

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3088/2024

ATAS/52/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 janvier 2025

Chambre 4

En la cause

A_____

recourante

représentée par Me Jacques-Alain BRON, avocat

contre

HELSANA ACCIDENTS SA

intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, juges assesseurs

EN FAIT

- A.**
- a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1976, mère de deux enfants nés en 1998 et 2004, exerçait la profession de concierge à 50% et de maman de jour à 50%.
 - b.** Le 9 juin 2008, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) en invoquant une incapacité de travail liée à une atteinte du nerf cubital droit (allodynie) depuis le 29 novembre 2007.
 - c.** Le 29 septembre 2008, l'assurée, alors qu'elle circulait en scooter, a été victime d'une chute sur l'épaule droite, ayant occasionné une fracture plurifragmentaire sous-capitale de l'humérus droit avec valgisation et fracture du trochiter, ostéosynthésée aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG).
 - d.** Les suites de cet événement ont été prises en charge par HELSANA ACCIDENTS SA (ci-après : l'assureur).
- B.**
- a.** L'assurée a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) du 24 juin au 12 août 2009. Dans un rapport du 9 septembre 2009, les médecins ont retenu le diagnostic d'épaule gelée, compliquant une fracture complexe de l'extrémité supérieure de l'humérus droit, avec perte de substance partielle de la tête humérale, le tout survenant sur une neuropathie ulnaire sensitivomotrice au coude du même côté.
 - b.** Le 24 août 2009, l'assurée a commencé un apprentissage d'assistante en soins et santé communautaire dans le cadre d'un reclassement mis en place par l'OAI.
 - c.** À la demande de l'assureur, le 7 octobre 2010, l'assurée a été examinée par le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans un rapport du 13 octobre 2010, cet expert a considéré que le lien de causalité entre l'état de l'épaule droite et l'accident du 29 septembre 2008 était hautement vraisemblable, voire certain. Les troubles neurologiques, notamment ulnaires du membre supérieur droit, étaient par contre sans aucun lien de causalité avec cet accident. Pour les seules suites de l'accident, l'assurée ne pourrait plus jamais reprendre un travail de conciergerie ni même de maman de jour. La poursuite de la formation d'aide-soignante semblait en revanche exigible, en particulier le prochain stage pratique aux HUG à 80%, prévu du 2 novembre 2010 au 18 avril 2011. L'état de santé n'était pas encore stabilisé. Une arthroplastie prothétique (vraisemblablement céphalique) de l'épaule droite apporterait une amélioration sur le plan des douleurs, moins sur celui de la fonction qui risquait de ne pas s'améliorer de façon significative.
 - d.** Dans une appréciation du 27 octobre 2010, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil de l'assureur, s'est rallié aux conclusions de l'expert, en ajoutant

que dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'assurée était de 80% dès le 2 novembre 2010, date du début du stage d'aide-soignante aux HUG.

e. L'assurée a obtenu un Certificat Fédéral de Capacité d'assistante en soins communautaires et a été engagée par la D_____ (D_____, devenue E_____ [E_____] dans l'intervalle) en qualité d'assistante en soins et santé communautaire à 80% dès le 1^{er} juillet 2012.

f. Par décisions des 22 février 2012 et 7 mars 2012 (la seconde annulant la première, non conforme à la motivation de l'octroi de prestations), l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2008 au 31 janvier 2010, puis une demi-rente d'invalidité du 1^{er} février 2010 au 31 janvier 2011.

g. Par décision du 5 mars 2013, confirmée sur opposition le 30 septembre 2013, l'assureur a refusé à l'assurée le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, le degré d'invalidité (6.56%) étant inférieur au minimum requis de 10% pour ouvrir droit à cette prestation.

L'assurée n'a pas contesté cette décision sur opposition.

C. a. Le 8 août 2016, l'assurée a annoncé une rechute.

b. Le 19 octobre 2016, une hémi-arthroplastie de l'épaule droite (pose d'une demi-prothèse sur séquelles de fracture) a été réalisée par le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

c. Le 15 mars 2017, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, motivée par une incapacité de travail entière depuis le 19 octobre 2016.

d. Le 15 juin 2017, le Dr B_____ a examiné l'assurée une deuxième fois. Dans un rapport d'expertise du 21 juin 2017, il a préconisé une reprise chirurgicale par prothèse inversée pour améliorer les douleurs de l'épaule droite, en association avec un soutien psychologique efficace. En l'état, l'assurée était totalement inapte à travailler comme assistante en soins communautaires pour les suites de l'accident du 29 septembre 2008.

e. Le 21 juin 2017, il a été procédé à l'ablation de l'hémi-arthroplastie de l'épaule droite et à la mise en place d'une prothèse totale d'épaule (PTE) inversée.

f. Du 6 mars au 11 avril 2018, l'assurée a séjourné une nouvelle fois à la CRR. Dans un rapport du 30 avril 2018, les médecins ont estimé qu'une stabilisation de l'état de santé, d'un point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, n'était attendue que dans un délai de quatre à six mois. Les limitations fonctionnelles définitives étaient les suivantes : pas de charges supérieures à 2.5 kg avec le membre supérieur droit, ni d'activité impliquant l'utilisation de l'épaule droite en élévation active prolongée et/ou répétitive et/ou en porte-à-faux ni d'activité

nécessitant de la force avec le membre supérieur droit. Le pronostic de réinsertion dans l'activité d'assistante en soins et santé communautaire était défavorable.

g. Le 19 mai 2018, le contrat de travail de l'assurée auprès de l'E_____ a pris fin.

h. À la demande de l'assureur, le 9 octobre 2018, l'assurée a été examinée par le docteur H_____, spécialiste FMH en neurologie. Dans un rapport d'expertise du même jour, ce médecin a posé le diagnostic de status après transposition du nerf ulnaire droit le 29 novembre 2007, respectivement après reprise de la transposition sous-musculaire du nerf au coude droit le 30 juin 2010. Cette neuropathie ulnaire droite était apparue vraisemblablement dans le contexte d'une ancienne fracture de la palette humérale droite, traitée de manière conservatrice durant l'enfance. Il en a inféré que cette atteinte neurologique n'était pas en lien de causalité naturelle avec l'accident du 29 septembre 2008, de manière certaine.

i. Dans un rapport du 10 octobre 2018, le Dr B_____, qui avait examiné l'assurée pour la troisième fois le 1^{er} octobre 2018, a conclu à une incapacité de travail entière et définitive dans l'activité d'assistante en soins communautaires. En revanche, abstraction faite des facteurs psycho-sociaux, l'assurée était apte, d'un point de vue strictement somatique, à reprendre une activité ne nécessitant ni d'effort ni de mouvements répétitifs du membre supérieur droit, se déroulant sur un plan de travail rabaisé, ou une activité purement mono-manuelle gauche.

j. Par appréciation du 22 octobre 2018, le Dr C_____ a considéré que la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée légère telle que décrite par le B_____.

k. À la demande de l'assureur, le 25 janvier 2019, l'assurée a été examinée par la docteure H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans un rapport du 12 février 2019, cette experte a posé les diagnostics, sans effet sur la capacité de travail, de troubles de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22) et des douleurs chroniques d'allure somatoforme (F45.4). Sur le plan strictement psychiatrique, une activité à plein temps, sans baisse de rendement, était exigible.

