

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 juin 2021

Composition : M. NEU, président
MM. Bosson et Gutmann, assesseurs
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

F. _____, à Prilly, recourante, représentée par Me Lionel Zeiter, avocat à Prilly,

et

I. _____, à Winterthur, intimée, représentée par Me Patrick Moser, avocat à Lausanne.

Art. 16 LPGA et art. 6, 18 et 19 LAA

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1957, est au bénéfice d'une formation d'employée de commerce. Engagée depuis 1994 par la société Rollin SA, à Renens, dans le secteur de la « vente interne » de l'entreprise, elle était assurée à l'encontre des accidents professionnels et non professionnels auprès d'I._____ (ci-après : AXA ou l'intimée).

Le 26 février 2016, en marchant vite pour prendre le bus qui devait la conduire à son travail, l'assurée a trébuché et chuté sur le trottoir, subissant un traumatisme facial et de l'épaule droite. Son humérus proximal droit a été fracturé en quatre parts, et elle a présenté une fracture du nez ainsi qu'une plaie frontale, sans perte de connaissance (cf. déclaration d'accident du l'employeur du 29 février 2016). I._____ a pris le cas en charge (traitement médical et pleines indemnités journalières).

Le 3 mars 2016, F._____ a été opérée par le Dr [...] (chef de clinique au Service d'orthopédie et traumatologie du [...]), réalisant une réduction ouverte et ostéosynthèse de l'humérus droit par une plaque Philos. Elle a séjourné au sein de ce Service du 2 au 8 mars 2016. Une reprise du travail à 50% le 20 juin 2016 s'est soldée par un échec après deux jours, suivi d'une reprise à 20% dès le 29 août 2016.

A l'occasion d'un rapport médical intermédiaire du 30 décembre 2016, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a rendu compte, s'agissant de la fracture en quatre parts de l'humérus proximal droit, d'une évolution compliquée par l'apparition d'une allergie ayant nécessité l'arrêt du traitement antidouleurs. L'assurée avait repris le travail à 40% dès le 3 octobre 2016, ressentant passablement de douleurs et le sentiment de ne pas progresser. Ce médecin n'a constaté que peu d'évolution du point de vue objectif, malgré une progression de la rotation externe. Il fallait

s'attendre à un préjudice permanent sous la forme d'une limitation résiduelle des amplitudes articulaires de l'épaule.

Le matériel d'ostéosynthèse a été enlevé le 19 avril 2017, avec une arthrolyse de l'épaule, une ténotomie / ténodèse du LCB et une résection claviculaire.

Poursuivant l'instruction du cas de l'assurée, I. _____ a requis une expertise de son médecin-conseil, le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 31 mai 2017, ce médecin a retenu les diagnostics de status 15 mois après fracture complexe, extra-articulaire de l'humérus proximal droit, ostéosynthésée, d'arthro-fibrose secondaire de l'épaule droite, de status 3 semaines après ablation du matériel d'ostéosynthèse de l'humérus proximal droit, arthrolyse de l'épaule, ténodèse du LCP et résection claviculaire distale, de surinfection anamnestique de la plaque d'ostéosynthèse à *Proprionebacteria acnes* et finalement d'arthropathie dégénérative gléno-humérale droite débutante. Le Dr C. _____ a estimé que la symptomatologie douloureuse, compréhensible compte tenu des dommages résiduels à l'épaule droite, nécessitait une antalgie soutenue, essentiellement à base d'un dérivé morphinique. Le traitement physiothérapeutique devait être également poursuivi. Concernant la problématique professionnelle, le médecin-conseil d'I. _____ a exposé ce qui suit :

« Sur le plan professionnel, compte tenu du poste de travail occupé, et des éléments objectifs, je proposerai une nouvelle reprise durant le mois de juin. Reprise à un taux de 30%, ce qui équivaut à 3 matinées par semaine. Ensuite, une augmentation de 10-15% par mois, sous réserve des constatations de l'IRM proposée, pourra être tentée. Ceci équivaut à rajouter une demi ou $\frac{3}{4}$ d'une journée à la fois. Ce schéma respecte le principe de réentraînement au travail. Une attention toute particulière devrait être portée sur le fait que le bras devrait être soutenu (éventuellement par un système de coudière, ou par une adaptation de la hauteur du bureau).

