

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1963, a été employée en tant que polisseuse à plein temps. À ce titre, elle était assurée contre le risque d'accidents, professionnels ou non, auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la SUVA). Elle exerçait en outre une activité accessoire de concierge à raison de huit heures par semaine, pour laquelle elle était couverte contre le risque d'accidents par un autre assureur.
2. Le 30 mai 2008, l'assurée déplaçait un réfrigérateur dans des escaliers, lorsqu'il lui est tombé sur le bras droit.
3. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) de l'épaule droite du 5 juin 2008 a révélé une lésion subtotale du versant articulaire du tendon du sus-épineux et une fine bursite sous-acromiale.
4. Le 6 juin 2008, le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a attesté d'une totale incapacité de travail.
5. L'assurée a repris le travail à 50% le 1^{er} septembre 2008.
6. Le 22 décembre 2008, le Dr B_____ a signalé une rechute. Il a constaté une recrudescence des symptômes et une réapparition des douleurs nocturnes. L'assurée devant effectuer des mouvements répétitifs de l'épaule en abduction dans son activité de polisseuse, la question d'une intervention se posait. Le diagnostic était celui de rupture partielle de la coiffe de l'épaule droite.
7. Le 14 janvier 2009, le Dr B_____ a confirmé l'incapacité de travail de 50% et indiqué qu'un dommage permanent était à craindre.
8. Le 26 février 2009, ce médecin a réalisé une arthroscopie. Au vu du status, il a toutefois abandonné l'option d'une résection-suture.
9. Une arthro-IRM du 15 mai 2009 a mis en évidence un conflit antéro-supérieur avec un aspect fortement remanié du tendon du sus-épineux, évoquant une rupture partielle subtotale ou des séquelles post-opératoires, à confronter aux données opératoires, et un aspect remanié du bourrelet antérieur évoquant un « SLAP ».
10. Le 17 août 2009, l'assurée a subi une arthroscopie de l'épaule droite, une ténodèse du biceps, une suture de coiffe, une bursectomie et une acromioplastie sous-acromiale, réalisées par le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.
11. Une arthro-IRM du 18 janvier 2010 a révélé un status post-opératoire sans évidence d'une récurrence de rupture au niveau de la coiffe, ni argument en faveur d'une capsulite rétractile.

12. Pour remédier à la situation d'épaule gelée, le 8 mars 2010, le Dr C_____ a pratiqué une arthroscopie de l'épaule droite avec arthrolyse et libération tendineuse.
13. Le 31 août 2010, ce médecin a constaté une évolution défavorable, avec des douleurs en abduction et rotation.
14. Le 2 février 2011, il a pratiqué une cure du canal carpien droit sur l'assurée.
15. Le 11 février 2011, le Dr C_____ a signalé la persistance de douleurs la nuit et en rotation.
16. Le 27 juin 2011, le médecin a qualifié l'évolution de négative : l'assurée souffrait d'une capsulite et rencontrait des limitations fonctionnelles. Son incapacité de travail restait complète. Son état n'était pas stabilisé.
17. Le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assurée le 4 juillet 2011.

Cette dernière souffrait toujours de douleurs importantes pratiquement tous les jours. Il existait une limitation notable de la mobilité de l'épaule droite. La situation semblait stabilisée. Il existait un dommage permanent. Une reprise en tant que polisseuse et concierge paraissait impossible. Il fallait éviter le port de charges, le maniement d'outils lourds et les travaux répétitifs avec rotation du membre supérieur droit. Dans une activité adaptée, l'assurée pourrait travailler à temps complet. Une prise en charge par l'assurance-invalidité était préconisée pour accélérer le processus de réinsertion.

18. Le 6 juillet 2011, le Dr C_____ a pratiqué une cure du canal carpien gauche.
19. Le 13 juillet 2011, le Dr D_____, se fondant sur la table I des barèmes d'indemnisation et sur le fait que la mobilité de l'épaule droite était limitée à l'horizontale, a évalué l'atteinte à l'intégrité à 15%.
20. Une arthro-IRM du 30 août 2011 a révélé un status post-chirurgical et post-ténodèse sans particularité. Il n'y avait pas d'argument formel en faveur d'une déchirure de la coiffe des rotateurs.
21. L'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI) a mis sur pied un stage d'observation professionnelle, suivi de stages en entreprises, notamment auprès des Établissements publics pour l'intégration (EPI), du 6 février au 8 juillet 2012.
22. Dans leur rapport du 16 juillet 2012, les EPI ont relevé que l'assurée s'était montrée volontaire et persévérante tout au long du stage. Bien qu'elle fût peu plaintive et peu démonstrative, les EPI avaient fréquemment observé des signes d'inconfort. L'assurée était capable de travailler à plein temps, mais les rendements étaient encore diminués de 20 à 30% par rapport à la norme. Une période transitoire d'entraînement plus ou moins longue serait nécessaire avant qu'elle ne se rapproche d'une pleine capacité. Les stages en entreprise devaient permettre d'affiner cette observation.

Le niveau de connaissances scolaires et générales de l'assurée était limité, ce qui la destinait à des activités pratiques sans éléments techniques ou théoriques complexes. Elle était capable de suivre une mise au courant en entreprise. Les orientations émises lors du bilan étaient celles d'ouvrière à l'établi, d'opératrice sur pièces légères, de livreuse (produits légers) et de vendeuse. Les EPI ont conclu qu'une réadaptation était possible à ces postes, avec une mise au courant pratique. Le rendement serait dans la norme et les activités pourraient être exercées à plein temps.

Le premier stage en entreprise a révélé que l'assurée était motivée et engagée dans sa reconversion mais aussi que le poste d'ouvrière à l'établi impliquait trop de gestes répétitifs, incompatibles avec son atteinte.

Le second stage a également mis en évidence un excellent engagement, l'assurée étant décrite comme volontaire et travailleuse, avec le sens de la qualité et du contrôle. En revanche, sur certains travaux légers à forte amplitude et répétitifs, elle s'était plainte de douleurs à l'épaule et le responsable avait dû lui assigner un autre poste.

23. Le 28 août 2012, l'OAI a octroyé à l'assurée une formation en horlogerie « formation contrôle qualité module 1 », du 11 septembre au 2 novembre 2012.
24. Le 10 septembre 2012, le Dr C_____ a signalé la persistance de douleurs coracoïdes au biceps et de limitations fonctionnelles et a réservé son pronostic.
25. Le 13 décembre 2012, l'OAI a octroyé à l'assurée un reclassement comprenant une formation pratique en entreprise du 7 janvier au 28 juin 2013 et une formation théorique de contrôle qualité du 5 février au 9 avril 2013.
26. Dans son rapport du 10 octobre 2013, le Dr C_____ a indiqué que l'évolution était défavorable (douleurs très importantes).
27. Sur mandat de l'OAI, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a procédé à l'expertise de l'assurée.

Dans son rapport du 17 septembre 2013, elle a conclu en substance à une capacité de 70%, 4 heures par jour (*sic*) dans un poste de sertisseuse - les heures libres devaient permettre le repos de l'épaule - et à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, même dans l'horlogerie, dans des tâches ne nécessitant pas de laisser les membres supérieurs sans appui. L'activité exercée précédemment était encore exigible à raison de 6 à 7 heures par jour, sans diminution de rendement.

Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : port de charges (au-delà de 6 kg, 7 à 9 kg en bi-manuel portés contre l'abdomen, 2 kg de manière répétitive), limitation des amplitudes en élévation et abduction au-delà de 90° de manière répétitive, tâches répétitives en rotation externe et en élévation jusqu'à 60°, comme en on rencontrait dans les tâches de caissière ou le travail à la chaîne.

Le travail que l'assurée avait exercé dans l'horlogerie impliquait une position assise, coudes sur une table, bras en tension, dans une position statique avec des gestes répétitifs, mais peu amples.

28. Le 29 novembre 2013, le Dr D_____ a rappelé qu'en juillet 2011, il avait conclu à des séquelles d'une rupture du tendon sus-épineux et à une capsulite rétractile persistante de l'épaule droite et avait exclu la reprise de l'activité de polisseuse. L'expertise réalisée par la Dresse E_____ mettait en évidence une amélioration de la mobilité passive, désormais satisfaisante, et incohérente selon l'experte pour la mobilité active.

Le Dr D_____ a proposé de se fonder sur cette expertise pour déterminer la capacité de travail. En effet, l'exigibilité retenue par la Dresse E_____ semblait appropriée, vu l'amélioration de l'état clinique. S'agissant de l'activité de concierge, l'activité serait théoriquement exigible à raison de 8 heures par semaine.

29. Le 12 décembre 2013, la doctoresse F_____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a émis l'avis que l'expertise de la Dresse E_____ devait être suivie (début de la longue maladie fixé à mai 2008, capacité de travail exigible de 70% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée dès juillet 2011).
30. Dans un document interne du 16 mai 2014, la SUVA a retenu cinq activités adaptées à l'assurée parmi les descriptifs de postes de travail (DPT), soit : ouvrière dans l'industrie du cartonnage, sertisseuse en bijouterie, ouvrière à la fabrication d'articles en métal, collaboratrice de production et aide de cafétéria. Le revenu moyen tiré de ces activités était de CHF 52'869.-.
31. Par courrier adressé à l'assurée à la même date, la SUVA, se référant aux conclusions de la Dresse E_____, a retenu une capacité de travail de 70% en tant que polisseuse et informé l'intéressée que, partant, les indemnités journalières lui seraient versées sur la base d'une incapacité de travail de 30% du 1^{er} au 30 juin 2014.

Il était mis fin à la prise en charge du traitement médical (hormis 2 à 3 emballages d'antalgiques par mois et 3 à 4 consultations orthopédiques par année).

Le droit à la rente dès le 1^{er} juillet 2014 serait examiné ultérieurement.

L'assurée se voyait d'ores et déjà reconnaître le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de CHF 18'900.-, qui lui serait versée courant juillet 2014.

32. Le 3 juin 2014, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assurée.

S'agissant du gain après invalidité, il s'est référé au revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives pour une femme selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2010, TA1, Ligne Total, niveau 1, soit CHF 4'225.-), l'a adapté à la durée normale de travail (41.6 h./sem.) et indexé, parvenant ainsi à un revenu de CHF 53'239.- par année pour un plein temps et de CHF 47'915.- en

tenant compte d'une réduction supplémentaire de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles.

La comparaison avec le revenu avant invalidité, soit CHF 64'998.-, indexé à 2011, aboutissait à un taux de 26%, étant précisé que l'activité de concierge, reprise en 2010, ne rentrait pas dans ce calcul.

33. Dans un rapport de réadaptation du 3 juin 2014, l'OAI a noté que le reclassement s'était soldé par un échec, tant sur le plan théorique (double échec de la formation), que pratique (échec du stage de contrôleuse qualité en raison des douleurs). L'OAI a estimé que d'autres mesures ne seraient pas de nature à réduire le préjudice économique.
34. Le 31 juillet 2014, le Dr C_____ a émis l'avis que les limitations fonctionnelles rencontrées par sa patiente, associées aux douleurs, rendaient impossible un travail impliquant les membres supérieurs. Sa patiente ne pouvait accomplir d'activité répétitive, même de bureau.
35. Le 15 juin 2014, l'assurée a été victime d'un nouvel accident : en tombant dans la rue, elle s'est brisé l'extrémité supérieure du radius.
36. Une arthrographie du 13 août 2014 a révélé une discrète bursite sous-acromio-deltaïdienne, ainsi qu'une fissuration focale du tendon sus-épineux en regard de l'insertion humérale, de moins de 3 mm de diamètre et n'atteignant ni la surface articulaire, ni la surface bursale.
37. Le 18 août 2014, le Dr C_____ a diagnostiqué une fracture de la tête radiale gauche non déplacée et une lésion partielle de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. L'évolution était défavorable et la capacité de travail nulle.
38. Le 22 septembre 2014, l'assurée a subi une neurolyse du nerf supra-scapulaire et une bursectomie sous-acromiale. Les diagnostics étaient ceux de compression du nerf supra-scapulaire de l'épaule gauche, de bursite sous-acromiale et de limitations fonctionnelles dans tous les plans.
39. Le 9 octobre 2014, le Dr C_____ a attesté d'une totale incapacité de travail depuis l'accident du 15 juin 2014.
40. Dans un rapport du 8 décembre 2014, il a confirmé le diagnostic de fracture de la tête radiale gauche en précisant que, six semaines après l'arthroscopie de l'épaule gauche, sa patiente ne se plaignait plus de douleurs nocturnes ; le pronostic était favorable.
41. Le 2 mars 2015, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a procédé à une expertise de l'assurée pour le compte de l'assureur-accidents couvrant son activité accessoire de concierge.

L'expert a conclu à un status après fracture non déplacée de la tête radiale gauche, à une contusion de l'épaule gauche, à un status après neurolyse arthroscopique du nerf supra-scapulaire et à une bursectomie. Il a confirmé que l'incapacité de travail

perdurait. Le pronostic était réservé et dépendait essentiellement de l'évolution, liée à la rééducation. L'expert a noté une limitation fonctionnelle marquée de l'épaule, avec impossibilité de lever le bras au-delà de 80° et absence de rotation.

42. Par décision du 13 mars 2015, la SUVA a accordé à l'assurée une rente d'invalidité de CHF 1'001.10, correspondant à une incapacité de 22%, calculée sur un gain assuré de CHF 68'258.- dès le 1^{er} juillet 2014.

La SUVA a considéré que l'assurée était à même d'exercer à plein temps une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par la Dresse E_____, ce qui lui permettrait de réaliser un revenu de 4'223.- CHF/mois, correspondant à une perte de gain de 21.91%.

S'y ajoutait une IPAI de 15%, soit CHF 18'900.-.

43. L'assurée s'est opposée à cette décision le 30 avril 2015. Elle a contesté les conclusions de la Dresse E_____, dont elle a allégué qu'elles étaient contredites par les observations effectuées lors des stages ; ceux-ci avaient démontré que les activités d'ouvrière dans le secteur de l'industrie légère n'étaient pas entièrement adaptées en raison du caractère répétitif des travaux et de la cadence à suivre.

