



POUVOIR JUDICIAIRE

A/808/2023

ATAS/313/2024

COUR de JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 mai 2024

Chambre 3

En la cause

A_____

représentée par Me Manuel MOURO, avocat

recourante

contre

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS - SUVA**

intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Philippe LE GRAND ROY et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

A. a. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1967 au Portugal, sans formation professionnelle, est arrivée en Suisse en 1989, où elle a travaillé en tant que femme de ménage, garde d'enfants et concierge.

b. A la suite de son licenciement, l'assurée s'est annoncée à l'assurance-chômage en 2010. A ce titre, elle était assurée contre les accidents auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA).

B. a. En date du 27 août 2011, l'assurée a été victime d'un accident. Selon la déclaration de sinistre du 2 septembre 2011, elle a glissé sur un sol mouillé et est tombée sur le dos. Elle a indiqué être atteinte au dos et à l'épaule droite.

La SUVA a accepté la prise en charge de l'accident et a versé des indemnités journalières dès le 30 août 2011.

b. Dans un rapport du 13 octobre 2011, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne, a attesté une totale incapacité de travail de l'assurée depuis la consultation du 29 août 2011. Les diagnostics retenus étaient un traumatisme du coccyx et des lombaires et une entorse de l'épaule droite. Le 22 septembre 2011, l'assurée avait une nouvelle fois chuté.

c. L'assurée a consulté le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne, qui a uniquement fait état de pathologies dorsales (syndrome vertébral L4-S1 et douleurs lombaires) dans ses rapports du 24 novembre 2011 et du 25 mai 2012, précisant qu'une hernie discale L4-L5 avait été révélée lors d'une imagerie par résonance magnétique (IRM), en octobre 2011.

d. Le 13 juin 2012, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assurée. Celle-ci se plaignait de douleurs lombaires. Elle avait déjà connu des épisodes de lombalgies dans le passé. Les examens radiologiques ne montraient aucune lésion traumatique, mais il existait des lésions dégénératives et une petite hernie discale. Au vu de ces éléments et du mode de traumatisme, la Dresse D_____ a conclu que l'événement du 27 août 2011 ne déployait plus d'effets.

e. Par décision du 27 juin 2012, la SUVA a mis un terme à ses prestations avec effet au 30 juin 2012, au motif que les conséquences délétères du sinistre étaient éteintes.

Cette décision est entrée en force.

C. a. En juillet 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI), en invoquant des douleurs lombaires.

b. Dès cette date, l'assurée a consulté plusieurs médecins qui ont rapporté des troubles lombaires et des lombalgies. De nouveaux examens radiologiques ont été réalisés.

c. Dans un rapport du 14 mars 2013, la doctoresse E_____, médecin au service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a diagnostiqué une rupture transfixiante et partielle du tendon du sus-épineux à droite, mise en évidence lors d'une échographie en octobre 2012, et une épicondylite du coude droit chronique. L'assurée déclarait souffrir, depuis l'accident d'août 2011, de douleurs au niveau de ces articulations, incompatibles avec son activité de femme de ménage.

d. Le 26 avril 2013, l'assurée a subi une microdissectomie L4-L5. La lettre de sortie des HUG du 2 mai 2013 mentionnait, à titre de comorbidités actives, une tendinite de l'épaule droite et une épicondylite du coude droit chronique. L'incapacité de travail était totale jusqu'au 3 juin 2013, puis à réévaluer.

e. Dans un rapport du 27 mai 2013, le docteur F_____, spécialiste FMH en rhumatologie aux HUG, a retenu les diagnostics de rupture transfixiante partielle du tendon du sus-épineux à droite diagnostiquée en octobre 2012, d'épitrôchléite du coude droit chronique et d'opération de hernie discale L4-L5 le 26 avril 2013. Les douleurs à l'épaule droite étaient présentes depuis le 28 août 2011. Il y avait une nette péjoration depuis octobre 2012, avec notamment des troubles du sommeil. L'assurée se déclarait très gênée dans les activités de sa vie quotidienne. La douleur au niveau de l'épitrôchlée, évoluant également depuis août 2011, dérangeait moins l'assurée que son épaule.

f. Dans un rapport du 30 mai 2013, le Dr B_____ a résumé ses constatations lors des différentes consultations. Dans ce cadre, il a notamment indiqué que son examen clinique du 29 août 2011 avait montré une atteinte à l'épaule droite sous forme d'une douleur lors de la rotation externe, avec une impossibilité de placer la main derrière la tête. Son examen du 5 septembre 2011 était superposable au précédent. Le 26 septembre 2011, l'assurée lui avait indiqué être tombée sur la fesse droite le 22 septembre 2011, ce qui avait accru les douleurs lombaires consécutives à la première chute avec une irradiation de type sciatique. Les douleurs au niveau du coccyx avaient disparu, mais l'épaule droite demeurait sensible. Lors de sa consultation du 12 juillet 2012, les douleurs à l'épaule droite, d'intensité fluctuante, persistaient. Elles entraînaient une limitation fonctionnelle localisée, alors que la symptomatologie douloureuse lombaire « nuisait à un niveau plus global » et entravait la mobilité. C'était la raison pour laquelle les plaintes concernant le dos avaient été plus souvent rapportées dans les suites de l'accident. Les troubles de l'épaule droite étaient la conséquence du premier accident et les douleurs lombaires et au niveau des membres inférieurs étaient consécutives aux deux sinistres.

g. Par courrier du 27 juin 2013, l'assurée a porté à l'attention de la SUVA que son dossier ne prenait en considération que l'accident du 27 août 2011, alors qu'elle avait été victime d'un second sinistre le 22 septembre 2011. Elle a fait état de douleurs au niveau de l'épaule droite en lien avec le premier sinistre et de douleurs au niveau lombaire et des membres inférieurs, lesquelles étaient la conséquence des deux accidents. Elle a invité la SUVA à considérer sa missive comme une déclaration de rechute du premier accident et à traiter également le second sinistre.

h. Une arthro-IRM pratiquée le 20 février 2014 a révélé une déchirure de l'insertion distale du tendon du muscle sus-épineux. Bien qu'incomplète, cette déchirure était presque transfixiante et accompagnée d'un conflit sous-acromial.

i. Le 25 mars 2014, le docteur G_____, médecin praticien FMH auprès du service médical régional de l'OAI (SMR), a rappelé les conclusions de la Dresse D_____ et considéré que l'incapacité de travail était totale en tant que femme de ménage depuis le 27 août 2011, mais qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible à 100% dès juin 2012. Les restrictions consistaient à éviter le port de charges de plus de 10 kg, la montée d'échelles ou d'échafaudages, l'emploi de la main au-dessus du niveau du thorax, de l'épaule ou de la tête, ainsi que la position statique prolongée.

j. Par décision du 25 août 2014, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des prestations, tenant compte d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis le 27 août 2011, mais totale dans une activité adaptée depuis juin 2012.