Une pleine reprise du travail, dans l'activité de secrétariat de l'entreprise de vente de produits techniques, telle qu'elle a été décrite plus haut, semble hautement improbable à terme. La patiente sera durablement gênée lors des manipulations de certains produits ou dossiers (lourds).

Dans une activité de secrétariat sans manipulation de pièces lourdes, éventuellement sans nécessité de placer des dossiers en hauteur, voire dans une activité de réceptionniste, la capacité de travail devrait être normale (ou proche de la norme) d'ici septembre-octobre, respectant là aussi le principe de réentraînement au travail. »

F._____ a repris une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles au sein de K._____ SA dès le 1^{er} juillet 2017, à un taux d'activité limité à 30%. Un mois plus tard, ce taux a été augmenté à 40%. Un nouvel arrêt de travail à 100% a été attesté à compter du 27 septembre 2017 en raison d'une tendinopathie au niveau de la cheville droite.

Une IRM (image à résonance magnétique) a été réalisée le 12 septembre 2017 afin de réaliser un bilan de la coiffe des rotateurs. Les médecins radiologues (les Dr [...] et [...]) ont conclu à la présence d'un cal vicieux du tubercule majeur, consolidé, avec un déplacement apical. Son trait de fracture passait à travers l'enthèse du muscle subscapulaire, qui présentait une modification de signal et de forme. Une réadaptation totale du poste de travail de l'assurée a été effectuée par son employeur pour lui permettre de prendre à plein temps une activité adaptée à ses limitations (charges, déplacements, postures).

Par décision du 6 octobre 2017, I._____ a mis fin au versement de ses indemnités journalières avec effet au 30 septembre 2017, son service médical estimant que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle était restaurée. I._____ a également reconnu à l'assurée le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 7'410 francs.

F._____, par l'intermédiaire de son conseil, Me Lionel Zeiter, s'est opposée en date du 9 novembre 2017 à la décision précitée, contestant être capable de travailler à 100%, malgré l'adaptation de son poste du travail.

Dans un rapport médical du 31 janvier 2018, le Dr Z._____, spécialiste en médecine générale, a estimé qu'une activité adaptée semblait fort difficile à trouver. En effet, la patiente marchait avec une canne et l'utilisation de son bras droit lors d'un travail de bureau déclenchait des douleurs en crampes au bout d'une heure. Lever le bras pour prendre un objet sur une étagère n'était plus possible.

Le Dr P._____ s'est prononcé sur le cas de l'assuré le 23 février 2018. En raison de la limitation des amplitudes articulaires au-delà de l'horizontale et des douleurs à la mobilisation de l'épaule causées par un conflit avec le trochiter, la capacité de travail théorique dans une activité sans mobilisation de l'épaule ou port de charge était évaluée à 50% en raison des douleurs ressenties, même lorsque son bras reposait sur une table.

Face aux arguments présentés par l'intéressée et compte tenu des rapports de ses médecins traitants, I._____ a jugé nécessaire de consulter une nouvelle fois son médecin-conseil pour lui permettre d'actualiser son avis. Dans un nouveau rapport médical du 23 février 2018, le Dr C._____, après un second examen, a retenu les diagnostics suivants :

- status 2 ans après fracture complexe, extra-articulaire, de l'humérus proximal droit, ostéosynthésée,
- arthro-fibrose secondaire de l'épaule droite lentement régressive,
- surinfection de la plaque d'ostéosynthèse, à Propionebacteria acnes,
- status 10 mois après AMO de l'humérus proximal droit, arthrolyse de l'épaule, ténodèse du LCB, et résection claviculaire distale,
- arthropathie dégénérative gléno-humérale droite, débutante, stable depuis 10 mois,
- algo-neuro-dystrophie de la cheville/pied droits, dans le cadre d'une ténosynovite/tendinopathie essentiellement des péroniers,
- status après multiples opérations du genou droit, dans le cadre d'une instabilité patellaire,

- status après ostéosynthèse d'une fracture du poignet droit (radius distal).

Le Dr C. _____ a ensuite procédé à l'appréciation du cas, évoquant notamment ce qui suit :

« Le pronostic orthopédique de l'articulation gléno-humérale droite reste certes réservé, mais semble moins sombre qu'avant. Il est désormais possible que, chez cette patiente encore active, son arthrose évolue suffisamment pour faire appel, à terme, à une chirurgie complémentaire, ex. de type prothétique. Récemment, il semble qu'une chirurgie palliative (ostéotomie du trochiter) a été évoquée. Le soussigné n'adhère pas à une telle proposition, compte tenu des risques encourus (terrain précédemment infecté, état algique actuel semblant dépasser quelque peu le contexte objectif qui est sensiblement meilleure qu'en mai 2017, notion d'une prédisposition à développer une dystrophie réflexe). »

Puis, sur le plan professionnel, le Dr C. _____ est arrivé à la conclusion suivante :

« Sur le plan professionnel, et en tenant compte de l'amélioration objective depuis mai 2017, ainsi que de l'adaptation de la place de travail (qui respecte les prérogatives d'une place dite adaptée à la situation de l'épaule), je n'ai aucun argument pour valider une incapacité de travail. Ni actuellement, ni d'ailleurs depuis la fin septembre 2017, époque où la place de travail venait d'être adaptée au status qui prévalait précédemment (celui décrit en mai 2017 !).

La problématique concernant la cheville et le pied droits n'a pas de lien causal avec l'événement qui nous concerne. »

La capacité de travail de l'assurée était ainsi estimée à 100% moyennant l'utilisation d'éléments accessoires, comme un accoudoir, voire un coussinet ou encore l'adaptation ergonomique du poste de travail. A la question d'I. _____ de savoir si les suites de l'accident avaient entraîné une atteinte durable et importante à l'intégrité physique, éventuellement une aggravation prévisible, le Dr C. _____ a répondu comme suit :

« Status après fracture complexe de l'humérus proximal droit, ostéosynthésée, consolidée aux dépens d'un cal vicieux modéré,

avec cependant une répercussion fonctionnelle qui est désormais plutôt modeste. L'état actuel de cette épaule pourrait correspondre à une péri-arthropathie de degré moyen.

Selon la table SUVA 1, détail 2870/1.f-2000, cette situation donne droit à une indemnisation à hauteur de 10%.

Selon la même table SUVA, un status après endoprothèse de l'épaule, avec bon résultat (éventualité retenue chez cette patiente, encore une fois compte tenu de la bonne évolution de la coiffe des rotateurs), donne droit à une IPAI de 15-20%.

Dans le cas de Mme F. _____, l'évolution vers une arthrose sévère, nécessitant la pose d'une prothèse d'épaule, semble actuellement possible (et non plus probable), ceci compte tenu du recentrage de la tête, de la bonne fonction de la coiffe des rotateurs, l'épaule restant une articulation non portante. Je propose ainsi de retenir la fourchette inférieure.

IPAI proposée : 15% (taux qui tient compte de la situation actuelle, ainsi qu'une possible dégradation future). »

I. _____ a également recueilli des informations médicales auprès de son médecin-conseil, le Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 2 mai 2018, ce médecin a retenu que le résultat fonctionnel de la fracture complexe subie par l'assurée, survenue sur un os ostéoporotique avec une quadruple fracture (le stade le plus grave), était satisfaisant. Il n'était ainsi pas évident que dans le futur une indication prothétique soit nécessaire, ou tout le moins qu'elle améliorerait de façon considérable son état de santé, voir sa capacité de travail. Cette dernière, dans la mesure où la mobilité de l'épaule était conservée, pouvait être conservée et portée à une journée entière sans diminution de rendement dans le respect de limitations fonctionnelles visant notamment la réduction des déplacements et des ports de charges, une attention particulière à la position du bras, l'utilisation d'un casque téléphonique et l'absence d'exposition à un poste à risque pour la sécurité en raison de la fatigue induite par le traitement antalgique (Tramal®). Concernant les troubles au niveau du pied et de la cheville droits, ce médecin a retenu une relation de causalité au mieux possible avec l'évènement du 26 février 2018.