Qui plus est, l'assurée critiquait le revenu d'invalidité retenu, fondé sur des DPT non adaptés à son handicap, puisque tous impliquaient des activités répétitives et un rythme de travail soutenu. Selon l'intéressée, il y avait lieu de se fonder sur l'ESS 2012 et le revenu tiré d'activités simples et répétitives pour une femme, soit CHF 4'289.-, avec un rendement réduit de 20% - ce qui conduisait à un revenu mensuel de CHF 3'577.- - et d'appliquer encore la réduction maximale admissible, soit 25%, pour prendre en compte sa nationalité, ses limitations et le fait que seule était désormais possible une activité légère. Cela conduisait à un revenu d'invalidité de CHF 2'682.75 et à une perte de gain de 50.4%.

44. Dans un rapport du 23 juin 2015, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a jugé la capacité de travail en tant que polisseuse ou concierge nulle en raison des limitations fonctionnelles de l'épaule droite. L'évolution clinique devrait être favorable, mais les capsulites étaient connues pour un délai d'évolution de deux ans ou plus. L'état médical n'était pas stabilisé.
45. Le 31 août 2015, le Dr G_____ s'est rallié aux conclusions du Dr H_____ (capsulite post-traumatique).
46. Dans un rapport du 17 novembre 2015, le Dr C_____ a posé les diagnostics de status après neurolyse du nerf supra-scapulaire et bursectomie gauches. L'évolution se faisait en dents de scie et le pronostic était réservé.
47. Le 8 décembre 2015, la doctoresse I_____, médecin au SMR, a estimé que l'avis précédemment émis par le SMR restait valable jusqu'au 14 juin 2014. À compter du 15 juin 2014, l'incapacité de travail avait été totale jusqu'à octobre 2015, date à laquelle l'assurée avait recouvré une capacité de travail de 50%, susceptible de s'améliorer dans une activité adaptée.

48. Le 12 janvier 2016, l'assurée, se fondant sur l'avis du Dr H_____, a fait valoir que les DPT retenues n'étaient pas adaptées et redemandé à ce que son revenu d'invalidé soit évalué sur la base de l'ESS et à ce qu'une rente de 50% lui soit accordée.

À l'appui de sa position, l'assurée a produit un rapport rédigé le 19 octobre 2015 par le Dr H_____. Celui-ci, après avoir rappelé l'historique médical de sa patiente, relève plusieurs imprécisions et erreurs dans le rapport de la Dresse E_____, notamment une confusion entre la première et la deuxième intervention, et émet l'opinion que de telles erreurs dans l'appréciation des diagnostics sont de nature à compromettre l'analyse médicale.

Le Dr H_____ dit avoir fait procéder à une IRM, qui a révélé une atrophie manifeste au niveau du muscle deltoïde dans sa partie moyenne, non présente en 2009. Il fait état d'une lésion anatomique au niveau des muscles sus-épineux et deltoïde moyen, rendant l'examen clinique et les plaintes cohérents.

Le Dr H_____ en conclut que l'expertise rhumatologique serait gravement déficiente dans l'analyse de l'épaule, de sa pathologie et de sa fonction.

Après avoir relaté les plaintes de l'assurée et ses constatations objectives, le Dr H_____ retient pour sa part les diagnostics de persistance d'un état douloureux et de limitations fonctionnelles dans un contexte de status après suture d'une rupture du sus-épineux, d'une ténodèse du biceps et d'une capsulite rétractile - *captured shoulder* - d'arthropathie acromio-claviculaire et d'atrophie musculaire du deltoïde moyen secondaire à la pathologie et aux traitements.

Il précise qu'il est impossible à sa patiente d'effectuer les opérations suivantes : ouvrir un bocal, écrire, préparer un repas, ouvrir une porte lourde, faire un lit, se laver ou sécher les cheveux, enfiler un pull-over, placer un objet sur une étagère au-dessus de la tête, effectuer des tâches ménagères lourdes, porter un sac de provisions, une mallette ou un objet de plus de 5 kg, ou encore se laver le dos.

Selon le médecin, l'atteinte à la santé rend l'activité professionnelle de polisseuse impossible en raison de la force nécessaire pour stabiliser les objets à polir. Les limitations retenues par la SUVA sont insuffisantes. Une ouvrière de l'industrie du cartonnage a besoin de ses deux mains, de même qu'un ouvrier dans un poste de décolletage, qu'un sertisseur ou qu'un ouvrier en collage.

Le médecin évoque à titre de poste envisageable celui d'employée dans une cafétéria - sous réserve de la hauteur et du poids des plateaux à déplacer et de l'emploi de machines - et préconise un stage pour s'en assurer.

La capacité à occuper les autres postes décrits est nulle : un travail à la chaîne n'est pas possible, de même qu'un travail avec exercice de force avec le bras droit.

Un traitement médical intégrant l'ensemble de la ceinture scapulaire pourrait amener une amélioration, mais l'incidence de cette amélioration sur la capacité de travail devrait être réévaluée.

Enfin, l'IPAI, s'agissant d'une périarthrite scapulo-humérale moyenne à grave, devrait être fixée à 18%.

49. L'assurée a séjourné à la CRR du 5 janvier au 10 février 2016.

Dans leur rapport du 18 février 2016, les docteurs J_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et K_____, médecin-assistant, ont posé les diagnostics de chute dans la rue avec fracture de la tête radiale gauche et traumatisme de l'épaule gauche en juin 2014, de tendinopathie discrète du supra-épineux et petite bursite sous-acromiale sur l'arthro-IRM du 13 août 2014, de mobilisation de l'épaule gauche sous narcose, neurolyse du nerf supra-scapulaire, bursectomie sous-acromiale et ouverture de l'intervalle le 22 septembre 2014, de tendinopathie du supra-épineux et discrète bursite sous-acromiale gauche sur l'IRM du 3 juin 2015. Les comorbidités mentionnées sont les suivantes : métrorragies douloureuses périménopausiques, douleurs fémoro-patellaires gauches, obésité et diabète non insulino-dépendant débutant non traité.

Il a été noté que des douleurs du genou avaient été signalées en fin de séjour et que l'assurée avait déclaré en avoir déjà souffert auparavant.

Les radiographies des deux genoux réalisées le 16 février 2016 avaient mis en évidence un léger pincement de l'interligne articulaire fémoro-tibial interne des deux côtés, une légère ostéophytose du bord médian du condyle fémoral interne droit, une absence d'épanchement articulaire et un discret pincement de la partie latérale de l'articulation fémoro-patellaire à droite, avec ébauche ostéophytique de la facette latérale de la rotule à droite. L'examen clinique et les radiographies étaient rassurants, avec une minime lame d'épanchement intra-articulaire à gauche. Le diagnostic était celui de probable arthrose fémoro-patellaire débutante plus douloureuse en raison d'une intensification des activités. La participation de l'assurée aux thérapies avait été élevée. Aucune incohérence n'avait été relevée.

L'évaluation des capacités fonctionnelles avait révélé un score de 108, correspondant à un niveau d'effort sédentaire ou essentiellement assis. Au cours de l'évaluation, la volonté de donner le maximum aux différents tests avait été incertaine et le niveau de cohérence moyen pendant l'évaluation. L'évaluation ne traduisait finalement que l'effort consenti par l'assurée. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : port de charges moyennes et lourdes, travail prolongé ou répétitif bras au-dessus des épaules, travaux nécessitant de la force au niveau des épaules, travaux avec membres supérieurs en porte-à-faux de façon prolongée ou répétitive.

