

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1640/2017

ATAS/1149/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 décembre 2017

5^{ème} Chambre

En la cause

Madame A _____, domiciliée c/o M. B _____; à CHÊNE-BOUGERIES, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mirolub VOUTOV

recourante

contre

SWICA ASSURANCES SA, sise Römerstrasse 37,
WINTERTHUR

intimée

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____, née le _____ 1958, a exercé divers métiers dans la restauration avant son arrivée en Suisse en 2007. En 2010, elle a été engagée en tant qu'aide de cuisine au restaurant La C_____. À ce titre, elle était assurée contre les risques d'accident auprès de Swica Assurance SA (ci-après : l'assureur ou l'intimée).
2. Le 25 juillet 2012, elle a été agressée physiquement par un collègue à son lieu de travail et a subi un traumatisme crânien occipital, ainsi qu'une lésion au niveau de l'épaule gauche. Depuis lors, son incapacité de travail était totale.
3. Les suites de l'accident ont été prises en charge par l'assureur.
4. L'imagerie radio-magnétique (IRM) de l'épaule gauche du 6 août 2012, a mis en évidence une rupture complète de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche.
5. Le 3 décembre 2012, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI).
6. Le 18 janvier 2013, elle a subi une opération consistant en la réparation partielle du sus-épineux et du sous-épineux, ainsi qu'une ténotomie du long chef du biceps. En raison de douleurs insupportables, une nouvelle arthro-IRM a été pratiquée le 4 septembre 2013 qui a montré que la coiffe des rotateurs postéro-supérieure était rompue.
7. Le 4 février 2015, une prothèse totale inversée de l'épaule gauche a été posée, en raison de l'échec de l'opération précédente.
8. Le 27 juillet 2015, une collaboratrice de l'assureur a rencontré l'assurée. À six mois de l'opération, elle allait nettement mieux que lors des entretiens précédents. Les douleurs étaient toujours présentes, surtout dans la partie haute du bras gauche et sous l'aisselle gauche. Par ailleurs, elle ressentait toujours des picotements et des fourmis dans la main gauche ainsi qu'au niveau de la clavicule gauche. Au jour de l'entretien, l'assurée était autonome dans sa vie quotidienne (douche, toilette, se vêtir, faire à manger en faisant attention). Le ménage était fait d'une main. Actuellement, elle était incapable de porter son sac (1 kg) à bout de bras. Elle ne pouvait que le porter sur son bras replié et pour une durée d'environ trois minutes.
9. Dans un rapport du 29 septembre 2015, le Dr D_____ a indiqué que l'assurée présentait une lésion irréparable de la coiffe des rotateurs gauches. Elle se plaignait d'une raideur et de douleurs au membre supérieur. Selon ce médecin, il était exigible, d'un point de vue médical, que l'assurée participât à des mesures professionnelles (essai de travail, entraînement au travail, participation à un cours, etc.) si la mesure retenue ne sollicitait pas outre mesure son membre supérieur gauche. La capacité de travail était de 0% dans une activité de force ainsi que dans l'activité habituelle d'aide de cuisine. Le pronostic d'une reprise de cette activité était médiocre. L'assurée était limitée dans les activités qui nécessitaient de devoir soulever des charges, porter celles-ci loin du corps et ranger des objets sur une

étagère. En revanche, des activités sans force étaient exigibles à 100%. Une activité impliquant le port de charges légères (2-5 kg) était exigible à 50%.

10. Dans un rapport du 23 novembre 2015, le docteur E_____, neurologue FMH, a mentionné que l'assurée était venue le consulter le 19 novembre 2015 pour un bilan des douleurs du membre supérieur gauche. La pose d'une prothèse totale inversée de l'épaule gauche en février 2015 avait permis une évolution nettement favorable du point de vue articulaire avec augmentation importante des amplitudes. Cette intervention n'avait cependant pas empêché une persistance des douleurs. Après avoir examiné l'assurée, le Dr E_____ a posé les diagnostics de syndrome du tunnel carpien gauche d'intensité modérée à sévère et de signes d'atteinte sensitivomotrice myélinique sévère du nerf médian droit au carpe, asymptomatique.
11. Le 15 janvier 2015, l'assurée a confié à l'assureur au cours d'un entretien qu'elle pensait être allergique à sa prothèse de l'épaule gauche car la douleur la plus forte se situait sous la clavicule gauche. En outre, elle souffrait actuellement des poignets, surtout du côté gauche. Elle se rendait compte que son état ne s'améliorait plus vraiment et constatait qu'elle ne pouvait plus travailler en cuisine.
12. Dans un rapport du 12 février 2016, le Dr D_____ a indiqué que l'assurée se plaignait encore de douleurs au niveau du coude et de l'articulation acromio-claviculaire. À l'examen, cette dernière était effectivement douloureuse à la palpation mais les amplitudes étaient excellentes. On notait également la présence d'une douleur à la palpation de l'épicondyle gauche. L'évolution était donc excellente. Les radiographies confirmaient d'ailleurs une excellente position de la prothèse. Concernant l'articulation acromio-claviculaire, respectivement l'épicondylite, des infiltrations étaient envisageables si l'assurée le souhaitait. D'un point de vue professionnel, elle pouvait reprendre une activité dès le mois de mars, à condition que cette dernière fût adaptée à sa situation actuelle.
13. Dans un rapport du 23 mars 2016 à l'assureur, le Dr D_____ a répété en substance les informations figurant dans son rapport du 12 février 2016, tout en précisant qu'en plus des douleurs au niveau du coude et de l'articulation acromio-claviculaire, la raideur de l'épaule et un manque de force figuraient au premier plan des plaintes. Il n'y avait plus de traitement spécifique prévu pour l'épaule hormis une éventuelle infiltration acromio-claviculaire si les douleurs devenaient vraiment gênantes. S'agissant de la force et des amplitudes articulaires, le Dr D_____ ne s'attendait plus à des progrès. A la question de savoir dans quelle mesure il était exigible, d'un point de vue médical, que l'assurée se soumit à des mesures d'intégration de l'assurance-invalidité, le Dr D_____ a répondu qu'un temps de présence de six heures par jour pendant quatre jours par semaine, avec un rendement de 50% d'un travail à temps plein lui semblait raisonnable dans un premier temps. Selon lui, il était exigible, d'un point de vue médical, que l'assurée participât à des mesures professionnelles (essai de travail, entraînement au travail participation à un cours, etc.) du moment que celle-ci n'impliquaient pas de port de charges de plus de 2 kg ni de travail au-dessus du plan des épaules. La capacité de

travail était nulle dans l'activité habituelle d'aide de cuisine et le resterait. En revanche, dans une activité adaptée, une capacité de travail pleine et entière pouvait être envisagée à long terme à condition de respecter les limitations fonctionnelles évoquées.

14. Le Dr F_____ a examiné l'assurée les 18 mai et 18 juin 2016 et rendu son rapport d'expertise le 27 juillet 2016. Il a posé les diagnostics suivants :

- lésion massive de la coiffe des rotateurs, tentative de suture, prothèse inversée de l'épaule gauche ;
- traumatisme crânien simple ;
- contusions multiples ;
- arthrose acromio-claviculaire gauche ;
- hypertension artérielle ;
- obésité ;
- tunnel carpien de la main gauche ;
- suspicion d'allergie aux métaux.

Il ressortait des différents rapports que l'assurée n'avait jamais été en traitement pour un problème de l'épaule gauche et que les différents signes dégénératifs étaient mineurs. Toutefois, il y avait une année, une dégénérescence graisseuse musculaire de stade IV selon Goutalier avait été décrite dans un rapport IRM, ce qui étonnait le Dr F_____, dès lors que cette dégénérescence signalait une atteinte fonctionnelle chronique du muscle de longue date. Livrant son pronostic, l'expert a estimé que l'état était stabilisé. Aussi n'a-t-il pas émis de propositions thérapeutiques, hormis un traitement de soutien pour maintenir l'état de santé, à savoir : des contrôles réguliers de la prothèse ainsi qu'une antalgie au long cours qu'il convenait de prescrire et d'adapter en fonction de la symptomatologie douloureuse. Les douleurs étaient plus ou moins maîtrisées par le traitement antalgique quotidien, la mobilité était également récupérée partiellement mais sans douleur objectivée. Il existait un désavantage persistant se traduisant par les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de 2 kg et pas de mouvement ni d'activité au-dessus de l'épaule.

15. Dans un rapport du 18 juillet 2016, relatif à une scintigraphie osseuse pratiquée trois jours plus tôt, le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine nucléaire, a conclu que la seule anomalie décelable au niveau de la prothèse de l'épaule se situait à la partie inférieure des vis de l'implant glénoïdien. L'interprétation pathologique de cette anomalie demeurait incertaine.

16. Par projet de décision du 15 août 2016, l'assureur a mis fin aux indemnités journalières, à la prise en charge des traitements médicaux ainsi qu'au remboursement des frais avec effet au 31 août 2016. L'assurée n'avait pas droit à une rente d'invalidité de l'assureur-accidents, son taux d'invalidité étant trop faible.

En effet, selon les conclusions de l'expert, elle était en mesure d'exercer à temps complet n'importe quelle activité adaptée sans diminution de rendement. Dans une telle activité, le revenu statistique déterminé selon l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2014, tableau TA1, année 2014, tirage « skill level », rubrique totale, femme, niveau de formation 1, activités simples), s'élevait à CHF 4'300.-, soit CHF 51'600.- par an. En tenant compte d'une durée hebdomadaire de travail de 41.7 heures, cela correspondait à CHF 53'793.- ($51'600 \times 41.7 / 40$), respectivement CHF 54'332.- après renchérissement de 0.5% en 2015 comme en 2016, montant duquel l'intimée a déduit 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles, aboutissant ainsi à un revenu final de CHF 48'899.-. En prenant en compte de surcroît un abattement de 10% (CHF 5'433.25), motivé par le fait que l'assurée était droitière avec des lésions à l'épaule gauche qui n'entraînaient que des limitations modérées, le revenu d'invalidé s'élevait à CHF 48'899.-. Quant au gain réalisé avant l'accident du 25 juillet 2012, il s'élevait à CHF 50'700.- ce qui correspondait à un montant de CHF 52'803.30 en 2016 en tenant compte du renchérissement intervenu depuis 2012 selon l'indice suisse des salaires (ISS) dans le domaine de la restauration. En comparant ce revenu au gain d'invalidé, il en résultait une perte de gain de CHF 3'904.30 ($52'803.30 - 48'999.-$), soit un taux d'invalidité de 7.4% ($3'904.30 \times 100 / 52'803.30$), lequel était trop faible pour donner droit à une rente. En revanche, l'assurée pouvait prétendre à une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle en lien avec l'événement du 25 juillet 2012. Selon la table 5.2 de la SUVA (atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses), l'atteinte était de 20% compte tenu d'une endoprothèse de l'épaule avec un résultat satisfaisant, ce qui correspondait à une indemnité de CHF 25'200.- ($CHF 126'000.- \times 20 / 100$).

17. Par courriers des 5 et 16 septembre 2016, l'assurée, représentée par un conseil, a contesté en tout point ce projet de décision, soutenant qu'elle avait droit à une rente ainsi qu'au maintien de la prise en charge des traitements médicaux et des remboursements de frais au-delà du 31 août 2016. À l'appui de ses conclusions, elle a produit une attestation du 5 septembre 2016 de son médecin traitant, le docteur H_____, spécialiste FMH en médecine générale. Selon ce dernier, l'assurée ne se sentait pas en mesure de travailler, n'avait aucune formation pour un travail intellectuel, et vu son âge, on ne pouvait pas exiger d'elle qu'elle entreprenne des études pour envisager un travail correspondant à son état physique. Par ailleurs, l'expertise du Dr F_____ avait été pratiquée alors qu'elle était sous traitement antidouleur et au repos. Aussi l'expert n'avait-il pas tenu compte de sa douleur en cas d'activité. De ce fait, une expertise en clinique de réadaptation était indiquée afin d'établir plus objectivement son éventuelle incapacité à reprendre une activité physique.
18. Par décision du 7 octobre 2016, l'assureur a confirmé en tout point son projet de décision du 15 août 2016, motifs pris que seule l'épaule gauche présentait toujours des limitations fonctionnelles en relation de causalité naturelle avec l'événement du

25 juillet 2012 et que les facteurs étrangers à l'accident, mais aussi à la maladie ou à l'invalidité n'avaient pas à être pris en considération pour l'évaluation de la l'incapacité de travail (situation économique, marché du travail, facteurs socioculturels, niveau d'instruction, etc.). Dès lors qu'aucune amélioration notable de l'état de santé de l'assurée ne pouvait plus être attendue, que cet état était désormais stabilisé et les douleurs plus ou moins maîtrisées par un traitement antalgique, les conditions de la prise en charge d'un traitement médical n'étaient plus réalisées. L'assurée ne pouvait pas non plus prétendre à des indemnités journalières. En effet, bien que sa capacité de travail fût nulle dans son activité habituelle, elle n'en était pas moins entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

19. Le 9 novembre 2016, l'assurée a formé opposition à cette décision en reprenant ses précédentes conclusions, ajoutant que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité avait été fixée à un niveau trop faible et qu'elle sollicitait la restitution de l'effet suspensif de son opposition. Elle a relevé que même l'expert avait considéré qu'elle nécessitait un traitement de soutien afin de maintenir son état de santé, soit des contrôles réguliers de sa prothèse ainsi que la prise régulière d'antalgiques en fonction de sa symptomatologie douloureuse. Or, c'était bien dans ce cadre précis que son médecin traitant lui avait prescrit des antalgiques en septembre, octobre et novembre 2016, ainsi que dix-huit séances de physiothérapie au cours des quatre derniers mois, afin d'améliorer la fonction articulaire. L'assurée a également produit, pour la période postérieure au 31 août 2016, des certificats d'arrêt de travail et des prescriptions du Dr H_____ (médication antalgique et physiothérapie) ainsi que les rapports suivants :

- un courrier du 19 octobre 2016 du Dr D_____ au Dr H_____ dans lequel le premier estimait, à l'instar du conseil de l'assurée, qu'une expertise en clinique de réadaptation était souhaitable, tout en expliquant aussi à l'assurée que si elle attendait de ne plus avoir aucune douleur pour rechercher du travail, elle ne travaillerait plus jamais; l'apparition de douleurs rachidiennes et d'épaules était le sort de tout un chacun à partir d'un certain âge; il était ainsi souhaitable que l'assurée entreprît des démarches auprès du chômage pour retrouver une activité professionnelle adaptée ;
- un rapport du 2 novembre 2016 du docteur I_____, spécialiste FMH en rhumatologie, selon lequel l'évolution avait été dramatique suite à l'accident du 25 juillet 2012, avec rupture large de la coiffe (très probablement sur une tendinose préexistante, extrêmement fréquente à la cinquantaine dans ce métier); la réparation de la coiffe n'avait pas tenu et conduit logiquement à une prothèse inversée de l'épaule, soit une intervention de sauvetage à visée antalgique, permettant une mobilité réduite (jamais complète); elle ne permettait pas de forcer sur le membre supérieur, au risque de desceller les implants; la reprise d'une activité professionnelle de cuisinière, n'était pas exigible, même à temps partiel.

20. Dans un rapport du 16 novembre 2016, le Dr I_____ a pris position au sujet de la détermination du taux d'invalidité à 7.4% en ces termes : il considérait personnellement qu'il s'agissait d'un handicap important car l'assurée ne pouvait dans les faits porter un poids de 4 kg à bout de bras ballants ni soulever de manière répétée un poids de 2 kg devant elle, sous peine de déclencher très vite des douleurs insupportables.
21. Par décision du 21 mars 2017, l'assureur a rejeté l'opposition du 9 novembre 2016 et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.
22. Le 5 mai 2017, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'assureur du 21 mars 2017, concluant à son annulation, à la reprise des prestations d'assurance, à l'octroi de la somme de CHF 37'800.- à titre d'atteinte à l'intégrité et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'assureur. Elle a soutenu en substance que l'intimée ne pouvait se fonder sur le rapport d'expertise du Dr F_____ pour conclure à l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. De son point de vue, son taux d'invalidité était suffisant pour lui permettre de prétendre à une rente d'invalidité. Au besoin, un examen en clinique de réadaptation, ordonné à titre de contre-expertise, pouvait en attester. Si, contre toute attente, la chambre de céans estimait que la recourante ne remplissait pas les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité et qu'elle présentait une capacité de travail dans une activité adaptée, il appartiendrait alors à l'intimée de prendre en charge les prestations pour soins pour lui permettre de conserver sa capacité de gain. En effet, il ressortait du dossier médical que le Dr H_____ avait prescrit divers médicaments ainsi que des séances de physiothérapie à la recourante pour empêcher une aggravation de l'état de son épaule. Enfin, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle avait été sous-évaluée dès lors que le barème d'indemnité pour la perte d'un bras au niveau du coude ou au-dessus s'élevait à 50% du montant maximum du gain annuel assuré et qu'en l'espèce, la pose de la prothèse d'épaule n'avait pas eu l'effet escompté. En effet, la recourante ne pouvait plus exercer son activité habituelle d'aide de cuisine. Elle ne pouvait plus non plus porter de charges supérieures à 2-4 kg et elle devait notamment poursuivre ses séances de physiothérapie afin d'améliorer la fonction articulaire et dans un but anti-inflammatoire.
23. Par réponse du 20 juin 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours, soutenant qu'elle était en droit de mettre un terme au traitement médical et aux indemnités journalières de la recourante avec effet au 31 août 2016 puisque le Dr F_____ avait considéré que l'état de santé de cette dernière était stabilisé. Par ailleurs, l'intimée n'avait pas à accorder de traitement médical au-delà de la date de la clôture du cas si aucune rente d'invalidité n'avait été allouée à la recourante à ce moment précis.
24. Par réplique du 15 août 2017, la recourante a fait état « d'éléments nouveaux », intervenus postérieurement au dépôt de son mémoire de recours du 5 mai 2017. Il en ressortait en substance qu'elle présentait toujours une incapacité de travail

complète et que le Dr H_____ lui avait prescrit, en juin, juillet et août 2017, plusieurs médicaments et des séances de physiothérapie en lien avec son atteinte de l'épaule gauche.

25. Le 4 octobre 2017, la chambre de céans a ordonné l'apport du dossier de la recourante auprès de l'OAI. Il ressort pour l'essentiel de ce dossier que le Dr J_____, médecin SMR, a considéré par avis du 11 février 2016, sur la base d'un rapport (non spécifié) du Dr D_____ que la recourante présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le mois d'août 2015. Ainsi, la recourante pouvait prétendre à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} juillet 2013 au 31 octobre 2015. Dès le 1^{er} novembre 2015, ce droit s'éteignait en raison d'un degré d'invalidité trop faible (15%). Pour le surplus, l'OAI a refusé l'octroi de mesures professionnelles.
26. Le 20 novembre 2017, la défenderesse a persisté dans ses conclusions.
27. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
3. a. Aux termes de l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (al. 1). Les art. 38 à 41 sont applicables par analogie (al. 2).

Si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (art. 38 al. 1 LPGA). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3, 1^{ère} phrase LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7^{ème} jour avant Pâques au 7^{ème} jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA).

- b. En 2017, le dimanche de Pâques tombait le 16 avril.

Datée du 21 mars 2017, la décision entreprise a été reçue le lendemain par la recourante, de sorte que le délai de recours a commencé à courir le 23 mars 2017 avant d'être suspendu du 9 au 23 avril 2017. Ayant repris son cours le 24 avril, il est arrivé à échéance le samedi 6 mai mais son terme a été reporté au premier jour ouvrable qui suit, soit au lundi 8 mai 2017. Posté le 5 mai 2017, le recours a été ainsi interjeté en temps utile. Respectant également les formes prescrites par la loi, il est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

4. Le litige porte, d'une part, sur le degré d'invalidité de la recourante, en particulier son droit à une rente et à des prestations pour soins et remboursement de frais, d'autre part, sur le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui doit lui être accordée.
5. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).
b. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

6. a. 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).

b. 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 (art. 19 al. 1 LAA). En dérogation à ce principe, l'art. 21 al. 1 LAA prévoit que lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire

notamment lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle (let. a), d'une rechute ou des séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (let. b) ou lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c).

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

8. a. 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est

généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le 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 traitants 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_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
10. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ;

SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

11. a. En l'espèce, l'intimée, se fondant sur le rapport d'expertise du Dr F_____, a considéré qu'une amélioration notable de l'état de santé de la recourante ne pouvait plus être attendue et que cet état était désormais stabilisé. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'aide de cuisine mais entière dans une activité adaptée (pas de port de charges de plus de 2 kg et pas de mouvement ni d'activité au-dessus de l'épaule). Ce faisant, Dr F_____ tient compte des douleurs résiduelles, plus ou moins maîtrisées par traitement antalgique quotidien, et d'une mobilité qui n'a été récupérée que partiellement. L'expert relève en outre qu'à l'examen clinique, qu'il n'y a pas de signe objectif d'allergie ou de mauvaise tolérance en relation avec le matériel de prothèse.

b. Fondée sur l'ensemble du dossier, retraçant une anamnèse fouillée et tenant compte des plaintes de la recourante, cette expertise comporte un status objectif détaillé et nuancé, ainsi que des conclusions convaincantes, de sorte qu'elle doit en principe se voir reconnaître valeur probante.

c. Par ailleurs, les conclusions du Dr F_____ sont confirmées par rapport du 23 mars 2016 du Dr D_____, dans lequel celui-ci a admis une capacité de travail entière à long terme dans une activité adaptée, après une période d'adaptation avec un temps de présence de six heures par jour, pendant quatre jours par semaine, et avec un rendement de 50% d'un travail à temps plein dans un premier temps. En ne supprimant les indemnités journalières qu'au 31 août 2016, l'intimée a tenu compte de cette période d'adaptation qui revient en fait à une capacité de travail limitée dans un premier temps. Quant au Dr I_____, il ne se prononce pas sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée mais se contente d'affirmer dans son premier rapport, du 2 novembre 2016, que l'exercice de l'activité habituelle d'aide de cuisine n'est plus exigible. Dans son rapport du 16 novembre 2016, il semble considérer qu'il y a une diminution de la capacité de travail de plus de 10% dans une activité adaptée, au vu des importantes limitations fonctionnelles. Ce faisant, il ne s'appuie cependant pas sur des éléments médicaux nouveaux qui auraient été ignorés par le Dr F_____, si bien que son appréciation divergente ne permet pas de mettre en doute les conclusions de l'expert.

La recourante fait valoir qu'aux termes du rapport du 18 juillet 2016 du docteur G_____, spécialiste FMH en médecine nucléaire, il existerait une anomalie au niveau de la partie inférieure des vis de l'implant glénoïdien de la prothèse d'épaule. Toutefois, le Dr G_____ précise que l'interprétation pathologique de cette (seule) anomalie décelable au niveau de la prothèse demeure incertaine, dès lors il existe à ce niveau un remodelage ostéolastique dont l'intensité très modérée est proche du remodelage arthrosique des articulations acromio-claviculaires. Cela étant, il se demande s'il s'agit d'une instabilité mécanique des vis prothétiques, laquelle instabilité pourrait favoriser la progression du spicule osseux situé juste en dessous de cette zone de contrainte. Ces constatations – qui ne débouchent que sur

de simples conjectures – ne sont pas suffisamment étayées pour considérer qu’il existerait un élément important qui aurait été ignoré par l’expert et qui permettrait de conclure à diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée.

La recourante fait également valoir que le fait d’être toujours sous traitement antidouleur démontrerait que son état n’est pas stabilisé. Cet argument ne saurait être suivi. En effet, la prescription d’une mesure thérapeutique, ayant uniquement pour effet d’atténuer passagèrement les plaintes liées à un état stationnaire en soi, ne fait pas obstacle à la clôture du cas par l’assureur (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1).

Il découle de ce qui précède que les rapports des Drs D_____, I_____ et G_____ ainsi que les arguments avancés par la recourante ne sont pas de nature à remettre en cause le rapport d’expertise du Dr F_____ en tant que celui-ci conclut à une stabilisation de l’état de santé et à une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Compte tenu de ces éléments, la chambre de céans ne s’écartera pas de la pleine capacité de travail retenue par l’intimée dans toute activité adaptée et considèrera qu’il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l’état de santé de la recourante était stabilisé à la date de l’expertise. En conséquence, l’intimée était en droit de mettre un terme aux indemnités journalières et, partant, d’examiner le droit à une rente d’invalidité et à une indemnité pour atteinte à l’intégrité corporelle (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_443/2016 du 11 août 2016 consid. 2.2).

12. Il convient en premier lieu d’examiner le degré d’invalidité.

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

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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_708/200 du 21 août 2008 consid. 5.5). Lorsqu’on peut partir de l’idée que l’assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l’atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu’il obtenait dans le poste occupé jusqu’alors (RAMA 2006 n° U 568 p. 66, consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 5.5).

c. S’agissant de la fixation du revenu d’invalide, ce n’est pas le fait que l’assuré mette réellement à profit sa capacité résiduelle de travail qui est déterminant, mais bien plutôt le revenu qu’il pourrait en tirer dans une activité raisonnablement exigible. Le caractère raisonnablement exigible d’une activité doit être évalué de

manière objective, c'est-à-dire qu'on ne peut simplement tenir compte de l'appréciation négative par l'assuré de l'activité en cause. En application de ce principe, la jurisprudence admet très largement le caractère exigible d'une activité (Ulrich MEYER, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2^{ème} éd. 2010, p. 294 ss). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. L'administration doit en principe examiner quelles possibilités de réadaptation concrètes existent pour l'assuré, compte tenu de l'ensemble des circonstances, en particulier de ses caractéristiques physiques et psychiques ainsi que de sa situation professionnelle et sociale, considérées de manière objective. Cela étant, lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 778/05 du 11 janvier 2007 consid. 6.2 et les références). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa).

d. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

e. Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de

retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.2).

Pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi, il convient de se placer au moment où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.3). Si on ne peut pas attendre d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il reprenne une activité adaptée, le degré d'invalidité doit être déterminé en fonction de sa capacité de travail résiduelle dans l'activité qu'il exerçait avant la survenance de son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.3 et 5.4).

À titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 376/05 du 5 août 2005 consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70% (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 304/06 du 22 janvier 2007 consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser la capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 392/02 du 23 octobre 2003 consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50% avec de nombreuses limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 401/01 du 4 avril 2002 consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2).

13. a. En l'espèce, le revenu sans invalidité n'est pas contesté par la recourante.

S'agissant du revenu d'invalidé, l'intimée s'est basée sur un salaire statistique de CHF 4'300.- (soit CHF 51'600.- par an selon l'ESS 2014, tableau TA 1, tirage « skill level », rubrique totale, femmes, niveau de formation 1, activités simples). En tenant compte d'une durée hebdomadaire de travail de 41.7 heures, cela correspond à CHF 53'793.- ($51'600 \times 41.7 / 40$), respectivement CHF 54'332.- après renchérissement de 0.5% en 2015 comme en 2016, montant duquel l'intimée a déduit 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles, aboutissant ainsi à un revenu déterminant de CHF 48'899.-.

b. La recourante conteste ce calcul en ce qui concerne le taux d'abattement appliqué au salaire statistique retenu à titre de salaire d'invalidé. Elle fait valoir à cet égard que l'OAI a tenu compte non seulement de ses limitations fonctionnelles mais aussi de son l'âge. Pour sa part, l'intimée soutient que ce dernier facteur ne jouerait aucun rôle et qu'une réduction du revenu d'invalidé de 10% serait correcte pour des personnes ayant subi des lésions au membre supérieur gauche et pouvant travailler avec le membre supérieur droit.

Il est vrai que, selon la jurisprudence en la matière, le marché équilibré du travail comprend un éventail suffisamment large d'activités adaptées à des personnes qui ne disposent fonctionnellement que d'un bras et ne peuvent, pour le surplus, exécuter que des tâches légères (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_622/2016 du 21 décembre 2016 consid. 5.2.2 et les arrêts cités). Sur ce même marché, il existe également une demande pour des activités non qualifiées, qui n'est en principe pas fonction de l'âge, de sorte que ce facteur n'est pas (nécessairement) synonyme de diminution de revenu (arrêt du Tribunal fédéral 9C_808/2015 du 29 février 2016 consid. 4.2 et les arrêts cités).

Une réduction de 10% du revenu d'invalidé a été confirmée à plusieurs reprises par le Tribunal fédéral en présence d'un handicap affectant un des membres supérieurs (cf. notamment l'arrêt 8C_622/2016 précité ainsi que les arrêts du Tribunal fédéral 8C_366/2013 du 18 juin 2013 et 8C_142/2009 du 12 juin 2009).

En l'occurrence, la recourante était âgée de 58 ans au moment de la décision querellée. Même s'il est vrai qu'une telle circonstance ne conduit pas ipso facto à une réduction du revenu d'invalidé, un âge relativement avancé – comme dans le cas particulier – n'en constitue pas moins un facteur de réduction (cf. ci-dessus : consid. 12d) dont la pertinence doit être examinée au regard de toutes les circonstances concrètes du cas (arrêt du Tribunal fédéral 9C_334/2013 du 24 juillet 2013 consid. 3). Or, celles-ci se caractérisent par le fait que l'intéressée a exercé, tout au long de sa vie professionnelle, commencée à l'âge de 19 ans, le métier de cuisinière et ce, dans une position subalterne depuis son arrivée en Suisse (cf. dossier AI, doc 55 p. 8 et doc. 112 p. 7), qu'elle n'a pas d'autre expérience professionnelle à son actif et que cette activité n'est médicalement plus exigible. Ce sont là autant d'éléments qui, à 58 ans – âge auquel les coûts de la prévoyance professionnelle sont inversement proportionnels à la durée prévisible des rapports de travail – compliquent de manière significative son accès au marché du travail.

En revanche, la recourante n'était pas suffisamment âgée au moment déterminant pour rendre la perspective d'un engagement totalement irréaliste selon les critères jurisprudentiels.

Dans ces circonstances, l'intimée n'était pas fondée à écarter le critère de l'âge dans la détermination de l'abattement. Aussi convient-il de porter celui-ci à 15%, à l'instar de l'OAI, en tenant compte non seulement des limitations fonctionnelles, mais aussi de l'âge de l'intéressée, ce qui correspond à une réduction de CHF 8'149.80 ($15 \times 54'332 / 100$) en lieu et place de CHF 5'433.25. Par conséquent, le revenu d'invalidité s'établit à CHF 46'182.20 et la perte de gain à CHF 6'621.10 ($52'803.30 - 46'182.20$). Pour le reste, le calcul du taux d'invalidité ne prête pas le flanc à la critique.

c. En définitive, la comparaison des gains conduit à un degré d'invalidité de 12.53% ($6'621.10 \times 100 / 52'803.30$), taux qu'il convient d'arrondir à 13%. Partant, la recourante a droit à une rente d'invalidité de ce pourcentage.

14. a. Il convient à présent d'examiner si la recourante a droit à la prise en charge de son traitement médical au-delà du 31 août 2016.

La recourante soutient que tel est le cas dans la mesure où les traitements prescrits par le Dr H_____ seraient nécessaires pour maintenir sa capacité de gain et/ou empêcher que son état de santé ne subisse une notable détérioration. L'intimée ne prend pas position à ce sujet et se limite à faire valoir que l'art. 21 LAA n'est pas applicable lorsqu'un assuré ne peut prétendre à une rente en raison d'une incapacité de gain nulle ou inférieure à 10% (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_191/2011 du 16 septembre 2011 consid. 5.2).

Étant donné que la recourante a droit à une rente d'invalidité de 13%, se pose la question de savoir à quelles conditions un traitement médical doit être pris en charge par l'intimée après la fixation de la rente.

b. L'art. 21 al. 1 let. d LAA vise les bénéficiaires de rente totalement invalides (ATF 140 V 130 consid. 2.3 p. 133; 124 V 52 consid. 4 p. 57; SVR 2012 UV n° 6 p. 21, déjà cité, consid. 5.2; arrêts du Tribunal fédéral 8C_275/2016 du 21 octobre 2016 consid. 3; 8C_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1), soit une éventualité qui n'est pas réalisée en l'espèce. L'art. 21 al. 1 let. a et b LAA n'entre pas non plus en considération dans le cas particulier. Quant à l'art. 21 al. 1 let. c LAA, il subordonne la prise en charge ou le maintien du traitement médical après la fixation de la rente d'invalidité à la condition que le bénéficiaire de cette prestation en ait besoin de manière durable pour conserver sa capacité résiduelle de gain (« zur Erhaltung seiner verbleibenden Erwerbsfähigkeit » ; « per mantenere la capacità residua di guadagno »). Si cette condition n'est pas réalisée, le traitement médical requis doit être pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire (ATF 140 V 130 consid. 2.2 ; 134 V 109 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_518/2016 du 8 mai 2017 consid. 3.4).

c. Selon le Dr F_____ considère que la recourante a besoin de contrôles réguliers de sa prothèse et d'une antalgie au long court, à prescrire régulièrement et à adapter en fonction de l'évolution de la symptomatologie douloureuse. Quant au Dr H_____, il mentionne dans la prescription de physiothérapie du 24 février 2017, que le but du traitement est analgésique/anti-inflammatoire et vise également à améliorer la fonction articulaire et musculaire.

Aussi bien le bon fonctionnement articulaire et musculaire de l'épaule que le traitement de la douleur paraissent indispensables au maintien de la capacité de gain de la recourante. Par conséquent, celle-ci peut prétendre à la prise en charge de ces traitements, outre les contrôles réguliers de sa prothèse.

15. Il reste à examiner le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle (IPAI). La recourante conteste le taux de 20% retenu par l'intimée et conclut à ce qu'il soit augmenté à 50%.

a. Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1^{ère} phrase); elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2^{ème} phrase). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009, consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le

montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d).

b. Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1^{ère} phrase); elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2^{ème} phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1^{ère} phrase).

Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2).

16. Depuis janvier 2016, le montant maximal du gain assuré s'élève à CHF 148'200.- par an et CHF 406.- par jour (art. 22 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 [OLAA ; RS 832.202]). Entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2015, ce montant s'élevait à CHF 126'000.- par an et CHF 346.- par jour (art. 22 al. 1 aOLAA; (RO 2007 p. 3667).
17. a. L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a; RAMA 1988 p. 236) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb).

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

La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3; ATF 124 V 209 consid. 4.cc; ATF 116 V 156 consid. 3).

Lorsqu'une atteinte à l'intégrité ne figure ni à l'annexe 3 de l'OLAA, ni dans les tables de la SUVA, il convient de l'apprécier en la comparant à d'autres atteintes (ATF 113 V 218 consid. 3 ; Alexandra RUMO-JUNGO, André Pierre HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4^{ème} éd. 2011, in MURER/STAUFFER [éd.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht).

Selon l'annexe 3 à l'OLAA, une luxation récidivante de l'épaule correspond à un taux de 10% et la perte d'un bras, au niveau du coude ou au-dessus, à un taux de 50%.

À teneur de la table 5.2 de la SUVA relative à l'indemnisation des atteintes à l'intégrité résultant d'arthroses, une endoprothèse (gléno-humérale) de l'épaule avec un résultat bon correspond à un taux de 15-20%.

b. En l'espèce, le Dr F_____ retient dans son expertise que l'atteinte à l'intégrité peut être estimée à 20%, compte tenu d'une endoprothèse de l'épaule « avec résultat satisfaisant ».

Pour sa part, la recourante ne produit pas de rapport divergeant se prononçant sur la question spécifique de l'IPAI. Se référant au rapport du Dr G_____, elle soutient qu'il existe une anomalie au niveau de la partie inférieure des vis de l'implant glénoïdien de la prothèse d'épaule. De plus, elle serait toujours en proie à des douleurs.

Ces arguments ne sauraient être suivis. En effet, comme le Dr G_____ le relève lui-même, l'interprétation pathologique de ladite anomalie demeure incertaine, de sorte qu'on ne saurait conclure, sur la base d'un tel rapport, que l'on serait en présence d'une « endoprothèse avec résultat mauvais », éventualité pour laquelle la table 5.2 prévoit un taux de 25%. En outre, on rappellera que l'IPAI a précisément pour but d'offrir une forme de réparation morale, notamment pour les douleurs dont il y a lieu d'admettre qu'elles subsisteront la vie durant (cf. ci-dessus : consid. 16a). À cet égard, l'expert F_____ a expressément tenu compte du fait qu'une antalgie au long court était à prescrire régulièrement et à adapter en fonction de l'évolution de la symptomatologie douloureuse. Enfin, en tenant compte du fait que pour une atteinte similaire (épaule mobile jusqu'à l'horizontale), la table 1 de la SUVA prévoit une IPAI de 15%, l'appréciation du Dr F_____, fondée sur la table 5.2, ne prête pas le flanc à la critique.

18. Partant, la décision querellée sera confirmée en tant qu'elle fixe l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à CHF 25'200.-, soit 20% du montant du gain maximum assuré en 2012.
19. Compte tenu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 21 mars 2017 réformée dans le sens que la recourante a droit à une rente de 13%, ainsi qu'aux traitements médicaux sous forme de contrôles réguliers de sa prothèse, de traitements antalgiques et de physiothérapie de l'épaule. Cette décision sera confirmée pour le surplus.
20. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA : art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10]. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H al. 4 LPA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision du 21 mars 2017 dans le sens que la recourante a droit à une rente d'invalidité de 13% à compter du 1^{er} septembre 2016, ainsi qu'aux traitements médicaux sous forme de contrôles réguliers de sa prothèse, de traitements antalgiques et de physiothérapie de l'épaule.
4. La confirme pour le surplus.
5. Condamne l'intimée à payer à la recourante une indemnité de CHF 2'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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