Par décision sur opposition du 17 mai 2018, I. _____ confirmé sa décision d'exclure toute incapacité de travail, respectivement de gain,

au-delà du 30 septembre 2017. Elle a également porté le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 15%. L'assureur-accident retenait en substance qu'il n'y avait aucun élément objectif suffisamment probant permettant de mettre en doute l'avis du Dr C._____, ce dernier s'étant livré à un examen clinique complet et ayant pris en compte les plaintes de l'assurée.

B. a) Par acte du 15 juin 2018, F._____ a, par l'intermédiaire de son mandataire, Me Lionel Zeiter, déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à l'allocation d'une rente de l'assurance-accident à hauteur de 50%. Elle a fait valoir que les médecins conseils de l'intimée ne pouvaient retenir à la fois l'existence d'un cal vicieux générant de fortes douleurs, et d'autre part une pleine capacité de travail moyennant la prise d'antalgiques puissants (Tramal®). Cette médication mettait concrètement en danger sa santé et ne pouvait constituer une solution viable à long terme. Dans la mesure où le traitement antalgique présentait des effets indésirables importants (perte de concentration notamment), elle ne pouvait disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité réputée adaptée. Par ailleurs, malgré les efforts importants consentis par son employeur, elle persistait à présenter une incapacité totale de travail, entravée par des douleurs que l'on ne pouvait ignorer. Elle soutenait ainsi que l'appréciation du Dr P._____ était correcte, en retenant une capacité de travail de 50%. F._____ a dès lors requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, propre à rendre compte de manière précise de ses limites fonctionnelles et des adaptations qui pouvaient être mises en place afin de favoriser sa capacité de travail, dans le respect de sa symptomatologie algique.

b) Par réponse du 18 octobre 2018, I._____, sous la plume de son conseil, Me Patrick Moser, a conclu au rejet du recours ainsi qu'à la confirmation de la décision attaquée, observant en substance qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions des Drs C._____ et J._____, dont les explications étaient convaincantes. Les rapports de ces spécialistes pouvaient être qualifiés de circonstanciés, concluants et exempts de contradictions intrinsèques. Objectivement, le status de

l'épaule droite ne validait aucune incapacité de travail, respectivement aucune limitation dans l'exercice d'une activité sédentaire légère. Pour l'intimée, le Dr P._____ s'était fondé sur l'ensemble des plaintes de sa patiente, alors qu'il s'agissait de facteurs étrangers intercurrents qui ne pouvaient être pris en compte par l'assurance-accident. Quant aux douleurs, leur cause n'avait pas pu être objectivée. I._____ rappelait également qu'il ne lui appartenait pas de prendre en charge l'incapacité de travail attestée dès le 27 septembre 2017 en raison des douleurs au niveau du pied droit, ni le traitement des troubles à l'épaule droite occasionnés par la marche avec une canne anglaise. Le dossier, complet, permettait à la Cour de céans de trancher, sans qu'il y ait à compléter l'instruction par une expertise judiciaire.

c) Par réplique du 11 décembre 2018, l'assurée a confirmé ses conclusions. Effectivement atteinte dans sa santé, elle souffrait de douleurs causées par un cal vicieux lui-même objectivé, qui l'empêchaient de travailler à plus de 50%, malgré l'ampleur des efforts consentis. Il ne faisait par ailleurs aucun doute que ces douleurs étaient en lien direct avec l'accident du 26 février 2016. Elle faisait également valoir que l'on ne pouvait lui imposer à long terme un traitement au Tramal®, ce dernier étant un opiacé. A l'appui de sa réplique, elle a produit trois certificats médicaux attestant respectivement d'une incapacité de travail totale du 15 octobre au 2 novembre 2018, puis de 50% jusqu'au 28 février 2019.