L'évaluation en ateliers professionnels a révélé que l'assurée ne signalait pas de fatigue lors d'activités simples planifiées sur des périodes allant jusqu'à quatre heures. Les limitations fonctionnelles n'étaient pas mises en avant. Les capacités de l'assurée à s'investir dans un programme d'activités simples respectant les contraintes physiques étaient considérées comme bonnes.

La situation était stabilisée du point de vue médical. La poursuite d'un traitement de physiothérapie pourrait améliorer la qualité de vie de l'assurée, diminuer les douleurs et augmenter la force musculaire. La consultation orthopédique durant le séjour avait permis d'exclure un signe de rupture clinique ou radiologique. Le pronostic de réinsertion était favorable dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, où une activité de travail totale était attendue. La capacité de travail était nulle dans l'activité de sertisseuse.

50. Le 7 mars 2016, la doctoresse L_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a retenu que les activités de polisseuse et de concierge n'étaient pas adéquates au regard de la lésion de l'épaule gauche. Il fallait retenir l'exigibilité et les limitations fonctionnelles établies par la CRR.

Concernant le traitement futur, il convenait de prendre en charge à long terme des anti-inflammatoires et antidouleurs à doses modérées, trois séries de neuf séances de physiothérapie annuelles et deux à quatre contrôles médicaux par an.

51. Le même jour, la Dresse L_____ a évalué l'atteinte à l'intégrité à 10% : elle a rappelé que, selon la table I concernant les troubles fonctionnels des membres supérieurs, une épaule mobile jusqu'à l'horizontale était évaluée à 15%. Il fallait tenir compte de la pondération à la suite de l'IPAI déjà accordée à hauteur de 15% pour l'épaule droite, raison pour laquelle le taux était réduit à 10%.
52. Une IRM du genou gauche du 17 mars 2016 a révélé une lésion de grade III de la corne postérieure du ménisque interne et une image kystique au niveau du creux poplité.
53. Le 19 avril 2016, la SUVA a eu un entretien avec l'assurée au sujet de son poste de concierge pour en examiner les exigences.
54. Lors d'un entretien du 25 avril 2016 avec la SUVA, l'assurée a annoncé un nouvel accident : le 8 janvier 2016, elle avait trébuché sur les pieds d'une dame et était tombée sur les deux genoux. Elle n'avait pas consulté de médecin et était rentrée chez elle. Après le week-end, elle avait regagné la CRR et c'était durant la physiothérapie que des douleurs aux genoux étaient apparues avant de s'amplifier.
55. Le 7 juin 2016, le docteur M_____, médecin au Service de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a confirmé avoir prodigué des soins à l'assurée le 20 avril 2016 en lien avec l'accident du 8 janvier précédent. La lésion du ménisque interne postérieur avec kyste concordait avec l'accident.
56. Dans un rapport du 7 juillet 2016, les EPI, où l'assurée s'est rendue du 23 mai au 19 juin 2016, ont noté que les atteintes aux deux épaules ne permettaient pas à l'assurée de réaliser des travaux manuels, seul domaine professionnel envisageable, sur le marché primaire de l'emploi.

Si l'assurée faisait preuve d'une excellente précision et d'une capacité de contrôle de premier ordre, l'amplitude de ses mouvements était très réduite et ne correspondait pas aux exigences des postes de travail dans le milieu ordinaire.

En raison de son atteinte récente aux deux genoux, la position debout n'était pas supportée plus de dix minutes dans un contexte professionnel.

Les capacités d'apprentissage étaient limitées. L'assurée ne disposait pas de connaissances scolaires lui permettant d'envisager un emploi dans le domaine administratif ou une formation qualifiante.

Les capacités d'intégration sociale étaient excellentes: l'assurée était volontaire, respectueuse des règles de fonctionnement, ouverte aux autres, elle avait montré un fort engagement durant toute la mesure. Bien qu'inquiète pour son avenir, elle voulait rester positive et exprimait souvent le souhait d'avoir une activité professionnelle pour rester active et se sentir utile.

La piste du contrôle qualité dans l'industrie légère avait été envisagée, mais malgré l'aptitude solide de l'assurée au contrôle, les mouvements répétitifs exigés par ce type d'activité n'étaient pas compatibles avec les limitations fonctionnelles.

Un emploi dans le domaine de la métrologie aurait pu correspondre aux limitations, mais le manque de capacités d'apprentissage et l'absence de formation initiale l'empêchaient d'accéder à ce type de poste. Par ailleurs, les rendements mesurés durant le stage, inférieurs à 50% sur la demi-journée, étaient très éloignés de ceux attendus dans l'industrie.

57. Le 28 juillet 2016, la division de réadaptation professionnelle de l'OAI est parvenue à la conclusion que l'assurée n'était pas en mesure d'exercer une activité dans le circuit économique normal : les limitations aux niveaux des membres supérieurs ne permettaient pas de transformer la capacité de travail médico-théorique en capacité de gain. Cette conclusion ne remettait pas en cause l'avis du SMR, mais posait un constat manifeste : en présence de limitations physiques aussi importantes, impliquant des rendements aussi faibles, une activité professionnelle n'était pas possible dans le circuit économique ordinaire. Par conséquent, la perte de gain était totale et le degré d'invalidité de 100%.
58. Dans un document du 26 juillet 2016, le Dr N_____ a noté que les troubles du genou gauche n'étaient probablement pas en lien avec le nouvel accident annoncé, puisqu'ils avaient déjà été notés lors du séjour à la CRR. Il a admis l'inexigibilité de l'activité de concierge.
59. Le 9 août 2016, le Dr N_____ a considéré que *le statu quo ante* avait été atteint au plus tard à la fin du séjour à la CRR s'agissant des troubles des genoux ; l'exigibilité fixée par la Dresse L_____ restait valable.
60. Le 19 août 2016, la Suva a informé l'assurée qu'elle mettrait fin à la prise en charge des soins médicaux et au versement des indemnités journalières avec effet au 31 octobre 2016. Elle continuerait à prendre en charge des anti-inflammatoires et antidouleurs à doses modérées, 27 séances de physiothérapie au maximum par année ainsi que deux à quatre contrôles médicaux par année.

61. Par décision du 19 août 2016, la SUVA a mis fin au versement des prestations en lien avec l'accident du 8 janvier 2016 au 10 février 2016.
62. Dans un courriel du 13 septembre 2016 à la SUVA, la gérance employant l'assurée en qualité de concierge a indiqué que son revenu annuel de 2014 à 2016 aurait été de CHF 11'050.-, soit 13 mensualités de CHF 850.-.
63. Le même jour, l'employeur principal a indiqué que le revenu annuel de l'assurée en 2014, 2015 et 2016 se serait élevé à 13 mensualités de CHF 4'900.-, auxquelles se seraient ajoutés 100.- CHF/mois de participation à l'assurance-maladie.
64. Le 21 septembre 2016, l'assurée s'est opposée à la décision du 19 août 2016 en se référant à l'IRM du 17 mars 2016. Selon elle, la question de savoir si elle présentait une lésion assimilée n'avait pas été suffisamment instruit.
65. Le docteur O_____, médecin traitant, a indiqué en septembre 2016 que la lésion méniscale et le kyste poplité du genou gauche étaient en lien de causalité avec l'accident du 8 janvier 2016. Il y avait une incapacité de travail en raison des seuls troubles des genoux.
66. Le 19 octobre 2015 (*recte* 2016), le Dr H_____ a relevé que les radiographies du 9 février étaient difficiles à interpréter et sujettes à caution. Il déplorait que l'examen IRM ne décrive pas les images sous-cutanées pré-rotuliennes, sur lesquelles on constatait une lame liquidienne très étendue attestant du diagnostic de bursite. Selon lui, il était très probable que cette bursite soit post-traumatique, dans le contexte anamnestique.
67. Par décision du 26 janvier 2017, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité du 1^{er} novembre 2009 au 30 septembre 2011 et dès le 1^{er} juin 2015.

