RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/388/2020 **ATAS/282/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 mars 2021

8ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître RENOLD Caroline	recourante

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Division juridique, Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern	intimée

Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente suppléante; , Anny FAVRE et Michael RUDERMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____ 1962, exerçait une activité lucrative en qualité d'agent d'entretien (nettoyeuse de bureaux) pour l'entreprise B_____SA, à Genève, à raison de 10 heures par semaine. A ce titre, elle était assurée contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après SUVA).

2. Par déclaration d'accident du 18 janvier 2018, l'employeur a annoncé un évènement survenu le 29 décembre 2017. En descendant du train pour se rendre à son travail, l'assurée a chuté sur son épaule droite. La SUVA a alloué des prestations d'assurances pour les suites de cet accident.

3. L'assurée a été prise en charge par le Centre médico-chirurgical Vermont-Grand-Pré SA. Des examens radiologiques ont été effectués, ainsi qu'une arthro-IRM de l'épaule droite le 1er février 2018 qui ont révélé une déchirure complète avec rétraction et légère involution graisseuse du sus-épineux, une déchirure du sous-épineux, une déchirure partielle non transfixiante du sous-scapulaire, une arthrose acromio-claviculaire et signes d'un conflit sous-acromial (excroissance osseuse sous-acromiale) et une omarthrose débutante. Une incapacité de travail de 100% dès le 29 décembre 2017 a été prescrite.

4. Par rapport médical intermédiaire du 4 septembre 2018, le Docteur C_____, du Centre médical Vermont-Grand-Pré, a diagnostiqué une déchirure de la coiffe à droite. L'évolution était lente et le pronostic très réservé. La patiente a eu une proposition pour un traitement chirurgical, mais elle refuse l'intervention. Le médecin ne pouvait pas se prononcer sur la durée prévisible du traitement.

5. Dans son rapport médical intermédiaire du 13 novembre 2018, le Dr C_____ indiquait que l'évolution était lente, l'état stationnaire et le pronostic très réservé. Un traitement chirurgical a été proposé, mais l'assurée ne veut pas l'envisager. Le médecin proposait un examen de contrôle auprès du médecin d'arrondissement. Une reprise du travail était impossible, il existait des douleurs et une impotence fonctionnelle.

6. L'assurée a été examinée en date du 24 janvier 2019 par le Dr D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, médecin d'arrondissement de la SUVA. Le diagnostic retenu est celui de rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Le cas était stabilisé le jour de l'examen, en l'absence d'intervention prévue. L'ancienne activité de nettoyeuse n'est plus exigible en raison de la mobilité douloureuse constatée. Dans une activité professionnelle réalisée indifféremment en position assise ou debout, avec un port de charges ponctuel limité à 3 kg du côté droit, sans mouvement de rotation répété de cette épaule, sans devoir la porter en hauteur, sans limitation du côté gauche, sans devoir monter sur une échelle, on peut s'attendre à une activité professionnelle réalisée à la journée entière, sans baisse de rendement. En raison des troubles fonctionnels, une atteinte à l'intégrité de 15 % a été retenue.

7. Par courrier du 6 février 2019, la SUVA a informé l'assurée que son état de santé ne nécessitait plus de traitement et qu'en conséquence il serait mis fin au paiement de l'indemnité journalière et à la prise en charge des frais médicaux au 31 mai 2019. Restait encore à examiner le droit de l'assurée à d'autres prestations d'assurances.

8. Le dossier de l'assurée a été communiqué à l'assurance invalidité, laquelle, par décision du 28 mai 2019, a refusé l'octroi de prestations, motif pris qu'après comparaison des gains, l'assurée ne subissait aucune perte de gain.

9. Par décision du 21 août 2019 la SUVA a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assurée, considérant qu'une activité légère dans différents secteurs de l'industrie était médicalement exigible la journée entière et qu'après comparaison des gains, il n'en résultait aucune perte économique. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % lui a été octroyée, soit un montant de CHF 22'230.-.

10. Représentée par UNIA Genève, l'assurée a formé opposition le 18 septembre 2019, complétée par écriture du 23 octobre 2019. Compte tenu de ses limitations de l'épaule droite, du fait qu'elle ne peut pas rester debout longtemps en raison de ses problèmes de genoux, de son âge et que sa langue maternelle n'est pas le français, l'assurée estime qu'il convient de prendre en compte une perte entière d'invalidité (sic).

11. Le 18 décembre 2019, l'assurée a produit un rapport médical du Dr C_____, daté du 16 décembre 2019, aux termes duquel la patiente ne peut pas travailler les bras au-dessus de la tête, porter plus de 10 kg, elle ne peut pas travailler ni marcher longtemps. Il lui est aussi difficile de travailler assise durant des heures. Selon le médecin, une évaluation pluridisciplinaire lui semble indiquée pour déterminer les capacités de travail.

12. Par décision du 30 décembre 2019, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assurée, rappelant que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en considération et que les pertes de gains imputables à des facteurs étrangers à l'accident ne peuvent pas être prises en considération dans l'estimation de l'invalidité. Il n'est pas contesté que l'activité habituelle n'est plus exigible. Cependant, selon le Dr D_____, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles de l'épaule droite, une activité professionnelle est possible, sans baisse de rendement. Pour fixer le revenu d'invalide, la SUVA s'est référée aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS), table 1, profil 1, soit un gain annuel de CHF 55'348.82 en 2019 et a procédé à un abattement de 5 %. Concernant la notion d'âge avancé, il se situe autour de 60 ans. Après comparaison des gains, l'assurée ne subit aucune perte de gain, de sorte qu'elle n'a pas droit à une rente d'invalidité.

13. L'assurée, représentée par Me Caroline RENOLD, a interjeté recours le 30 janvier 2020. Elle relève que la détermination de la capacité de travail effectuée par la SUVA est purement théorique et conteste qu'il existe une activité adaptée qu'elle puisse exercer à 100% sans diminution de rendement. La recourante a conclu préalablement à la mise en œuvre d'une expertise médicale afin de déterminer quelle activité elle peut

exercer, à quel taux et avec quel rendement. Sur le fond, elle a conclu à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente d'invalidité.

14. Dans sa réponse du 5 mars 2020, la SUVA conclut au rejet du recours. Elle considère qu'une expertise médicale n'a pas à être ordonnée, dès lors que le rapport médical du Dr D_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, le Dr C_____ ne remettant par ailleurs pas en cause les limitations fonctionnelles de l'épaule droite. Pour ce qui concerne le taux d'abattement de 20 % tel que requis par la recourante, il ne saurait être admis au regard de l'âge de la recourante, soit 57 ans au moment de l'ouverture du droit à la rente. Quant aux activités adaptées envisagées, elles ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle.

15. Par réplique du 2 juin 2020, la recourante sollicite l'audition du Dr C_____. Elle conteste pour le surplus la valeur probante du rapport du Dr D_____, dès lors qu'au vu des limitations fonctionnelles retenues par ce dernier, il est impossible de ne retenir aucune réduction de la capacité de travail ni de diminution de rendement. La recourante persiste intégralement dans ses conclusions.

16. Dans ses observations du 9 juin 2020, la SUVA relève que les allégations de la recourante quant à une réduction de la capacité de travail, respectivement de baisse de rendement, ne sont étayées par aucune pièce médicale et conclut au rejet du recours.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

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

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

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

   Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

4. Le litige porte sur le droit éventuel de la recourante à une rente d'invalidité.

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

   b. Conformément à l'art. 18 al. 1 LAA, 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. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

   c. Il découle de l'art. 19 al. 1 LAA que 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. Cette disposition délimite temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a).

6. a. 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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

   b/aa. Le revenu d'invalide doit en principe être évalué en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Le salaire effectivement réalisé ne peut cependant être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide que si trois conditions cumulatives sont remplies: l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé doit reposer sur des rapports de travail particulièrement stables; cette activité doit en outre permettre

la pleine mise en valeur de la capacité résiduelle de travail exigible; le gain obtenu doit enfin correspondre au travail effectivement fourni et ne pas contenir d'éléments de salaire social (cf. ATF 139 V 592 consid. 2.3; 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_667/2017 du 19 juin 2018 consid. 3.2).

b/bb. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique (médiane) s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées).

c. Il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire

statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

7. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

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

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

b/aa. Ainsi, 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 125 V 351 consid. 3b/bb).

b/bb. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

b/cc. En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

8. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme

une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

b. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

9. En l'espèce, concernant la capacité de travail, l'intimée s'est fondée sur les conclusions prises par le Dr D_____ à l'issue de l'examen final du 24 janvier 2019, aux termes desquelles si la rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite de la recourante ne permet plus l'exercice de l'ancienne activité de nettoyeuse, dans une activité adaptée en position assise ou debout, avec un port de charges ponctuel limité à 3 kg du côté droit, sans mouvement de rotation répété de cette épaule, sans devoir la porter en hauteur, sans limitation du côté gauche, sans devoir monter sur une échelle, on peut s'attendre à une activité professionnelle réalisée la journée entière, sans baisse de rendement.

   Le rapport du Dr D_____, fondé sur un examen clinique de l'assurée, comporte un résumé des rapports médicaux et des documents d'imagerie, relate les plaintes de la recourante, motive le diagnostic et les répercussions fonctionnelles; il remplit ainsi les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître valeur probante.

   La recourante conteste cette appréciation et se réfère au rapport du Dr C_____, aux termes duquel la patiente ne peut pas travailler les bras au-dessus de la tête, porter plus de 10 kg, elle ne peut pas travailler ni marcher longtemps. En outre, il lui est aussi difficile de travailler assise durant des heures. La recourante fait état de ses problèmes de genoux. Or, il sied de rappeler, comme le souligne l'intimée, que les seules conséquences de l'accident du 29 décembre 2017 sont ici déterminantes, à savoir les lésions de l'épaule droite et ses répercussions sur la capacité de travail. Quant au rapport du Dr C_____, il n'indique pas en quoi et sur la base de quels arguments l'appréciation du Dr D_____ serait erronée. La recourante n'étaye pas davantage ses allégués par d'autres rapports médicaux. Il s'ensuit qu'une évaluation pluridisciplinaire ne s'impose pas. De même, les facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une formation ou des connaissances linguistiques insuffisantes ne peuvent être prises en compte dans l'évaluation de l'invalidité (cf. ATF 8C_661/2018 du 28 octobre 2019, consid. 3.3.4.2).

Compte tenu de ce qui précède, force est de conclure que le rapport du Dr C_____ n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions du Dr D_____. Par conséquent, la Cour de céans s'en tiendra à l'appréciation de ce dernier, à savoir que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'épaule droite, la capacité de travail est totale à plein temps, sans diminution de rendement.

10. Pour la détermination du degré d'invalidité de la recourante, il y a lieu de procéder à la comparaison des revenus en 2019 - date à laquelle l'état de santé doit être considéré comme stabilisé - et donc de l'ouverture éventuelle du droit à la rente. Il convient de préciser que les variations enregistrées par les revenus à comparer doivent être prises en compte jusqu'à la date de la décision sur opposition (cf. ATF 143 V 295 consid. 4.1.2), en l'occurrence le 30 décembre 2019.

    Le revenu sans invalidité retenu par l'intimée, soit CHF 48'074.-, n'est pas contesté.

    S'agissant du revenu d'invalide, en l'absence d'exercice d'une activité lucrative, l'intimée s'est référée à juste titre aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2016 - étant rappelé que l'ESS 2018 n'était pas encore publiée par l'Office fédéral de la statistique (publication le 21 avril 2020) lors de la décision litigieuse - Table 1, niveau de compétences 1, selon lesquelles la valeur moyenne de rémunération pour des femmes exécutant des tâches physiques ou manuelle simples s'élevait à CHF 4'363.- pour 40 heures de travail par semaine. En tenant compte d'une durée moyenne hebdomadaire de travail dans les entreprises de 41.7 heures, le salaire annuel s'élève à CHF 54'581.- (4'363.- : 40 h x 41.7 h x 12). En tenant compte de l'évolution des salaires nominaux (0.4 % en 2017, 0.50% en 2018, 1.0% en 2019), on obtient un salaire d'invalide de CHF 55'348.82 en 2019.

    La décision litigieuse ne prête par le flanc à la critique en tant qu'elle fixe le revenu d'invalide à CHF 55'348.82, arrondi à CHF 55'349.-.

11. Reste à examiner s'il y a lieu d'opérer une réduction sur le revenu statistique de CHF 55'349.-.

    Au vu des limitations fonctionnelles, l'intimée a tenu compte d'une réduction de 5 % et fixé ainsi à CHF 52'581.- le gain d'invalide exigible.

    Le recourante fait valoir que ce taux d'abattement est insuffisant et qu'au vu de son âge, des limitations fonctionnelles importantes, des années de service et de son taux d'occupation, c'est un taux de réduction de 20% au moins qui doit être retenu.

    Le critère des années de service ne peut en principe intervenir que dans l'hypothèse où l'assuré approche de l'âge ordinaire de la retraite, ce qui n'est pas le cas en l'espèce, la recourante étant âgée de 57 ans en 2019. En effet, la notion d'âge avancé se situe aux environs de 60 ans. De surcroît, l'âge d'un assuré ne constitue pas en lui-même un facteur de réduction du salaire statistique. Il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant de la naissance du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Encore récemment (arrêt 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5), le Tribunal fédéral a insisté sur ce point et a

affirmé que l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels. Dans un arrêt du 28 octobre 2019 (8C_661/2018, consid. 3.3.3.2), le Tribunal fédéral a rappelé que compte tenu du fait que les activités simples envisagées (du niveau de compétence 1) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique, les effets pénalisants au niveau salarial induits par l'âge ne peuvent pas être considérés comme suffisamment établis. Il n'est donc pas nécessaire de décider aujourd'hui si l'âge d'un assuré constitue même un critère susceptible de justifier un abattement sur le salaire statistique dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire compte tenu de la réglementation particulière de l'art. 28 al. 4 OLAA, question laissée ouverte par le Tribunal fédéral dans plusieurs arrêts récents (voir, en dernier lieu, l'arrêt 8C_878/2018 du 21 août 2019 consid. 5.3.1 et les références citées).

Le point de savoir s'il se justifie de procéder à un abattement sur le salaire statistique en raison des limitations fonctionnelles dépend de la nature de celles-ci; une réduction à ce titre n'entre en considération que si, dans un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (arrêts 8C_549/2019 du 26 novembre 2019 consid. 7.7; 8C_661/2018 du 28 octobre 2019 consid. 3.3.4.3).

En l'occurrence, selon le Dr D_____, l'assurée est en mesure d'exercer une activité à plein temps, sans limitation de rendement, si l'activité respecte ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité en position assise ou debout, avec un port de charges ponctuel limité à 3 kg du côté droit, sans mouvement de rotation répété de l'épaule, pas de travail s'effectuant au-dessus du plan de l'épaule, ni monter sur une échelle. A cet égard, il sied de rappeler que compte tenu du large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger) que recouvre le marché du travail, un certain nombre d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont raisonnablement exigibles de la recourante.

Si les limitations fonctionnelles décrites par le Dr D_____ excluent certes les travaux lourds, on ne voit pas qu'elles restreindraient de manière significative les activités légères, en tout cas pas dans une mesure qui justifierait un abattement supérieur à 5%. La Cour de céans ne saurait ainsi substituer sa propre appréciation à celle de l'intimée et admettre un taux d'abattement de 20 % comme le soutient la recourante.

Il s'ensuit qu'après comparaison des gains, la recourante ne subit pas de perte de gain, de sorte qu'elle n'a pas droit à une rente d'invalidité.

La décision querellée n'est pas critiquable.

12. Mal fondé, le recours est rejeté.

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. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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 suppléante
Adriana MALANGA	Juliana BALDÉ

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