l. Dans un rapport du 8 novembre 2019, le docteur I_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, professeur honoraire à l'Université de Genève, a mentionné que lors du dernier examen le 16 mai 2019, l'assurée était capable, avec son épaule droite, de faire une élévation à 90°, une rotation externe à 0° et une rotation interne pouce au sacrum. La force était diminuée à droite au niveau de l'épaule (2-3/5). Dans une activité mono-manuelle gauche, respectant l'épargne de l'épaule droite, le rendement était de 40%, équivalant à environ seize heures par semaine.

m. Le 5 février 2020, l'ablation de la PTE droite inversée a été pratiquée et un spacer mis en place, à la suite d'une suspicion d'infection péri-prothétique.

n. Dans un rapport du 12 février 2020, le Dr B_____, qui avait examiné à nouveau l'assurée le 20 janvier 2020, a indiqué que la révision chirurgicale du 5 février 2020 avait été nécessaire. Le *statu quo sine* ne serait plus jamais retrouvé en raison d'une modification définitive de l'anatomie de l'épaule. Après guérison de l'infection, une nouvelle arthroplastie prothétique de l'épaule serait envisageable dans le courant de l'année 2020. En cas d'évolution favorable, une reprise d'une activité professionnelle adaptée serait théoriquement envisageable à partir de la fin de l'année 2020.

o. Le 19 juin 2020, une PTE droite inversée a été réimplantée, avec ostéosynthèse de l'humérus distal et ablation du spacer.

p. Par décision du 11 novembre 2020, l'OAI a reconnu à l'assurée une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle depuis le 19 octobre 2016 (début de délai d'attente d'un an), puis une capacité de travail de 40% dans une activité adaptée à son état de santé dès le 10 octobre 2018. Une rente entière d'invalidité lui a été allouée du 1^{er} octobre 2017 au 31 janvier 2019 sur la base d'un degré d'invalidité de 100%, puis un trois quarts de rente dès le 1^{er} février 2019, fondée sur un degré d'invalidité de 65%.

q. Saisie d'un recours, par arrêt du 21 janvier 2021 (ATAS/29/2021), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre de céans) a annulé cette décision et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

D. a. Mandaté par l'assureur, le 4 mai 2022, le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a examiné l'assurée.

Dans un rapport d'expertise du 27 mai 2022, il a indiqué que l'assurée présentait une ankylose douloureuse absolument massive de l'épaule droite, avec une amyotrophie extrêmement avancée de toute la ceinture scapulaire et brachiale droite, après chirurgie itérative prothétique et changement en deux temps pour infection. Les séquelles fonctionnelles de l'épaule droite et du coude droit étaient en relation de causalité certaine avec l'événement du 29 septembre 2008, le syndrome canalaire cubital en relation de causalité possible, et le syndrome du tunnel carpien gauche, la fatigue chronique et les troubles de la main gauche sans relation de causalité. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'assistante en soins et santé communautaire, mais de 50% dans une activité mono-manuelle gauche. Le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) totale était fixé à 30%.

b. Par appréciation du 13 juin 2022, le Dr C_____ a considéré que l'état de santé de l'assurée était stabilisé depuis la dernière consultation chez le Prof. I_____ le 30 août 2021. Il a pour le surplus suivi les conclusions du Dr J_____ s'agissant du taux de la capacité de travail résiduelle et de l'IPAI.

c. Par lettre du 11 juillet 2022, l'assurée a contesté la valeur probante du rapport d'expertise du Dr J_____.

d. Par appréciation du 18 juillet 2022, le Dr C_____ a indiqué que l'assurée n'apportait aucun argument médical nouveau.

e. Dans un rapport complémentaire du 2 août 2022, le Dr J_____ a maintenu ses conclusions.

f. À la demande de l'OAI, les docteurs K_____, spécialiste FMH en neurologie, L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, M_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, et N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, auprès du O_____ (O_____), ont examiné l'assurée les 28 novembre (volets neurologique et psychiatrique), 30 novembre (médecine interne générale) et 1^{er} décembre 2022 (volet orthopédique).

Dans un rapport du 13 février 2023, les experts ont posé les diagnostics, avec incidence sur la capacité de travail, de fracture de l'humérus proximal droit le 29 septembre 2008, de réduction sanglante et ostéosynthèse de l'humérus proximal droit le 16 octobre 2008, de nécrose de la tête humérale droite, d'ablation du matériel d'ostéosynthèse de l'humérus droit le 11 juin 2010, d'arthroplastie céphalique de l'épaule droite le 19 octobre 2016, de révision et arthroplastie totale inversée de l'épaule droite le 21 juin 2017, d'infection de la PTE par *propionibacterium acnes*, de retrait de la PTE et mise en place d'un spacer le 5 février 2020, de réimplantation d'une prothèse totale d'épaule inversée le 19 juin 2020, de séquelles sensitives et douloureuses d'une neuropathie ulnaire droite au coude, opérée, et de possibles douleurs neuropathiques du membre supérieur droit dans les suites de plusieurs traumatismes et opération de l'épaule droite.

Les diagnostics, sans incidence sur la capacité de travail, étaient les troubles anxieux et dépressifs mixtes, épicrises (F41.2).

Ils ont considéré que la diminution de la capacité de travail était strictement en lien avec l'affection somatique du membre supérieur droit sur les plans neurologique et orthopédique. Dans toute activité, la capacité de travail était, sur le plan orthopédique, nulle depuis l'arthroplastie de l'épaule droite le 19 octobre 2016, sur le plan neurologique, de 20% depuis plusieurs années, et sur le plan psychiatrique, entière depuis toujours.

g. Par avis du 27 février 2023, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a, sur le base de cette expertise, retenu, à titre d'atteintes principales, des séquelles sensitives, douloureuses et fonctionnelles sévères et définitives après une fracture de l'humérus proximal multiopérée. La capacité de travail était nulle dans toute activité depuis le 19 octobre 2016.

h. Dans une appréciation du 31 juillet 2023, le Dr C _____ s'est déterminé sur l'expertise pluridisciplinaire du O _____, et considéré qu'elle n'était pas probante sur le plan accidentel.

i. Par décision du 30 août 2023, lui ayant reconnu le statut d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} octobre 2017.

j. Par décision du 19 octobre 2023, l'assureur, en se référant à l'expertise orthopédique du 4 mai 2022, a retenu une capacité de travail exigible de 50% dans une activité adaptée (mono-manuelle gauche), au moment de la stabilisation de l'état de santé le 30 août 2021. La comparaison des revenus de valide (CHF 64'236.-) et d'invalidé (CHF 25'227.-) aboutissait à une perte de gain de 61%, dès le 1^{er} septembre 2021.

Le montant de la rente mensuelle était fixé à CHF 1'277.- (le gain assuré a été calculé à CHF 31'387.-).

Compte tenu de la rente de l'assurance-invalidité, en concours pour la première fois le 1^{er} septembre 2021, il n'existait toutefois pas de droit ouvert à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents obligatoire à partir du 1^{er} septembre 2021. Dès le 1^{er} avril 2022, à la fin du droit à la rente d'enfant d'invalidé, une rente complémentaire de l'assurance-accidents de CHF 271.- par mois était versée à l'assurée, laquelle s'élevait à CHF 283.- par mois à compter du 1^{er} janvier 2023 en raison de l'allocation de renchérissement de 4.2%.

L'indemnité journalière allouée à tort à l'assurée du 1^{er} septembre 2021 au 31 octobre 2023 à hauteur de CHF 108'002.60 n'était pas à restituer.

Un complément de 10% pour l'IPAI de CHF 12'600.- était par ailleurs octroyé à l'assurée, le taux total de l'atteinte à l'intégrité était fixé à 30%, correspondant à un montant de CHF 37'800.-, duquel l'indemnité déjà versée sur la base d'un taux de 20% par décision du 15 février 2010 était déduite.

Enfin, il n'existait pas de traitement ultérieur nécessaire jusqu'à l'âge ordinaire de la retraite.

k. Par courrier du 20 novembre 2023, l'assurée a formé opposition à cette décision, en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité mensuelle de CHF 2'092.50 dès le 1^{er} septembre 2021, au versement d'un complément de 30% au titre de l'IPAI, soit un montant de CHF 37'800.-, à la prise en charge des traitements antalgiques qui amélioreraient notablement son état de santé, ainsi que des autres mesures médicales qui amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration.

Elle a contesté la valeur probante de l'expertise orthopédique du 4 mai 2022, et fait valoir que sa capacité de travail était, sur le plan neurologique et orthopédique, nulle dans toute activité au vu des conclusions unanimes des quatre

experts mandatés par l'OAI, suivies par les médecins du SMR. Elle en a tiré la conclusion que son taux d'invalidité était de 100%.

Elle a exposé qu'il ne se justifiait pas de déduire les rentes de l'assurance-invalidité de la rente complémentaire de l'assurance-accidents qui ne concouraient matériellement pas entre elles.

Enfin, le taux d'IPAI devait être porté à 50% (40% pour la perte fonctionnelle du bras auquel s'ajoutait 10% pour l'atteinte esthétique).

I. Par décision du 18 juillet 2024, l'assureur a très partiellement admis l'opposition, en ce sens que le traitement médical ultérieur et nécessaire au maintien de la capacité de gain résiduelle était octroyée jusqu'à l'âge ordinaire de retraite ou lors de l'abandon de l'activité lucrative, sous réserve de rechute ou séquelles tardives. La décision était confirmée pour le surplus.

L'assureur a reconnu pleine valeur probante à l'expertise du Dr J_____, en expliquant les motifs pour lesquels il y avait lieu de s'écarter de celle mise en œuvre par l'OAI, en particulier en se référant à ce propos à l'appréciation de son médecin-conseil du 31 juillet 2023.

L'assureur a considéré avoir à juste titre pris entièrement en compte la rente de l'assurance-invalidité dans le calcul de la rente complémentaire de l'assurance-accidents. Du reste, peu importe qu'il reconnaisse une invalidité à 100% en lieu et place de celle fixée à 61%. Dans les deux cas, la rente complémentaire s'élevait à CHF 271.-.

Enfin, en ce qui concernait le taux de l'IPAI, les conclusions du Dr J_____ étaient probantes. L'assurée perdait de vue que la perte fonctionnelle d'un membre supérieur engendrait que sa main droite et son coude ne seraient plus du tout fonctionnels, ce qui n'était pas son cas. Le dommage esthétique était quant à lui compris dans la prothèse avec mauvais résultat.

- E. a.** Par acte du 16 septembre 2024, l'assurée, par l'intermédiaire de son avocat, a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), en concluant, à son annulation, et au versement d'une rente d'invalidité mensuelle de CHF 1'216.10 au moins dès le 1^{er} septembre 2021 fondée sur un taux d'invalidité de 100%, de CHF 1'910.30 au moins dès le 1^{er} avril 2022, de CHF 1'990.50 au moins dès le 1^{er} avril 2023, renchérissement en sus pour les années suivantes, à l'octroi d'une IPAI fondée sur un taux de 50% au moins, au paiement de CHF 37'800.- au titre de l'IPAI en sus du montant versé à ce titre selon la décision du 15 février 2010, à la prise en charge des traitements antalgiques et des autres mesures médicales pour le traitement de son épaule droite.

La recourante a fait valoir que les conclusions du Dr J_____ étaient contradictoires. Ce médecin retenait d'abord que le bras droit avait été considéré comme pratiquement non fonctionnel et que seule une activité mono-manuelle

gauche avait été envisagée pour justifier l'exigibilité retenue. Pourtant, il indiquait également que les difficultés fonctionnelles supplémentaires au niveau de la main droite en raison d'un trouble prétendument sans lien avec l'accident pourraient encore réduire le taux d'activité exigible de 50% à 20%. Rien dans le dossier ne permettait de retenir une atteinte invalidante à la main gauche. L'évaluation du caractère invalidant des douleurs ressenties n'était pas convaincante en comparaison de celle effectuée par les experts mandatés par l'OAI qui avaient tous jugé les plaintes cohérentes, crédibles et totalement incapacitantes. Les résultats fonctionnels misérables et l'évolution catastrophique de l'état de l'épaule droite n'avait pas été pris à leur juste mesure par le Dr J_____. Son expertise ne comprenait pas d'analyse sur le plan neurologique, alors que l'expert neurologue du O_____ avait retenu une incapacité de travail de 80% sous cet angle, uniquement en lien avec les séquelles de l'accident de 2008.

L'expertise pluridisciplinaire du 13 février 2023 couvrait tous les aspects de l'état de santé et ses conclusions étaient probantes. Elle retenait notamment que « la diminution de la capacité de travail [était] strictement en lien avec l'affection somatique du membre supérieur droit : neurologique et orthopédique ». Elle concluait qu'aucune heure de présence par jour, d'un point de vue orthopédique dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée, ne pouvait être assumée. Deux heures par jour d'un point de vue neurologique pourraient seulement être effectuées. Dans un avis du 27 février 2023, les médecins du SMR avaient suivi les conclusions des experts du O_____ sans rappeler au préalable les conclusions différentes du Dr J_____. Dans ces circonstances, l'intimé ne pouvait pas accorder force probante au rapport du Dr J_____. Le médecin-conseil de l'intimé n'était pas un spécialiste et son avis était manifestement partial. Il était même inique lorsqu'il prétendait que l'intensité des douleurs ne serait pas crédible. Il motivait son assertion par le fait que la recourante pourrait dormir quasiment sans somnifère et qu'elle pouvait aller à la piscine. Or, c'était le contraire qui ressortait des anamnèses figurant au dossier. Celle-ci était constamment réveillée par ses douleurs qui l'empêchaient de dormir. Elle se rendait à la piscine pour effectuer des exercices de physiothérapie afin d'essayer d'atténuer ses douleurs.

La recourante a indiqué que le taux d'invalidité étant de 100%, le montant de la rente annuelle était de CHF 25'110.-, soit CHF 2'092.50 par mois.

En ce qui concernait le montant de la rente complémentaire, la recourante a rappelé qu'elle travaillait à 50% lors de l'accident survenu en 2008 et à 80% lors de la rechute en 2016. La rente de l'assurance-invalidité compensait sa perte de capacité de gain hypothétique au moment du prononcé de la décision du 30 août 2023. Sa capacité de gain à ce moment pour l'activité à 100% qu'elle aurait eue si elle n'était pas invalide était de CHF 6'679.50 par mois, soit CHF 80'154.- par année, selon la simulation salariale de l'E_____ du 13 mars 2023 qu'elle a produite. La rente AI était fondée sur un statut d'actif à 100%, par rapport à sa

dernière activité à l'E_____, mieux rémunérée qu'avant l'accident. Elle couvrait donc également une invalidité non assurée obligatoirement par l'assureur-accidents. En effet, son activité obligatoirement assurée par celui-ci portait uniquement sur l'activité à 50% qu'elle effectuait avant l'accident en 2008. Selon la recourante, seule la part de la rente de l'assurance-invalidité qui correspondait aux CHF 31'387.- de revenus assurés obligatoirement en assurance-accidents par rapport aux CHF 80'154.- des revenus sans invalidité qui auraient dû servir à la comparaison des gains de valide et d'invalidé pour déterminer le taux d'invalidité devait être prise en compte, soit le 39% de la rente de l'assurance-invalidité.

Elle en a inféré que le montant des rentes complémentaires dues se calculait comme suit :

- Du 1 ^{er} septembre 2021 au 31 mars 2022 :		
90% du gain assuré	CHF	28'249.-
39% des rentes AI	CHF	13'656.24
Rente complémentaire annuelle	CHF	14'592.76
Rente complémentaire mensuelle	CHF	1'216.06
- Dès le 1 ^{er} avril 2022 :		
90% du gain assuré	CHF	28'249.-
39% des rentes AI sans la rente d'enfant	CHF	5'325.93
Rente complémentaire annuelle	CHF	22'923.07
Rente complémentaire mensuelle	CHF	1'910.26
- Dès le 1 ^{er} avril 2023 :		
Rente complémentaire annuelle	CHF	22'923.07
+ allocation de renchérissement de 4.2%	CHF	962.77
Rente complémentaire annuelle	CHF	23'885.84
Rente complémentaire mensuelle	CHF	1'990.49

S'agissant de l'IPAI, la recourante a exposé, photographié à l'appui, que l'atteinte esthétique concernait tout le haut du bras, s'étendant du coude jusqu'en dessous du cou. Il s'agissait d'une partie du corps qui était régulièrement découverte, tout particulièrement en été. Elle en a tiré la conclusion que le préjudice esthétique dont elle souffrait devait être reconnu en tant que tel. Contrairement à ce que retenait le Dr J_____, la pose d'une prothèse avec un mauvais résultat n'impliquait pas une atteinte esthétique comme celle qu'elle avait subie. Les considérations de la table appliquée par la SUVA étaient d'ordre fonctionnel et non esthétique. Pour l'évaluation de l'atteinte fonctionnelle, le Dr J_____ se référait à la table n°5 de la SUVA en ce qui concernait l'atteinte à l'épaule (implantation d'une prothèse avec mauvais résultat) et à la table n°1 de la SUVA pour le coude en considérant qu'il s'agissait d'une limitation fonctionnelle et non pas d'une arthrose. Ce faisant, il manquait de prendre en considération l'interaction de ces affections qui l'avait conduit à conclure : « [e]n résumé, il s'agit d'une atteinte globale de tout le membre supérieur droit, le rendant très peu fonctionnel, autre que pour l'utilisation de la main pour quelques mouvements

d'aide lorsque l'avant-bras était en appui, coude fléchi vers 90°. « En résumé, il s'agit d'une assurée présentant un bras droit pratiquement non fonctionnel et douloureux ».

La recourante a ajouté que selon les constatations des experts mandatés par l'OAI, les affections à l'épaule droite provoquaient un handicap fonctionnel du membre supérieur droit. Elle en a inféré que ce handicap devait être apprécié globalement selon la table n° 1 de la SUVA. Cette table prévoyait un taux d'IPAI de 50% pour une perte de fonctionnalité totale et de 30% pour une épaule bloquée en adduction. La perte de fonctionnalité était « pratiquement » totale selon le Dr J_____. Ce n'était donc pas seulement une limitation de mobilité de l'épaule qui devait être considérée, ni du coude, mais une perte quasi-totale de la fonctionnalité du membre qui était douloureux, sans force et très limité. Un taux d'IPAI minimum de 40% était donc justifié pour la perte fonctionnelle du bras, plus 10% pour l'atteinte esthétique, soit un taux cumulé de 50%. Subsidiairement, la recourante a conclu à un complément d'expertise auprès du O_____ pour fixer le taux de l'IPAI.

Quant aux traitements ultérieurs nécessaires, elle présentait une incapacité de gain totale. Tous les experts avaient retenu que le membre supérieur droit était fortement algique. Elle prenait des médicaments antalgiques et continuerait d'en avoir besoin, de même que les mesures médicales pour prévenir et atténuer ses douleurs. Des séances de physiothérapie, notamment en piscine, s'avéreraient nécessaires à l'avenir.

b. Par réponse du 14 octobre 2024, l'intimé a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours.

En substance, il a repris les arguments développés dans la décision litigieuse et ajouté, s'agissant du montant de la rente complémentaire, que l'assurance-invalidité avait fixé l'invalidité et la rente uniquement en se basant sur l'activité déployée auprès de l'E_____, soit une activité soumise aux cotisations LAA. Il en a tiré la conclusion que le calcul des rentes complémentaires dans des cas spéciaux ne trouvait pas application, d'autant moins que le statut retenu par l'OAI était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité personnelle.

c. Par réplique du 15 novembre 2024, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle a indiqué que tous les médecins qui l'avaient examinée avaient admis que le résultat des multiples interventions sur son épaule droite était très mauvais, respectivement catastrophique. Ses plaintes en lien avec l'épaule, et en particulier ses douleurs intenses, avaient également été jugées cohérentes par ces médecins, y compris le Dr B_____, le médecin-conseil, qui ne les avaient pas remises en question dans ses rapports des 21 juin 2017 et 12 février 2020. Il précisait dans son premier rapport que les « douleurs n'[étaient] pas soulagées par les

médicaments ni le repos. C'[était] seulement lorsqu'elle se [trouvait] dans sa baignoire qu'elle [pouvait] laisser flotter un peu le membre supérieur droit avec une légère régression des douleurs ». Dans son rapport du 12 février 2019, le Dr F_____ relevait également que « la seule approche qui [semblait] avoir un effet bénéfique [était] la physiothérapie en piscine ». Le 27 avril 2021, ce médecin lui « [proposait] de poursuivre la physiothérapie ainsi que la reprise des exercices de natation (...) ». Le docteur Vincent BÜRKI, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, retenait dans un rapport du 9 février 2022 : « douleurs chroniques et fatigue chronique généralisée avec troubles du sommeil surajoutées (...). La capacité de travail dans l'activité habituelle [était] nulle, tout comme dans une activité adaptée, au vu des diagnostics précités, de l'impotence fonctionnelle de l'épaule droite et globalement des difficultés de fonction de tout le membre supérieur droit. Le tout accompagné par des douleurs chroniques et des troubles du sommeil difficilement gérables actuellement. La capacité de travail [était] nulle et ne [pourrait] malheureusement pas évoluer au vu de la chronicité actuelle ». Conclure, au vu de ce qui précédait, qu'il s'agissait de natation sportive était un non-sens. L'intimé n'ignorait d'ailleurs pas que l'exercice de la natation sportive était totalement impossible au vu des limitations fonctionnelles avérées. Son argumentaire était dès lors pour le moins choquant.

Quant au fait que les douleurs n'empêcheraient pas la recourante de dormir, il était contredit par les pièces du dossier. Elle a produit à cet égard un rapport du Dr F_____ du 27 février 2017, ainsi qu'une lettre et son annexe qu'elle avait adressées à l'OAI en juillet 2019. L'expertise du Dr J_____ était en outre lacunaire sur ce point, en retenant une fatigue chronique sans lien avec l'accident, ce sans explication ni anamnèse.

Selon l'intimé, des atteintes sans lien avec l'accident pourraient expliquer l'appréciation du Dr J_____ selon laquelle la capacité de travail serait de 50% dans une activité mono-manuelle gauche compte tenu des séquelles de l'accident, mais que la « vraie capacité de travail résiduelle » serait plutôt de l'ordre de 20% à 40%. Or, ces atteintes-là étaient celle à la main droite provoquant des douleurs occasionnelles qui ne pouvait pas réduire la capacité de travail dans une activité mono-manuelle gauche, ainsi que celle du tunnel carpien gauche seulement « évoquée » par le Dr BÜRKI comme « possible », non investiguée, alors qu'il retenait des plaintes « uniquement [du] membre supérieur droit ». En outre, d'après le Dr B_____, le syndrome du tunnel carpien était « asymptotique » (rapports de 2017 et 2020), le Dr J_____ lui-même l'avait jugé « peu symptomatique » et l'OAI ne l'avait pas retenu comme invalidant. Ainsi, si le Dr J_____ avait estimé la « vraie capacité de travail » dans une fourchette de 20% à 40%, soit jusqu'à 30% de moins que la capacité de travail résiduelle retenue en raison des séquelles de l'accident, il n'était lui-même pas convaincu par le résultat de son analyse.

Par ailleurs, les diagnostics retenus par les experts du O_____ ayant une incidence sur la capacité de travail étaient liés à l'épaule et au coude droits. Tous les médecins, y compris les médecins-conseils et le Dr J_____, avaient reconnu que ces affections étaient en relation de causalité certaine avec l'accident.

En ce qui concernait le montant de la rente, la recourante a fait valoir que l'intimé lui imputait une activité obligatoirement assurée hypothétique à 100% alors qu'elle ne travaillait qu'à temps partiel avant son invalidité. Or, seule devait être prise en compte pour le calcul de la rente complémentaire la « part de la rente de l'AI qui correspond[ait] à l'activité obligatoirement assurée ».

Pour ce qui était de l'IPAI, la recourante a relevé que l'absence de table de la SUVA spécifique pour l'atteinte esthétique n'était pas déterminante, dès lors que ces tables n'avaient qu'une valeur indicative. Des atteintes esthétiques au niveau de la jambe (notamment des cicatrices) avaient donné lieu à des IPAI selon la jurisprudence. Les considérations qui avaient conduit le Tribunal fédéral à retenir qu'une indemnité de 10% était appropriée pour des cicatrices étendues sur des parties du corps qui n'étaient au moins pas régulièrement couvertes s'appliquaient *mutatis mutandis* aux dommages esthétiques qui n'étaient pas expressément visées par les tables de la SUVA. L'atteinte esthétique dont elle souffrait était au moins aussi importante qu'une dépigmentation des mains qui donnait droit à une IPAI de 10% selon la table 18 de la SUVA.

d. Par duplique du 26 novembre 2024, l'intimé a maintenu sa position.

La recourante semblait confondre médecin-conseil (respectivement consultant) et les experts externes mandatés. Les Drs J_____ et B_____ étaient des experts externes indépendants, tandis que le Dr C_____ était effectivement le médecin-conseil ou consultant.

L'expertise du Dr J_____ était plus précise que celle du O_____, car elle contenait davantage de données objectives et se concentrait sur les lésions causées par l'accident. L'expertise du O_____ ne comportait pas de description des limitations. L'intimé a répété que l'expertise du Dr J_____ emportait pleine valeur probante et que les conclusions du O_____ ne pouvaient pas être suivies en assurance-accidents.

S'agissant du montant de la rente, l'application du calcul des rentes complémentaires dans des cas spéciaux aurait été envisageable si la rente de l'assurance-invalidité avait couvert une activité d'indépendante ou une activité non-lucrative (tâches domestiques), soit des activités non soumises à la couverture LAA obligatoire. Dans le cas présent, les deux assureurs sociaux se basaient sur l'activité lucrative dépendante soumise à la LAA.

Enfin, le raisonnement de la recourante consistant à additionner les différents taux pour l'IPAI n'était pas conforme au principe selon lequel l'IPAI était calculée globalement d'après l'ensemble du dommage.

e. Copie de cette écriture a été transmise à la recourante pour information.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA) et le délai de trente jours (art. 60 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]) prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA ; art. 89C let. b LPA) et du report au lundi 16 septembre 2024 de l'échéance du délai tombée sur le samedi 14 septembre 2024 (art. 38 al. 3 LPGA ; art. 17 al. 3 LPA), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée à ses séquelles accidentelles, le montant de sa rente complémentaire de l'assurance-accidents, le taux de l'IPAI, ainsi que la prise en charge de son traitement médical après la fixation de sa rente.

3.

3.1 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 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

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).

3.2 Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge de référence (art. 18 al. 1 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2024).

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

3.2.2 Selon 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.

Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1).

Dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1 et les références).

3.2.3 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. 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 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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).

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 (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

En principe, 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 137 V 210 consid. 1.3.4 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

3.3 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 142 V 435 consid. 1 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6. 1 et la référence).

4.

4.1 En l'espèce, il n'est pas contesté que la stabilisation de l'état de santé de la recourante remonte au 30 août 2021. L'intimé, en s'appuyant sur le rapport d'expertise orthopédique du Dr J_____ du 27 mai 2022, considère que la recourante, droitnière, est, en dépit des séquelles accidentelles, apte à travailler dans une activité adaptée mono-manuelle gauche à 50%, dès le 1^{er} septembre 2021. Par contre, celle-ci, en se basant sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du O_____ du 13 février 2023, estime être incapable d'exercer la moindre activité lucrative.

Le rapport d'expertise orthopédique repose sur les pièces médicales du dossier et l'anamnèse (p. 2-10, et 17-19), les plaintes de la recourante (p. 11-12), l'examen clinique (p. 12-16), ainsi que l'évaluation circonstanciée du cas (p. 20-22).

Sur le fond, le Dr J_____ a relevé que la recourante présentait une ankylose douloureuse absolument massive de l'épaule droite, avec une amyotrophie extrêmement avancée de toute la ceinture scapulaire et brachiale droite, après chirurgie itérative prothétique et changement en deux temps pour infection. L'épaule droite, douloureuse, était totalement non fonctionnelle, tant activement que passivement. Il existait également une limitation de l'extension du coude droit, d'environ 25°, en elle-même *stricto-sensu* peu gênante, mais l'amyotrophie associée à l'atteinte des fléchisseurs du coude rendaient cette articulation moyennement fonctionnelle. Le segment antébrachial, la main et les doigts à droite étaient fonctionnels, sans atteinte articulaire ou musculaire. Il existait cependant des douleurs et une très discrète faiblesse sur le territoire cubital, séquellaire de la neuropathie cubitale antérieure à l'accident du 29 septembre 2008 (p. 20). Il a conclu qu'il s'agissait d'une atteinte globale de tout le membre supérieur droit, le rendant très peu fonctionnel, autre que pour l'utilisation de la main pour quelques mouvements d'aide lorsque l'avant-bras était en appui, coude fléchi vers 90°. La mobilité des doigts longs et du pouce était strictement normale. La main droite était eutrophique. Le bras gauche présentait en revanche une mobilité et une fonction normale, avec une bonne musculature manuelle (p. 21).

L'expert en a inféré que la capacité de travail dans l'activité habituelle d'assistante en soins et santé communautaire était définitivement nulle. Dans une activité adaptée, mono-manuelle gauche, il a expliqué qu'une pleine capacité de travail était impossible en raison de la gêne fonctionnelle et des douleurs, mais qu'une capacité de travail à 50% était justifiée au vu de l'absence d'atteinte des membres inférieurs, du rachis et du membre supérieur gauche (p. 22).

L'appréciation de la capacité de travail de la recourante par les experts du O_____, mandatés par l'OAI, ne l'emporte pas sur celle de l'expert orthopédique, désigné par l'intimé. En effet, les premiers ont indiqué que la recourante présentait des limitations dans toutes les activités de la vie quotidienne (p. 64). Pourtant, celle-ci avait déclaré effectuer de petits travaux ménagers à domicile (p. 56-57). Elle mettait par exemple le linge et la vaisselle dans la machine (p. 70), tirait les draps (p. 71), faisait de petites courses (p. 71), préparait le petit-déjeuner de la famille (p. 57), ainsi que le souper (p. 71). Ceci étant, les experts du O_____ ont reconnu à la recourante une totale incapacité de travail dans une activité adaptée, y compris pour les seules suites de l'accident, en raison de la fonction misérable du membre supérieur droit, bras dominant (p. 65). Alors qu'ils avaient connaissance du rapport d'expertise orthopédique du 27 mai 2022 (p. 38), ils n'ont pas expliqué les motifs pour lesquels celle-ci, en dépit de son atteinte au bras dominant droit, serait, au vu des activités qu'elle affirmait encore pouvoir réaliser, inapte à exercer une activité lucrative purement mono-manuelle gauche à 50%.

Dans son appréciation du 31 juillet 2023, le médecin-conseil de l'intimé a souligné qu'on ne pouvait effectuer certaines activités durant la journée-type tout en alléguant présenter une capacité de travail nulle dans toute activité. Force est de constater que l'évaluation des experts du O_____ ne permet pas de douter du bien-fondé des conclusions du Dr J_____.

Les griefs de la recourante à l'encontre du rapport d'expertise orthopédique du 27 mai 2022 ne sont pas non plus de nature à le discréditer.

En effet, le fait que le Dr J_____ a indiqué que la « vraie capacité de travail résiduelle » de la recourante était de l'ordre de 20% à 40% est sans conséquence, dans la mesure où il a mentionné que cette valeur tenait compte des atteintes sans rapport avec l'accident (p. 22). De toute manière, même à retenir la valeur médiane de 30% ($[20 + 40] / 2$; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_228/2007 du 24 septembre 2007 consid. 3), cela n'aboutit pas à une totale incapacité de gain, comme le voudrait la recourante, et n'a pas, comme on le verra plus loin, d'incidence ni sur le montant de la rente complémentaire de l'assurance-accidents ni sur la prise en charge du traitement médical après la fixation de la rente. De même, retenir une capacité de travail de 20% sur le plan neurologique, si tant est que l'atteinte sous cet angle soit liée à l'accident, ne conduit pas à une totale incapacité de gain.

Ensuite, contrairement à ce prétend la recourante, le Dr J_____ n'a pas ignoré les douleurs qu'elle éprouve. Au contraire, il les a prises en considération dans l'estimation de la capacité de travail résiduelle. En tant que la recourante reproche à cet expert de ne pas avoir pris l'état de son épaule droite « à sa juste mesure », elle émet sa propre appréciation (subjective).

Le fait que le SMR a suivi les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du O_____ ne suffit pas pour que l'intimé en fasse de même. Le SMR n'a pas discuté les conclusions différentes du Dr J_____.

Contrairement à ce que fait valoir la recourante, le Dr C_____, médecin-conseil de l'intimé, est un spécialiste de la discipline médicale ici pertinente (orthopédie). Dans son appréciation du 31 juillet 2023, il a exposé les raisons pour lesquelles l'expertise du O_____ devait être écartée sur le plan accidentel. Le médecin-conseil constatait en particulier que les conclusions du O_____ étaient sommaires, faute de discussion - à l'inverse de celles du Dr J_____. Cela suffit déjà pour ne pas suivre l'avis du O_____ en matière d'assurance-accidents. Les questions que le médecin-conseil s'est ensuite posées au sujet de la douleur ressentie par la recourante, respectivement des exercices qu'elle effectue en piscine ne sont en soi pas déterminantes, dès lors que la première a, comme on l'a vu, été prise en compte par le Dr J_____ dans l'estimation de la capacité de travail résiduelle, et la seconde n'a pas été un critère d'appréciation. Quant à la fatigue chronique, la recourante ne présente de toute manière pas de ralentissement psychomoteur, de troubles de l'attention ou de la concentration

(rapport d'expertise psychiatrique du O_____ p. 72), et ses troubles psychiques n'ont pas d'effet sur sa capacité de travail, qui est demeurée entière dans toute activité (p. 75, 79-80).

En conséquence, il y a lieu d'admettre que la recourante dispose d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée mono-manuelle gauche, dès le 1^{er} septembre 2021, étant rappelé que selon la jurisprudence, pour des personnes considérées comme mono-manuelles et limitées à des activités légères, il existe suffisamment de possibilités d'emploi dans un marché équilibré du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 5.6).

4.2 Il convient désormais de se prononcer sur le montant de la rente complémentaire de l'assurance-accidents dû à la recourante.

4.2.1 Selon l'art. 20 al. 1 LAA, la rente d'invalidité s'élève à 80% du gain assuré, en cas d'invalidité totale ; si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée en conséquence.

Selon l'art. 20 al. 2 LAA, si l'assuré a droit à une rente de l'assurance-invalidité ou à une rente de l'assurance-vieillesse et survivants, une rente complémentaire lui est allouée ; celle-ci correspond, en dérogation à l'art. 69 LPGA, à la différence entre 90% du gain assuré et la rente de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-vieillesse et survivants, mais au plus au montant prévu pour l'invalidité totale ou partielle. La rente complémentaire est fixée lorsqu'elle est en concours pour la première fois avec une rente de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-vieillesse et survivants. Elle est adaptée lorsque la rente de l'assurance-vieillesse et survivants est modifiée à la suite d'un ajournement ou d'un versement anticipé, ou lorsque les parts de rente de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-vieillesse et survivants accordées pour les membres de la famille sont modifiées.

La rente complémentaire remplace la rente « normale » d'invalidité de la LAA. La limite de la surindemnisation correspond à 90% du gain assuré (Jean-Maurice FRÉSARD / Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire [avec des aspects de l'assurance militaire], in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht Soziale Sicherheit*, 2016, n. 266).

La réglementation sur la surindemnisation en matière de rentes complémentaires d'invalidité de l'assurance-accidents est réglée à l'art. 20 al. 2 LAA. En tant que règle spéciale de coordination, cette disposition s'applique à l'exclusion de toute autre règle générale sur la surindemnisation (arrêt du Tribunal fédéral 8C_166/2016 du 27 janvier 2017 consid. 5.2).

Selon l'art. 31 al. 1 OLAA, si une rente de l'AI ou une rente de même nature servie par une assurance sociale étrangère est nouvellement versée par suite d'un accident, les rentes pour enfants de l'AI et les rentes de même nature d'assurances sociales étrangères sont aussi entièrement prises en compte dans le calcul de la

rente complémentaire. Le cours de change applicable au moment où les rentes sont en concours pour la première fois est déterminant.

Selon l'art. 31 al. 2 OLAA, lors de la fixation de la base de calcul au sens de l'art. 20 al. 2 de la loi, le gain assuré est majoré d'un montant égal au pourcentage de l'allocation de renchérissement visée à l'art. 34 de la loi applicable au moment où les rentes concourent pour la première fois. La prise en compte du renchérissement n'a lieu que lorsque les rentes sont en concours pour la première fois et non pas chaque fois que la rente complémentaire doit être recalculée ultérieurement (RAMA 1997 p. 59).

La réglementation légale part du principe que les rentes AI et AVS sont en principe entièrement prises en compte (ATF 130 V 39 consid. 4.1).

Toutefois, selon l'art. 20 al. 3 LAA, le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées, notamment sur le calcul des rentes complémentaires dans les cas spéciaux.

Ainsi, l'art. 32 al. 1 OLAA prévoit que, si une rente de l'AI couvre également une invalidité non assurée selon la LAA, seule est prise en compte pour le calcul de la rente complémentaire la part de la rente de l'AI qui correspond à l'activité obligatoirement assurée.

C'est le cas si la rente de l'assurance-invalidité est calculée selon la méthode mixte et tient compte, en partie, de l'invalidité de l'assuré dans ses travaux habituels, notamment ménagers. Par exemple, lorsque l'assuré, qui travaillait à temps partiel (85%) avant l'accident reçoit une rente entière d'invalidité, le montant de celle-ci n'est prise en compte qu'à raison de 85%. On applique donc le principe dit de la concordance des droits ou de l'identité de la matière. C'est aussi le cas pour les personnes qui exerçaient à côté de leur activité salariée (assurée) une activité indépendante non assurée : on procède alors à un calcul proportionnel en fonction des deux types d'activité, bien qu'il ne soit pas toujours aisé de distinguer la part de la rente de l'assurance-invalidité qui indemnise la perte de l'activité non soumise à la LAA (FRÉSARD / MOSER-SZELESS, op cit., n. 276).

Selon l'art. 32 al. 2 OLAA, si, par suite d'un accident, une rente de l'AI est augmentée ou succède à une rente de survivant de l'AVS, seule la différence entre la rente allouée avant l'accident et la nouvelle prestation est prise en compte pour le calcul de la rente complémentaire. Dans les cas prévus à l'art. 24 al. 4 OLAA, la rente de l'AI est entièrement prise en compte.

Selon l'art. 33 al. 2 let. a OLAA, les rentes complémentaires sont rectifiées lorsque des rentes pour enfants de l'AVS ou de l'AI ou des rentes de même nature servies par des assurances sociales étrangères sont supprimées ou viennent s'y ajouter.

4.2.2 En l'occurrence, l'intimé a fixé le montant de la rente complémentaire de l'assurance-accidents au sens de l'art. 20 al. 2 LAA en prenant en compte l'intégralité de la rente de l'assurance-invalidité dans le calcul.

Cette disposition s'applique à l'exclusion de toute autre règle générale sur la surindemnisation.

Dans la mesure où aucune rente de l'assurance-invalidité n'était versée à la recourante avant la survenance de l'accident, l'art. 32 al. 2 OLAA ne s'applique pas.

Quoi qu'en dise la recourante, l'art. 32 al. 1 OLAA (qui exclut la prise en compte de la totalité de la rente de l'assurance-invalidité dans le calcul de la surindemnisation) n'est pas non plus applicable. En effet, la recourante n'exerçait pas une activité indépendante non assurée. La rente de l'assurance-invalidité n'a pas non plus été calculée selon la méthode mixte. Cette prestation ne tient donc pas compte de l'invalidité de la recourante dans ses travaux habituels, que l'assurance-accidents n'a aucune obligation de couvrir. Dans ces circonstances, c'est à juste titre que la rente de l'assurance-invalidité a été entièrement portée en compte dans le calcul de la surindemnisation.

Par surabondance, si l'OAI avait appliqué le statut mixte, à raison de 80% pour la part professionnelle (la recourante travaillait à 80% avant la rechute) et de 20% pour la part ménagère, et que celle-ci avait été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, le montant de cette rente n'aurait été prise en compte qu'à raison de 80% dans le calcul de la surindemnisation, et non pas de 39%, comme le prétend la recourante.

La recourante ne conteste pas que le gain assuré s'élève à CHF 31'387.-, dont le 90% représente CHF 28'248.30.-. Ce dernier montant constitue la limite de surindemnisation, étant précisé qu'au 1^{er} septembre 2021, au moment où les deux rentes (AI et LAA) concouraient pour la première fois, le gain assuré n'avait pas à être adapté au renchérissement, celui-ci étant de 0% (art. 1 al. 2 de l'ordonnance 09 sur les allocations de renchérissement aux rentiers de l'assurance-accidents obligatoire du 29 octobre 2008, dans son état en vigueur du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2022 ici applicable, en lien avec les art. 31 al. 2 OLAA et 34 LAA).

Dès le 1^{er} septembre 2021, la recourante bénéficiait d'une rente AI de CHF 2'084.- par mois assortie d'une rente d'enfant d'invalidé de CHF 834.- par mois, soit un montant annuel total de CHF 35'016.- ($[2'084 \times 12] + [834 \times 12]$). Celui-ci étant plus élevé que la limite de surindemnisation (CHF 28'248.30), c'est à juste titre que l'intimé n'a pas alloué une rente de l'assurance-accidents à la recourante, quel que soit son taux d'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_166/2016 du 27 janvier 2017 consid. 4).

À compter du 1^{er} avril 2022, il y a lieu de recalculer la rente complémentaire, dès lors que la rente d'enfant d'invalidé a été supprimé.

Comme le relève l'intimé, même dans l'hypothèse où le taux d'invalidité de la recourante était supérieur au taux de 61% admis par l'intimé, cela ne changerait pas l'issue du litige. En effet, à partir du 1^{er} avril 2022, la rente AI de la recourante annualisée se chiffrait à CHF 25'008.- (2'084 × 12). La rente complémentaire s'élevait donc à CHF 3'240.30 par année (28'248.30 - 25'008) ou à CHF 270.025 par mois (3'240.30 / 12), que l'intimé a arrondi à CHF 271.-.

4.3 Reste à déterminer si la recourante peut prétendre une IPAI supérieure au taux de 30% retenu par l'intimé.

4.3.1 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^{re} 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^e 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).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Elle se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (ATF 115 V 137 consid. 1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.2 et les références ; 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références).

L'atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel (anatomique ou fonctionnel) mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.4 et les références).

Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b et les références ; voir aussi 125 II 169 consid. 2d).

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^{re} 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^e phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1^{re} phrase).

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 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 ; 113 V 218 consid. 4b ; RAMA 2004 p. 415 ; arrêt du Tribunal fédéral U.134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2).

L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité se fonde sur les constats médicaux, de sorte qu'il incombe, dans un premier temps, au médecin de se prononcer, en tenant compte des atteintes énumérées à l'annexe 3 de l'OLAA et dans les tables de la SUVA, sur la question de savoir si, et dans quelle mesure, il existe un dommage. Il appartient toutefois à l'administration ou au tribunal de procéder à l'évaluation juridique, sur la base des constatations médicales, de l'existence d'une atteinte à l'intégrité, de déterminer si le seuil de gravité est atteint et, dans l'affirmative, l'étendue de l'atteinte. Bien que l'administration et le tribunal doivent s'en tenir aux données médicales, l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, en tant que

fondement du droit aux prestations, relève, en fin de compte, de leur domaine de compétence (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_746/2022 du 18 octobre 2023 consid. 4.2 et les références ; sur la répartition des tâches entre le médecin et l'administration ou le tribunal, cf. également ATF 140 V 193 consid. 3.2).

Depuis le 1^{er} janvier 2016, le montant maximum du gain assuré s'élève à CHF 148'200.- par an et à CHF 406.- par jour (art. 22 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 [OLAA - RS 832.202]).

Entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2015, le montant maximum du gain assuré s'élevait à CHF 126'000.- par an et CHF 346.- par jour (art. 22 al. 1 aOLAA ; RO 2007 3667).

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).

L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b et les références ; 124 V 209 consid. 4a/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_745/2022 du 29 juin 2023 consid. 3.2 et la référence) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb).

L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3).

Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 annexe 3 OLAA). On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5% serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence ; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3).

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 ; 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a).

En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage. L'indemnité totale ne peut dépasser le montant maximum du gain annuel assuré. Il est tenu compte, dans le taux d'indemnisation, des indemnités déjà reçues en vertu de la loi (art. 36 al. 3 OLAA).

4.3.2 En l'espèce, dans son rapport d'expertise du 27 mai 2022, le Dr J_____ a expliqué que la recourante présentait une endoprothèse avec un mauvais résultat, correspondant à une atteinte à l'intégrité de 25% selon la table n°5 de la SUVA relative au taux d'atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses (p. 22). Dans son rapport du 12 février 2020, le Dr B_____ parvenait à cette même conclusion, en se référant à cette table (dossier intimé p. 1549-1550).

Le Dr J_____ ajoutait que la recourante présentait également une atteinte du coude droit, sous forme d'un flossum d'environ 25°, lié à la rétraction des parties molles dues à la chirurgie itérative du bras après la mise en place de la plaque d'ostéosynthèse allant jusqu'au niveau de la palette humérale (p. 22). Dans la mesure où il s'agissait d'une limitation fonctionnelle, non pas d'une arthrose, il a appliqué la table n°1 de la SUVA relative à l'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs. Il a indiqué que cette table prévoyait pour un coude mobile entre 0°-30°-90° un taux d'atteinte à l'intégrité de 10%, et pour un coude mobile entre 0°-90°-135° le même taux. Il a exposé que la mobilité du coude de la recourante était à 135°-25°-0°, soit une mobilité infiniment supérieure, ne justifiant pas un taux de 10%, mais de 5%, la moitié (p. 23).

Le Dr J_____ a en définitive évalué l'ensemble de l'atteinte à l'intégrité de l'épaule et du coude droits à 30% (25% + 5% ; p. 23).

En tant que la recourante fait valoir que son handicap fonctionnel du membre supérieur droit aurait dû être apprécié globalement selon la table n°1 de la SUVA et que son taux de l'IPAI devrait être de 40%, elle se limite à substituer sa propre évaluation à celle du Dr J_____. Or, aucun avis médical au dossier ne permet de mettre en doute l'appréciation, motivée, dudit médecin.

Quant à l'atteinte esthétique en raison du status cicatriciel de l'épaule droite, le Dr J_____ a considéré que l'épaule n'était pas une zone socialement découverte comme l'étaient les mains et le visage dans notre société. Cette atteinte cicatricielle et son préjudice esthétique étaient inclus dans le taux de 25% lié à l'endoprothèse avec mauvais résultat (p. 23).

Il est vrai que l'arrêt U. 143/02 du 25 octobre 2002 (consid. 4.2), dans lequel le Tribunal fédéral a admis qu'une indemnité de 10% était appropriée pour des cicatrices étendues sur une partie du corps qui n'était au moins pas régulièrement couverte, concerne une atteinte à l'intégrité sur le plan esthétique consécutive à une brûlure sur la peau, ce qui n'est pas le cas de la recourante.

Ceci dit, les cicatrices ne sont pas mentionnées en tant que telles dans les barèmes des indemnités pour atteinte à l'intégrité à l'annexe 3 de l'OLAA. En revanche, en cas de très grave défiguration, l'atteinte à l'intégrité est fixée à 50%. La table 18 de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité établie par la SUVA traite des atteintes à l'intégrité en cas de lésions de la peau. Outre la très grave défiguration, figurent diverses descriptions d'atteinte à l'intégrité en cas de dermatose ainsi que des cicatrices en cas de brûlures. En fonction de leur gravité et de leur étendue, l'atteinte à l'intégrité se situe entre 5 et 50 %, les cicatrices du visage et des mains constituant des atteintes nettement plus graves que des parties couvertes. Il convient aussi de tenir compte du handicap fonctionnel causé par la cicatrice, en raison de rétractations, de la vulnérabilité accrue de la peau ainsi que de la diminution durable de la sensibilité cutanée (ATAS/132/2006 du 25 janvier 2006 consid. 5).

La photographie produite par la recourante démontre que la cicatrice qu'elle présente du coude jusqu'à l'épaule droite est une atteinte importante à l'intégrité du point de vue esthétique et qu'elle est également durable, ce qui justifie de se référer par analogie à la table 18 de la SUVA. Il s'agit d'une cicatrice bien visible, sur une partie du corps qui n'est pas régulièrement couverte au printemps ou en été, période durant laquelle il est fréquent que dans notre société les hommes et les femmes portent des T-shirts, débardeurs et maillots de bains, étant relevé que la table 18 prévoit une indemnisation en cas de grave dermatose des pieds, soit une partie du corps qui est couverte par les chaussettes en hiver. Ainsi, contrairement aux dires du Dr J_____, le fait que la cicatrice de la recourante se situe sur une partie du corps qui est dénudée seulement durant une période de l'année n'exclut pas une indemnisation. Dans son rapport du 28 février 2022 (dossier intime p. 1259), le Prof. I_____ a retenu un taux de l'IPAI de 30% pour la perte de la mobilité de la fonction de l'épaule droite incluant un préjudice esthétique. Ce dernier a donc été évalué à 5% (30% - 25% correspondant à l'endoprothèse de l'épaule avec mauvais résultat). Il s'agit d'une atteinte à l'intégrité de nature différente, de sorte qu'il se justifie d'additionner l'atteinte orthopédique d'une part et celle dermatologique d'autre part. Par conséquent, la recourante a droit à un complément d'IPAI de 5%.

Aussi n'est-t-il pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise, sollicitée par la recourante.

4.4 Reste encore à examiner le traitement médical dont peut bénéficier la recourante après la fixation de sa rente.

4.4.1 Selon l'art. 21 al. 1 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire dans les cas suivants : lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle (let. a) ; lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (let. b) ; lorsqu'il a besoin de

manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ; lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d).

4.4.2 Contrairement à ce que fait valoir la recourante, le cas ne doit pas être examiné sous l'angle de la let. d de l'art. 21 al. 1 LAA, puisque cette disposition vise les bénéficiaires de rente totalement invalides (ATF 140 V 130 consid. 2.3), soit une éventualité qui n'est pas réalisée en l'occurrence.

5. Au vu de ce qui précède, le recours sera très partiellement admis, et la décision litigieuse réformée en ce sens que la recourante a droit à un complément d'IPAI d'un taux de 5%.

La recourante, représentée par un avocat, obtenant très partiellement gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03] ; art. 89H al. 3 LPA), même si elle n'a pas conclu à l'octroi de dépens. L'indemnité est en effet octroyée d'office, l'art. 89H al. 3 LPA - à teneur duquel une indemnité est allouée au recourant qui obtient gain de cause - n'exigeant pas de requête de l'assuré (Stéphane GRODECKI / Romain JORDAN, Code annoté de procédure administrative genevoise, 2017, n. 1098). L'indemnité sera fixée en l'espèce à CHF 1'000.-.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet très partiellement.
3. Réforme la décision du 18 juillet 2024 en ce sens que la recourante a droit à un complément d'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5%.
4. Alloue à la recourante une indemnité de CHF 1'000.- à titre de dépens, à la charge de l'intimé.
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

Julia BARRY

Catherine TAPPONNIER

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