L'OAI a considéré qu'à compter de mai 2008, la capacité de travail avait été nulle dans l'activité habituelle de polisseuse, mais totale dans un poste adapté aux limitations fonctionnelles depuis juillet 2011.

Une aggravation, en juin 2014, avait réduit la capacité de travail à 50% dès octobre 2015, mais cette capacité n'était pas exploitable dans le circuit économique.
68. Le 30 janvier 2017, le docteur P_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a relevé que l'IRM du genou gauche n'avait pas retrouvé de signe de la possible arthrose fémoro-patellaire retenue par la CRR, ce qui était toutefois compatible avec un genou en extension. Le genou présentait des signes dégénératifs sous forme d'un kyste poplité témoignant d'un conflit ancien. Il fixait le *statu quo sine* au 10 février 2016 pour les suites du traumatisme du 8 janvier 2016.
69. Une IRM du genou droit du 20 février 2017 a mis en évidence un kyste poplité simple, ainsi qu'une lésion méniscale, sans évidence de chondromalacie fémoro-rotulienne notable.

70. Le 11 avril 2017, la doctoresse Q_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin auprès de la SUVA, a résumé le dossier médical de l'assurée.

Elle s'est notamment référée à la radiographie réalisée lors du séjour à la CRR et au rapport d'IRM de mars 2016. Au vu des mobilités constatées à la CRR, la Dresse Q_____ se ralliait aux limitations fonctionnelles concernant les épaules décrites par les Drs J_____ et K_____.

S'agissant de l'événement du 8 janvier 2016, il lui paraissait évident que l'assurée avait subi un choc direct au niveau du genou gauche et vraisemblablement du genou droit. L'atteinte isolée de la corne postérieure du ménisque interne, et surtout la présence d'un kyste poplité ou de Baker au niveau du genou gauche, étaient principalement d'origine malade et ne pouvaient être provoquées par un choc direct sur le genou. Après avoir donné plusieurs explications au sujet des kystes poplités, la Dresse Q_____ a noté qu'ils résultaient d'un épanchement intra-articulaire chronique en grande majorité secondaire à une arthrose fémoro-tibiale ou fémoro-patellaire, à des lésions méniscales ou ligamentaires, ou à un rhumatisme inflammatoire. Ces kystes n'apparaissant pas en l'espace de quelques semaines, il était évident que celui décrit sur l'IRM réalisée le 17 mars 2016 ne pouvait être secondaire à l'événement du 8 janvier 2016. D'autant que l'assurée présentait d'autres signes d'une atteinte malade, à savoir un léger pincement de l'interligne articulaire du côté interne et de petits ostéophytes. De plus, l'intéressée avait mentionné, lors de son séjour à la CRR, avoir déjà souffert de son genou gauche. Le genou droit, à part une radiographie conventionnelle, n'avait pas été plus investigué. La Dresse Q_____ en inférait que s'il y avait eu une atteinte, elle n'avait pu être que mineure. Partant, elle retenait une contusion du genou gauche et se ralliait à l'avis du Dr P_____, selon lequel l'accident du 8 janvier 2016 avait cessé de déployer ses effets délétères à la fin du séjour à la CRR. Il n'était dès lors pas pris en considération.

L'assurée pouvait exercer une activité adaptée à 100%, en respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de travail prolongé ou répétitif avec les bras au-dessus du plan des épaules (horizontale), pas de travaux nécessitant de la force au niveau des épaules, pas de travaux avec les membres supérieurs en porte-à-faux de façon prolongée ou répétitive, pas de travaux exigeant l'utilisation d'outils lourds ou provoquant des vibrations. Dans le cas d'une activité impliquant le serrement ou la saisie d'un objet avec les deux mains, un appui des deux bras serait judicieux. Le métier de concierge ne semblait plus exigible.

71. Par décision du 7 juin 2017, la SUVA a écarté les oppositions à ses décisions des 13 mars 2015 et 19 août 2016.

Le litige portait sur le point de savoir si les troubles aux genoux engageaient sa responsabilité au-delà du 10 février 2016 et sur le pourcentage de la rente servie. La décision était déjà entrée en force sur les autres points non contestés.

La SUVA, se référant aux avis des Drs N_____ et P_____, a retenu que le genou gauche présentait des signes dégénératifs sous forme d'un kyste poplité témoignant d'un conflit ancien. Ces médecins avaient fixé le *statu quo sine* au 10 février 2016 pour les suites du traumatisme du 8 janvier 2016 et la Dresse Q_____ s'était ralliée à cette appréciation en soulignant que les kystes poplités n'apparaissaient pas en quelques semaines.

S'agissant de la question d'une éventuelle lésion assimilée, la SUVA a rappelé que l'événement du 8 janvier 2016 comprenait tous les éléments constitutifs d'un accident, de sorte qu'on pouvait s'épargner cet examen.

L'adage *post hoc, ergo propter hoc* ne constituait pas un moyen de preuve permettant d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance.

L'exigibilité fixée par les médecins de la CRR avait été confirmée par la Dresse L_____ et le Dr N_____. Le rapport du Dr H_____ avait été soumis à la Dresse Q_____, laquelle avait confirmé qu'une activité adaptée était possible à plein temps et que le métier de concierge n'était plus exigible. Quant au rapport des EPI du 7 juillet 2016, il prenait en compte des facteurs n'engageant pas la responsabilité de l'assurance-accidents (atteinte aux genoux, capacités d'apprentissage et connaissances scolaires limitées). Enfin, il était relevé que, lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles réalisée à la CRR, la volonté de donner le maximum aux différents tests avait été incertaine et le niveau de cohérence moyen.

Le droit à la rente devait s'examiner du seul point de vue des atteintes aux épaules. La SUVA avait retenu des DPT démontrant qu'il existait sur le marché du travail des emplois légers, n'impliquant que le port de charges très légères et ménageant le membre supérieur droit, permettant un gain annuel moyen de CHF 50'680.-, soit CHF 4'223.- par mois, ce qui conduisait à une perte de gain de 21.91%. Partant, le taux de rente de 22 % devait être confirmé.

72. Le 30 juin 2017, le Dr C_____ a émis l'avis que les contusions des deux genoux étaient liées à l'accident du 8 janvier 2016, ainsi que la lésion méniscale, probablement.
73. Le 7 juillet 2017, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire ou au renvoi à l'intimée pour expertise et, principalement, à l'annulation de la décision du 7 juin 2017, à ce qu'il soit constaté qu'en raison des séquelles des accidents des 30 mai 2008 et 14 juin 2014, elle n'était plus en mesure d'exercer une activité professionnelle dans le circuit économique ordinaire et à l'octroi d'une rente basée sur un degré d'invalidité de 47% pour la période du 1er juillet 2014 au 31 octobre 2016 et de 100% à partir du 1er novembre 2016, sous déduction des rentes déjà versées. Subsidiairement, la recourante a conclu à l'octroi d'une rente basée sur un degré d'invalidité de 47% dès le 1er juillet 2014, sous déduction des rentes déjà versées (*sic*).

