

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 septembre 2024

---

Composition : M. NEU, président  
MM. Berthoud et Oppikofer, assesseurs  
Greffier : M. Reding

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Philippe Nordmann,  
avocat à Lausanne,

et

**T.** \_\_\_\_\_ **SA**, à [...], intimée.

---

**Art. 53 al. 1 LPGA ; art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** R. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé entre [...] et [...] pour le compte de la société [...] SA en qualité de responsable de la cafétéria. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de T. \_\_\_\_\_ SA (ci-après : T. \_\_\_\_\_ SA ou l'intimée).

Le 7 février 2013, l'assurée, alors qu'elle marchait sur un trottoir, a été victime d'une chute après avoir glissé sur une plaque de glace. Cet accident a été annoncé le lendemain par son employeur à T. \_\_\_\_\_ SA, laquelle a pris en charge ses suites.

Après cet événement, l'assurée s'est retrouvée en incapacité de travail, laquelle a fluctué entre 50 % et 100 %.

Le 8 février 2013, l'assurée a été opérée par les Drs J. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et [...], médecin assistant. Ces derniers ont procédé à une réduction ouverte et une ostéosynthèse de l'humérus proximal droit par une plaque Philos à trois trous.

Le 5 juin 2014, l'assurée a fait l'objet d'une nouvelle intervention menée par les Drs J. \_\_\_\_\_ et [...], médecin assistant, lesquels ont pratiqué une ablation de matériel d'ostéosynthèse à l'humérus droit.

Le 2 décembre 2014, une arthro-IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule droite de l'assurée a été réalisée, laquelle a mis en évidence une ostéonécrose de la tête humérale, une rupture transfixiante incomplète à la jonction entre la portion postérieure du tendon du muscle supra-épineux et la portion antérieure du tendon du muscle infra-épineux, se poursuivant par un clivage respectivement dans ces tendons, et une tendinopathie du tendon du long chef du muscle biceps dans sa portion horizontale.

Le 4 juin 2015, le Dr [...] et le Prof. [...], tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont opéré une réinsertion du tendon infra-épineux et une résection de la clavicule distale par un mini-abord latéral de l'épaule droite de l'assurée.

Le 16 mars 2016, une arthro-IRM de l'épaule droite de l'assurée a été effectuée, relevant l'absence de rupture transfixiante des tendons de la coiffe des rotateurs ainsi que des irrégularités à la face profonde du tendon supra-épineux, une petite déchirure à la face profonde du tendon infra-épineux associé à un clivage intra-tendineux et une bursite sous-acromiale.

Par rapport du 18 avril 2016, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de status à trois ans après réduction ouverte et ostéosynthèse de l'humérus proximal droit par une plaque Philos pour une fracture deux parts de la tête humérale à droite, de status à dix-huit mois après ablation de matériel d'ostéosynthèse de l'humérus droit et de status à huit mois après réinsertion du tendon infra-épineux et résection de la clavicule distale par un mini-abord latéral de l'épaule droite. Il a estimé que la capacité de travail était pleine dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge supérieure à 10 kg bras au corps et à 1 kg en abduction ; interdiction de toute activité à hauteur au-dessus de l'horizontale de l'épaule droite et de toute activité nécessitant une traction ou une répulsion à l'aide du membre supérieur droit de même que des rotations répétitives de ce dernier. Il a jugé que la situation était stabilisée sur le plan médical.

Le 13 octobre 2016, une IRM des deux épaules de l'assurée a été réalisée, concluant à ce qui suit (*sic*) :

« IRM de l'épaule gauche : importante tendinopathie en déchirure partielle sans rupture du sous-scapulaire proche de l'insertion avec une amyotrophie de grade I et quelques petits foyers graisseux (Goutallier type 1). Tendinopathie avec tendinite sans déchirure du sus-épineux. Tendinopathie plus avérée avec quelques fines

déchirures partielles à l'insertion du tendon du sous-épineux. Ebauche naissante d'une arthropathie acromio-claviculaire.

