un effet sur le montant du salaire que celui-ci pourrait prétendre sur le marché du travail. En effet, au moment de son accident, elle travaillait pour son employeur à temps partiel depuis deux ans et trois mois, ce qui n'est pas une durée assez longue pour pouvoir bénéficier de conditions particulières liées à l'ancienneté. De toute manière, l'influence de la durée de service diminue dans la mesure où les exigences d'un emploi dans le secteur privé sont moins élevées. Ainsi, un abattement pour années de service n'est pas justifié dans le cadre du niveau de qualification 4 de l'ESS (jusqu'à l'ESS 2010) ou du niveau de compétences 1 (dès l'ESS 2012) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_883/2015, 8C_884/2015 du 21 octobre 2016 consid. 6.3.2 et les références). Le manque d'expérience de la recourante dans une nouvelle profession n'est pas non plus un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales, puisque les activités adaptées envisagées (simples) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique, et que tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage. Aussi n'y a-t-il pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018, 8C_131/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). Ensuite, le niveau de qualification professionnelle déterminant in casu (niveau de compétence 1) ne nécessite pas une bonne maîtrise d'une langue nationale (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 5.2 et les références). Le critère de la nationalité de la recourante, titulaire d'un permis C, ne justifie pas non plus d'abattement sur le salaire, étant relevé à cet égard que les salaires statistiques sont établis en fonction de la population résidente aussi bien suisse qu'étrangère (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 640/00 du 16 avril 2002 consid. 4d/bb [résumé in : REAS 2002 p. 308]).

Compte tenu de ces éléments et au regard de la casuistique citée ci-dessus, l'abattement de 20 % par l'intimée sur le revenu d'invalidé est amplement suffisant, compte tenu éventuellement de l'âge de la recourante (57 ans au moment déterminant) ainsi que de ses limitations fonctionnelles d'origine accidentelle affectant son membre supérieur droit, étant relevé qu'elle n'est pas totalement privée de l'usage de ses deux membres supérieurs.

En opérant une réduction de 20 %, le revenu d'invalidé s'élève à CHF 44'035.- (55'044 – 11'009 ; $55'044 \times 20 / 100 = 11'009$), et non pas à CHF 44'032.- comme retenu par l'intimée.

e. On constate que les revenus déterminants, calculés par la chambre de céans, sont légèrement moins favorables à la recourante. Peu importe, puisque même les revenus retenus par l'intimée n'ouvrent pas le droit à une rente. En effet, le revenu d'invalidité de CHF 44'032.-, comparé au revenu sans invalidité de CHF 47'476.-, donne un degré d'invalidité de 7,25 % ($[47'476 - 44'032] / 47'476 \times 100$), arrondi à 7 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2), taux insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité LAA (art. 18 al. 1 LAA).

15. Reste à examiner si la recourante peut prétendre une indemnité complémentaire pour atteinte à l'intégrité.

16. a. Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1^{ère} phrase); elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2^{ème} phrase). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

b. Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1^{ère} phrase); elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2^{ème} phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2).

Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Le caractère durable de l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5 % selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples, in SUVA Medical 2012, p. 202).

Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2).

17. Depuis le 1^{er} janvier 2008, le montant maximum du gain assuré s'élève à CHF 126'000.- par an et CHF 346.- par jour (art. 22 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 [OLAA ; RS 832.202]).

En cas de rechute ou de séquelles tardives, la base de calcul déterminante pour le calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité due est le montant maximum du gain annuel assuré au jour de l'accident (ATF 127 V 456 consid. 4).

18. La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3; ATF 124 V 209 consid. 4.cc; ATF 116 V 156 consid. 3). D'après la table 1 relative à l'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, une épaule bloquée en adduction correspond à une atteinte à l'intégrité de 30 %, une épaule mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale à une atteinte à l'intégrité de 10 % et une épaule mobile jusqu'à l'horizontale à une atteinte à l'intégrité de 15 %.

19. Lors de la fixation de l'indemnité, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité (art. 36 al. 4, 1^{ère} phrase, OLAA). De jurisprudence constante, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_494/2014 du 11 décembre 2014 consid. 6.2; RAMA 1998 n° U 320 p. 602 consid. 3b).

Par ailleurs, une révision de l'indemnité n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36 al. 4, 2^{ème} phrase, OLAA; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 124/01 du 22 novembre 2001 consid. 1b). Elle doit être d'au moins 5 % de plus que ce qui était pronostiqué (RAMA 1991 p. 306).

20. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il

considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

21. En l'espèce, par décision du 1^{er} avril 2016, l'intimée a alloué à la recourante, sur la base de l'appréciation du Dr D_____ du 16 mars 2016, une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 12'600.- en raison du trouble fonctionnel de son épaule droite.

Suite à la rechute annoncée en juin 2017, par décision du 29 novembre 2018, confirmée sur opposition, l'intimée a refusé d'allouer une indemnité complémentaire, s'appuyant sur l'appréciation du Dr D_____ du 5 septembre 2018, selon laquelle le taux d'atteinte à l'intégrité, déjà fixé à 10 % dans l'appréciation antérieure, demeurait inchangé.

En mars 2016, le médecin d'arrondissement avait constaté que la mobilité de l'épaule droite était en abduction et antépulsion de 100° (actif) et de 120° (passif). L'épaule droite pouvait atteindre le plan de l'horizontale et le dépasser légèrement. En septembre 2018, ledit médecin a observé une nette limitation de la mobilité active et passive ; la mobilité de l'épaule droite en abduction et antépulsion était de 30° (actif) et de 40° (passif). Il semble donc que la mobilité de cette épaule se soit péjorée, mais à défaut d'explications du Dr D_____, on ne comprend pas pour quelle raison cette aggravation ne justifie pas de réviser l'indemnité pour atteinte à l'intégrité conformément à l'art. 36 al. 4, 2^{ème} phrase, OLAA.

En conséquence, il convient de renvoyer le dossier à l'intimée afin que le Dr D_____ motive sa position. On ne saurait en effet priver les parties de la garantie d'une double instance avec plein pouvoir d'examen en fait et en droit (décision administrative sujette à opposition, puis recours).

22. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. La décision du 2 mai 2019 sera annulée et le dossier renvoyé à l'intimée afin qu'elle procède conformément aux considérants puis rende une nouvelle décision en ce qui concerne l'octroi éventuel d'une indemnité complémentaire pour atteinte à l'intégrité.

La recourante, représentée par un conseil, obtenant 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 900.-.

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 partiellement et annule la décision du 2 mai 2019.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimée à verser à la recourante la somme de CHF 900.-, à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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