La recourante conteste les conclusions des Drs N_____, P_____ et Q_____ en se référant à l'avis du Dr H_____. Selon elle, le dossier ne permet pas de conclure au *statu quo*.

Elle reproche en outre à l'intimée de n'avoir pas tenu compte de la lésion méniscale au genou droit révélée par IRM dont le Dr C_____ estime pourtant qu'elle est en lien avec l'accident du 8 janvier 2016.

La recourante conteste les arguments avancés par l'intimée pour s'écarter du taux d'invalidité retenu par l'OAI. Elle relève que ce sont les seules atteintes aux épaules qui ont amené l'OAI à considérer que la capacité de travail médico-théorique ne pouvait être exploitée, non l'absence de formation.

La recourante relève pour le reste que les allégations de la CRR quant aux efforts consentis sont en contradiction claire avec toutes les autres évaluations, qui ont souligné sa persévérance et sa volonté.

Quant au calcul d'invalidité, elle reproche à l'intimée de n'avoir pris en compte, s'agissant des suites de l'accident du 30 mai 2008, que le salaire de polisseuse, sans tenir compte de son revenu de concierge alors qu'en réalité, la recourante n'a jamais pu tout à fait reprendre son activité de conciergerie : elle se faisait aider pour les tâches qu'elle n'arrivait pas à accomplir et avait informé son employeur de la situation.

La recourante fait enfin grief à l'intimée d'avoir, après le deuxième accident, repris les mêmes DPT pour le calcul d'invalidité, sans examiner si elles étaient toujours compatibles, compte tenu des deux atteintes à la santé.

74. Les documents produits par la recourante ont été soumis par l'intimée à la Dresse Q_____ qui s'est exprimée le 31 août 2017.

La Dresse Q_____ a noté que le Dr C_____ retenait comme diagnostics une contusion des deux genoux et une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne, sans mentionner le kyste poplité. Elle a émis l'avis que, ces faits n'étant pas nouveaux, ils ne justifiaient pas de s'écarter des conclusions de l'appréciation du 11 avril 2017.

Quant à la bursite signalée par le Dr H_____, il s'agissait d'une inflammation de la bourse séreuse. Après avoir donné des explications sur la nature de cette lésion, la Dresse Q_____ a précisé qu'elle pouvait être causée par une pression continue, par un traumatisme direct, par des microtraumatismes répétés ou par la répétition prolongée de certains gestes et mouvements. Les symptômes de la bursite du genou étaient la douleur, la boiterie, la raideur et la limitation fonctionnelle. L'examen clinique, l'observation, la palpation et le compte-rendu du patient étaient suffisants pour la diagnostiquer. Une bursite du genou ne passait pas inaperçue, raison pour laquelle il était surprenant qu'une telle lésion n'ait pas été constatée par les médecins de la CRR, qui n'avaient pas non plus relevé d'œdème ou de dermabrasion. De plus, cette atteinte se voyait sur les radiographies. Or, l'analyse

des images révélait que si bursite il y avait eu chez la recourante, elle était plus que minime. L'IRM du genou gauche du 17 mars 2016 montrait en effet un discret remaniement pré-patellaire. Le radiologue décrivait une absence de bursite pré- et infra-rotulienne, ce qui démontrait que l'on n'était certainement pas en présence d'une atteinte aigue. De plus, il n'y avait pas de signe de contusion osseuse, ce qui permettait de conclure à l'absence de gravité du traumatisme du 8 janvier 2016. Le Dr C_____ avait décrit un genou sec avec une mobilité complète et symétrique. Il ne mentionnait pas de bursite, mais relevait des douleurs à la palpation de la patte d'oie des deux côtés, ce qui ne correspondait pas à la description d'une bursite pré-rotulienne mise en exergue par le Dr H_____. Partant, une éventuelle bursite n'était pas en relation de causalité au degré de vraisemblance prépondérante avec l'événement du 8 janvier 2016.

75. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 10 novembre 2017, a suggéré une réformation de sa décision du 7 juin 2017 en ce sens qu'elle a proposé l'octroi d'une rente de 30% à compter du 1^{er} novembre 2016 en lieu et place d'une rente de 22% à partir du 1^{er} juillet 2014, au rejet du recours pour le surplus.

S'agissant de sa responsabilité pour les troubles des genoux et la bursite post-traumatique diagnostiquée par le Dr H_____, l'intimée soutient, conformément à l'appréciation de la Dresse Q_____ du 31 août 2017 produite à l'appui de son écriture, qu'aucun intervenant de la CRR n'a décrit ou constaté une bursite du genou gauche, ni même une plaie ou un hématome, pourtant pratiquement toujours présents lors d'une chute directe sur les genoux. Elle en tire la conclusion que s'il y a eu bursite au genou gauche, elle n'était pas en relation de causalité au degré de vraisemblance prépondérante avec l'événement du 8 janvier 2016. Les rapports des médecins traitants ne suscitant pas de doutes quant aux conclusions des médecins de l'intimée, une expertise ne se justifie pas.

L'intimée allègue que si l'OAI a conclu à une incapacité de gain, c'est en fonction d'une atteinte aux deux genoux, d'une limitation de la mobilité du torse en raison du surpoids, d'un manque de formation et d'une capacité d'apprentissage limitée, éléments dont elle n'a pas à répondre.

En ce qui concerne le calcul d'invalidité, l'intimée admet avoir retenu à tort une stabilisation de l'état de santé au 30 juin 2014, alors qu'un nouvel accident était survenu 15 jours plus tôt. L'examen du droit de la recourante à une rente d'invalidité aurait dû intervenir suite à la stabilisation de son état de santé après ce second accident, soit le 1^{er} novembre 2016.

L'intimée a dès lors procédé à une nouvelle sélection de DPT à l'aune des limitations fonctionnelles retenues par la Dresse Q_____ :

- poste d'emballeur, impliquant parfois le maniement d'objets légers et la rotation de la main ; l'usage des deux mains est nécessaire ; cette activité n'implique ni port de charges, ni travail au-dessus de la tête et peut s'exercer assis ou debout ; l'activité consiste à placer un ou plusieurs objets dans un carton défilant sur un

tapis roulant ; il s'agit d'une activité répétitive avec des objets légers (entre 350 gr et 2.5 kg) ; toutes les manipulations se font à hauteur de table ; l'employé peut être amené à se déplacer parfois sur quelques mètres pour aller chercher des publicités à insérer ;

- poste de collaborateur de production sur machines automatiques, n'impliquant pas de port de charges, mais le maniement très fréquent d'objets légers, sans travail au-dessus de la tête ; l'employé s'occupe de régler et d'alimenter deux machines de fabrication de circuits imprimés ;
- poste d'opérateur sur machines, avec, rarement, des charges légères à porter, sans travail au-dessus de la tête, avec maniement très fréquent d'objets légers et rarement celui d'objets moyens ; l'activité consiste à positionner de petites pièces sur une machine avec une presse de 3 à 4 kg maximum ;
- poste de collaborateur de production sans port de charges, avec parfois le maniement d'objets légers, sans travail au-dessus de la tête ; il s'agit d'un poste similaire à celui de rectifieur, comportant toutefois un travail sur des pièces moins fines avec un moindre besoin de dextérité ; un contrôle au micromètre se fait toutes les 3 ou 4 pièces ; l'employé doit effectuer quelques réglages de temps à autre ;
- poste de collaborateur en soudure laser, sans port de charges, avec maniement très fréquent d'objets légers, sans travail au-dessus de la tête ; assis à son poste de travail, l'employé charge une soudeuse automatique ; il faut un peu de sensibilité dans les doigts pour poser la pièce à souder dans le bon sens et avoir de bons yeux ; les pièces pèsent quelques grammes.