IRM de l'épaule droite : importante amyotrophie partiellement en infiltration graisseuse (2,2) du sus-épineux, à peine dans une moindre mesure du sous-épineux, non significative du sous-scapulaire avec des tendons toutefois encore perçus dans leur continuité. Visualisation plus délicate de l'origine du tendon du long chef du biceps en raison des artéfacts. Status post-fracture traitée par ostéosynthèse sous-capitale, sans particularité. Status post-acromioplastie (?). Bursite sous-acromio-sous-delhoïdienne. ».

Le même jour, des radiographies des deux épaules de l'assurée ont également été effectuées, lesquelles ont révélé ce qui suit (*sic*) :

« Status post-opératoire par ostéosynthèse d'une fracture sous-capitale humérale droite, la congruence, le positionnement et le rapport avec la cavité glénoïde apparaissant respectés. Calcifications sus-trochitériennes bilatérales suspectant une tendinopathie calcifiante chronique sous-jacentes. ».

Par rapport d'expertise du 26 octobre 2016, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a noté les diagnostics de status à trois ans et demi après fracture trois parts de l'humérus proximal droit (ostéosynthésée), de status à deux ans et quatre mois après ablation de matériel d'ostéosynthèse de l'humérus proximal droit, de possible/probable capsulite rétractile (*versus* arthrofibrose post-opératoire) intercurrente, de status à un an et quatre mois après réinsertion d'une lésion transfixiante du tendon sous-épineux et résection claviculaire distale de l'épaule droite ainsi que de tendinopathie dégénérative (également à caractère calcifiant) de la coiffe des rotateurs, touchant probablement les deux épaules. Selon lui, il était impossible d'écarter - avec une très haute vraisemblance - une responsabilité partielle de l'événement du 7 février 2013 dans la dégradation d'une coiffe des rotateurs préalablement fragilisée, si bien qu'il était à l'heure actuelle trop tôt pour aborder la question du *statu quo sine vel ante*. La capacité de travail dans l'activité habituelle était probablement diminuée de moitié. Elle était en revanche pleine dans une activité adaptée, la limitation étant en lien avec les difficultés supposées à porter des charges lourdes (plus de 7,5 kg), voire des charges en position de port à faux (même certaines charges légères), et les difficultés

rencontrées en cas de mouvements répétitifs (par exemple, le nettoyage des tables) ou ceux consistant à saisir des objets en hauteur (au-dessus du niveau des épaules).

Par décision du 21 décembre 2016, T.\_\_\_\_\_ SA a reconnu à l'assurée le droit au versement d'indemnités journalières calculées sur la base d'une capacité de travail de 50 %, jusqu'au 31 août 2016, puis de 11 % dès le 1<sup>er</sup> septembre 2016.

Le 11 octobre 2017, une IRM et des radiographies des deux épaules de l'assurée ont été effectuées en vue d'un comparatif avec l'imagerie du 13 octobre 2016. Celles-ci ont souligné ce qui suit (*sic*) :

« **IRM de l'épaule droite :** aspect en tout point superposable des anomalies préalablement rapportées sur l'examen comparatif dont une importante amyotrophie de grade II selon Goutallier du sus-épineux et sous-épineux, non significative du sous-scapulaire. Dans les limites de la technique de l'examen avec les artéfacts post-opératoires inhérents, continuité préservée des tendons de la coiffe. Bursite inchangée sous-acromio-sous-deltoïdienne. Pas d'autre changement.

**IRM de l'épaule gauche :** pas de changement des anomalies rapportées au niveau du sus-épineux et sous-épineux. Amélioration significative avec un tendon du sous-scapulaire actuellement mieux délimité, continu et sans rehaussement ni hypersignal liquidien transfixiant. Persistance d'une discrète amyotrophie de grade I d'accompagnement. Pas d'autre changement.

Les radiographies des deux épaules apparaissent également superposables. Pas d'extension des calcifications signant une tendinopathie calcifiante chronique. ».

Par rapport d'expertise complémentaire du 3 décembre 2017, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a repris les diagnostics initialement posés dans son rapport du 26 octobre 2016. D'après lui, le bilan actuel révélait une amélioration de la situation de l'épaule droite depuis le mois d'octobre 2016. L'événement du 7 février 2013 semblait encore déployer un peu ses effets. La capacité de travail dans l'activité habituelle s'approchait dorénavant d'un taux de 66 %, alors qu'elle se montait toujours à 100 % dans une activité adaptée.

Dans un avis du 15 février 2018, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de T.\_\_\_\_\_, SA, a estimé - contrairement à l'opinion du Dr Q.\_\_\_\_\_ - que le fait que la dégénérescence musculaire de l'épaule gauche ne soit pas exactement superposable à celle de l'épaule droite n'impliquait pas, *de facto*, une responsabilité, même partielle, de l'accident. Il n'avait en effet jamais été établi que la totalité des dégénérescences se produisait de façon concordante d'un membre par rapport à l'autre. Ainsi, deux ans et demi après l'opération de la coiffe des rotateurs, le *statu quo sine* avait été atteint.

Par rapport du 5 mars 2018, les Drs K.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, tous deux médecins auprès du Service médical de l'assurance-invalidité (SMR), ont fait état des diagnostics - avec influence sur la capacité de travail - de douleurs chroniques de l'épaule droit dans un status post-fracture tri-fragmentaire de l'humérus droit et de persistance d'une tendinopathie chronique du supra-épineux ainsi que des diagnostics - sans impact sur la capacité de travail - de status post-réinsertion de l'infra-épineux droit, de status post-résection de l'acromion distal et de dysthymie. Ils ont attesté une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et pleine dans une activité adaptée n'exigeant pas de travail prolongé au-delà du plan de l'horizontale, pas d'abductions et d'adductions répétées du bras droit, pas de soulèvement de charges au-delà de 2 kg et pas de port de charge en bi-manuel au-delà de 5 kg.

Par décision du 15 février 2019, T.\_\_\_\_\_ SA a considéré qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assurée, mettant dès lors fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des frais de traitement au 31 janvier 2018. Elle a en outre refusé le versement d'une rente, dans la mesure où le degré d'invalidité de l'assurée se montait seulement à 9 %. Elle a enfin informé cette dernière que l'évaluation définitive portant sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité serait réalisée en décembre 2020.

Le 22 mars 2019, l'assurée, sous la plume de [...] SA, s'est opposée à cette décision.

Par décision sur opposition du 27 mars 2019, T.\_\_\_\_\_ SA a déclaré l'opposition de l'assurée irrecevable faute de motivation. Non contestée, celle-ci est entrée en force dans l'intervalle.

**B.** Le 12 mars 2020, R.\_\_\_\_\_, désormais représentée par Me Philippe Nordmann, a sollicité la révision de son dossier. Elle a joint à son courrier un rapport d'expertise privée établi le 10 mars 2020 par le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a relevé les diagnostics d'antécédent de fracture sous-capitale de l'humérus droit le 7 février 2013 (ostéosynthésée par plaque Philos le 8 février 2013), d'antécédent d'ablation de matériel d'ostéosynthèse le 5 juin 2014, d'antécédent de réparation de la coiffe des rotateurs au dépend du tendon sous-épineux à droite le 4 juin 2015 et de raideur post-opératoire de l'épaule droite, tout en précisant que ces atteintes se trouvaient en lien de causalité certain avec l'accident de février 2013. Selon cet expert, la capacité de travail était réduite de moitié dans une activité adaptée, la raideur persistante engendrant une diminution de rendement et une fatigabilité. L'assurée était au demeurant restreinte dans la réalisation d'activités répétitives et avec port de charge, la force en abduction étant limitée à 4,2 kg. Le travail restait possible avec les membres supérieurs tant que ces derniers ne devaient pas être élevés au-dessus du niveau du cou.

Par rapport du 24 juin 2020, le Dr [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a mis en évidence le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques existant depuis 2013. A son avis, la capacité de travail était nulle depuis le début du suivi, en avril 2017. Les limitations psychiques actuelles se résumaient en un état de tristesse et de fatigue, une perte de plaisir à effectuer les activités, un pessimisme, des sentiments d'inutilité et de culpabilité, des troubles mnésiques de la mémoire récente et de la concentration, une baisse de

l'appétit, un sommeil agité et parfois des réveils nocturnes malgré l'administration d'un nouveau traitement hypnotique.

Dans un avis du 29 septembre 2020, le Dr S. \_\_\_\_\_ a indiqué que le Dr C. \_\_\_\_\_, au travers de son rapport d'expertise du 10 mars 2020, n'apportait pas de nouvel argument orthopédique objectif ou de diagnostic d'étiologie accidentelle non encore consigné dont les répercussions sur la capacité fonctionnelle résiduelle de l'épaule droite seraient substantielles à tel point qu'une surévaluation de la capacité de travail exigible serait manifeste. Il a par ailleurs joint un tableau synoptique comparant les différents bilans d'évaluation de la capacité de travail établis par les Drs W. \_\_\_\_\_, Q. \_\_\_\_\_, K. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_.

Le 11 novembre 2020, l'assurée a fait l'objet de radiographies des deux épaules, lesquelles n'ont pas signalé d'évolution significative par rapport aux radiographies comparatives du 11 octobre 2017, avec un status inchangé post-opératoire et chirurgical à droite, ni de nouvelle lésion à gauche. Elle a en outre subi une IRM de ces deux articulations, laquelle a révélé ce qui suit (*sic*) :

« IRM de l'épaule droite :

Si ce n'est une diminution partielle de la bursite sous-acromio-sous-delhoïdienne, statu quo par rapport au comparatif du 11.10.2017.

IRM de l'épaule gauche :

Tendinopathie modérée sans déchirure significative de la coiffe ou du tendon du long chef du biceps. Statu quo des anomalies à caractère dégénératif tant de la tête que de l'articulation acromio-claviculaire, cette dernière discrètement acutisée. Pas d'autre changement. ».

Par décision du 15 décembre 2020, T. \_\_\_\_\_ SA a rejeté la demande de révision de l'assurée, tout en lui reconnaissant le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %.

Le 20 janvier 2021, l'assurée s'est opposée à cette décision, soutenant en substance que le rapport d'expertise du 10 mars 2020 du Dr C. \_\_\_\_\_ apportait un éclairage nouveau par rapport aux analyses médicales antérieures.



Par décision sur opposition du 3 août 2021, T.\_\_\_\_\_ SA a rejeté l'opposition de l'assurée.

**C.** Le 30 août 2021, R.\_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de son mandataire, a déféré cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens que le droit à une rente fondée sur une invalidité de 50 % lui soit reconnu à compter du 1<sup>er</sup> février 2018 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision. Elle a pour l'essentiel reproché à cette autorité de ne pas avoir donné suite à sa demande de révision et, à titre subsidiaire, de ne pas avoir traité son cas comme une rechute ou une séquelle tardive. Elle a de surcroît requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Par réponse du 4 novembre 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 29 novembre 2021, la recourante a réitéré sa demande portant sur la mise en place d'une expertise judiciaire.

Par duplique du 14 décembre 2021, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

Par écriture du 13 janvier 2022, la recourante a implicitement confirmé ses conclusions.

Par courrier du 25 janvier 2022, le Juge instructeur a informé les parties de la prochaine mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Les 9 février et 31 août 2023, la recourante a été examinée par le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans un rapport du 7 septembre 2023, celui-ci a exposé que la déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite s'était aggravée, sans toutefois pouvoir indiquer la date de la survenance de

cette péjoration. Il a en outre répondu de la manière suivante à la question de savoir si les éléments relevés par le Dr C. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 10 mars 2020 étaient ou non inconnus au moment où l'intimée avait rendu sa décision du 15 février 2019 (*sic*) :

« La décision de T. \_\_\_\_\_ SA, du 15 février 2019, a été rendue sans tenir compte des éléments médicaux relevés dans mon expertise, inconnus à l'époque.

En effet, la déchirure de la coiffe à l'épaule droite de Mme R. \_\_\_\_\_, découverte en 2014, avait été considérée comme étant d'origine dégénérative par les différents experts jusqu'à l'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_. Alors que selon les éléments mentionnés dans mon appréciation [...] et qui concordent avec l'évaluation du Dr C. \_\_\_\_\_, la **relation de causalité** entre *l'événement accidentel du 7.2.2013*, et les lésions de la coiffe des rotateurs à l'épaule droite de la patiente, **est situé entre probable (> 50%) et certain (100%)**.

Une partie des lésions de la coiffe à l'épaule droite de Mme R. \_\_\_\_\_, déchirure partielle du tendon sous-scapulaire et la tendinopathie du long chef du biceps, déjà présents sur l'arthro-IRM du 2.12.2014, n'ont d'ailleurs pas été décelées auparavant. Ces lésions, encore présentes actuellement, ont été confirmées par le Prof. [...].

En ce qui concerne, la déchirure du tendon supra-épineux à l'épaule droite de Mme R. \_\_\_\_\_, il est difficile de trancher quant à savoir s'il s'agit d'une déchirure récente ou plutôt une déchirure qui n'a pas cicatrisé, malgré l'intervention de 2015, et qui a augmenté avec le temps, et en raison de la lésion de la poulie bicipitale. En effet, les IRM de 2016, 2017 et 2020 ont été réalisées sans injection de produit de contraste, et une non-cicatrisation partielle aurait pu être manquée. Le taux de non-cicatrisation varie entre 6-40% [...].

Il en est de même du Syndrome Douloureux Régional Complexe (SDRC) avec probable atteinte du nerf suprascapulaire, qui n'ont été mis en évidence que cette année, suite à mes recherches. ».

Par écriture du 16 octobre 2023, la recourante a modifié sa conclusion principale en ce sens que le droit à une rente fondée sur une invalidité de 100 % (et non plus de 50 %) lui soit reconnu dès le 1<sup>er</sup> février 2018.

Par écriture du 23 novembre 2023, l'intimée a avancé que l'expertise du Dr T. \_\_\_\_\_ précitée ne constituait qu'une nouvelle appréciation de faits déjà connus et pris en compte dans la décision du 15 février 2019 en vue de déterminer la capacité de travail de la recourante. Elle a annexé à son acte une appréciation établie le 4 octobre 2023 par son médecin-conseil, le Dr O. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Par écriture du 18 décembre 2023, la recourante a soutenu que les rapports des Drs C.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ apportaient des éléments nouveaux au dossier, notamment la reconnaissance de l'origine accidentelle à la rupture de la coiffe des rotateurs et la mise en évidence de la lésion sous-scapulaire avec la présence d'un syndrome douloureux régional complexe (SDRC).

Par écriture du 12 janvier 2024, l'intimée a une nouvelle fois contesté le caractère nouveau des éléments relevé par les Drs C.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_, joignant pour le surplus un avis du 10 janvier 2024 du Dr O.\_\_\_\_\_.

Par écriture du 29 janvier 2024, la recourante a implicitement réitéré ses conclusions.

Le 28 février 2024, le juge instructeur a tenu une audience d'instruction, durant laquelle il a tenté une conciliation et formulé une proposition transactionnelle.

Par courrier du 19 mars 2024, l'intimée a manifesté son refus quant à cette proposition transactionnelle.

### **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 en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents pour la période au-delà du 31 janvier 2018, singulièrement sur la question de l'existence d'un motif de révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident 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.

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

**c)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours

ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C\_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

**d)** En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C\_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3).

**4. a)** L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident ; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de

l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (art. 6, première phrase, LPGA).

La jurisprudence considère qu'un délai doit être imparti à la personne concernée pour rechercher une activité raisonnablement exigible dans une autre profession ou un autre domaine. La durée de ce délai doit être appréciée selon les circonstances du cas particulier. Elle est généralement de trois à cinq mois selon la pratique applicable en matière d'assurance-maladie (ATF 129 V 460 consid. 5.2 ; 114 V 281 consid. 5b et les références ; voir aussi TF 8C\_682/2021 du 13 avril 2022 consid. 7.2 et TF 8C\_687/2014 du 9 septembre 2015 consid. 5.1.1. avec la référence).

**b)** Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de la personne assurée - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C\_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) - 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).

**5. a)** Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si la personne assurée ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (révision procédurale ; art. 53 al. 1 LPGA).

**b)** La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une

décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt du Tribunal fédéral fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF. Sont nouveaux, au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où des allégations de faits étaient encore recevables dans la procédure principale, mais qui n'étaient pas connus de la partie requérante malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à établir soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment de la partie requérante. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 144 V 245 consid. 5.1s. ; 143 V 105 consid. 2.3). Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal (ATF 127 V 353 consid. 5b).

**6. a)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à 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 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\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125



V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

**7. a)** En l'espèce, dans son rapport du 18 avril 2016, le Dr W.\_\_\_\_\_ a fait état des diagnostics de status après réduction ouverte et ostéosynthèse de l'humérus proximal droit par une plaque Philos pour une fracture deux parts de la tête humérale à droite, de status après ablation de matériel d'ostéosynthèse de l'humérus droit et de status après réinsertion du tendon infra-épineux et résection de la clavicule distale par un mini-abord latéral de l'épaule droite. Selon lui, la capacité de travail de la recourante était pleine dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne de l'épaule droite. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a, pour sa part, mis en évidence, dans ses rapports des 26 octobre 2016 et 3 décembre 2017, les diagnostics de status après fracture trois parts de l'humérus proximal droit (ostéosynthésée), de status après ablation de matériel d'ostéosynthèse de l'humérus proximal droit, de possible/probable capsulite rétractile intercurrente, de status après réinsertion d'une lésion transfixiante du tendon sous-épineux et résection claviculaire distale de l'épaule droite ainsi que de tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs, touchant probablement les deux épaules. Il a estimé que l'assurée était partiellement entravée dans l'exercice de son activité habituelle de responsable de cafétéria, mais qu'elle restait pleinement apte à exercer une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles d'épargne des épaules. Un traitement antalgique simple et d'éventuelles cures d'anti-inflammatoires non stéroïdiens étaient susceptibles de maintenir les capacités fonctionnelles. Il persistait néanmoins un doute quant à une responsabilité partielle de l'accident de février 2013 dans la dégradation de la coiffe des rotateurs, laquelle était préalablement fragilisée. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a, lui, exposé, dans son rapport du 15 février 2018, que la recourante avait été victime d'une fracture deux parts de l'humérus droit à la suite de sa chute. Cette lésion avait fait l'objet d'une intervention chirurgicale bien réalisée. La tendinopathie de la coiffe des rotateurs des deux épaules relevée par le Dr Q.\_\_\_\_\_ était en revanche d'origine purement dégénérative et ne se trouvait de ce fait pas en lien avec l'accident susmentionné. Deux ans et

de mi après l'opération de la coiffe des rotateurs, le *statu quo sine* avait donc été atteint. Enfin, le Dr K.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 5 mars 2018, a noté les diagnostics - sur le plan somatique - de douleurs chroniques de l'épaule droit dans un status post-fracture tri-fragmentaire de l'humérus droit et de persistance d'une tendinopathie chronique du supra-épineux, de status post-réinsertion de l'infra-épineux droit et de status post-résection de l'acromion distal. Il a évalué la capacité de travail à 0 % dans l'activité habituelle et à 100 % dans une activité adaptée depuis le 16 février 2016.

Sur la base du dernier avis du Dr Q.\_\_\_\_\_, l'intimée, par décision du 15 février 2019, a mis fin au versement des indemnités journalières au 31 janvier 2018, jugeant qu'aucune mesure thérapeutique n'était de nature à permettre à la recourante une récupération significative des fonctions de son épaule droite et, partant, une restauration de sa capacité de travail dans son métier habituel. Elle a en outre refusé l'allocation d'une rente d'invalidité, dès lors que le degré d'invalidité de l'assurée se montait à 9 %, soit un taux inférieur au seuil de 10 % fixé à l'art. 18 al. 1 LAA. Cette décision a été confirmée par décision sur opposition du 27 mars 2019, laquelle est entrée en force dans l'intervalle.

**b)** Le 12 mars 2020, la recourante a requis la révision de la décision du 15 février 2019 et de la décision sur opposition du 27 mars 2019, produisant à l'appui de sa demande le rapport d'expertise privée du 10 mars 2020 du Dr C.\_\_\_\_\_. A noter que cette demande a été communiquée à cette autorité dans le délai de nonante jours prévu à l'art. 67 al. 1 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) - applicable par le renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA - suivant la découverte du motif de révision, si bien qu'elle ne peut être considérée comme tardive, ce que T.\_\_\_\_\_ SA ne conteste d'ailleurs pas. Ce spécialiste a ainsi relevé les diagnostics d'antécédent de fracture sous-capitale de l'humérus droit (ostéosynthésée par plaque Philos), d'antécédent d'ablation de matériel d'ostéosynthèse, d'antécédent de réparation de la coiffe des rotateurs au dépend du tendon sous-épineux à

droite et de raideur post-opératoire de l'épaule droite. Selon lui, ces atteintes se trouvaient en lien de causalité certain avec l'événement du 7 février 2013. S'agissant plus spécifiquement de la lésion de la coiffe des rotateurs, l'assurée ne présentait pas de douleurs au préalable, si bien qu'au regard de la littérature médicale, elle n'avait que 2,1 % de chance de souffrir d'une lésion transfixiante de sa coiffe en étant asymptomatique. Le trait de fracture créait en outre, par définition, une lésion de la coiffe des rotateurs. Ce spécialiste a alors attesté d'une capacité de travail réduite de moitié dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne de l'épaule, la raideur persistante engendrant au demeurant une diminution de rendement et une fatigabilité. Estimant nécessaire d'éprouver le rapport d'expertise du Dr C.\_\_\_\_\_, compte tenu des différents avis divergents versés au dossier, le Juge instructeur a commandé au Dr T.\_\_\_\_\_ une expertise judiciaire. Il est ainsi ressorti du rapport du 7 septembre 2023 de ce second expert que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les lésions de la coiffe des rotateurs à l'épaule droite et l'accident se situait entre probable et certaine, cela à la lumière d'un faisceau de preuves, notamment en raison de l'absence de plaintes douloureuses avant cet événement, de l'âge de la recourante et de la localisation de la déchirure de la coiffe.

**c)** Aussi, contrairement à ce que soutient l'intimée, les rapports d'expertise des Drs C.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ précités - auxquels il sied de reconnaître une pleine valeur probante - ne proposent pas une simple appréciation divergente des faits. La décision du 15 février 2019 - confirmée sur opposition - mettant fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des frais de traitement de même que niant le droit à une rente d'invalidité a en effet été rendue principalement sur la base de l'avis du Dr Q.\_\_\_\_\_ selon lequel la lésion de la coiffe des rotateurs - découverte à la fin de l'année 2014 - était de nature purement dégénérative. Les autres médecins ayant été appelés à examiner la recourante ont également défendu cette position. Or tant le Dr C.\_\_\_\_\_ que le Dr T.\_\_\_\_\_ ont finalement réussi à rendre vraisemblable que cette déchirure était d'ordre accidentel, cela en se fondant sur divers

indices – dont la pertinence a été validée scientifiquement –, tels que l'âge au moment de la survenance de la lésion et l'absence de symptomatologie douloureuse préalable. Il s'agit donc d'un élément de fait nouveau au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, lequel était inconnu dans le cadre la première procédure, initiée en 2013. Celui-ci doit qui plus est être qualifié d'important, dans la mesure où il est susceptible de modifier l'état de fait à l'origine de la décision litigieuse de l'intimée et de conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte (cf. *supra* consid. 5b). De surcroît, le Dr T. \_\_\_\_\_ a mis en évidence un nouveau diagnostic, en relevant la présence d'un syndrome douloureux régional complexe (ci-après : SDRC), lequel aurait déjà pu être suspecté en 2014. Il s'agit-là aussi d'un élément de fait nouveau important en vertu de l'art. 53 al. 1 LPGA, responsable de douleurs handicapantes. Certes, comme le fait valoir le Dr O. \_\_\_\_\_ dans son avis du 10 janvier 2024, ce diagnostic n'a d'une part pas été posé en référence aux critères cliniques dits « de Budapest », mais à l'aide d'une scintigraphie osseuse réalisée le 14 mars 2023, et, d'autre part, le lien de causalité entre lui et l'événement traumatique de février 2013 n'a pas été établi dans un délai de trois à quatre mois. Toutefois, suivant la jurisprudence, l'utilisation de l'imagerie garde un rôle notamment lorsque les signes cliniques sont discrets ou incomplets ainsi que dans certaines formes atypiques. Il n'existe de plus pas de consensus médical sur la question de savoir dans quel délai après une blessure un SDRC peut être diagnostiqué (cf. TF 8C\_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5.1). Dès lors, on ne peut reprocher au Dr T. \_\_\_\_\_ de s'être reposé sur le résultat de la scintigraphie pour mettre en évidence – dix ans après l'accident – cette atteinte à la santé.

**d)** Il s'ensuit que la demande de révision déposée le 12 mars 2020 par la recourante doit être admise. Le Dr T. \_\_\_\_\_ ne s'étant cependant pas déterminé expressément sur la question de la capacité de travail résiduelle de la recourante, mais ayant estimé que ses observations concordent avec celles du Dr C. \_\_\_\_\_, il convient de se référer aux conclusions de ce second expert sur ce point et, partant, retenir une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> février 2018. La cause doit en conséquence être renvoyée à l'intimée, afin qu'elle

rende une nouvelle décision sur le catalogue et la quotité des prestations à allouer à l'assurée à partir de cette date. Il lui appartiendra également d'investiguer la question d'une péjoration de l'état de santé de la recourante telle que constatée par le Dr T. \_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 7 septembre 2023.

**8. a)** Subsiste encore la question de la prise en charge des frais de l'expertise judiciaire du 7 septembre 2023 du Dr T. \_\_\_\_\_.

**b)** Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement.

Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3 ; 139 V 349 consid. 5.4), les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité. En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance ordonne la réalisation d'une expertise judiciaire parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité. Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de

l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2).

**c)** En l'occurrence, le Dr C. \_\_\_\_\_ a exposé, dans son rapport d'expertise privée du 10 mars 2020, que les atteintes à l'épaule de la recourante étaient en lien de causalité certain avec l'accident du 7 février 2023. Cette nouvelle observation a ainsi jeté le doute sur les conclusions du Dr Q. \_\_\_\_\_ selon lesquelles la lésion de la coiffe des rotateurs était de nature purement dégénérative. Au vu de ces éléments médicaux contradictoires, l'intimée aurait dû mettre en œuvre des mesures d'instruction complémentaires, dans le but d'éprouver l'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_, ce qu'elle n'a cependant pas fait. Dans ces circonstances, la Cour de céans ne pouvait que constater que T. \_\_\_\_\_ SA avait gravement manqué à ses obligations dans le cadre de son instruction. L'expertise judiciaire du Dr T. \_\_\_\_\_ ayant servi à pallier ces manquements, il se justifie en conséquence de mettre la totalité de ses frais, soit 11'024 fr. 40 (10'000 fr. d'honoraires et 1'024 fr. 40 pour l'examen neurologique réalisé par le Prof. [...]), à la charge de l'intimée.

**9. a)** En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision sur opposition rendue le 3 août 2021 par l'intimée annulée, la cause devant lui être renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA).

**c)** Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 5'000 fr., débours et TVA compris (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 la mettre intégralement à la charge de la partie intimée.

**d)** Les frais de l'expertise judiciaire du 7 septembre 2023 du Dr T.\_\_\_\_\_, soit 11'024 fr. 40, sont mis 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 admis.
  
- II.** La décision sur opposition rendue le 3 août 2021 par T.\_\_\_\_\_ SA est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
  
- IV.** T.\_\_\_\_\_ SA versera à R.\_\_\_\_\_ une indemnité de 5'000 fr. (cinq mille francs) à titre de dépens.
  
- V.** Les frais de l'expertise judiciaire, à hauteur de 11'024 fr. 40 (onze mille vingt-quatre francs et quarante centimes), sont mis à la charge de T.\_\_\_\_\_ SA.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Philippe Nordmann (pour R. \_\_\_\_\_),
- T. \_\_\_\_\_ SA,
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

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).

Le greffier :