L'assurée a interjeté recours contre cette décision auprès de la Cour de céans, qui l'a admis par arrêt du 16 février 2016 (ATAS/119/2016). La Cour a considéré que l'avis du Dr G_____ concluant à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès juin 2012 ne pouvait être suivi. Les autres rapports au dossier ne permettant pas de trancher la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée, elle a renvoyé la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise afin de déterminer la capacité de travail, les limitations fonctionnelles et l'évolution de l'état de santé, avant de rendre une nouvelle décision.

k. Après plusieurs infiltrations pratiquées par le Dr C_____, l'assurée a subi en date du 6 février 2015 une réinsertion du sus-épineux de l'épaule droite, une ténodèse du long chef du biceps et une acromioplastie, réalisée aux HUG.

Cette intervention s'est compliquée par une capsulite rétractile, mise en évidence lors d'une échographie le 30 mars 2015.

l. Par décision du 20 mars 2017, la SUVA a alloué à l'assurée des indemnités journalières de CHF 34.60 pour les troubles présentés à l'épaule droite dès le 6 février 2015.

L'assurée s'est opposée à cette décision, concluant au versement des indemnités journalières dès le 27 août 2011.

m. Du 20 avril au 17 mai 2017, l'assurée a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR). Les médecins ont diagnostiqué une réinsertion du sus-épineux, une ténodèse du long-chef du biceps et acromioplastie post-traumatique de l'épaule droite le 6 février 2015, compliquée d'une capsulite rétractile ; une infiltration de la bourse sous-acromio-deltaïdienne le 11 septembre 2015, sans résultat, compliquée d'une atrophie sous cutanée et dépigmentation transitoire ; une infiltration en janvier 2017 ; ainsi qu'un petit œdème autour de la vis de ténodèse. Le séjour à la CRR n'avait pas amené d'amélioration significative de la fonction de l'épaule droite. L'assurée signalait par ailleurs de nouvelles douleurs à l'épaule gauche en fin de séjour. Des facteurs contextuels, soit la longue incapacité de travail, une kinésiophobie élevée, une assurée centrée sur ses douleurs et une sous-estimation du niveau d'activité possible jouaient un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées, qui ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées. Ces facteurs influençaient défavorablement le retour au travail. La participation de l'assurée aux thérapies avait été moyenne, et des incohérences étaient relevées. La douleur avait limité l'élaboration d'un programme de rééducation adéquat. Un manque total de l'utilisation du membre supérieur droit était observé. Même si la présence d'un œdème autour de la vis de ténodèse pouvait expliquer une partie des douleurs, les facteurs contextuels semblaient jouer un rôle prédominant dans le tableau présenté. L'évolution, à plus de deux ans, était totalement négative. Au vu de l'échec des mesures thérapeutiques, l'assurée pourrait être orientée vers la médecine parallèle. Une incapacité de travail totale était attestée jusqu'au 18 juin 2017.

n. La SUVA a écarté l'opposition de l'assurée par décision du 7 juillet 2017. Elle a soutenu qu'à la suite de l'accident, l'assurée s'était plainte de douleurs lombaires, et ce n'était qu'en février 2014 qu'une échographie de l'épaule droite avait fait suspecter une lésion de la coiffe des rotateurs. L'arthro-IRM réalisée par la suite n'avait mis en évidence qu'une déchirure partielle, et il n'y avait alors pas encore d'indication opératoire. L'état de l'épaule s'était aggravé au fil des années. La SUVA s'est référée sur ce point à un avis du 17 février 2017 de son médecin d'arrondissement, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel avait retenu que les troubles de l'épaule n'entraînaient pas d'incapacité de travail entre le 30 juin 2012 et le 6 février 2015, date de l'opération. La SUVA a rappelé que l'assurée n'avait pas contesté le bien-fondé de la décision du 27 juin 2012, qui confirmait notamment l'absence d'incapacité de travail pour les troubles à l'épaule droite.

o. Dans une appréciation du 23 octobre 2017, le Dr H_____ a fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 20%, conformément à la table d'indemnisation n° 1 de la SUVA pour atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs. On se situait dans un cas intermédiaire entre une épaule mobile

jusqu'à l'horizontale et une épaule bloquée en adduction. Compte tenu de la gêne occasionnée, un taux de 20% était retenu.

A la même date, il a examiné l'assurée et a posé les diagnostics de lésion traumatique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, opérée ; de status après chirurgie lombaire pour sciatique à droite ; et de status après douleurs de l'épaule gauche, le bilan ayant mis en évidence une tendinite de la coiffe. Ces douleurs étaient survenues sans contexte traumatique, et étaient manifestement de type dégénératif. Au niveau rachidien, l'évolution était satisfaisante, malgré la persistance de quelques lombalgies occasionnelles. L'ancienne activité de nettoyeuse n'était plus exigible, compte tenu de la limitation de la mobilité de l'épaule droite. Une activité professionnelle réalisée essentiellement en position assise, avec de façon idéale l'avant-bras droit reposant sur un support, sans port de charges du côté droit et sans devoir monter sur une échelle, et sans limitation du côté gauche pour les suites de l'évènement dont la SUVA répondait, pourrait être exercée à temps complet sans diminution de rendement. Le traitement médicamenteux éventuel par Dafalgan® serait à charge de ce cas, de même que deux séries de séances de physiothérapie chaque année si nécessaires, et deux consultations annuelles auprès de son médecin ou de son chirurgien traitant pour la surveillance de l'épaule droite.

p. Saisie d'un recours contre cette décision, la Cour de céans l'a admis par arrêt du 16 octobre 2018 (ATAS/953/2018). Elle a annulé la décision et renvoyé la cause à la SUVA pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a en préambule relevé que la recourante serait en toute hypothèse forclosée à solliciter la révision de la décision de la SUVA du 27 juin 2012, dès lors qu'elle n'avait pas agi dans le délai de 90 jours dès la découverte du motif de révision que constituait le diagnostic de rupture partielle du tendon du sus-épineux au mois d'octobre 2012. Par ailleurs, la SUVA avait correctement instruit la cause au plan médical avant de rendre sa décision en 2012, compte tenu des informations qui lui avaient été communiquées, notamment par les médecins traitants de l'assurée. La SUVA avait toutefois admis la survenance d'une rechute, et s'était ralliée à l'appréciation du Dr H_____ du 17 février 2017. Cela étant, ce médecin n'avait pas établi son appréciation en pleine connaissance de l'anamnèse, puisque seuls les rapports de la Dresse D_____ du 13 juin 2012 et du Dr B_____ du 26 janvier 2015, l'arthro-IRM du 21 février 2014 et le compte-rendu opératoire de l'acromioplastie lui avaient été remis. C'était à tort qu'il avait considéré que l'arthro-IRM avait fait « suspecter » une lésion de la coiffe des rotateurs, une rupture du tendon du sus-épineux à droite ayant été constatée en octobre 2012 et évoquée par plusieurs médecins traitants et le rapport d'arthro-IRM. De plus, le Dr H_____ n'avait pas motivé ses conclusions quant à la capacité de travail, totale selon lui jusqu'à la date de l'intervention du 6 février 2015. Son avis était ainsi dépourvu de toute valeur probante. Les autres pièces du dossier ne

permettaient pas non plus de trancher la capacité de travail de la recourante pour la période antérieure au 6 février 2015.

q. L'OAI a mis en œuvre une expertise, qu'il a confiée aux docteurs I_____, et J_____, respectivement spécialistes FMH en neurologie et rhumatologie, experts au Centre d'expertises médicales (CEMed). Dans leur évaluation consensuelle du 10 janvier 2020, les experts ont notamment retenu les diagnostics de lombalgies chroniques avec status après cure chirurgicale de hernie discale lombaire L4-L5 et troubles dégénératifs du rachis, de status après arthroscopie le 6 février 2015 compliquée d'une capsulite rétractile, de douleurs des épaules avec tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche en 2017, et de signes de majoration des symptômes à l'examen du membre supérieur droit. Il y avait des limitations fonctionnelles pour le port répétitif de charges de plus de 5 kg et le port ponctuel de charges supérieures à 10 kg, les mouvements répétitifs en flexion, extension ou rotation du tronc ou avec le haut du corps en porte-à-faux, ainsi que l'utilisation des bras au-dessus de l'horizontale. La capacité de travail était nulle depuis le 27 août 2011. Dès août 2015, elle était de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée.

- D. a.** Après avoir recueilli différents rapports médicaux, la SUVA a requis une appréciation de son médecin-conseil, la doctoresse K_____, spécialiste FMH en chirurgie et en traumatologie.

Le 16 août 2021, celle-ci a analysé le contenu des divers rapports médicaux et des documents d'imagerie, pour conclure à l'absence d'argument permettant de confirmer une atteinte aiguë de la coiffe des rotateurs droite dans les suites de l'événement du 27 août 2011, notamment eu égard à l'absence de physiothérapie ou d'investigations radiologiques immédiatement mises en œuvre par le Dr B_____. Elle a relevé l'absence d'opacification de la bourse sous-acromio-deltaïdienne à l'arthro-IRM en février 2014, signe qui serait en faveur d'une atteinte tendineuse transfixiante. La Dresse K_____ reconnaissait tout au plus une contusion de l'épaule droite dans les suites de l'événement du 27 août 2011, dont la guérison était obtenue au maximum après trois mois. Elle doutait fortement de la relation de causalité entre l'événement du 27 août 2011 et l'atteinte du tendon du muscle supra-épineux, investiguée et annoncée à distance de l'accident, qui avait donné lieu à l'arthroscopie pratiquée en janvier 2015. Elle a ajouté qu'il n'y avait pas de certificats d'arrêt de travail pour la période de juillet 2012 à fin décembre 2014. Les amplitudes articulaires relevées par le docteur L_____ lors de son examen aux HUG le 7 juillet 2014 étaient compatibles avec l'exercice de la profession habituelle. Par conséquent, la Dresse K_____ admettait le début d'incapacité de travail en raison des troubles de l'épaule droite dès l'intervention chirurgicale de février 2015, sans toutefois être convaincue d'une relation de causalité entre ces troubles et l'événement du 27 août 2011. Toutefois, la survenance d'une rechute avait été admise. L'évolution post-opératoire avait été grevée par le développement d'une capsulite rétractile, avec

pour conséquences une réduction de la mobilité articulaire. Elle considérait que la stabilisation de l'état de santé était acquise au moment de l'examen du Dr H_____ fin octobre 2017, et se ralliait aux conclusions de celui-ci sur l'inexigibilité de la profession de nettoyeuse. En revanche, une activité professionnelle adaptée pouvait être exercée à 100% sans diminution de rendement. Elle devait respecter les limitations fonctionnelles suivantes : éviter le port de charges de plus de 5 kg, le travail avec le bras droit au-dessus de l'horizontale de façon répétée, les mouvements répétitifs ou nécessitant de la force de l'épaule droite, les montées ou descentes d'échelles. La Dresse K_____ a ajouté que la stabilisation de l'état de santé était sûrement atteinte au 30 juin 2018.

Dans une appréciation séparée du même jour, la Dresse K_____ a fixé le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 20%, en se référant à la table n° 1 d'indemnisation de la SUVA, prévoyant une indemnité de 15% pour une épaule mobile jusqu'à l'horizontale. La recourante présentait une épaule droite mobile atteignant juste l'horizontale, sans amyotrophie du membre supérieur droit. Elle ne présentait ni une épaule bloquée en adduction, indemnisée à un taux de 30%, ni une périarthrite grave, indemnisée à un taux de 25%.

b. La SUVA a rendu une nouvelle décision en date du 5 octobre 2021, allouant à l'assurée des indemnités journalières de CHF 34.60 par jour dès le 6 février 2015.

c. Par correspondance du même jour, la SUVA a informé l'assurée qu'elle considérait son état stabilisé depuis le 30 juin 2018, et qu'elle mettait fin au versement des indemnités journalières et au remboursement des soins médicaux dès le 1^{er} juillet 2018. Elle examinait le droit à d'autres prestations.

d. Par courrier du 5 novembre 2021 à la SUVA, l'assurée a contesté que son état de santé soit stabilisé depuis le 30 juin 2018.

e. A la même date, elle s'est opposée à la décision de la SUVA du 5 octobre 2021, contestant le *dies a quo* du versement des indemnités journalières ainsi que leur montant.

Elle a complété son opposition par écritures du 24 février et du 20 juin 2022.

f. Dans une note interne du 4 février 2022, la SUVA a établi le degré d'invalidité de l'assurée. Le revenu sans accident devait être fixé en référence aux valeurs statistiques selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2018 dans les services administratifs, lesquels comprenaient le secteur en lien avec le nettoyage, l'entretien et la propriété des bâtiments (tableau TA1_tirage_skill_level, Lignes 77 et 79-82). Le salaire annuel statistique était de CHF 46'932.-, et de CHF 49'513.92 adapté à la durée normale de travail de 42.2 heures par semaine en 2018 dans ce secteur. S'agissant du revenu d'invalidité, il devait être fixé en référence au tableau TA1_tirage_skill_level, Ligne Total, niveau 1, soit au revenu tiré d'activités simples et répétitives. Les limitations fonctionnelles ne réduisaient que modérément le champ des activités possibles, la dextérité étant préservée. Elles n'avaient pas d'impact sur les positions de travail, entravées en raison de

lombalgies malades. Partant, l'abattement sur le revenu d'invalidé, fondé sur les salaires statistiques, ne saurait excéder 5%. Dans une activité de niveau 1, aucun autre facteur d'abattement ne pouvait être retenu. Ce revenu était ainsi de CHF 54'681.21 une fois adapté à la durée normale de travail, et de CHF 51'947.15 compte tenu de l'abattement de 5%. La comparaison des revenus ne révélait pas de perte de gain (taux d'invalidité de -4.92%) et n'ouvrait pas le droit à une rente.

g. Le 6 mars 2020, le SMR s'est écarté des conclusions des experts quant à la capacité de travail dans l'activité habituelle, retenant qu'elle était nulle depuis l'accident. L'état de santé de l'assurée était stabilisé au plus tôt à partir d'octobre 2017, date de l'examen du Dr H_____. Dès cette date, l'assurée disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles.

h. Par décision du 16 décembre 2021, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2017.

i. Par décision du 4 février 2022, la SUVA a nié le droit à une rente à l'assurée, faute de perte de gain imputable à l'accident, et lui a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20%.

j. L'assurée s'est opposée à cette décision le 10 mars 2022. Elle a conclu à l'octroi d'une rente entière et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50%. Elle a dénoncé le fait que la SUVA ait fondé sa décision sur l'expertise de la CRR, laquelle avait contribué à aggraver son état de santé en lui imposant des exercices non sécurisés. L'assurée se réservait le droit d'agir à l'encontre de la CRR, dont l'imprudence avait entraîné des lésions au bras gauche. Elle a contesté le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, dès lors que ses deux épaules étaient atteintes.

L'assurée a complété son opposition par écritures du 4 et du 31 mai 2022. Elle a conclu à l'octroi d'une rente entière et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 45% ; et subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise consensuelle. L'assurée s'est référée à un rapport du Dr B_____ du 15 avril 2022, qu'elle a produit, et qui mettait selon elle en évidence le lien de causalité naturelle et adéquate entre ses accidents et ses maux, ainsi que la responsabilité de la CRR dans l'aggravation de son état de santé au cours de son hospitalisation, et attestait une incapacité de travail totale. Elle a invité la SUVA à requérir de la CRR des informations relatives à l'accident qu'elle disait y avoir subi le 27 mai 2017. Elle a précisé avoir introduit un recours contre la décision de l'OAI auprès de la Cour de céans.

Elle a soutenu que l'expertise du CEMed ne résistait pas aux critiques du Dr B_____. Ses conclusions, retenant une rémission en juillet 2017, soit deux mois après une dégradation sévère de l'état de l'épaule gauche, heurtaient le sens commun. L'assurée a déploré le recours à des centres d'expertises tels que la CRR ou le CEMed, conduisant à des résultats inexploitable. Les mêmes objections s'appliquaient à l'avis de la Dresse K_____. L'assurée a invité la SUVA à se

déterminer sur le rapport du Dr B_____ et à reconsidérer sa décision de refus de rente, dès lors qu'elle était handicapée des deux bras. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, seule l'atteinte à l'épaule droite avait été prise en considération, et de manière partielle seulement. Les lésions de l'épaule droite justifiaient une indemnité de 30%, puisque ce bras était totalement inutilisable. L'assurée concluait à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25% pour les lésions de l'épaule gauche.

Dans le rapport joint, le Dr B_____ a posé les diagnostics consécutifs à des accidents d'état après chute du 27 août 2011 avec traumatismes du coccyx, lombaire et de l'épaule droite, d'aggravation des douleurs de l'épaule droite à la suite d'une chute le 22 septembre 2011 et installation d'un syndrome douloureux chronique de cette épaule, et d'accident le 17 mai 2017 à la CRR avec lésions tendineuses de l'épaule gauche entraînant des douleurs chroniques. S'agissant de cet événement, ce médecin a exposé que l'assurée, installée sur une machine elliptique, avait perdu l'équilibre et avait effectué un mouvement brusque pour se retenir avec son bras gauche, ce qui avait déclenché une douleur à l'épaule gauche. Les diagnostics relevant de maladies comprenaient notamment des lombalgies chroniques. Il a décrit les douleurs de l'épaule droite, qui entraînaient notamment des réveils fréquents. Les limitations fonctionnelles induites par ces douleurs entravaient l'assurée dans les activités de la vie quotidienne (repassage impossible, comme toute activité nécessitant le fait de porter légèrement le bras droit en avant, et parfois le bras gauche aussi). Le sommeil était en outre difficile, et l'assurée ne pouvait se ressourcer et s'épuisait. Dans ces conditions, aucune activité professionnelle n'était envisageable, et la capacité de travail était nulle depuis le 1^{er} octobre 2017. Le lien de causalité entre les accidents et les conséquences fonctionnelles était direct, eu égard à l'apparition des douleurs dès l'accident et aux lésions organiques constatées, qui étaient fréquemment observées après ce type d'accident. La description systématique des douleurs, d'une façon parfaitement reproductible depuis des années, de même que les limitations lors du status, permettaient d'objectiver les douleurs. Il n'apparaissait pas que l'assurée exagère ses symptômes. Le Dr B_____ a émis plusieurs commentaires sur les expertises du CEMed notamment.

k. Dans une appréciation du 13 septembre 2022, la Dresse K_____ a noté que l'accident allégué du 17 mai 2017 n'était confirmé ni par les intervenants de la CRR ni par l'assurée. Les douleurs apparues lors du séjour à la CRR avaient motivé la réalisation d'une arthro-IRM de l'épaule gauche, mettant en évidence une tendinopathie fissuraire non transfixiante, laquelle était principalement due à l'usure.

l. La Cour de céans a rejeté le recours de l'assurée contre la décision de l'OAI par arrêt du 26 octobre 2022 (ATAS/937/2022).

Elle a considéré que tant l'évaluation de la CRR que l'expertise du CEMed étaient conformes aux critères jurisprudentiels permettant de leur reconnaître une pleine

valeur probante, sous réserve de l'appréciation de la capacité de travail par le CEMed. Le fait que le SMR s'en soit écarté n'ôtait pas toute valeur probante aux constatations et diagnostics des experts du CEMed. Le rapport du 15 avril 2022 du Dr B_____ ne posait pas de diagnostics non connus des experts du CEMed, qui avaient en outre tenu compte des limitations fonctionnelles d'épargne des deux épaules. Quant aux douleurs limitant la capacité de travail dans une activité adaptée, elles ne correspondaient pas, ou du moins pas dans l'intensité décrite, aux lésions objectivement constatables, selon les médecins de la CRR et les experts. Il ne pouvait en outre être nié que l'assurée avait tendance à exagérer ses limitations et douleurs. En effet, le test de puissance sur vélo était à 0 Watt et la force aux deux mains extrêmement basse lors du séjour à la CRR, alors même que l'assurée ne présentait aucune atteinte aux membres inférieurs et aux mains, ce qui relevait d'une incohérence manifeste. Au demeurant, les médecins de la CRR avaient exposé les facteurs contextuels et leur rôle dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées. L'avis du Dr B_____ n'était ainsi pas propre à mettre en cause les conclusions des évaluations multidisciplinaires effectuées et les avis des médecins-conseils de la SUVA et du SMR. Par conséquent, il convenait d'admettre une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis l'accident du 27 août 2011, et une capacité de travail dans une activité adaptée à partir d'octobre 2017, date à laquelle l'état de l'assurée était stabilisé. Les conclusions de l'expertise, de l'évaluation de la CRR et du médecin de la SUVA étant largement concordantes quant aux limitations fonctionnelles et à la capacité de travail, il n'était pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire, ni d'entendre le Dr B_____. L'assurée ne contestait pour le surplus pas le caractère adapté des activités possibles évoquées par l'OAI. Elle ne mettait pas non plus en cause l'abattement de 10% du salaire statistique d'invalidé, ni le degré d'invalidité de 10% retenus par l'OAI. Ce taux n'ouvrait pas le droit à la rente.

m. Par décision du 21 novembre 2022, la SUVA a refusé d'allouer des prestations à l'assurée en raison de ses troubles à l'épaule gauche, lesquels n'étaient pas imputables à un accident ou à une lésion assimilée à un accident.

n. Par courrier du 20 décembre 2022 à l'assurée, la SUVA a confirmé la date de la rechute au 6 février 2015, au vu de l'appréciation de la Dresse K_____. Compte tenu des dispositions réglementaires prévoyant que le salaire déterminant était celui perçu juste avant la rechute, c'était à tort que la SUVA avait fixé le montant des indemnités journalières à CHF 34.60, dès lors que l'assurée ne percevait aucun salaire au moment de la rechute. Partant, aucune indemnité journalière ne pouvait être allouée pour cette rechute. La SUVA entendait ainsi modifier au détriment de l'assurée sa décision du 5 octobre 2021 concernant le droit aux indemnités journalières dès le 6 février 2015, et lui a imparti un délai pour retirer son opposition.

o. Par courrier du 24 janvier 2023, l'assurée a déclaré retirer son opposition à la décision du 5 octobre 2021. Elle a toutefois soutenu que l'arrêt de la Cour de

céans du 1^{er} novembre (*recte* 26 octobre) 2022 confirmait son invalidité totale de janvier 2012 à décembre 2017, de sorte que la décision de la SUVA du 27 juin 2012 était manifestement erronée, compte tenu des atteintes au bras droit. Elle en a requis la reconsidération.

p. Par décision du 31 janvier 2023, la SUVA a écarté l'opposition de l'assurée à sa décision du 4 février 2022.

Elle s'est référée au rapport de la CRR et aux limitations fonctionnelles retenues par ses médecins, ainsi qu'aux avis du Dr H_____ du 23 octobre 2017 et de la Dresse K_____ du 16 août 2021. Le rapport du Dr B_____ du 15 avril 2022 évoquait des douleurs chroniques de l'épaule droite et pour seule limitation fonctionnelle objective le port du bras en avant. Il ne contenait aucun élément susceptible de mettre en doute les conclusions émises par la Dresse K_____ au regard des constatations objectives durant le séjour à la CRR. Partant, il fallait retenir que l'assurée était à même d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à plein temps sur un marché équilibré du travail. La SUVA a confirmé son calcul du degré d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2018. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'assurée ne faisait valoir aucun élément médical justifiant une indemnisation plus importante que celle retenue par la Dresse K_____.

q. Par décision du 14 février 2023, la SUVA a refusé d'entrer en matière sur la demande de reconsidération de sa décision du 27 juin 2012. Les conditions d'une révision procédurale n'étaient pas non plus remplies, en l'absence de nouveaux faits ou de moyens de preuve.

E. a. L'assurée a interjeté recours contre la décision de la SUVA du 31 janvier 2023 par écriture du 6 mars 2022. Elle conclut, sous suite de dépens, préalablement, à l'audition du Dr B_____, à la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique, et quant au fond, à ce que le droit à une rente entière lui soit reconnu, ainsi qu'à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 30%. Elle se dit incapable d'exercer une quelconque activité en raison de ses limitations aux deux épaules. Elle tient la CRR pour responsable de ses douleurs à l'épaule gauche. Elle conteste le revenu d'invalidé retenu par la SUVA, en particulier l'abattement de 5% ; selon elle, une réduction de 15% serait plus équitable, pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles, de son permis C, de son employabilité et de son âge.

b. Dans sa réponse du 30 août 2023, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a sollicité la production du dossier de l'OAI. Selon elle, l'avis du médecin traitant n'est pas de nature à jeter un doute sérieux sur le bien-fondé des conclusions des médecins de la CRR, de ses médecins-conseils, du SMR ou du CEMed. La recourante n'apporte aucun élément mettant en cause la capacité de travail entière retenue sur la base des appréciations médicales au dossier. Elle peut la mettre en valeur, par exemple, dans des activités simples de surveillance ou de contrôle,

d'utilisation et de surveillance de machines (semi-)automatiques ou d'unités de production, ou de surveillance de musée ou de parking. Quant aux différents facteurs d'abattement invoqués par la recourante, ils ne sont pas pertinents. S'agissant de l'IPAI, la recourante ne produit aucun élément médical justifiant la révision de son taux. La situation médicale ayant été investiguée à satisfaction de droit, l'audition du Dr B_____, lequel a déjà eu l'occasion de s'exprimer par écrit, est inutile, de même que la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique.

c. Par réplique du 31 juillet 2023, la recourante a conclu, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision, à ce qu'il soit dit qu'elle a droit à des indemnités journalières entières du 1^{er} janvier 2013 au 1^{er} juillet 2018, à l'octroi d'une rente complémentaire de 10%, soit CHF 350.- par mois et à ce que les dépens soient compensés (*sic*).

La recourante reproche à l'intimée de s'être contentée de soumettre le dossier à un médecin de son choix, renonçant à une expertise. Selon le rapport du CEMed, que la Cour de céans a considéré probant dans son arrêt du 26 octobre 2022, la recourante a été totalement incapable de travailler du 27 août 2011 à août 2015, et son état de santé s'est stabilisé en octobre 2017. L'intimée ne se prononce pas sur cet arrêt, qui tranche pourtant la question à résoudre selon l'arrêt de renvoi de la Cour de céans du 16 octobre 2018. L'intimée doit ainsi verser des indemnités journalières jusqu'à octobre 2017.

Au sujet de l'abattement sur le revenu invalide, la recourante fait valoir que ses limitations fonctionnelles sont sévères (atteintes au bras droit et au rachis). Elle rappelle qu'elle a toujours exercé des métiers manuels et que sa mauvaise maîtrise du français exclut un emploi de téléphoniste ou réceptionniste, ainsi qu'une fonction sollicitant une formation particulière. De plus, elle n'a plus travaillé depuis plus de 10 ans en raison de ses problèmes de santé. Elle n'est même pas en mesure de serrer la main de son interlocuteur lors d'un entretien d'embauche. Il est ainsi illusoire de trouver un employeur qui l'engagerait sans diminution de salaire. L'OAI a du reste admis un abattement de 10%, confirmé sur recours devant la Cour de céans. La recourante réduit ainsi ses prétentions à l'octroi d'une rente de 10%, fondée sur un abattement lié à ses limitations fonctionnelles.

d. Le 5 septembre 2023, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle conclut à l'irrecevabilité des nouvelles conclusions tendant à l'octroi d'indemnités journalières du 1^{er} janvier 2013 au 1^{er} juillet 2018. S'agissant du droit à la rente, l'intimée fait remarquer qu'un abattement de 10% du revenu d'invalide le porterait à CHF 49'212.90, ce qui aboutirait à un taux d'invalidité de 0.61%.

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. La modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2021. Elle est ainsi applicable au présent recours, dès lors qu'il n'était pas pendant à cette date (art. 82a LPGA *a contrario*).
3. S'agissant de la recevabilité du recours, les conditions de délai et de forme prévues aux art. 56ss LPGA sont remplies.

Au sujet des conclusions tendant à l'octroi d'indemnités journalières du 1^{er} janvier 2013 au 1^{er} juillet 2018, prises par la recourante dans sa réplique, la Cour de céans relève ce qui suit.

3.1 Dans la procédure juridictionnelle administrative, seuls peuvent en principe être examinés et jugés les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision, en règle générale sur opposition. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 12/01 du 9 juillet 2001 consid. 1).

3.2 Il y a lieu de rappeler que lorsqu'une décision n'est plus susceptible de recours ordinaire, par exemple lorsque le délai de recours est échu sans avoir été utilisé, elle est définitive et bénéficie de la force de chose décidée. L'application du régime qu'elle établit est conforme à l'ordre juridique même si, en réalité, il est permis de penser que la décision était viciée (Pierre MOOR / Etienne POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^{ème} éd., Berne 2011, p. 378). La reconsidération d'une décision manifestement erronée au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA reste certes possible, mais il s'agit là d'une simple faculté de l'administration, et ni l'assuré ni le juge ne peuvent l'y contraindre (ATF 117 V 8 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_447/2007 du 10 juillet 2008 consid. 1).

3.3 En l'espèce, la décision dont est recours est celle du 31 janvier 2023, qui écarte l'opposition à la décision du 4 février 2022. Elle porte exclusivement sur le droit à une rente complémentaire de l'assurance-accidents dès le 1^{er} juillet 2018 et sur le montant de l'IPAI.

Les conclusions prises par la recourante dans sa réplique, tendant à l'octroi d'indemnités journalières du 1^{er} janvier 2013 au 1^{er} juillet 2018, sont ainsi exorbitantes à l'objet du litige. De plus, le droit aux indemnités journalières – en particulier le *dies a quo* de leur versement en raison de la rechute admise par l'intimée – a fait l'objet de la décision du 5 octobre 2021, entrée en force à la suite du retrait de son opposition par la recourante. Il convient par ailleurs de souligner

que la décision rendue par l'intimée le 14 février 2023, refusant de reconsidérer sa décision du 27 juin 2012, ne fait pas non plus l'objet du présent litige. Il est ainsi exclu de revenir sur le droit aux indemnités journalières avant le 1^{er} juillet 2018 dans la présente procédure.

3.4 Compte tenu de ce qui précède, les conclusions portant sur le droit au versement d'indemnités journalières du 1^{er} janvier 2013 au 1^{er} juillet 2018 sont irrecevables.

Pour le surplus, le recours est recevable.

- 4.** L'objet du litige, tel que circonscrit par la décision dont est recours, porte sur le droit à une rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2018 et sur le taux de l'IPAI.

L'éventuelle incidence sur le droit à ces prestations des troubles à l'épaule gauche, que la recourante impute à un sinistre qui serait survenu lors de son séjour à la CRR, ne devra pas être examinée dans le cadre de la présente procédure. En effet, l'intimée a rendu une décision sur ce point en date du 21 novembre 2022, laquelle faisait l'objet d'une opposition pendant lors du dépôt de la réponse de l'intimée le 30 mars 2023. On ne saurait ainsi étendre l'objet du litige à cette question, dès lors que selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues. L'opposition constitue un véritable moyen juridictionnel (ATF 125 V 188 consid. 1b), et la procédure d'opposition préalable au recours est obligatoire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 273/06 du 25 septembre 2007 consid. 3.2).

- 5.** En premier lieu, s'agissant de la requête de l'intimée tendant à l'apport du dossier de l'OAI, la Cour de céans relève que cette mesure ne s'impose pas, dès lors que l'intimée a pu accéder au dossier dans le cadre de l'échange de données d'une part, et que la recourante a produit les pièces essentielles de ce dossier à l'appui de ses écritures dans la présente procédure – soit l'expertise du CEMed et l'arrêt de la Cour de céans du 26 octobre 2022 dans la procédure opposant la recourante à l'OAI – d'autre part.
- 6.** L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA).

Le droit à des prestations d'assurance suppose entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle mais aussi adéquate (arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1).

La loi prévoit notamment les prestations suivantes en cas d'accident.

6.1 Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée

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

6.2 La notion d'invalidité selon l'art. 8 LPGA est en principe identique dans l'assurance-accidents, l'assurance militaire et l'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1). Si le Tribunal fédéral a confirmé le caractère uniforme de la notion d'invalidité dans les différentes branches d'assurance, il a renoncé à la pratique consistant à accorder en principe plus d'importance à l'évaluation effectuée par l'un des assureurs sociaux, indépendamment des instruments dont il dispose pour instruire le cas et de l'usage qu'il en a fait dans un cas concret. Certes, il faut éviter que des assureurs procèdent à des évaluations divergentes dans un même cas. Mais même si un assureur ne peut en aucune manière se contenter de reprendre, sans plus ample examen, le taux d'invalidité fixé par un autre assureur, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Toutefois, il convient de s'écarter d'une telle évaluation lorsqu'elle repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore lorsqu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. À ces motifs de divergence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Enfin, un assureur social ne saurait être contraint, par le biais des règles de coordination de l'évaluation de l'invalidité, de répondre de risques qu'il n'assure pas, notamment, pour un assureur-accidents, une invalidité d'origine malade non professionnelle. Le principe d'uniformité de la notion d'invalidité n'a pas pour conséquence de libérer les assureurs sociaux de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur, car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 323/04 du 30 août 2005 consid. 4.1).

6.3 En vertu de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré ». Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se détermine notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme « sensible » par le

législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minime que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2).

6.4 Conformément à l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. 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). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. 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. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). Cette indemnité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident et a le caractère d'une indemnité pour tort moral (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 171). Elle 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). Son 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 (Jean-Maurice FRÉSARD / Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire *in* Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 3^{ème} éd. 2016, n. 317 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), édicté conformément à la délégation de compétence contenue à l'art. 25 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. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3 1^{ère} phrase). L'annexe 3 à l'ordonnance comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent, dont le Tribunal fédéral a reconnu la conformité à la loi (ATF 124 V 29 consid. 1b). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité désignées à l'annexe 3 à l'OLAA s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1

al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La division médicale de la SUVA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). 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 dans la mesure du possible l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_219/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.2).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2).

7.1 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 convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

7.2 Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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

- 8.** L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a). En ce qui concerne l'indexation des revenus, il y a lieu d'adapter le salaire statistique à l'évolution des salaires nominaux en appliquant soit le chiffre définitif de l'indice suisse des salaires nominaux publié au moment déterminant de la décision litigieuse, soit la plus récente estimation trimestrielle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_659/2022 du 2 mai 2023 consid. 7.2).

8.1 Le revenu sans invalidité se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires. En effet, selon l'expérience générale, la dernière activité aurait été poursuivie sans atteinte à la santé. Les exceptions à ce principe doivent être établies au degré de la

vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_934/2015 du 9 mai 2016 consid. 2.2). Toutefois, lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base de valeurs moyennes. Autrement dit, dans un tel cas, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide (arrêt 8C_732/2019 du 19 octobre 2020 consid. 3.2 et les références).

8.2 Pour déterminer le revenu d'invalide de l'assuré, il faut en l'absence d'un revenu effectivement réalisé se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner le point de savoir si un assuré peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2). L'évaluation de l'invalidité s'effectue en effet à l'aune d'un marché équilibré du travail. Cette notion, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-accidents. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des sollicitations intellectuelles que physiques d'autre part. Le revenu tiré d'activités simples et répétitives (niveau 1 dès l'ESS 2012) est une valeur statistique qui s'applique 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2015 du 23 février 2016 consid. 3.1).

8.2.1 Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait réaliser l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25% permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b).

8.2.2 Savoir s'il y a lieu de procéder à un abattement sur le salaire statistique en raison de circonstances particulières liées au handicap de la personne ou d'autres

facteurs est une question de droit. L'étendue de l'abattement du salaire statistique dans un cas concret constitue en revanche une question relevant du pouvoir d'appréciation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 5.2). Il y a excès ou abus du pouvoir d'appréciation si l'autorité cantonale a retenu des critères inappropriés, n'a pas tenu compte de circonstances pertinentes, n'a pas procédé à un examen complet des circonstances pertinentes ou n'a pas usé de critères objectifs (ATF 130 III 176 consid. 1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_847/2018 du 2 avril 2019 consid. 6.2.3).

8.2.3 Les tribunaux cantonaux des assurances au sens de l'art. 57 LPGa, qui constituent l'autorité de recours ordinaire dans la très grande majorité des cas relevant des assurances sociales, doivent disposer d'un pouvoir d'examen identique à celui du Tribunal administratif fédéral, et ce notamment au regard du principe constitutionnel de l'égalité de traitement de tous les assurés. Cela s'impose d'autant plus que le domaine des assurances sociales comprend de nombreuses situations – dont l'abattement sur le revenu d'invalidité en matière d'assurance-invalidité constitue un exemple flagrant – dans lesquelles l'administration dispose d'une marge d'appréciation importante, dont l'application doit pouvoir être contrôlée par l'autorité de recours de première instance (ATF 137 V 71 consid. 5.2). Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est ainsi pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative (*Angemessenheitskontrolle*). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a adoptée dans un cas concret 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. À cet égard, le juge des assurances sociales ne peut sans motif pertinent substituer sa propre 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_690/2016 du 27 avril 2017 consid. 3.2 et 9C_855/2014 du 7 août 2015 consid. 4.2 et 4.3).

9. En l'espèce, l'intimée a examiné le droit à la rente dès le 1^{er} juillet 2018.

En préambule, on notera qu'on saisit mal pour quels motifs l'intimée retient cette date, dès lors que la stabilisation a été admise par ses médecins en octobre 2017 déjà et qu'aucun autre rapport médical n'évoque de possibilités thérapeutiques concrètes permettant d'escompter une amélioration de l'état de santé postérieurement. La Cour de céans ne reviendra toutefois pas sur ce point, dès lors que la recourante ne conteste pas cette date, qui lui est favorable puisqu'elle a droit à des indemnités journalières jusqu'à la naissance du droit à la rente en vertu de la décision du 5 octobre 2021.

9.1 En ce qui concerne la capacité de travail de la recourante, l'ensemble des médecins s'accorde sur le fait qu'elle est nulle dans l'activité habituelle. Les

experts du CEMed ont conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, dans une expertise dont la Cour de céans a déjà reconnu le caractère probant dans son arrêt du 26 octobre 2022, en exposant les motifs pour lesquels elle écartait l'avis du Dr B_____ du 15 avril 2022. Il n'existe aucun motif de revenir sur cette analyse, étant en outre souligné que les lésions organiques objectivées à l'épaule droite n'expliquent pas toutes les douleurs avancées par le médecin traitant pour justifier l'incapacité de travail totale à laquelle il conclut. L'exigibilité d'une activité à temps complet est en outre également admise par les Drs H_____ et K_____.

A ce stade de la procédure, la recourante ne nie du reste plus expressément la capacité de travail résiduelle retenue par les experts, mais critique l'abattement retenu par l'intimée.

9.2 Celle-ci l'a fixé à 5%, tenant compte des seules limitations fonctionnelles résultant de l'atteinte à l'épaule droite. On rappellera ici que c'est à juste titre qu'elle n'a pas pris en considération l'incidence des lombalgies, qui ne sont plus imputables à l'accident selon la décision du 27 juin 2012, entrée en force. Quant aux répercussions des éventuelles lésions de l'épaule gauche dont répondrait l'intimée, elles devront le cas échéant être analysées dans sa décision sur opposition sur ces lésions. Pour ces motifs, l'intimée n'est pas liée par la détermination du degré d'invalidité par l'OAI, qui doit en principe tenir compte de l'ensemble des atteintes, traumatiques ou non.

Force est de constater qu'en appliquant une réduction de 5% au revenu statistique d'invalidé, l'intimée est restée dans les limites de son pouvoir d'appréciation, même si elle s'en est tenue à la fourchette basse des pourcentages admissibles. Les limitations fonctionnelles définies tant par la CRR et la Dresse K_____ ne sont en effet pas particulièrement restrictives, puisqu'elles consistent essentiellement en mesures d'épargne de l'épaule droite et d'évitement d'échelles. Dans ces circonstances, un abattement de 5% ne paraît pas excessivement ou abusivement bas. A titre de références, le Tribunal fédéral a confirmé l'absence totale d'abattement pour un assuré disposant d'une capacité de travail complète dans une activité sans port de charges excédant les 10 à 15 kg de manière prolongée ou répétitive, et sans travail prolongé ou répétitif au-dessus du plan des épaules ou avec le membre supérieur gauche maintenu en porte-à-faux (arrêt du Tribunal fédéral 8C_118/2021 du 21 décembre 2021 consid. 6.3.1), ainsi que pour un assuré capable d'exercer une activité à 100% sans travaux au-dessus de la tête et sans port de charges de plus de 5 à 7 kg avec la main droite avec le bras tendu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_581/2021 du 19 janvier 2022 consid. 5.3), ou encore pour un assuré devant éviter les mouvements répétitifs au niveau du coude droit et le port de charges de plus de 7 kg, et alterner le port de charges inférieures à ce seuil avec des périodes de repos. Dans ce dernier cas, le Tribunal fédéral a souligné qu'au regard des activités physiques ou manuelles simples que recouvrent les secteurs de la production et des services (tableau TA1_skill_level),

un nombre suffisant d'entre elles correspond à des travaux légers ne nécessitant pas le port régulier de charges excédant les 3 à 4.5 kg ou les mouvements répétitifs du coude droit, comme en particulier les activités de contrôle et de surveillance. Or, une déduction supplémentaire 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 un assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.1.4).

S'agissant des facteurs invoqués par la recourante, on relèvera au sujet de l'âge que la jurisprudence n'a jusqu'ici pas tranché le point de savoir si ce facteur constitue un critère d'abattement en matière d'assurance-accidents, ou si son influence sur la capacité de gain doit être prise en compte uniquement dans le cadre de la réglementation particulière de l'art. 28 al. 4 OLAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.2). Le Tribunal fédéral a cependant relevé, s'agissant d'un assuré âgé de 56 ans au moment de l'ouverture du droit à la rente, que les conditions pour une déduction liée à l'âge n'étaient en toute hypothèse pas remplies (arrêt du Tribunal fédéral 8C_878/2018 du 21 août 2019 consid. 5.3.1 et les références), et qu'un assuré âgé de 52 ans au moment de la naissance d'un éventuel droit à la rente n'avait pas atteint l'âge à partir duquel le Tribunal fédéral reconnaît généralement que ce facteur peut être déterminant et nécessite une approche particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_576/2022 du 1^{er} juin 2023 consid. 6.2.3). Ces principes s'appliquent également à la recourante, qui avait 51 ans au moment de l'examen du droit à la rente.

Quant aux autres critères avancés par la recourante, on rappellera que la nationalité ne justifie pas d'abattement sur le salaire statistique pour un assuré titulaire d'une autorisation d'établissement en Suisse (permis C) (arrêt du Tribunal fédéral 9C_855/2014 du 7 août 2015 consid. 5). Le manque d'expérience d'un assuré dans une nouvelle profession ne constitue pas non plus un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales, lorsque les activités adaptées envisagées (simples et répétitives de niveau de compétence 1) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. En outre, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_131/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). Le long éloignement du marché du travail dont se prévaut finalement la recourante ne relève pas d'un facteur d'abattement au sens de la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6.3).

Au vu des éléments qui précèdent, la Cour de céans ne saurait substituer son appréciation à celle de l'intimée en augmentant l'abattement appliqué.

On relèvera par surabondance que, même en tenant compte des abattements de 15% ou 10% auxquels a successivement conclu la recourante, ceux-ci aboutiraient

à des taux d'invalidité de respectivement 6.13% et 0.61% selon le calcul opéré par l'intimée et n'ouvriraient ainsi pas le droit à une rente.

9.3 Au sujet des autres paramètres du calcul d'invalidité, et bien que la recourante ne critique pas la fixation du revenu d'invalidé en référence au secteur des services, on peut encore se demander s'il n'y aurait pas eu lieu de fixer le revenu sans invalidité en fonction du revenu dans toute activité simple et répétitive, tous secteurs confondus (TA1_tirage_skill_level Ligne Total). En effet, la recourante était inscrite au chômage lors de la survenance de l'accident. Or, l'assuré n'a droit à l'indemnité de chômage que s'il est apte au placement (art. 8 al. 1 let. f de la loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité du 25 juin 1982 [LACI - RS 837.0]). L'aptitude au placement implique notamment la disposition à accepter un travail convenable au sens de l'art. 16 LACI, et peut dès lors être niée notamment lorsque l'assuré limite ses démarches à un domaine d'activité dans lequel il n'a, concrètement, qu'une très faible chance de trouver un emploi (arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 248/05 du 25 octobre 2006 consid. 3.1). Or, la recourante était au chômage lors de son accident, et elle était ainsi susceptible de prendre tout emploi adapté à ses aptitudes et à ses limitations, soit également dans un autre secteur que celui de l'entretien. Dans le cas d'un assuré qui avait été actif deux ans en tant que nettoyeur avant de s'inscrire à l'assurance-chômage, où il réalisait un gain intermédiaire en tant que nettoyeur lorsqu'il a été accidenté, le Tribunal fédéral a confirmé la fixation du revenu sans invalidité en référence au TA1_tirage_skill_level, Ligne total au vu de son expérience dans différents métiers du bâtiment (arrêt du Tribunal fédéral 8C_259/2021 du 23 septembre 2021 consid. 4.3).

Cela étant, dans le cas d'espèce, il ressort du *curriculum vitae* de la recourante qu'elle a été active en Suisse exclusivement dans le domaine du nettoyage, en tant que femme de ménage et concierge. De plus, selon l'entretien de l'intimée avec le conseiller en personnel de la recourante en date du 24 octobre 2011, celle-ci travaillait en qualité de concierge durant son délai-cadre d'indemnisation jusqu'à son licenciement en juillet 2011, ce qui suggère qu'elle cherchait essentiellement une activité dans ce domaine, qui était également celui dans lequel elle avait le plus de chances de se réinsérer au vu de son expérience professionnelle. C'est ainsi à juste titre que l'intimée a retenu que sans accident, la recourante aurait cherché à exercer un emploi dans le secteur du nettoyage et de l'entretien.

De plus, en toute hypothèse, même en fondant le revenu sans invalidité sur les mêmes données statistiques que le revenu d'invalidé, soit sur le tableau TA1_tirage_skill_level, la perte de gain correspondrait à l'abattement de 5%, et n'ouvrirait ainsi pas le droit à une rente.

Il convient ainsi de confirmer la décision de l'intimée en tant qu'elle nie le droit à une rente dès le 1^{er} juillet 2018.

9.4 La recourante soutient encore qu'une IPAI de 30% doit lui être versée pour les lésions de son épaule droite.

Les Drs H_____ et K_____ ont tous deux conclu à une IPAI de 20%, en motivant leur appréciation en référence aux tables d'indemnisation. Il n'existe aucun rapport émanant d'un médecin qui justifierait que l'on s'en écarte. En particulier, l'assertion de la recourante, selon laquelle ce bras est totalement inutilisable, n'est étayée par aucun élément médical objectif.

Partant, dès lors que la fixation de l'IPAI incombe aux médecins, la Cour de céans confirmera également le taux de 20% pour l'atteinte de l'épaule droite.

9.5 Eu égard aux éléments qui précèdent, la Cour de céans ne donnera pas suite à la demande d'audition du Dr B_____ et renoncera à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, par appréciation anticipée des preuves (arrêt du Tribunal fédéral 9C_97/2020 du 10 juin 2020 consid. 3.2).

10. Le recours est rejeté, dans la mesure de sa recevabilité.

La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

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

Statuant

1. Rejette le recours, dans la mesure de sa recevabilité.
2. Dit que la procédure est gratuite.
3. 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

Diana ZIERI

Karine STECK

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