Le revenu moyen tiré de ces activités s'élève à CHF 57'487.60.

L'intimée propose également l'admission du recours s'agissant du revenu sans invalidité. Elle reconnaît avoir omis - à tort - de prendre en compte le revenu accessoire réalisé en qualité de concierge et conclut que le taux d'invalidité doit être déterminé sur la base d'un revenu sans invalidité de CHF 82'604.- en 2016. Ce montant correspond au revenu principal de CHF 64'900.- en 2009, soit CHF 71'173.90 indexé en 2016, au revenu de CHF 11'050.- indexé dès 2014, soit un revenu accessoire de CHF 11'429.85. Cela conduit à un degré d'invalidité de 30% dès le 1^{er} novembre 2016.

76. Dans sa réplique du 15 janvier 2018, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle allègue n'avoir signalé les douleurs aux genoux qu'à la fin de son séjour à la CRR. Le premier examen clinique a ainsi eu lieu un mois après la survenance de l'accident. Si aucune dermabrasion n'a été constatée, c'est parce que les médecins ne l'ont pas examinée immédiatement. La rééducation était liée aux épaules, un handicap des genoux n'aurait ainsi pas eu de portée notable. L'IRM du genou gauche ayant été réalisée plus de deux mois après l'accident, les signes éventuels de bursite étaient forcément réduits. Elle soutient qu'au vu de la lésion du ménisque, la

question d'une lésion assimilée à un accident se pose et suppose que le *statu quo sine* ne soit pas admis tant que le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'est pas clairement établi par une instruction complémentaire.

S'agissant du taux d'invalidité, la recourante argue que les DPT produits par l'intimée n'indiquent pas si un travail au-dessus des épaules est exigé. Tous les postes requièrent l'usage des deux mains et présentent un caractère répétitif, des mouvements avec une certaine amplitude et un certain rythme de travail.

Elle maintient donc qu'il convient de se fonder sur l'ESS 2012 pour fixer le revenu d'invalidité.

77. Dans sa duplique du 31 janvier 2018, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

Elle souligne que l'origine traumatique de la bursite a été écartée vu l'absence de constats radiologiques et cliniques.

Elle rappelle que, selon la Dresse Q_____, une lésion méniscale ne peut être provoquée par un choc direct sur le genou mais est essentiellement malade. Par conséquent, la mise en œuvre d'une expertise n'est pas nécessaire.

Quant aux griefs faits aux DPT retenues, elle considère qu'ils doivent être écartés, les limitations fonctionnelles fixées par les EPI ne prévalant pas sur celles retenues par les médecins.

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. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

On précisera que les conclusions de la recourante tendant à la reconnaissance de son incapacité de gain et de son degré d'invalidité sont de nature constatatoire, et partant, en principe irrecevables en raison de leur caractère subsidiaire par rapport à une action formatrice (ATF 129 V 289 consid. 2.1, arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 149/06 du 11 juin 2007 consid. 5.2). Ces conclusions n'ont cependant

pas de portée propre par rapport à celles, condamnatoires, dont elles ne sont que les prémisses juridiques.

3. Conformément à l'art. 53 al. 3 LPGA, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours (reconsidération *pendente lite*).

En l'espèce, l'intimée a fait usage de cette possibilité et a reconsidéré sa décision, dont elle a restreint la portée temporelle à l'examen du degré d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2016, soit dès la stabilisation de l'état de la recourante à la suite du second accident.

Le litige est ainsi circonscrit au droit à la rente de la recourante dès cette date.

S'agissant des prestations auxquelles la recourante a droit du 1^{er} juillet 2014 au 30 octobre 2016, qui n'ont pas fait l'objet d'une décision entrée en force, il appartiendra à l'intimée de trancher cette question sur opposition dans les meilleurs délais.

4. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA).

Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). 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).

5. À teneur de l'art. 19 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. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on

peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2).

6. 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. A 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. Encore faut-il, pour que l'assurance-invalidité soit liée par l'évaluation de l'assurance-accidents, que celle-ci ait fait l'objet d'une décision passée en force. Tel est le cas si l'entrée en force de la décision de l'assurance-accidents est postérieure à la décision attaquée de l'assurance-invalidité, mais qu'elle est intervenue au cours de la procédure de recours (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 406/01 du 28 novembre 2002 consid. 1.2). Ces principes valent également lorsqu'à l'inverse, la décision de l'assurance-accidents est postérieure à celle de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 259/00 du 16 mars 2001 consid. 5b).
7. Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. Peu importe de savoir si l'assuré met à profit, entièrement ou partiellement seulement, sa capacité de travail; ces éléments sont pris en compte au travers du montant du gain assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_708/200 du 21 août 2008 consid. 5.5). Lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors (RAMA 2006 n° U 568 p. 66, consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_708/2007 du

21 août 2008 consid. 5.5). La prise en compte des gains accessoires intervient sans égard au rendement et au temps consacré pour leur obtention. Elle s'étend donc aux revenus obtenus dans une activité accomplie en supplément d'un emploi exercé dans les limites d'un horaire de travail normal (arrêt du Tribunal fédéral 8C_676/2007 du 11 mars 2008 consid. 3.3.2). Les revenus réalisés dans des activités accessoires ne sont pris en compte dans le revenu sans invalidité que si l'on peut admettre que l'assuré aurait continué, selon toute vraisemblance, à les percevoir sans la survenance de l'atteinte à la santé. En d'autres termes, la prise en compte d'un revenu accessoire suppose un lien entre l'atteinte à la santé et la cessation de l'activité s'y rapportant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_274/2009 du 3 décembre 2009 consid. 6 et les références).

8. S'agissant de la fixation du revenu d'invalidé, ce n'est pas le fait que l'assuré mette réellement à profit sa capacité résiduelle de travail qui est déterminant, mais bien plutôt le revenu qu'il pourrait en tirer dans une activité raisonnablement exigible. Le caractère raisonnablement exigible d'une activité doit être évalué de manière objective, c'est-à-dire qu'on ne peut simplement tenir compte de l'appréciation négative par l'assuré de l'activité en cause. En application de ce principe, la jurisprudence admet très largement le caractère exigible d'une activité (Ulrich MEYER, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2^{ème} éd., p. 294ss). Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé.

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique, ou de données salariales résultant de DPT (ATF 139 V 592 consid. 2.3). La détermination du revenu d'invalidé sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée ni admissible (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3). Lors du recours aux données statistiques des ESS, il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b).

Les activités décrites dans les DPT ayant servi de référence dans la décision initiale doivent être exigibles de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_430/2014 du 21 décembre 2015 consid. 4.4). Il appartient à la juridiction cantonale d'examiner si les DPT produits satisfont aux conditions posées par la jurisprudence ou, dans le cas contraire, soit de renvoyer la cause à celle-ci pour compléter son enquête économique, soit de procéder elle-même à la détermination du revenu d'invalidé sur la base des données statistiques issues de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_199/2017 du 6 février 2018 consid. 5.2).

9. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

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 convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 ; ATF 122 V 157 consid. 1c).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations

approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral non publié 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

10. En l'espèce, il convient en premier lieu de déterminer quelle est la capacité résiduelle de travail de la recourante.

L'intimée s'est fondée sur l'appréciation médico-théorique de la CRR pour conclure à une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par les Drs J_____ et K_____. Le rapport de ces derniers contient une anamnèse complète et relate les plaintes de la recourante. Ces médecins ont en outre livré leurs conclusions, motivées et fondées sur des examens cliniques et paracliniques détaillés, après avoir pris connaissance de l'intégralité du dossier. Partant, leur expertise satisfait en tous points aux exigences dégagées par la jurisprudence et doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

Les autres rapports médicaux versés au dossier ne justifient pas une appréciation différente. S'agissant en particulier de l'expertise du Dr G_____, elle est antérieure à l'appréciation des médecins de la CRR et ne porte que sur l'activité de concierge, dont il n'est plus contesté à ce stade de la procédure qu'elle ne peut plus être exercée.

Quant au rapport du 19 octobre 2015 du Dr H_____, on notera que les limitations fonctionnelles qu'il signale dans la sphère professionnelle sont largement similaires à celles retenues par la CRR, de même que la conclusion relative à la capacité de travail nulle en tant que polisseuse. S'agissant de ses critiques à l'égard des DPT retenus par l'intimée, elles ne sont plus d'actualité, puisque cette dernière y a substitué d'autres DPT.

Enfin, en ce qui concerne l'incidence des troubles des genoux de la recourante, force est également de constater que l'appréciation de la Dresse Q_____, parfaitement motivée notamment sur les raisons qui lui permettent de s'écarter de

l'évaluation du Dr H_____, permet d'exclure au degré de la vraisemblance prépondérante un lien de causalité entre l'accident survenu en janvier 2016 et la persistance de ces troubles après la fin du séjour à la CRR, de sorte que c'est à juste titre qu'aucune limitation fonctionnelle n'a été retenue à ce titre. Le grief quant à l'instruction de l'existence d'une lésion assimilée doit être écarté, puisque la Dresse Q_____ a exclu de manière probante que cette lésion ait été causée par l'événement de janvier 2016. Partant, une expertise ne se justifie pas (arrêt du Tribunal fédéral 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

Eu égard à ces éléments, la Cour de céans fait sienne la conclusion selon laquelle la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 1^{er} novembre 2016.

Il faut encore souligner que la décision de l'OAI ne lie pas l'intimée. En premier lieu, parce que cet office ne se fonde pas sur des conclusions médicales, auxquelles il a préféré les constatations des EPI, ce qui n'est pas conforme à la jurisprudence rappelée supra. En second lieu, parce que l'intimée ne répond pas des atteintes des genoux, dont l'OAI doit en revanche tenir compte et qui ont conduit les EPI à exclure la possibilité d'une activité exercée en position debout, dans leur rapport de juillet 2016.

11. Reste à examiner le calcul du degré d'invalidité.

En ce qui concerne le revenu sans invalidité, on rappellera qu'aux termes de l'art. 24 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202), lorsque le droit à la rente naît plus de cinq ans après l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle, le salaire déterminant est celui que l'assuré aurait reçu, pendant l'année qui précède l'ouverture du droit à la rente, s'il n'avait pas été victime de l'accident ou de la maladie professionnelle, à condition toutefois que ce salaire soit plus élevé que celui qu'il touchait juste avant la survenance de l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle. En cas de pluralité d'accidents, le salaire est fixé selon cette disposition que si l'on procède pour la première fois à la fixation de la rente et que le droit à celle-ci naît plus de cinq ans après le premier accident (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 343/99 du 16 mars 2000 consid. 4b/aa).

En l'espèce, l'intimée a retenu à titre de revenu d'invalidité le revenu perçu par la recourante en 2009, qu'elle a indexé en 2016 (CHF 82'604.-). Or, selon les renseignements recueillis auprès des employeurs en septembre 2016, le revenu effectif de la recourante serait resté de CHF 75'950.- en 2015.

Quant au revenu après invalidité, l'intimée s'est fondée sur les DPT produites à l'appui de sa réponse. Les descriptifs des activités qu'impliquent ces emplois soulèvent toutefois de sérieux doutes quant à leur compatibilité avec les limitations fonctionnelles retenues, telles que rappelées par la Dresse Q_____. En effet, si aucun descriptif ne mentionne le port de charges ou le travail bras au-dessus de la tête, force est néanmoins de constater qu'il s'agit de travaux répétitifs qui paraissent

impliquer une position des bras en porte-à-faux (cf. le poste d'emballleur appelé à placer des objets sur un tapis roulant, par exemple), alors même que la nécessité d'avoir les bras en appui a été soulignée tant par la Dresse E_____ que par la Dresse Q_____. Les quatre autres DPT, impliquant également des activités répétitives des bras, ne sont pas suffisamment détaillées pour qu'on puisse conclure de manière certaine à leur compatibilité avec les importantes limitations fonctionnelles de la recourante sur ce plan. On ne peut en tous les cas pas exclure que ces activités exigent des mouvements que l'intéressée n'est pas en mesure de réaliser. Il semble notamment douteux que l'activité consistant à opérer une presse ne requiert pas l'usage de force, impossible pour la recourante. En outre, comme le souligne à juste titre la recourante, au vu de leur nature, ces activités pourraient impliquer un travail au-dessus des épaules. Ces doutes justifient de s'écarter des DPT pour recourir à l'ESS afin de déterminer le revenu après invalidité.

Le revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives pour une femme était de CHF 4'300.- en 2014. Indexé et adapté à la durée normale de travail (DNT) de 41.7 h./sem. en 2016, le revenu après invalidité est de CHF 54'494.60. Eu égard aux limitations fonctionnelles et à l'âge de la recourante, une déduction statistique de 20% sera opérée sur ce revenu, ce qui le porte à CHF 43'596.-.

La comparaison avec le revenu sans invalidité de CHF 75'950.- en 2016 aboutit ainsi à un degré d'invalidité de 42.6%, arrondi à 43% selon les règles mathématiques (ATF 130 V 121 consid. 3), ce qui ouvre à la recourante le droit à une rente d'invalidité du même taux à compter du 1^{er} novembre 2016.

12. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis.

La recourante a droit à des dépens, fixés à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA).

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.
3. Dit que la recourante a droit à une rente d'invalidité de 43 % dès le 1^{er} novembre 2016.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour qu'elle statue sur le droit aux prestations du 1^{er} juillet 2014 au 30 octobre 2016.
5. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de dépens de CHF 2'500.-
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

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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