d) Par duplique du 29 janvier 2019, I._____ a maintenu l'intégralité de ses conclusions, observant que l'assurée n'avait pas produit d'éléments médicaux concrets appuyant ses allégations et ne démontrait pas en quoi les rapports établis par les Drs J._____ et C._____ ne remplissaient pas les conditions jurisprudentielles permettant de leur reconnaître une pleine force probante. Concernant la prise de Tramal®, le taux infra-thérapeutique décelé chez l'assurée mettait en évidence qu'elle avait toujours été parfaitement libre de décider de sa posologie, ne mettant ainsi pas toutes les mesures en œuvre afin d'atténuer les séquelles de son accident.

e) Par acte du 18 mars 2019, confirmant l'entrave dans sa capacité de travail et l'intensité de ses douleurs, l'assurée a produit un rapport médical établi le 8 janvier 2019 par le Dr S._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, faisant état d'une capacité de travail, probablement limitée, de l'ordre de 50%, avec pour limitations fonctionnelles le port de charge au-delà du 10 kilos de façon fréquente, le travail en position assise ou debout prolongée sans possibilité de changement de posture, le travail en position principalement à genoux ou en genuflexion ainsi que le travail en élévation antérieure des bras au-delà 90°.

f) I._____ a réagi par courrier du 2 avril 2019, considérant que les derniers éléments apportés par l'assurée ne mettaient pas en cause les appréciations de ses médecins conseils. Elle a produit un nouveau rapport établi le 1 avril 2019 par le Dr J._____, observant que la capacité de travail limitée à 50% avait été estimée de manière globale, en prenant en compte des troubles qui ne relevait pas de l'assurance-accident. Le rapport du Dr S._____ ne mettait d'ailleurs en évidence aucune aggravation des troubles de l'épaule droite depuis une année.

g) Par acte du 27 mai 2019, l'assurée a une nouvelle fois soutenu qu'elle ne pouvait pas travailler au-delà d'un 50% en raison de ses douleurs à l'épaule droite. Elle rappelait que cette atteinte au membre supérieur droit avait été reconnue par l'intimée, par l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle a également produit un nouveau certificat d'incapacité de travail établi par le Dr P._____, ce dernier attestant d'une capacité de travail limitée à 50% du 1^{er} avril au 8 juin 2019, ainsi qu'un rapport établi le 13 mars 2019 par le Dr N._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, rapport originellement adressé au Service médical de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : le SMR), en mains duquel l'intéressée avait également déposé une demande de prestations. Le Dr N._____ mentionnait les limitations fonctionnelles suivantes : la marche limitée à dix minutes, le port de charges lourdes, l'utilisation des bras au-dessus de l'horizontale ainsi que la station debout prolongée. La capacité de travail

de l'assurée était limitée à 50% en raison d'un syndrome douloureux multisite, gênant tant le travail sur un poste informatique que ses déplacements.

h) Par acte du 6 juin 2019, I._____ a contesté que les certificats médicaux produits par l'assurée puissent remettre en doute ses conclusions. En effet, les limitations fonctionnelles concernant l'épaule droite (soit le port de charge lourde et l'utilisation des bras au-dessus de l'horizontale) ne sauraient à elles seules justifier une incapacité de travail de 50% dans une activité de bureau et de saisie à l'ordinateur.

i) Par acte du 16 août 2019, l'assurée a confirmé ses conclusions. Le 15 novembre 2019, elle a produit un projet de décision de l'assurance-invalidité lui allouant une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} février 2017. Les constatations de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) se présentaient comme suit :

« Pour raisons de santé, votre mandante présente dans un premier temps une incapacité de travail de 100% à partir du 26 février 2016 (début du délai d'attente d'une année), puis des incapacités à des taux variables allant de 80% à 50%.

Les renseignements médicaux en notre possession mettent en évidence que la capacité de travail est de 50%, depuis septembre 2016 (hormis pour la période du 19 avril au 30 juin 2017 où celle-ci est nulle), dans l'activité habituelle de secrétaire, poste de travail adapté depuis, ou en toute activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de marche prolongée ou de position statique debout, pas de port de charge de plus de 2 kilos et/ou à répétition, pas d'activité les bras au-dessus de l'horizontale, activité essentiellement assise en évitant les contraintes sur l'épaule droite, avec si possible appui de l'avant-bras droit et sans sollicitation répétée de ce bras, pas d'activité en hauteur, de marche en terrain irrégulier ou d'escalier à répétition, pas d'activité accroupie ou à genou. »

j) I._____ s'est déterminée le 19 novembre 2019 sur les éléments apportés par l'assurée, rappelant que la notion d'invalidité au sens de l'AI est incontestablement plus large que celle résultant de la loi sur l'assurance-accident, cette dernière étant limitée à l'examen des plaintes touchant l'épaule droite, respectivement l'examen de la question du lien de causalité naturelle et adéquate entre l'évènement du 26 février 2016 et les plaintes concernant cette articulation. Par acte du 9 mars

2020, I._____ a confirmé cette position et rappelé que l'assureur-accidents n'avait pas à tenir compte de l'influence d'autres atteintes de nature malade.

k) A l'occasion de déterminations spontanées du 2 juin 2020, l'assurée a maintenu ses conclusions, faisant valoir que son incapacité de travail résidait essentiellement dans la limitation de l'utilisation de l'ordinateur, limitation en lien direct avec les douleurs à l'épaule (cal vicieux). Elle rappelait à ce propos la position du Dr N._____ qui avait constaté un syndrome douloureux multisite gênant à la fois le travail sur le poste informatique et les déplacements, l'impact principal sur sa capacité de travail se trouvant dans la limitation de l'usage de son épaule droite.

l) Lors d'ultimes déterminations déposées le 27 août 2020, I._____ a souhaité rappeler que l'employeur de l'assurée avait mis à disposition une place de travail adaptée aux séquelles de l'accident, sans contrainte sur l'épaule droite. Il n'y avait ainsi aucune incapacité de travail et, par conséquent, de gain.

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 tient à l'octroi de prestations de l'assurance-accident pour les suites de l'accident du 26 février 2016. En particulier, si l'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'est à ce stade plus litigieuse, la recourante estime avoir droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accident en raison des séquelles que laissent l'épaule accidentée. L'intimée le conteste en plaidant l'absence d'incapacité de travail tenant à l'épaule droite, le poste de travail ayant été aménagé dans le respect des limitations fonctionnelles présentées par la recourante.

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 en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. 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 l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans

le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

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 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

4. a) Selon 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. 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 l'assuré - 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_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) - 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).

b) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA).

c) La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de

calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

d) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

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

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

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que,

le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe

de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur les points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

6. a) Dans le cas d'espèce, il est établi que l'accident du 26 février 2016 a laissé des séquelles algiques, du fait notamment d'un cal vicieux. Ces douleurs ont fait l'objet d'un suivi médical, au [...] notamment. Il s'agit d'un élément objectivé par les médecins traitants, en antalgie comme en médecine physique et réadaptation. Tout au long de la procédure, les médecins traitants ont retenu une capacité de travail de 50%, notamment les Drs P._____, S._____ et N._____. Cette capacité de travail s'est également traduite dans les faits par une reprise de l'activité professionnelle, dans un poste de travail adapté aux limitations fonctionnelles, sans jamais avoir pu excéder un taux supérieur à 50%.

Il ressort des pièces médicales versées au dossier que cette capacité de travail globale de 50%, retenue de manière unanime, constante et sur le long terme par les médecins traitants n'est pas frontalement remise en cause par les médecins conseils de l'intimée. En

effet, tant le Dr C. _____ que le Dr J. _____ concentrent leurs analyses sur l'atteinte à l'épaule de la recourante, cette atteinte n'entraînant selon eux aucune limitation dans l'exercice d'une activité professionnelle, dans la mesure où dite activité est précisément adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressée. Ainsi, l'intimée retient, notamment dans son écriture du 19 novembre 2019, que l'incapacité de travail de 50% est essentiellement due aux autres atteintes à la santé que celle à l'épaule droite, notamment les atteintes de nature malade aux membres inférieurs.

Cette position se heurte à celle des médecins traitants de la recourante, mais également à celle arrêtée par l'Office de l'assurance-invalidité après consultation de son Service médical, qui conviennent que l'incapacité de travail de 50% est en définitive imputable à l'état de santé global comprenant tant l'atteinte à l'épaule droite que celle aux membres inférieurs (cf. le rapport établi le 13 mars 2019 par le Dr N. _____).

b) L'intimée n'est effectivement pas liée par l'évaluation de l'invalidité faite par l'OAI et ne saurait être tenue d'allouer des prestations de l'assurance-accidents pour des séquelles autres que celles découlant de l'atteinte à l'épaule. Cependant, le raisonnement consistant à exclure totalement une part des séquelles de l'épaule droite dans l'incapacité de travail de 50%, ne convainc pas.

Les Drs C. _____ et J. _____, médecins conseils de l'intimée, apportent certes une analyse détaillée et fouillée de l'état de l'épaule droite de la recourante, fondée sur l'ensemble des pièces versées au cours de la procédure, mais sans motiver le taux de capacité de travail en définitive abruptement posé. A cet égard, le rapport établi le 23 février 2018 par le Dr C. _____, somme toute sommaire, ne convainc pas. En effet, afin de procéder à une évaluation probante de la capacité de travail, l'on ne saurait dresser simplement une liste de limitations fonctionnelles et affirmer que, dans ce cadre, une activité professionnelle reste possible, sans se heurter aux limites d'une évaluation de la capacité de travail bien trop théorique. Selon le Dr C. _____, une reprise du travail à 100% aurait

déjà dû intervenir au mois de septembre 2017, alors que cette reprise n'a jamais pu se faire malgré la bonne volonté de la recourante et l'adaptation du poste de travail par l'employeur. S'opposent ainsi d'une part une énumération de limitations fonctionnelles importantes, tant quant aux mouvements encore tolérés par l'épaule qu'à la position du bras, ainsi que l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, et d'autre part le constat abrupt que l'atteinte à l'origine de dites limitations n'entraînerait pas la moindre altération de la capacité de travail, ni même une baisse de rendement. Il ressort également de ces évaluations que la problématique algique de la recourante n'est pas prise en compte, les médecins conseils de l'intimée se bornant à renvoyer l'assurée à la prise aléatoire d'antidouleurs. Au vu de ce qui précède et compte tenu des avis rendus par les médecins traitants de l'assurée, on ne saurait qualifier l'évaluation de la capacité de travail effectuée par les médecins conseils de l'intimée de probante.

c) Ainsi, la solution du litige tient à la détermination, dans le contexte d'une incapacité de travail globale de 50% présentée par la recourante, de la part qui reste objectivement imputable à l'atteinte à l'épaule. Cette question, pourtant abordée par l'office de l'assurance-invalidité, mais sans que celui-ci ait eu à la trancher, n'a pas été instruite à satisfaction par l'intimée, ni du reste par les médecins traitants. Cette question, certes complexe, relevant du strict plan médical, révèle une instruction insuffisante, qui doit être reprise.

Il appartient au premier chef à l'assureur de la diligenter, conformément à son devoir d'instruire d'office, pour établir à satisfaction de droit les faits pertinents. Ce complément s'effectuera par la mise en œuvre d'une expertise neutre, comme le demande la recourante dans le cadre de la présente procédure. D'entente entre les parties, les questions pertinentes pourront toutefois être posées aux médecins traitants, afin qu'ils précisent la motivation et les conclusions de leurs rapports respectifs.

7. a) En définitive, il y a lieu d'admettre le recours, d'annuler la décision attaquée, et de renvoyer la cause à l'instruction sur le plan médical, dans le sens des considérants, par la mise en œuvre d'une expertise neutre.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a aLPGA).

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 3'000 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 mettre à la charge de l'intimée qui succombe.

**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 17 mai 2018 par I. _____ est annulée et la cause lui est renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

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

IV. I. _____ versera à F. _____ une indemnité de dépens de 3'000 fr. (trois mille francs).

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Zeiter, pour la recourante,
- Me Moser, pour l'intimée,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :