

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} novembre 2019

Composition : M. MÉTRAL, président
MM. Neu et Piguet, juges
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

I. _____, à [...], recourante, représentée par Me Marc Mathey-Doret,
avocat à Genève,

et

O. _____, à [...], intimée, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à
Lausanne.

Art. 49 al. 3 LPGA ; 18 al. 1 et 24 al. 1 LAA.

E n f a i t :

A. I. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait à 60 % en tant que réceptionniste pour la K. _____, devenue par la suite l'A. _____. Elle a également été engagée en extra, le dimanche, pour le service du brunch à l'E. _____. Cet employeur-ci était affilié à O. _____ (ci-après : O. _____ ou l'intimée) pour l'assurance-accidents de ses collaborateurs.

Le 14 novembre 2010, l'assurée a chuté dans la cuisine de l'E. _____, ce qui a occasionné une fracture transverse diaphysaire de l'humérus gauche. Elle a été opérée le lendemain par le Dr T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a procédé à la mise en place de matériel d'ostéosynthèse. L'assurée a présenté une incapacité de travail totale à la suite de l'accident. O. _____ a pris en charge le traitement et a alloué des indemnités journalières.

L'évolution médicale a notamment été compliquée par un retard de consolidation de la fracture, une pseudarthrose et une capsulite rétractile à l'épaule gauche (cf. rapports du 3 juin 2011 du Dr T. _____ et du 11 août 2011 du Dr M. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Les 13 et 15 septembre 2011, le responsable des ressources humaines de l'E. _____ a informé O. _____ que le salaire horaire de l'assurée était de 20 fr. 45 en 2010 (cf. notices d'entretien téléphonique des mêmes jours).

L'intéressée a repris ses activités professionnelles aux taux habituels dès le 18 juin 2012.

Compte tenu de certaines douleurs, l'assurée a subi le 28 janvier 2013 une nouvelle intervention chirurgicale à l'épaule gauche,

soit une arthrolyse gléno-humérale, avec l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (cf. rapport du 23 novembre 2012 du Dr T._____ et protocole opératoire établi par ce médecin le 28 janvier 2013). Cette intervention a entraîné une incapacité de travail totale.

Par courrier du 18 juillet 2013, l'assurée a annoncé à O._____ qu'elle avait travaillé en 2010 auprès de R._____. Elle a joint des décomptes de cet employeur, lesquels mentionnaient un tarif horaire de 22 fr. 95 pour les heures effectuées avant 1 h et de 26 fr. 60 pour les heures réalisées après 1 h, les dimanches, ainsi que les jours fériés.

O._____ a confié au Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le soin de réaliser une expertise. Dans un rapport du 24 octobre 2013, il a posé les diagnostics de statut après fracture diaphysaire de l'humérus gauche, de capsulite rétractile secondaire de l'épaule gauche, de retard de consolidation de la fracture de l'humérus, de statut après ablation du matériel d'ostéosynthèse, ainsi que de remaniement post-opératoire modéré de la coiffe des rotateurs. Il a décrit l'activité de l'assurée auprès de la K._____, en indiquant qu'elle y œuvrait comme traductrice, comme réceptionniste, qu'elle assurait parfois la surveillance, et devait, en fin de journée, débiter le nettoyage par la dispersion d'un spray au moyen d'un long tuyau. S'agissant des tâches auprès de l'E._____, l'assurée devait monter les tables, poser les chaises, préparer la vaisselle, assurer le service, puis débarrasser et ranger les tables. L'expert a retenu, en lien avec l'activité de réceptionniste, une capacité de travail de 20 %, puis de 40 % au plus tard à la fin novembre 2013, avec par la suite une possibilité d'augmentation de 20 % tous les deux mois. La capacité de travail dans l'activité de serveuse devait être évaluée dans quelques mois, après récupération de la capsulite.

O._____ a pris en charge le traitement et versé des indemnités journalières pour une incapacité de travail de 100 % pour l'activité à la K._____ du 28 janvier au 8 septembre 2013, puis a diminué graduellement ses indemnités. S'agissant de l'emploi de serveuse à

l'E._____, O._____ a octroyé des indemnités journalières à 100 % dès le 28 janvier 2013 (cf. courrier récapitulatif du 28 avril 2016 à l'assurée).

O._____ a rendu le 14 juillet 2014 une décision incidente ordonnant la mise en œuvre d'une expertise complémentaire auprès du Dr G._____. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours formé par l'assurée à son encontre (arrêt AA 76/14 - 71/2015 du 8 juillet 2015).

Le Dr G._____ a à nouveau examiné l'intéressée le 27 octobre 2015. Dans son rapport du 27 décembre 2015, il a répété les diagnostics déjà retenus et ajouté, notamment, ceux de déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, de tendinopathie du long chef du biceps et de neuropathie discrètement déficitaire du nerf axillaire gauche. Il a constaté une péjoration de la situation de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche depuis son examen en 2013. Selon lui, une tentative de réparation chirurgicale était justifiée. En cas d'évolution favorable de la réparation, il y aurait lieu d'apprécier, après un délai de six à neuf mois, la notion de statu quo ante vel sine, pour autant que les autres pathologies jugées post-traumatiques (neuropathies du circonflexe, éventuellement du nerf radial) soient rétablies. Une incapacité de travail totale dans l'activité au [...] serait justifiée pour une durée approximative de quatre mois post-opératoires. Une reprise par paliers serait par la suite certainement tentée. A terme, un retour à une capacité de travail totale dans l'ancienne activité restait incertaine. Dans une activité sans effort exagéré, l'assurée retrouverait très certainement une telle capacité.

Dans l'intervalle, le 15 décembre 2015, l'assurée a notamment bénéficié, à l'épaule gauche, d'une réparation du tendon sus-épineux, d'une ténodèse du long chef du biceps et d'une acromioplastie (cf. rapport du même jour du Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). O._____ a pris en charge cette opération et a versé des indemnités journalières correspondant à une incapacité de travail totale, pour les deux activités de l'assurée, dès le 15 décembre 2015.

Par décision du 19 février 2016, O._____ a d'une part confirmé la prise en charge des suites de cette intervention, et d'autre part refusé de prester pour des traitements en lien avec un tunnel carpien bilatéral, le coude gauche, le rachis cervical, l'épaule droite et la hernie discale, au motif qu'ils n'étaient pas en rapport avec l'accident. Faisant suite à la contestation de l'assurée, désormais représentée par Me Marc Mathey-Doret, O._____ a confirmé sa position (cf. décision sur opposition du 26 juillet 2016, entrée en force).

Dans un rapport du 19 mai 2016, le Dr N._____ a décrit que la patiente se plaignait surtout de paresthésies au niveau de l'avant-bras et des deux derniers doigts, ainsi que de douleurs le soir à son épaule [gauche]. Il a indiqué une reprise du travail à 40 % du 60 % à la K._____ à partir du 1^{er} juin 2016. La patiente ne pouvait pas encore reprendre son activité dans l'hôtellerie.

Le 12 juillet 2016, la responsable de la K._____ a informé O._____ que l'assurée n'était confrontée à aucune tâche lourde, excepté l'empilage des chaises longues, très légères, se faisant uniquement selon certains horaires de travail. L'assurée effectuait des piles moins hautes que ses collègues, soit de deux à quatre chaises maximum. Elle exerçait également, notamment, des tâches de surveillance du sauna et du hammam, et de nettoyage avec un jet (cf. notice d'entretien téléphonique du même jour).

Par avis du 14 juillet 2016, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil d'O._____, a relevé qu'au vu du type de travail réalisé par l'assurée à la K._____, il n'y avait pas de raison médicale justifiant une capacité de travail partielle. Dans l'activité de serveuse, l'incapacité de travail était encore acceptable.

Par décision du 26 juillet 2016, O._____ a mis un terme au versement des indemnités journalières au 31 août 2016 pour l'emploi à la K._____, en expliquant que l'assurée pouvait le reprendre à son taux

usuel, au vu de son cahier des charges. S'agissant de l'activité de serveuse, O._____ a mis fin aux indemnités au 31 octobre 2016, compte tenu de l'octroi d'un délai de trois mois pour qu'elle retrouve une activité mieux adaptée, sans port de charges. L'assurée s'est opposée à cette décision, en soutenant qu'elle était prématurée puisque le Dr G._____ allait procéder à une nouvelle évaluation (cf. courriers des 26 août et 19 septembre 2016).

Le 23 août 2016, le Dr N._____ a indiqué que la patiente présentait une évolution favorable. Elle ne se plaignait plus de paresthésies. Il a attesté une reprise à 100 % du 60 % effectué à la K._____ dès le 5 septembre 2016. La patiente ne pouvait en revanche pas exercer son activité de serveuse, au vu du port de charge important.

Le 27 octobre 2016, au cours d'un entretien téléphonique, la nouvelle responsable des ressources humaines de l'E._____ a indiqué qu'il n'y avait pas eu d'évolution du salaire horaire de l'assurée depuis 2010, celui-ci s'élevant à 22 fr. 95 (cf. notice d'entretien téléphonique du même jour).

Dans un rapport du 4 novembre 2016, le Dr N._____ a confirmé l'évolution favorable et répété qu'après une reprise graduelle de l'activité à la K._____, un taux de 100 % du 60 % était possible à partir du 5 septembre 2016. Le Dr N._____ a ajouté que sa patiente était actuellement en arrêt-maladie.

Le Dr G._____ a à nouveau examiné l'assurée le 4 novembre 2016. Dans un rapport du 2 décembre 2016, il a retenu une pleine capacité de travail dans l'activité d'hôtesse d'accueil à la K._____, le seul bémol étant la possible incapacité à porter secours à une personne sujette à un malaise, problématique qui pouvait cependant être palliée par l'intervention d'une tierce personne en cas de besoin. La capacité de travail dans l'activité de serveuse s'élevait pour l'instant à 50 %, compte tenu des contraintes physiques pour les épaules, en particulier s'agissant des phases de préparation et de ramassage des tables et des chaises. Les

limitations fonctionnelles consistaient en une fatigabilité et un manque de force en lien avec une fonction incomplète du muscle deltoïde. L'association d'un conflit sous-acromial, d'origine probablement mixte, était susceptible d'accentuer les douleurs en cas d'efforts, tel que le port de charges lourdes et/ou répétées et l'effort en hauteur. Par ailleurs, l'assurée avait expliqué que la nouvelle direction du A._____, ayant succédé à la K._____, l'avait licenciée en raison d'une restructuration. En outre, la société qui l'employait pour l'organisation des brunchs à l'E._____ avait fait faillite.

Par décision sur opposition du 21 mars 2017, O._____ a confirmé la décision du 26 juillet 2016, en précisant qu'elle prendrait en charge l'incapacité de travail attestée pour l'activité à la K._____ jusqu'au 4 septembre 2016. Cette décision sur opposition est entrée en force.

Dans un rapport du 6 septembre 2017, le Dr Z._____, neurologue, a constaté que la patiente n'avait plus de plaintes au niveau des douleurs de l'épaule gauche et que la force était revenue. Elle présentait une lombalgie déclenchée par l'insertion du ligament iliolumbaire.

Le Dr G._____ a encore examiné l'assurée le 15 septembre 2017. Dans son rapport du 15 novembre 2017, il a constaté qu'il persistait un très modeste degré de capsulite de l'épaule gauche. En revanche, et probablement avec la reprise d'une fonction optimale du muscle deltoïde, le conflit sous-acromial, significatif lors du dernier examen, semblait désormais discret. La symptomatologie douloureuse résiduelle, en lien avec la problématique orthopédique de l'épaule était très modérée. L'état de cette épaule correspondait à celui d'une périarthrite légère à modérée, d'origine mixte, et paraissait stabilisé. L'expert a confirmé la capacité de travail retenue dans son précédent rapport pour l'activité à la K._____. Quant à celle de serveuse, il a indiqué que la capacité de travail paraissait proche de la norme avec, comme réserve, la difficulté à disposer et à ranger les tables et les chaises, tâches astreignantes pour les épaules. Le

Dr G._____ a constaté une atteinte à l'intégrité d'un taux de 5 % à l'épaule gauche, en préconisant de le diviser par deux pour tenir compte de la double implication des pathologies, dégénérative et traumatique, aboutissant à un taux de 2.5 %.

Par décision du 9 janvier 2018, O._____ a nié le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, et a mis fin à la prise en charge des frais médicaux au 15 septembre 2017, soit à la date de l'examen par le Dr G._____. Elle a expliqué que la comparaison des salaires de valide (46'662 fr. 35) et d'invalidé (46'677 fr. 60) montrait une absence de perte de gain due à l'accident. Par ailleurs, l'expert estimait que le taux d'indemnisation en relation avec l'accident était de 2.5 %, au vu de la double implication des pathologies dégénérative et traumatique, soit un taux inférieur au minimum légal requis de 5 %.

Par courrier du 8 février 2018, complété le 4 mai 2018, l'assurée s'est opposée à cette décision, en critiquant en particulier l'appréciation du Dr G._____, le calcul des revenus de valide et d'invalidé, ainsi que le refus de toute indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle a notamment joint une déclaration d'incapacité de travail adressée le 14 octobre 2016 par l'A._____ au P._____, assureur perte de gain, indiquant que son salaire horaire brut était de 23 fr. 80 avec une indemnité de 10,64 % pour les vacances et les jours fériés, et qu'un montant mensuel de 250 fr. était versé au titre d'allocations familiales. Elle travaillait 25 heures par semaine, soit un taux de 60 %, et avait été licenciée pour le 30 novembre 2016.

Par décision sur opposition du 6 juillet 2018, O._____ a confirmé sa décision du 9 janvier 2018. Elle a exposé que la question du refus de rente avait déjà été tranchée par la décision sur opposition du 21 mars 2017, laquelle fixait la fin du versement des indemnités journalières et était entrée en force de chose jugée. Concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, O._____ a repris les explications mentionnées dans sa décision du 9 janvier 2018.

B. Par acte du 10 septembre 2018, I._____, toujours représentée par Me Mathey-Doret, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens de l'octroi d'une rente d'invalidité d'un taux minimal de 26 % et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité basée sur un taux de 5 %, dont le montant sera réduit de moitié. Elle a soutenu que l'argumentation de l'intimée au sujet du refus de rente ne pouvait être suivie et était constitutive d'un déni de justice, puisqu'elle n'avait pas examiné cette question dans le cadre de sa décision sur opposition. En outre, l'avis du Dr G._____ était manifestement lacunaire et ne permettait pas de statuer sur la question du droit à une rente, de sorte qu'il convenait de mettre en œuvre une expertise judiciaire. La recourante a encore contesté les revenus de valide et d'invalides retenus par l'intimée. Enfin, elle a fait valoir que l'expert avait déterminé un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %, dont le montant devait être réduit de moitié.

Dans sa réponse du 16 octobre 2018, l'intimée, désormais représentée par Me Jean-Michel Duc, a proposé le rejet du recours. Elle a soutenu que le taux d'invalidité de la recourante était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Par réplique du 15 novembre 2018, la recourante a maintenu ses conclusions, en contestant le calcul du taux d'invalidité effectué par l'intimée.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des

assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé auprès du tribunal compétent en temps utile compte tenu des fêtes (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36] et art. 38 al. 4 let. b LPGA) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte uniquement sur le droit de la recourante à une rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle ne prend aucune conclusion sur le droit aux indemnités journalières, lequel a, au demeurant, fait l'objet de la décision sur opposition du 21 mars 2017, entrée en force. Elle ne formule pas davantage de conclusions sur la prise en charge d'un éventuel traitement médical.

3. La recourante reproche tout d'abord à l'intimée un déni de justice pour ne pas avoir examiné la question de la rente dans la décision sur opposition litigieuse.

a) aa) La notion de déni de justice, déduite de l'art. 29 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), confère notamment à toute personne le droit à ce que sa cause soit jugée dans un délai raisonnable.

bb) En l'espèce, dans la décision sur opposition contestée, l'intimée a intégralement confirmé sa décision du 9 janvier 2018, dans laquelle elle avait expressément examiné et nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité. Formellement, l'intimée a donc bien statué sur le droit à la rente, également dans la décision sur opposition litigieuse.

Autre est la question de la motivation de cette décision sur opposition.

b) aa) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités).

Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1).

bb) En l'occurrence, l'intimée ne pouvait se limiter à refuser le droit à la rente en se référant à l'autorité de chose décidée de la décision sur opposition du 21 mars 2017, alors que cette dernière porte exclusivement sur le droit aux indemnités journalières. O. _____ pouvait, éventuellement, renvoyer à la motivation de cette décision sur opposition ou la reprendre, comme elle l'a d'ailleurs fait dans la décision du 9 janvier 2018. Il convenait toutefois, dans ce cas, de compléter la motivation en réfutant, au moins brièvement, les nouveaux arguments soulevés par l'assurée dans son opposition du 8 février 2018, complétée le 4 mai 2018. L'intimée ne l'a pas fait. Il convient dès lors de constater une violation du

droit d'être entendu de la recourante, en raison d'un défaut de motivation de la décision sur opposition litigieuse. Toutefois, l'intéressée a pu faire valoir ses arguments dans le cadre de la procédure de recours auprès de la Cour de céans, laquelle dispose d'un plein pouvoir d'examen. Cette violation doit donc être considérée comme réparée.

4. a) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide (art. 8 LPGGA) à 10 % au moins par suite de l'accident. Cette disposition a été modifiée dès le 1^{er} janvier 2017, ensuite de l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 de la LAA (RO 2016 4375). La version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 reste toutefois applicable en l'espèce, dès lors que l'accident assuré s'est produit avant le 1^{er} janvier 2017 (art. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015).

b) L'art. 8 al. 1 LPGGA définit l'invalidité comme 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 LPGGA).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les

références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1, TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3, 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 loc. cit., avec la jurisprudence citée).

6. En l'espèce, la recourante conteste la valeur probante de l'expertise du Dr G._____ au motif que celui-ci n'aurait pas décrit les postes de travail entrant en considération, ni les limitations fonctionnelles imposées par les atteintes à la santé qu'il constate.

Ces griefs sont infondés. En effet, dans son rapport d'expertise du 2 décembre 2016, le Dr G._____ a détaillé les limitations fonctionnelles de l'assurée, à savoir une fatigabilité et un manque de force du bras gauche en lien avec une fonction incomplète du muscle deltoïde. Il a ajouté que cette atteinte, associée à un conflit sous-acromial, était susceptible d'accentuer les douleurs en cas d'efforts, tels le port de charges lourdes et/ou répétées et l'effort en hauteur (cf. p. 15). Le Dr G._____ a ainsi expressément mentionné les limitations fonctionnelles qu'il retenait. Par la suite, il a constaté une amélioration de l'état de l'épaule gauche. D'après ses observations, si un très modeste degré de capsulite persistait, le conflit sous-acromial semblait quant à lui désormais discret, probablement avec la reprise d'une fonction optimale du muscle deltoïde (cf. expertise du 15 novembre 2017, p. 10). Le Dr G._____ a ajouté que la symptomatologie douloureuse résiduelle en lien avec la problématique orthopédique de l'épaule gauche était très modérée. Selon lui, l'état de cette épaule correspondait à celui d'une périarthrite légère à modérée, d'origine mixte (cf. p. 11), laquelle limitait le port de charges moyennes ou lourdes en porte-à-faux, le travail au-dessus de l'horizontal et les gestes en torsion contre résistance du membre supérieur gauche (cf. p. 14). L'expert a donc décrit avec précision les limitations de l'assurée.

Par ailleurs, le Dr G._____ a examiné les exigences des deux postes de travail de la recourante dès sa première expertise du 24 octobre 2013. Il y a détaillé les différentes tâches dont elle avait la charge dans ses activités de réceptionniste et de serveuse (cf. p. 3). Ses observations correspondent aux renseignements figurant au dossier (cf. notamment, notice téléphonique du 12 juillet 2016 consécutive à un entretien téléphonique avec la K._____). Dans ses rapports des 2 décembre 2016 et 15 novembre 2017, le Dr G._____ a retenu qu'au regard de ces

exigences, la recourante disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité de réceptionniste telle qu'exercée auprès de la K._____, en précisant qu'elle pourrait éprouver des difficultés en cas de nécessité de porter secours à un client sujet à un malaise. Toutefois, cette problématique pouvait aisément être palliée par l'intervention d'une tierce personne, ce que l'expert a qualifié, à juste titre, de possible dans un grand [...]. Son appréciation rejoint celle du Dr N._____, lequel a constaté que sa patiente pouvait reprendre cette activité à 100 % du taux de 60 % exercé (cf. en particulier, rapport du 4 novembre 2016). Dans son rapport du 15 novembre 2017, le Dr G._____ a indiqué que pour l'emploi en tant que serveuse/responsable de brunchs à l'E._____, la capacité de travail de la recourante était proche de la norme, avec cependant des difficultés à disposer, puis à ranger les tables et les chaises. Ces observations font suite à plusieurs examens de l'assurée et ont été établies en pleine connaissance de l'anamnèse, en tenant également compte des plaintes de l'intéressée. L'appréciation de la situation médicale faite par l'expert est claire et convaincante. Ses constatations doivent dès lors être considérées comme probantes.

On peut ainsi conclure que la recourante dispose à tout le moins d'une pleine capacité de travail dans une activité peu astreignante pour les épaules, permettant d'éviter le port de charges lourdes et/ou répétées, le port de charges moyennes en porte-à-faux, le travail en hauteur, ainsi que les gestes en torsion contre résistance du membre supérieur gauche. Il n'y a aucun motif de s'écarter de ce constat, ni d'ordonner une instruction complémentaire sur le plan médical, sous la forme d'une expertise judiciaire, telle que requise par la recourante. En effet, une telle mesure d'instruction ne modifierait pas, selon toute vraisemblance, l'appréciation qui précède (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 ; TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2).

7. Il convient d'examiner le préjudice économique subi par l'intéressée.

a) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (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 (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

b) Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. Peu importe de savoir si l'assuré mettait à profit, entièrement ou partiellement seulement, sa capacité de travail ; ces éléments sont pris en compte au travers du montant du gain assuré. Le revenu sans invalidité obtenu par un assuré travaillant à temps partiel au moment de l'accident est pris en compte à raison de 100 % comme s'il avait une occupation à temps complet. Pour autant, le travailleur à temps partiel devenu invalide à la suite d'un accident ne sera pas indemnisé dans la même mesure que s'il travaillait à temps complet. Le Tribunal fédéral a d'ailleurs explicitement reconnu que l'assuré gravement invalide, indemnisé en fonction d'un gain assuré calculé sur la

base d'une activité à temps partiel subira, concrètement, un préjudice économique - non indemnisé - à partir du moment où il serait censé exercer une activité à plein temps (ATF 119 V 475 consid. 2 ; TF 8C_244/2015 du 8 mars 2016 consid. 6.2.1).

Les revenus obtenus par l'exercice d'une ou de plusieurs activités accessoires sont pris en considération dans la fixation du revenu sans invalidité, lorsque l'assuré réalisait déjà de tels gains accessoires avant l'atteinte à la santé et si l'on peut admettre qu'il aurait, selon toute vraisemblance, continué à les percevoir s'il était resté en bonne santé. Est décisif le fait que l'assuré obtenait un revenu qu'il continuerait à percevoir s'il n'était pas devenu invalide (parmi d'autres, TF 9C_699/2008 du 26 janvier 2009 consid. 3.3).

Lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le revenu sans invalidité doit être établi sur la base de valeurs statistiques / moyennes. Autrement dit, 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 (TF 8C_709/2018 du 18 juin 2019 consid. 3 et les références citées).

c) Le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3).

Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se

référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

8. a) En l'espèce, la recourante travaillait à temps partiel comme réceptionniste auprès de la K._____. Selon les renseignements communiqués par l'employeur, le salaire horaire brut s'élevait à 23 fr. 80, avec une indemnité de 10,64 % pour les vacances et les jours fériés, soit un total de 26 fr. 33. L'assurée travaillait 25 heures par semaine, pour un taux de 60 % (cf. déclaration d'incapacité de travail du 14 octobre 2016). On peut admettre que sans atteinte à la santé, la recourante aurait poursuivi cette activité ou du moins, une activité analogue, dans la

mesure où elle a été licenciée avec effet au 30 novembre 2016 pour des motifs de restructuration. Puisqu'elle est encore capable d'effectuer une telle activité, il n'y a aucune perte de gain pour la part correspondant au taux de 60 % qu'elle exerçait à la K._____.

L'assurée travaillait également pour l'E._____. L'employeur a informé que le salaire horaire était de 20 fr. 45 en 2010 (cf. notices des 13 et 15 septembre 2011). En 2016, il a annoncé que ce salaire n'avait pas évolué depuis 2010, en indiquant toutefois le montant de 22 fr. 95 (cf. notice du 27 octobre 2016). Selon les renseignements transmis par l'assurée à l'expert, l'entreprise qui l'employait pour l'organisation des brunchs a fait faillite (cf. rapport du 2 décembre 2016, p. 6). Quoi qu'il en soit, l'intimée a considéré, à juste titre, qu'il était raisonnablement exigible que la recourante reprenne un autre emploi mieux adapté à son état de santé, par exemple en augmentant son taux d'activité en tant que réceptionniste. Au vu du salaire horaire plus élevé qu'elle y réalisait, à savoir 26 fr. 33, elle n'aurait subi aucune perte de gain de ce fait.

Il n'en irait pas autrement si l'on se référait, à l'instar de l'intimée, au salaire obtenu par la recourante dans son précédent emploi en tant que serveuse auprès de R._____ pour fixer le revenu hypothétique sans invalidité. Ce salaire, soit 22 fr. 95 l'heure, était en effet également inférieur au revenu perçu en tant que réceptionniste, hormis pour les heures de travail effectuées les dimanches et les jours fériés (26 fr. 60) (cf. courrier du 18 juillet 2013 de la recourante).

b) Il n'en irait toujours pas différemment si l'on se fondait sur l'ESS pour établir le revenu hypothétique sans invalidité – au vu de la perte des deux emplois pour des motifs étrangers à l'invalidité (cf. consid. 7b supra) – et le revenu d'invalidité. En effet, les séquelles de l'accident ne justifient pas de procéder à un abattement sur le revenu d'invalidité. Tel que susmentionné, la recourante est encore capable d'effectuer toute activité peu astreignante pour les épaules. Il existe de nombreux emplois respectant ces limitations fonctionnelles, notamment celui de réceptionniste, dans lequel elle bénéficie déjà d'une expérience

professionnelle. Ainsi, faute d'abattement sur le revenu d'invalidé, on aboutit inmanquablement au constat d'une absence de perte de gain.

c) Le calcul du préjudice économique proposé par l'assurée dans son mémoire de recours ne peut être suivi. En effet, s'agissant du revenu hypothétique sans invalidité, elle se réfère au salaire qu'elle réalisait à la K._____, dans une activité qui reste pleinement adaptée. Son calcul est inexact, puisqu'elle prend en considération une « indemnité mensuelle » de 250 fr. versée par cet employeur. Ce montant correspond à des allocations familiales, lesquelles ne font pas partie du revenu déterminant (cf. Michel Valterio, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 21 p. 408). En outre, l'horaire de travail pour cet employeur était de 41,66 heures par semaine à 100 % - compte tenu des 25 heures hebdomadaires réalisées par l'assurée au taux de 60 % - pour un salaire horaire de 23 fr. 80, 52 semaines par année, ce qui conduit à un revenu annuel de 51'558 fr. 40. Même en entrant dans le mode de raisonnement de la recourante, lequel est toutefois erroné, une comparaison entre le revenu réalisé auprès de la K._____ et celui tiré de l'ESS ne permettrait pas de constater une perte de gain. En effet, le moment de la comparaison des revenus serait l'année 2016 (cf. consid. 7a supra). Il conviendrait de se référer au salaire mensuel brut retenu par l'ESS 2016 pour les femmes effectuant une activité simple et répétitive dans le secteur privé, tous secteurs économiques confondus, soit 4'363 fr., part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2016, TA1, niveau de qualification 1). Ce salaire doit être adapté compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2016, à savoir 41,7 heures (La Vie économique, tableau B 9.2). Le revenu d'invalidé s'élève ainsi à 4'548 fr. 45 par mois (4'363 fr. x 41,7 : 40 heures), correspondant à un montant de 54'581 fr. 15 par année. Tel que susmentionné, il n'y a pas lieu d'admettre un quelconque abattement. Ainsi, le revenu d'invalidé n'est à l'évidence pas inférieur à celui sans invalidité fixé ci-dessus, soit 51'558 fr. 40.

d) Au vu de ce qui précède, l'intimée était fondée à refuser d'octroyer une rente d'invalidité à la recourante.

9. Il reste encore à examiner le droit de l'assurée à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Le Dr G._____ constate une atteinte à l'intégrité de 5 % à l'épaule gauche, mais propose de diviser ce taux par deux pour tenir compte de l'origine en partie dégénérative de l'atteinte. L'intimée en conclut qu'avec un taux de 2.5 %, la recourante n'a pas droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

a) Selon 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.

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, 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, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette

annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Pour les atteintes à l'intégrité désignées dans ce barème, l'indemnité s'élève en règle générale au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5 % serait appliqué selon le barème ci-après ne donnent droit à aucune indemnité (ch. 1 al. 3 de l'annexe).

Au vu de l'art. 1 al. 2 et 3 de l'annexe 3 OLAA, on doit admettre qu'une atteinte à l'intégrité n'est pas réputée importante, au sens de l'art. 24 al. 1 LAA, si elle n'atteint pas un seuil de 5 %.

b) Selon l'art. 36 al. 2 LAA, les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident. Toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain.

L'art. 47 OLAA prévoit que l'ampleur de la réduction des rentes et des indemnités pour atteinte à l'intégrité, qui est opérée en raison de causes étrangères à l'accident, est déterminée en fonction du rôle de celles-ci dans l'atteinte à la santé ou le décès ; la situation personnelle et économique de l'ayant droit peut également être prise en considération.

Ces deux dispositions permettent de réduire le montant de l'indemnité en cas d'atteinte à l'intégrité pour tenir compte du fait que des facteurs étrangers à l'accident sont, également, une cause partielle de cette atteinte. Elles conduisent à une déduction de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, éventuellement à un seuil inférieur à 5 %, mais n'influent pas sur le constat de la gravité elle-même de l'atteinte à l'intégrité. Elles n'interviennent qu'une fois constaté que la personne subit une atteinte à l'intégrité importante et durable en raison - au moins

partiellement - d'un accident. Si après la réduction, le montant de l'indemnité est inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré, ce montant ne doit pas moins être versé à la personne assurée (dans ce sens Max B. Bergen, in Frésard-Fellay/Leuzinger/Pärli [éd.], Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, Bâle 2019, n° 17 ad art. 24 LAA ; Thomas Frei, in Hürzeler/Kieser [éd.], Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Berne 2018, n° 22 ad art. 25 LAA). A défaut, on définirait la gravité de l'atteinte à l'intégrité en prenant en considération, notamment, la situation personnelle et économique de l'ayant droit (cf. art. 47 OLAA in fine), ce qui serait étranger à la notion d'atteinte à l'intégrité.

c) En l'espèce, la recourante ne conteste pas les constatations du Dr G._____, mais uniquement les conséquences juridiques qu'en tire l'intimée.

L'assurée présente bien une atteinte à l'intégrité importante et durable, partiellement imputable à l'accident. Le taux de cette atteinte est de 5 %, tel que fixé par l'expert, de sorte qu'une indemnisation est due. Au vu des constatations du Dr G._____, il convient de réduire le montant de l'indemnité de moitié pour tenir compte du rôle des atteintes dégénératives dans l'évolution de l'état de santé de l'assurée. Contrairement à ce qu'a retenu l'intimée, cela ne justifie pas la suppression pure et simple de l'indemnité.

Le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident était de 126'000 fr. (cf. art. 22 OLAA dans sa teneur en vigueur en 2010, en lien avec l'art. 25 al. 1 LAA). Le montant de l'indemnité pour une atteinte à l'intégrité de 5 % est donc de 6'300 francs. Il convient de réduire ce montant de moitié pour prendre en considération les facteurs dégénératifs partiellement à l'origine de l'atteinte, ce qui conduit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 3'150 francs.

10. a) En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision sur opposition litigieuse réformée en ce sens que la recourante a

droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 3'150 francs. Elle est confirmée pour le surplus.

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

La recourante obtient gain de cause sur ses conclusions relatives à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, mais voit celles relatives à la rente rejetées. Ainsi, obtenant partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, elle a droit à des dépens réduits de moitié, qu'il convient de fixer à 1'250 fr., débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est partiellement admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 6 juillet 2018 par O._____ est réformée en ce sens que I._____ a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 3'150 fr. (trois mille cent cinquante francs). Elle est confirmée pour le surplus.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV.** O._____ versera à I._____ une indemnité de 1'250 fr. (mille deux cent cinquante francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Marc Mathey-Doret (pour I. _____)
- O. _____
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :