

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 janvier 2023

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Pasche et Gauron-Carlin, juges
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

A. _____, à [...] (Italie), recourant, représenté par Me Fanette Sardet,
avocate à Lausanne,

et

P. _____ [...], à [...], intimée.

Art. 18 ss et 24 ss LAA.

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1948, artiste peintre et sculpteur, travaillait depuis 1980 en qualité de maître de dessin auprès d'un établissement scolaire secondaire. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accident auprès de la S._____ [...] (ci-après : la S._____), à laquelle a succédé X._____ [...] (ci-après : X._____), ainsi qu'auprès de H._____, [...] (ci-après : H._____), à laquelle a succédé P._____ [...] (ci-après : P._____). En vertu d'un contrat de collaboration passé le 19 septembre 1983, la S._____ garantissait les prestations de courte durée, notamment les frais de traitement et les indemnités journalières, alors que H._____ garantissait les rentes d'invalidité et les indemnités pour atteinte à l'intégrité.

Le 8 octobre 2002, l'employeur de l'assuré a adressé à la S._____ une déclaration d'accident-bagatelle indiquant que l'intéressé avait chuté le 12 septembre précédent et s'était blessé à la hanche, au bras et au genou droits.

Le 23 octobre 2002, des radiographies et une arthro-IRM de l'épaule droite ont été réalisées par le V._____, radiologue. Dans son rapport y relatif du 26 mars 2003, ce médecin a conclu à une rupture complète du tendon du long chef du biceps sans résidus visibles au niveau de l'articulation, à un conflit acromio-huméral favorisé par une inclinaison positive de l'acromion avec tendinopathie diffuse du sus-épineux et moins prononcée du sous-épineux, à un aspect aminci du sous-scapulaire, ainsi qu'à une déformation et arthrose secondaire de la glène d'allure post-traumatique.

Le 5 novembre 2002, l'assuré a bénéficié d'une arthroscopie de l'épaule droite réalisée par le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, avec régularisation du bourrelet antérieur et ablation des restes du tendon du long chef du biceps, suture et réinsertion osseuse des tendons du sus-épineux et du sous-épineux, ténodèse sur l'humérus du reste du tendon du long chef du biceps et acromioplastie.

Dans un rapport médical initial du 6 mars 2003, ce même médecin a notamment indiqué que le patient avait pu reprendre le travail en plein à compter du 3 mars 2003.

Par rapport du 26 mars 2003 faisant suite à un examen du même jour, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédiste et médecin-conseil de la S._____, a estimé que la lésion subie par l'assuré - une probable rupture du long chef du biceps - n'était qu'un épiphénomène dans le contexte d'une dégénérescence chronique de la coiffe des rotateurs et des structures avoisinantes. L'événement du 12 septembre 2002 n'avait ainsi produit qu'une dégradation mineure et surtout transitoire d'un état pathologique préexistant, étant précisé qu'un événement des plus bénins, survenu six semaines après la chute (en lançant une bûche), avait aussi révélé cet état pathologique dégénératif. Les contusions du coude, de la hanche et du genou droits n'avaient en outre pas laissé de séquelles. Le Dr Q._____ a dès lors conclu à l'absence d'une relation de causalité naturelle entre l'événement du 12 septembre 2002 et l'intervention chirurgicale réalisée le 5 novembre 2002.

Par décision du 11 avril 2003, la S._____ a mis fin au versement de ses prestations avec effet au 31 octobre 2002, motif pris de l'absence d'un lien de causalité entre les troubles de l'épaule droite subsistant après cette date et l'événement du 12 septembre 2002.

Au cours de la procédure d'opposition qui s'en est suivie, l'assuré a notamment produit un rapport du Dr G._____ du 29 janvier 2004 considérant que les éléments au dossier étaient tout à fait compatibles avec une lésion récente provoquée par un accident chez un patient présentant des lésions dégénératives normales pour son âge et asymptomatiques jusqu'au jour du traumatisme.

En mars 2004, l'assuré a quitté la Suisse pour s'établir en Italie.

Sur interpellation de la S._____, le Dr Q._____ a maintenu son appréciation dans un rapport complémentaire du 18 mars 2004.

S'étant vu confier un mandat d'expertise par la S._____, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a fait part de ses conclusions dans un rapport du 19 juillet 2005. Sur le plan anamnestique, l'expert F._____ a en particulier relevé que l'assuré avait été victime d'un infarctus inférieur du myocarde le 18 juillet 2003. Pour le reste, l'expert a retenu les diagnostics d'omarthrose droite débutante avec troubles dégénératifs de la coiffe des rotateurs et du long chef du biceps, de status après contusions multiples du membre supérieur et du membre inférieur droits le 12 septembre 2002, de status après rupture spontanée du long chef du biceps de l'épaule droite à la mi-octobre 2002 et de status après débridement et suture de la coiffe des rotateurs avec ténodèse du long chef du biceps le 5 novembre 2002. L'expert a ajouté que le lien de causalité naturelle entre l'état de l'épaule droite et l'événement accidentel survenu en 2002 était possible et que le *statu quo sine* avait vraisemblablement été atteint lorsque les contusions du coude, de la hanche et de genou droits avaient guéri, soit au maximum au bout d'un mois environ. La capacité de travail devait en outre être considérée comme complète.

Dans un rapport du 24 février 2006, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique consulté par l'assuré à titre privé et à des fins d'expertise, a notamment fait référence à un rapport d'arthro-IRM du 10 juin 2005 mettant en évidence un probable lâchage de la ténodèse du long chef du biceps et une probable rerupture partielle du sous-épineux. L'expert B._____ a par ailleurs retenu que l'assuré présentait une déchirure du long chef du biceps, une déchirure de la coiffe des rotateurs - provoquée ou aggravée par l'accident - et une lésion du nerf axillaire (selon un électromyogramme effectué en Italie le 24 janvier 2006) causées de façon certaine par l'accident du 12 septembre 2002 ; il présentait de surcroît une capsulite rétractile secondaire à l'intervention pratiquée le 5 novembre 2002. Pour l'expert, l'assuré devait éviter les

travaux répétitifs en hauteur au-dessus de l'horizontale et le port de charges ; dans sa nouvelle activité d'artiste peintre et sculpteur, suite à son départ pour l'Italie, il devait donc adapter ses positions de travail en s'aidant d'un support de bras et en plaçant ses peintures et sculptures en position moins haute. Le Dr B._____ a de surcroît mentionné que la capacité de travail était de 100 % mais avec un rendement diminué à 66,67 % en raison des douleurs, de la faiblesse, de la fatigabilité musculaire et de la limitation fonctionnelle présentée par l'intéressé.

Interpellé par la S._____, l'expert F._____ a confirmé son appréciation le 27 avril 2006.

Par décision sur opposition du 7 août 2006, la S._____, se référant à l'évaluation de l'expert F._____, a confirmé sa décision du 11 avril 2003.

Dans le cadre du recours interjeté par A._____ à l'encontre de la décision sur opposition susdite, il est notamment ressorti qu'un second électromyogramme avait été mis en œuvre le 21 décembre 2006 en Italie, montrant une atteinte neurogène modeste de type axonal chronique au niveau du biceps et du deltoïde droits, avec neuropathie axonale modérée des nerfs circonflexes, musculocutané et médian droits, sur plexopathie brachiale post-traumatique. Pour le Dr F._____, il était impossible de déterminer si les neuropathies correspondaient à l'événement du 12 septembre 2002 ou à un événement intercurrent (rapport du 4 février 2008). Quant au Dr B._____, il estimait que toutes les atteintes constatées devaient être rattachées à l'accident du 12 septembre 2002, étant précisé qu'une IRM avait été effectuée le 5 janvier 2007 en Italie et n'avait pas montré de grand changement par rapport à l'arthro-IRM du 10 juin 2005, hormis un amincissement des tendons sus-épineux et sous-épineux (rapports des 26 avril 2007, 13 septembre 2007 et 29 avril 2008).

Par arrêt du 1^{er} octobre 2009 (CASSO AA 121/06 - 63/2010), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours de

l'assuré et réformé la décision sur opposition du 7 août 2006 en ce sens que la S. _____ était tenue de prendre en charge les suites de l'accident au-delà du 31 octobre 2002 sur le plan orthopédique. Elle a par ailleurs annulé ladite décision en tant qu'elle concernait l'aspect neurologique et renvoyé la cause à la S. _____ pour complément d'instruction et nouvelle décision.

B. Reprenant l'instruction de l'affaire, la S. _____ a mandé expert le Dr C. _____, neurologue. A teneur d'un rapport 4 février 2011 complété le 18 février 2011, ce dernier a estimé que les examens pratiqués en Italie ne traduisaient pas indubitablement l'existence d'une atteinte neurogène périphérique du nerf circonflexe, du plexus ou des autres nerfs de la région. L'expert C. _____ a ainsi conclu à l'absence d'arguments déterminants permettant de conclure à une atteinte neurologique significative en relation avec l'événement accidentel.

La S. _____ a de surcroît mandaté expert le Dr T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Aux termes de son rapport d'expertise du 11 février 2011 complété le 25 février 2011, ce spécialiste a retenu les diagnostics de status après rupture de la coiffe des rotateurs opérée le 5 novembre 2002 avec lésion du long chef du biceps, de lésion du nerf axillaire droit, de capsulite rétractile de l'épaule droite post-opératoire et d'omarthrose avancée à droite, modérée à gauche. L'expert T. _____ a plus particulièrement considéré que les symptômes de l'assuré étaient liés en partie (50 %) à une évolution défavorable d'une rupture de la coiffe des rotateurs, avec lâchage des sutures, mais également (50 %) à une omarthrose de l'épaule droite - étant précisé que l'épaule controlatérale était également atteinte de troubles dégénératifs et que ces troubles étaient probablement liés à l'activité de sculpteur. Pour l'expert T. _____, la capacité de travail était de 100 % avec un rendement de 75 % pour autant que l'assuré ne soit pas obligé d'effectuer des mouvements avec le membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale ou de porter des charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur droit ; à cet égard, l'activité d'enseignant paraissait adaptée moyennant des adaptations notamment par le biais d'un tableau noir

mobile et de chevalets de faible hauteur. L'atteinte à l'intégrité physique était en outre estimée à 10 % eu égard à une épaule mobile jusqu'à 30 % au-dessus de l'horizontale.

Sollicité par le conseil de l'assuré, le Dr J._____, neurologue, a fait part de ses constatations dans un rapport du 7 juillet 2011. Il a retenu qu'il était probable que se soit produite, dans le cadre de la composante traumatique de la rupture de la coiffe des rotateurs, une atteinte neurogène associée touchant en tout cas le nerf axillaire ; cette atteinte était restée modeste, masquée en partie par l'importance des lésions orthopédiques et musculo-tendineuses, et avait désormais complètement récupéré. Pour le surplus, le Dr J._____ a estimé que l'évaluation de la capacité de travail, du rendement et de l'atteinte à l'intégrité relevaient du volet orthopédique, en l'absence d'élément neurologique actuellement significatif.

Le 13 juillet 2011, le Service du personnel de l'Etat de Vaud a notamment produit quatre certificats d'arrêt de travail à 100 % établis pour la période du 17 juillet 2003 au 1^{er} février 2004 par le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale, frappés d'un timbre indiquant « *concerne cas de maladie* ».

A la demande du conseil de l'assuré, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a examiné le cas et exposé ses conclusions dans un rapport du 1^{er} août 2011. Il a notamment reconnu à l'intéressé une capacité de travail de 40 % avec une diminution de rendement de 30 % « *dans l'emploi de maître de peinture et de sculpture ainsi que peintre artistique professionnel* », prenant en compte l'ensemble des troubles affectant le membre supérieur droit. Concernant l'évaluation de l'invalidité [recte : de l'atteinte à l'intégrité], le Dr M._____ a avancé un taux de 40 % - soit 25 % pour une arthrose grave de l'épaule et 15 % pour les troubles fonctionnels des membres supérieurs.

Par décision du 10 juillet 2012 confirmée sur opposition le 19 février 2013, X._____ a considéré qu'il n'existait pas de droit à l'indemnité journalière au-delà du 3 mars 2003, attendu qu'aucune incapacité de travail ne subsistait au-delà de cette date.

L'assuré ayant déféré l'affaire devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, dite juridiction, par arrêt du 21 janvier 2015 (CASSO AA 34/13 - 3/2015), a rejeté le recours en tant qu'il portait sur la suppression par X._____ de l'indemnité journalière avec effet au 3 mars 2013. Pour l'essentiel, la Cour a retenu qu'aucun traitement médical permettant une amélioration de l'état de santé ou évitant une péjoration de celui-ci n'avait été proposé ou suivi depuis le mois de mars 2004. L'état de santé devait par conséquent être considéré comme stabilisé dès cette période. L'intéressé ayant par ailleurs travaillé à temps complet dans son ancienne profession dès le 3 mars 2003, il ne pouvait plus prétendre aux indemnités journalières à compter de cette dernière date.

Sur recours d'A._____, le Tribunal fédéral a confirmé le jugement cantonal précité par arrêt du 3 février 2016 (TF 8C_153/2015). Le 17 octobre 2016, la Haute Cour a par ailleurs déclaré irrecevable une demande du prénommé tendant à la révision de l'arrêt fédéral rendu sept mois plus tôt (TF 8F_7/2016).

C. Le 20 février 2017, P._____ a soumis le cas à son médecin-conseil, le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Par avis du même jour, ledit médecin a estimé que la capacité de travail était entière dans l'ancienne activité d'enseignant de dessin et que, compte tenu de la mobilité en antépulsion à 150° voire 170° et de l'absence d'arthrose grave, l'atteinte à l'intégrité atteignait 10 %.

Par décision du 1^{er} mars 2017, P._____, se fondant sur l'appréciation de son médecin-conseil, a reconnu le droit de l'assuré à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux de 10 %. Elle a par ailleurs estimé que le droit à une rente d'invalidité n'était pas ouvert, attendu que

l'intéressé n'avait plus droit aux indemnités journalières à compter du 3 mars 2003 et que, suite à l'accident du 12 septembre 2002, aucune incapacité de travail dans l'ancienne activité professionnelle n'était retenue au-delà du 3 mars 2003.

L'assuré, sous la plume de son conseil, a formé opposition à l'encontre de cette décision le 3 avril 2017. Il a argué que son atteinte à l'intégrité avait été sous-évaluée et a fait valoir que, si la juridiction cantonale avait précédemment retenu que le métier de professeur de dessin pouvait encore être envisagé, la situation s'était cependant dégradée depuis lors.

Par écrit complémentaire du 9 juin 2017, l'assuré s'est référé à l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité faite par le Dr M. _____. Concernant les conséquences de l'accident sur sa capacité de gain, il a rappelé que le Dr B. _____ s'était prononcé dans le sens d'une capacité résiduelle de travail de 66,67 % le 24 février 2006, que le Dr M. _____ avait quant à lui évoqué le 1^{er} août 2015 [recte : 2011] une capacité de travail de 40 % dans l'activité de maître de peinture et de sculpture et d'artiste peintre, avec une diminution de rendement de 30 %, et qu'enfin l'expert T. _____ avait conclu à une capacité de travail réduite de 25 %. L'assuré en a déduit que le taux d'invalidité pouvait être estimé à un taux médian de 50 %.

A la suite d'un avis du Dr W. _____ du 20 novembre 2017, P. _____ a mis en œuvre une expertise auprès du Dr R. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 15 mars 2018, l'expert s'est en particulier référé à un rapport du 16 février 2018 du « Dr D. _____ » indiquant que le patient, en traitement depuis 2004, présentait des séquelles d'un traumatisme capsulo-ligamentaire avec implication d'une fracture de l'épaule droite, et mentionnant une épaule douloureuse chronique avec importante limitation fonctionnelle de l'articulation et de fréquentes rechutes. Pour le reste, l'expert R. _____ a exposé notamment ce qui suit :

"9. Résumé et appréciation

8.1. Diagnostic principal (en relation de causalité avec l'évènement du 12.09.2002)

Etat après chute de 3,5 m, tentative de se retenir, puis réception sur le côté droit, notamment l'épaule droite, en position d'abduction, le 12.09.2002, ayant comporté :

- contusions multiples, notamment épaule droite, coude droit, hanche droite et genou droit, hématome de la cuisse droite ainsi que volumineux hématome de la face interne du coude droit.
- probable lésion/déchirure de la coiffe de rotateurs de l'épaule droite (sus- et sous-épineux).
- probable fragilisation du tendon du long chef du biceps droit, avec rupture « spontanée », plus vraisemblablement « en deux temps », environ deux semaines plus tard.
- probable souffrance temporaire, par étirement, du nerf axillaire.

Etat après intervention chirurgicale à l'épaule droite (arthroscopie et arthrotomie) : régularisation du bourrelet glénoïdien, réinsertion des tendons sus- et sous-épineux, ténodèse du long biceps (LCB), acromioplastie (05.11.2002).

Etat après lâchage de ténodèse du LCB (arthro-IRM du 10.06.2005, confirmée par l'examen clinique).

Probable capsulite rétractile transitoire, d'origine post-opératoire.

[...]

9. Résumé et appréciation

[...]

L'entretien du 05.03.2018 et l'examen clinique se sont déroulés dans de bonnes conditions. Comme déjà dit, les manifestations concernant le membre supérieur droit ont été exprimées de façon appuyée et m'ont clairement donné l'impression d'une amplification/aggravation. Cette impression est soutenue, en particulier, par le fait d'un changement d'attitude, entre le début et la fin de l'entretien et notamment par une discrédance, médicalement difficilement explicable, entre la limitation présentée, dans tous les gestes actifs, et la bonne mobilité passive, proche de la normale, dans un contexte de fonction de la coiffe, largement conservée. On peut ajouter une trophicité musculaire prépondérante à l'avant-bras droit, typique du côté dominant, ainsi que la très bonne musculature de la main, au niveau des éminences thénar et hypothénar, qui serait peu probable, voire inexplicable, en l'absence d'une activité soutenue et conséquente. [...] Et encore, la trophicité du moignon de l'épaule, qui est essentiellement constitué du muscle deltoïde, est comparable au côté gauche, témoignant du maintien d'une activité certaine.

[...]

Comme déjà expliqué, en raison de manifestations médicalement difficilement compréhensibles, la mobilité active constatée ne peut être retenue objectivement déterminante. Je retiens donc un taux de 10%, au chapitre IPAI, pour ce volet. On peut y ajouter une composante de « périarthrite », également de 10%, et un pourcentage de 7,5% (moyenne entre 5% et 10%, prévue par les barèmes de la SUVA), pour une arthrose d'intensité moyenne (table 5.2, révision 2000). Après pondération, le total est de $10 + 9 + 6,075 = 25,075$, arrondi à 25%. De ce pourcentage, il ne faut retenir que le quart, que j'estime être la part en relation de causalité traumatique, à savoir 6,25. En raison d'une lente aggravation prévisible, le taux définitif de 7% paraît adéquat.

[...]

10.5. Questions relatives à la relation de causalité

10.5.1. L'accident (ou la lésion corporelle assimilée) est-il l'unique cause ou une cause conjointe de l'atteinte à la santé constatée (« conditio sine qua non ») ? Le cas échéant, selon quel degré de vraisemblance ?

Il s'agit d'une cause conjointe. L'accident est survenu dans un contexte de dégénérescence prouvée de l'articulation omo-humérale droite, étendue, mais modérée (imagerie du 23.10.2002, intervention du 05.11.2002) et cliniquement muette. Il a constitué la conditio sine qua non en faveur, au moins, d'une aggravation déterminante de l'état tendino-ligamentaire omo-huméral, selon la probabilité prépondérante, nécessaire à sa couverture en LAA. J'estime également qu'il est à l'origine d'une fragilisation du tendon du long chef du biceps, cause successive de sa rupture, en deux temps, survenue environ un mois (?) après, lors d'un geste banal. [...] J'attribue également à l'accident la responsabilité probable d'une lésion du nerf axillaire, initiale, réversible, comme proposé par le Pr J._____, [...].

10.5.2. Existe-t-il des facteurs étrangers à l'accident (états antérieurs tels que conséquences d'accidents antérieurs ou de maladies ; maladies concomitantes, etc.). Si oui, lesquels ?

Oui. Comme je viens de le dire, une situation dégénérative de la omo-humérale droite était présente, prouvée par l'imagerie et par le protocole opératoire du 05.11.2002, étendue, sans être majeure, au moment de l'accident. Selon l'assuré elle était asymptomatique. Elle a participé, par son évolution naturelle, à hauteur de 75%, à la constitution de l'état trouvé actuellement. J'en veux pour preuve la présence d'une arthrose débutante, controlatérale, déjà décrite en 2011, par les Drs T._____ et M._____, objectivant une diathèse arthrogène bilatérale indubitable, au niveau des épaules, qui logiquement s'exprime davantage, du côté dominant. Je ne puis, dans ces conditions, contrairement à mes Confrères, retenir la seule et entière causalité accidentelle (Dr M._____), ou la positionner à un pourcentage très élevé, comme exprimé par le Dr T._____ (50%).

10.5.3. Le même état que celui avant l'accident (status quo ante), ou l'état présumé tel qu'il serait apparu même en l'absence d'accident en cas d'évolution d'un état antérieur (status quo sine), est-il atteint avec une probabilité prépondérante ? Si oui, depuis quand ? Si non, quand un tel état sera-t-il vraisemblablement atteint ?

Non. Le status quo ante vel sine n'a pas été atteint et ne pourra pas l'être.

10.6. Questions relatives à la capacité de travail. [...]

10.6.1. Depuis la reprise du travail à 100% le 3 mars 2003 jusqu'à la stabilisation de l'état de santé fixée en mars 2004, l'état de santé en lien de causalité avec l'accident est-il resté stationnaire, a-t-il empiré ou s'est-il amélioré ? Dans quelle mesure ?

La question concerne une période d'un an, actuellement éloignée de 14 à 15 années. Logiquement, seules des spéculations peuvent essayer d'en reconstruire l'évolution probable, à l'aide d'une documentation largement imprécise, lacunaire, voire contradictoire. De plus, selon l'assuré, la reprise ne s'est faite, en tout et pour tout, que sur une durée de quatre mois. En effet, après son infarctus de juillet 2003, survenu pendant ses vacances en Italie, le travail n'a plus été repris. Et, à partir de cette date, la famille n'est plus rentrée en Suisse, laissant penser à un rôle certain, joué par cette pathologie médicale.

Si je me tiens aux faits documentés [...] je conclus, que la situation ne s'est pas empirée, à charge de l'accident ou de ses suites. Du moins aucun élément au dossier ne supporte une telle hypothèse, pour la période 03.03.2003 - 03.2004, à l'exception de la notion d'infiltrations articulaires, en février 2004, pour laquelle les circonstances exactes ne sont pas précisément décrites (syndr[ome] douloureux ? manifestations mécaniques et/ou fonctionnelles ? résultat ?). Par ailleurs l'assuré lui-même semble réfuter une dégradation, en 2004 [...].

Logiquement, il est également improbable qu'elle se soit améliorée. Reste la position de stabilité, à laquelle je souscris.

10.6.2. Si l'état de santé a empiré ou s'est amélioré, cette modification a-t-elle eu des conséquences sur la capacité de travail ? Si oui, dans quelle mesure ?

Non. En tenant compte des considérations au point 10.6.1, il n'y a pas eu de modification de la capacité de travail, à charge de l'épaule, car l'état de santé orthopédique, à charge de l'accident, ne s'est pas modifié, sensiblement, selon toute vraisemblance.

10.6.3. Comment appréciez-vous la capacité de travail lors de la stabilisation de l'état de santé ?

La stabilisation de l'état de santé a été située en mars 2004. A cette échéance, la capacité de travail était entière, selon toute vraisemblance, dans la profession de maître de dessin.

10.6.4. Quelles étaient concrètement les restrictions ou les capacités physiques et intellectuelles exigibles lors de la stabilisation de l'état de santé : dans son ac[t]ivité professionnelle / dans une autre activité exigible en tenant compte d'un âge moyen ?

Aucune restriction, au niveau intellectuel.

Aucune restriction physique, dans le cadre de sa profession, susceptible de justifier une diminution de sa capacité de travail. Je rappelle ici que Monsieur A. _____ bénéficiait d'un emploi à temps complet (100%), en tant que « maître de dessin ». Cette fonction ne comportait pas d'activité lourde, en particulier pas de sculpture. Cette dernière doit être considérée comme une activité annexe, assimilable à une activité récréative, bien que possiblement et apparemment rétribuée par une di[z]aine d'élèves, selon ses dires. Elle n'était pas contractuelle, mais entreprise et pratiquée de la propre initiative de l'assuré, selon des modalités librement déterminées et appliquées. Dans ce sens, il apparaît inadéquat de l'appeler à justifier une quelconque diminution de la capacité de travail. La capacité de travail, dans la profession habituelle de l'assuré était complète, pour temps de présence et rendement, au moment de la stabilisation du cas, établie en mars 2004.

[...]

10.6.5. Depuis la stabilisation de l'état de santé fixée en mars 2004, est-ce qu'une rechute ou des conséquences tardives sont survenues ayant nécessité un traitement médical et entraîné une incapacité de travail ? Si oui à partir de quand ? Quels étaient les taux d'incapacité ? Est-ce que ces incapacités sont en relation de causalité avec l'accident ? Si oui, dans quelle mesure ?

L'assuré fait état de l'installation d'une asymétrie et d'un affaiblissement du côté droit, d[u]s à la compensation par le côté gauche. Il parle également d'une dégradation (en général) qui se serait installée pendant les premiers dix ans, suivi d'une dégradation « normale ». L'examen clinique actuel [...] comporte des trouvailles difficilement explicables [...], en particulier, apparemment, une grande limitation de la mobilité active, en présence d'une mobilité passive presque normale et en l'absence d'un déficit important, de la fonction de la coiffe des rotateurs.

Si une rechute, à proprement parler, peut être exclue, on peut admettre des conséquences tardives attribuables, en partie, à l'accident. J'estime, contrairement aux conclusions du Dr T. _____, dans son expertise de 2011, qu'elles sont causées, seulement à hauteur de 25%, par l'accident et ses suites, le 75% étant exclusivement d'origine dégénérative, par évolution spontanée de la situation lésionnelle, déjà présente au moment de l'accident. Je pense également que cette probable dégradation s'est installée progressivement et qu'elle n'a pas entraîné d'incapacité chiffrable, dans l'ancienne profession, et jusqu'au moment de mon examen. Si te[l] avait été le cas, l'assuré n'aurait pas manqué de présenter des certificats médicaux précisément établis, avec mention d'incapacités

objectivées, précisions sur les thérapies entreprises et leur[s] résultats. Au contraire, le dernier certificat du Dr D. _____ (18.02.2018), se limite à décrire des douleurs chroniques, une limitation fonctionnelle et des situations inflammatoires récidivantes, depuis 2004, avec mention d'une fracture, qui n'a jamais été confirmée. Seuls de multiples examens spécialisés sont mentionnés, à l'exception de toute notion détaillée de traitement.

Je désire encore ajouter, que le pourcentage de 25%, que je retiens, dans la dégradation, à charge de l'accident, se base sur le fait que l'atteinte traumatique tendino-ligamentaire, réparée, de l'épaule droite, n'est pas arthrogène, en soi. Comme le précisent l[e] Dr M. _____ (expertise, 01.08.2011) et le Dr T. _____ (expertise du 27.01.2014) une arthrose débutante ou modérée, controlatérale, est présente, confirmant une diathèse arthrogène omo-humérale bilatérale. Logiquement, l'essentiel de la dégénérescence, du côté droit, dominant, doit donc être attribué à des phénomènes dégénératifs.

[...]

10.8. En référence à l'art. 36 OLAA et l'annexe 3 OLAA, à quel taux estimez-vous l'atteinte à l'intégrité (en tenant compte d'une aggravation prévisible uniquement en relation de causalité avec l'accident) ?

Dans la réponse à cette question, il faut tenir compte des réflexions et des explications figurant au point 9. Je me prononce pour une IPAI de 7%."

Se déterminant le 25 juillet 2018 sur cette expertise, l'assuré en a critiqué les conclusions, reprochant de surcroît à l'expert R. _____ d'être spécialisé dans les expertises au profit des assureurs privés et d'avoir fait preuve de prévention à son encontre. Il a également argué que la question de la causalité sur le plan orthopédique avait été tranchée le 1^{er} octobre 2009.

Par rapport complémentaire du 3 août 2018, l'expert R. _____ a réfuté les critiques de l'assuré, expliquant notamment s'être limité à répondre aux questions qui lui avaient été posées en se référant aux faits et sur la base d'un dossier complet.

Aux termes d'un courrier du 15 janvier 2019, l'assuré a en particulier reproché à l'expert R. _____ de ne pas avoir respecté les directives sur l'expertise rhumatologique, fondées sur « *le concept de la CIF* », et de ne pas avoir analysé d'éventuels diagnostics différentiels sous

forme de sensibilisation centrale de la douleur et de syndrome d'hypermobilité articulaire généralisé.

Le 28 juin 2019, l'assuré a transmis à P._____ un rapport consécutif à une IRM de l'épaule gauche réalisée le 2 mai 2019 en Italie, signalant notamment des signes minimales d'arthrose acromio-claviculaire.

Le 30 août 2019, sous la plume de son nouveau conseil, l'assuré a fait valoir qu'une nouvelle expertise devait être mise en œuvre. Il a en particulier argué que l'expert R._____ n'avait mis en œuvre aucun examen d'imagerie, que l'existence d'une arthrose controlatérale était infirmée par l'examen effectué le 2 mai 2019 et que, l'expert R._____ excepté, tous les autres médecins avaient pu constater des limitations fonctionnelles de l'épaule droite et une description authentique de la douleur. A cela s'ajoutait que l'expert R._____ ne s'était pas déterminé quant à l'évaluation la capacité de travail faite par les Drs B._____, M._____ ou T._____. L'expert avait de surcroît considéré à tort que les limitations étaient inexistantes dans l'activité de maître de dessin et que l'activité de sculpteur était récréative.

Dans leurs écrits subséquents, datés respectivement des 21 octobre et 27 novembre 2019, l'expert R._____ et l'assuré ont confirmé leur position.

Interpellé par P._____, le Dr W._____, dans un avis du 21 décembre 2020, a retenu que l'expertise du Dr R._____ était probante. Il a exposé que les critiques de l'assuré relevaient soit d'aspects juridiques et non médicaux, soit d'une interprétation des pièces médicales, sans nouveaux arguments par rapport à l'expertise. Il a également précisé que l'on ne pouvait s'en tenir à l'incapacité de travail de 25 % évoquée par le Dr T._____ dans l'ancienne activité, dès lors que l'expert R._____ s'était bien expliqué sur le travail de professeur de dessin avec un contrat de 100 %. Le Dr W._____ a encore souligné que refaire des investigations radiologiques lors de la dernière expertise n'aurait rien

amené de nouveau compte tenu de l'âge du patient, avec des lésions dégénératives forcément présentes.

Par correspondance du 15 janvier 2021, P. _____ a fait savoir à l'assuré qu'elle rejetait une proposition transactionnelle faite par ce dernier.

Par lettre du 5 février 2021, l'assuré a pris acte de ce refus et requis le prononcé d'une décision sur opposition. Il a de surcroît fait valoir que les déterminations du Dr W. _____ étaient laconiques et non motivées.

Par décision sur opposition du 5 mars 2021, P. _____ a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 1^{er} mars 2017. Elle a pour l'essentiel estimé qu'il y avait lieu de se rallier aux conclusions de l'expert R. _____. A cet égard, elle a notamment souligné que l'intéressé n'avait déposé aucun avis médical prenant position sur les conclusions de l'expert R. _____, ni fait état d'éléments objectivement vérifiables ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en infirmer les conclusions ou en établir le caractère objectivement incomplet. P. _____ a par ailleurs souligné que, le 1^{er} octobre 2009, la juridiction cantonale avait certes admis l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les troubles de nature orthopédique subsistant après le 31 octobre 2002, mais que cela ne présageait en rien de l'existence d'un tel lien au-delà du 3 mars 2003. Il y avait dès lors lieu de conclure que l'assuré était, au moment de la stabilisation de son état de santé en mars 2004, apte à travailler à 100 % dans son métier de professeur de dessin sans baisse de rendement, de sorte que le refus de rente était justifié. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, P. _____ a estimé que l'appréciation de l'expert R. _____ devait être reprise mais a toutefois renoncé à modifier le taux de 10 % retenu dans la décision du 1^{er} mars 2017.

D. Agissant par l'entremise de son conseil, A. _____ a recouru le 19 avril 2021 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant à sa réforme

et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40 % au moins, plus intérêts à 5 % l'an dès le 12 septembre 2002, et à l'allocation d'une rente d'invalidité d'un taux de 60 % au moins à compter du mois de mars 2004, le tout sous réserve d'une expertise à venir ; subsidiairement, il a conclu à l'annulation de ladite décision et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. A titre de mesures d'instruction, l'intéressé a requis son audition et la mise en œuvre d'une expertise auprès du Dr [...] ou du Dr [...], tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Sur le fond, le recourant a reproché à l'expert R._____ de s'être prononcé sans examen d'imagerie, d'avoir retenu l'existence d'une arthrose controlatérale infirmée par l'IRM du 2 mai 2009 et de ne pas s'être déterminé sur les autres avis médicaux au dossier ; quant à l'appréciation du médecin-conseil de l'intimée, elle était laconique et ne permettait pas d'asseoir les conclusions de l'expert R._____. Concernant plus particulièrement l'évaluation de la capacité de travail, le recourant a relevé que l'expert comme l'intimée n'avaient pas pris position sur les conclusions des Drs B._____, M._____ et T._____, qui tous concluaient (à des quotités certes différentes) à une diminution de la capacité de travail et/ou du rendement même dans une activité adaptée. Il a également précisé qu'il n'avait pas repris son activité d'enseignant à la rentrée d'été 2003 et qu'il avait quitté son poste en raison de son état de santé ; il s'est par ailleurs prévalu des limitations rencontrées dans l'activité d'enseignant, mais également dans l'activité de sculpteur. Le recourant a de surcroît invoqué les limitations fonctionnelles observées par le Dr D._____, l'atteinte fonctionnelle évoquée par les Drs C._____ et J._____, ainsi que l'absence d'exagération ou de surcharge relevée par les Drs F._____ et C._____. Sous un autre angle, l'intéressé a fait valoir que ses déterminations en procédure administrative avaient suscité des commentaires particulièrement virulents de la part de l'expert R._____, laissant apparaître un manque d'impartialité de la part de ce dernier. S'agissant en outre de l'atteinte à l'intégrité, le recourant a relevé que l'arrêt cantonal du 1^{er} octobre 2009 avait admis l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et l'atteinte subie, excluant ainsi une atteinte dégénérative préexistante - contrairement à la thèse défendue par

l'expert R._____, qui avait ainsi réduit à tort le taux de l'atteinte à l'intégrité. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, l'intéressé a estimé qu'une expertise judiciaire s'imposait et que, à défaut, l'appréciation du Dr M._____ devrait être privilégiée, cas échéant avec renvoi de la cause pour complément d'instruction s'agissant du calcul du taux d'invalidité. A l'appui de ses allégations, le recourant a produit un onglet de pièces comportant notamment la lettre de démission qu'il avait adressée le 28 octobre 2003 au Chef du personnel de l'enseignement secondaire du Département de la formation et de la jeunesse, dont la teneur est la suivante :

"Monsieur,

Après 25 ans de bons services auprès de votre département en tant que professeur de dessin à [...] [...], je suis au regret de vous annoncer par la présente lettre ma démission, pour des raisons de santé et personnel[le]s, à partir du 1^{er} mars 2004. Je reste toutefois à votre disposition pour des remplacements occasionnels de moyenne et longue durée uniquement (à partir de 3-4 semaines, maximum 2 mois)."

Par réponse du 9 juin 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours, reprenant pour l'essentiel les éléments mis en exergue dans la décision attaquée.

Dans sa réplique du 10 août 2021, le recourant a persisté dans ses motifs et conclusions, produisant par ailleurs une liste de douze reproductions de tableaux dont il était l'auteur.

Dupliquant le 20 août 2021, l'intimée a maintenu sa position.

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 - compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a et 60 LPGA) - 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. En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et sur le taux de l'atteinte à l'intégrité présentée par ce dernier.

3. A titre liminaire, on précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

4. a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA).

Le catalogue des prestations comprend notamment le droit au traitement médical (art. 10 LAA), le droit à une indemnité journalière (art. 16 et 17 LAA), le droit à une rente d'invalidité (art. 18 ss LAA), ainsi que le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 et 25 LAA). Lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé, l'assureur doit mettre fin au paiement du traitement médical et des indemnités journalières et examiner le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 19 al. 1 LAA ; ATF 134 V 109

consid. 4.1 et les références citées ; TF 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 3.2).

b) Est réputée 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 (art. 4 LPGA).

aa) 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). 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 ou, 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). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement post hoc ergo propter hoc ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie

et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

bb) 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).

cc) 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 tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, 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 (TF 8C_650/2018 du 23 octobre 2019 consid. 4.2 et les références citées).

dd) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré.

Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

c) Conformément aux art. 6 al. 2 LAA et 9 al. 2 OLAA dans leur teneur applicable jusqu'au 31 décembre 2016 (cf. consid. 3 supra), certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs (ATF 139 V 327 consid. 3.1). Sont visées les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles (let. d), les élongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g) et les lésions du tympan (let. h).

5. a) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une analyse complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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).

b) 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).

6. a) En l'occurrence, il n'est pas contesté que l'événement survenu le 12 septembre 2002 relève bien d'un accident.

b) Plusieurs problématiques ont par ailleurs été tranchées dans le cadre des procédures judiciaires antérieures. On rappellera ainsi qu'aux termes de son arrêt rendu le 1^{er} octobre 2009, la juridiction cantonale a admis le lien de causalité entre l'accident et les troubles orthopédiques de l'assuré (y compris dans le contexte de l'art. 9 al. 2

OLAA), sur la base de l'appréciation émise par le Dr B._____. Partant, elle a retenu qu'il incombait à la S._____ de prendre en charge les suites orthopédiques de l'accident au-delà du 31 octobre 2002, lui renvoyant par ailleurs le dossier afin d'investiguer une éventuelle atteinte post-traumatique d'ordre neurologique (CASSO AA 121/06 - 63/2010 consid. 5 et 6). La juridiction cantonale a ensuite retenu, le 21 janvier 2015, que l'état de santé de l'assuré était stabilisé depuis le mois de mars 2004 et que l'intéressé ne pouvait plus prétendre à des indemnités journalières depuis le 3 mars 2003, date à laquelle il avait repris à plein temps son activité habituelle de professeur de dessin (CASSO AA31/13 - 3/2015 du 21 janvier 2015 consid. 8) - position confirmée par le Tribunal fédéral (TF 8C_153/2015 du 3 février 2016 et TF 8F_7/2016 du 17 octobre 2016).

Il n'y a ainsi pas lieu de revenir sur ces problématiques, qui ont acquis force de chose jugée. En particulier, l'identification des lésions orthopédiques impactant l'épaule droite des suites de l'accident - soit une rupture de la coiffe des rotateurs, une lésion du long chef du biceps et une capsulite rétractile - et la persistance d'un lien de causalité au-delà du 31 octobre 2002, admises par la juridiction cantonale, ne sauraient être remises en question à ce stade. En revanche, il en va autrement s'agissant non seulement du maintien d'un lien de causalité au-delà du 3 mars 2003, ainsi que l'a relevé la Haute Cour (cf. TF 8C_153/2015 du 3 février 2016 consid. 3.2) et contrairement à ce que soutient le recourant (cf. déterminations du 25 juillet 2018 ; cf. mémoire de recours du 19 avril 2021 p. 17), mais également d'une éventuelle diminution des prestations de longue durée du fait d'un concours de causes de dommages, ces questions n'ayant à ce jour pas été tranchées judiciairement.

c) Dans la suite du traitement du cas, il restait par conséquent à P._____ à se positionner sur les prétentions du recourant en matière de prestations de longue durée, à savoir sous l'angle du droit à une rente d'invalidité et du droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

A cet égard, il n'est pas contesté que le recourant, qu'il n'ait pas encouru d'atteinte neurologique ensuite de l'événement du 12

septembre 2002 (cf. rapport d'expertise du Dr C._____ du 4 février 2011) ou qu'il ait subi une atteinte du nerf axillaire modeste, partiellement masquée et finalement résorbée (cf. rapport d'expertise du Dr J._____ du 7 juillet 2011), ne présente en définitive aucune problématique neurologique significative et durable du point de vue du droit à la rente ou de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Le litige est donc centré sur les atteintes d'ordre orthopédique présentées par l'assuré et, plus précisément, sur le point de savoir si - et, cas échéant, dans quelle mesure - ces atteintes sont susceptibles d'ouvrir le droit à des prestations de longue durée.

7. Il convient en premier lieu d'examiner les griefs d'ordre formel invoqués par le recourant à l'encontre de l'expertise du Dr R._____, sur laquelle s'est fondée l'intimée. L'intéressé soutient plus particulièrement que le rapport d'expertise émane d'un médecin spécialisé dans les expertises au profit des assureurs privés et trahit une prévention de l'expert à son encontre (cf. déterminations du 25 juillet 2018 p. 9 ss). Il soutient également que l'expert R._____ aurait tenu des propos virulents au cours de la procédure administrative, évocateurs d'un manque d'impartialité (cf. mémoire de recours du 19 avril 2021 p. 16).

a) Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à apporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 148 V 225 consid. 3.4 ; 132 V 93 consid. 7.1 ; 120 V 357 consid. 3a et les références citées).

b) D'emblée, il y a lieu d'écarter les critiques du recourant à l'encontre d'une quelconque tendance du Dr R._____ à se positionner en

faveur des assureurs privés, cette assertion ne reposant sur aucune base concrète. La lecture du rapport d'expertise du 15 mars 2018 ne fait par ailleurs apparaître aucun indice de prévention imputable à l'expert R._____. On ne saurait en outre faire cas des signes de partialité évoqués par l'assuré dans son écriture du 25 juillet 2018. En effet, force est de constater que l'intéressé fonde ses griefs sur une interprétation biaisée des propos de l'expert quant à l'activité de maître de dessin, qu'il critique par ailleurs la mention d'éléments anamnétiques pourtant fournis par ses soins et qu'il conteste finalement l'évocation d'une notion d'exagération qui relève cependant de l'analyse médicale et non du parti pris. Cela étant, rien dans ces éléments ne permet de discerner un indice objectif évocateur d'un manque de partialité.

Pour le reste, on doit constater qu'après la communication du rapport d'expertise, les mandataires successifs du recourant ont critiqué avec véhémence la position de l'expert R._____, lequel s'est défendu non moins vigoureusement dans ses différentes prises de position. Si l'on ne peut que regretter la dureté du ton parfois employé par les différentes parties impliquées, il reste que cette escalade est postérieure au rapport d'expertise du 15 mars 2018 et ne justifie pas d'en écarter le contenu.

Sur le plan formel, la Cour de céans ne discerne donc aucune raison pertinente d'écarter l'expertise du Dr R._____.

8. Il faut, à ce stade, examiner les prétentions du recourant du point de vue du droit à la rente.

a) L'art. 18 al. 1 LAA prévoit que si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente.

L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA). 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). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme 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 sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Concernant le domaine d'activité pertinent dans le présent contexte, il convient de préciser que contrairement à ce que soutient le recourant, seule l'activité - salariée - de maître de dessin doit être prise en compte pour trancher le litige, à l'exclusion de l'activité de sculpteur exercée en parallèle. En effet, en matière d'évaluation du degré d'invalidité, l'art. 28 al. 2 OLAA prévoit que lorsqu'en plus d'une activité salariée, la personne assurée exerce une activité qui n'est pas couverte selon la LAA ou qui n'est pas rémunérée, l'incapacité subie dans cette activité n'est pas prise en considération (voir également Suzanne Leuzinger-Naef, *Rapports de travail flexibilisés dans le droit des assurances sociales*, in *Sécurité sociale*, revue de l'Office fédéral des assurances sociales, CHSS 3/1998, p. 138). Afin de préserver la cohérence d'un système visant à éviter que les assureurs-accidents ne doivent verser des prestations en lien avec des activités pour lesquelles aucune prime n'a été payée (TF 8C_121/2017 du 5 juillet 2018 consid. 3.4 et les références citées), il apparaît inévitable que le principe posé à l'art. 28 al. 2 OLAA s'entende non seulement par rapport au calcul de la perte de gain mais également, en amont, par rapport à la détermination de la capacité résiduelle de travail qui sert elle-même de base à l'évaluation de l'invalidité. Ainsi, en tant qu'il œuvrait lors des faits litigieux comme maître de dessin à 100 % et exerçait pour le surplus, à titre indépendant, une activité de sculpteur pour laquelle aucune notion d'assurance (facultative) ne ressort du dossier, le recourant ne saurait par conséquent

invoquer les difficultés à poursuivre son activité indépendante dans le cadre du présent litige.

c) Cela posé, il y a lieu de se pencher sur les différents avis médicaux au dossier afin de déterminer la capacité résiduelle de travail du recourant.

aa) A cet égard, on notera tout d'abord que tant l'évaluation du Dr Q._____ que celle du Dr F._____ doivent être écartées dans la mesure où elles reposent sur une prémisse réfutée par la Cour de céans le 1^{er} octobre 2009 – soit l'absence d'atteinte à la santé en lien de causalité avec la chute subie le 12 septembre 2002 (cf. rapport du Dr Q._____ du 26 mars 2003), respectivement le retour à un *statu quo sine* un mois après l'accident (cf. rapport d'expertise du Dr F._____ du 19 juillet 2005).

bb) Quant au Dr G._____, il ne s'est pas prononcé sur la question spécifique de la capacité résiduelle de travail de son patient (cf. rapports des 6 mars 2003 et 29 janvier 2004).

cc) Il convient par ailleurs de se distancer des conclusions de l'expert M._____ quant à une capacité résiduelle de travail de 40 % avec une baisse de rendement de 30 % « *dans l'emploi de maître de peinture et de sculpture ainsi que peintre artistique professionnel* » (cf. rapport d'expertise du 1^{er} août 2011 p. 9). Il apparaît en effet que ce médecin a amalgamé les réquisits de l'activité habituelle de maître de dessin avec ceux de l'activité d'artiste indépendant, qui échappe pourtant à la présente analyse (cf. consid. 8b supra).

dd) Concernant l'expert B._____, il a retenu une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, évitant les travaux répétitifs en hauteur (au-dessus de l'horizontale) et le port de charges, avec un rendement diminué à 66,67 % en raison des douleurs, de la faiblesse, de la fatigabilité musculaire et de la limitation fonctionnelle présentée par l'assuré (cf. rapport d'expertise du 24 février 2006 p. 19).

L'expert a en particulier estimé que la lésion du nerf axillaire était en grande partie responsable de la fatigabilité musculaire (cf. ibid. p. 17). Or, d'après les avis neurologiques au dossier, la lésion du nerf axillaire évoquée par le Dr B._____ n'a au final pas pu être objectivée (cf. rapport d'expertise du Dr C._____ du 4 février 2011), ou alors uniquement dans le cadre d'une atteinte modérée, au second plan et qui plus est éphémère (cf. rapport d'expertise du Dr J._____ du 7 juillet 2011). On ne saurait dès lors conclure, sur cette base, à une symptomatologie susceptible de participer à une diminution du rendement de l'assuré.

A cela s'ajoute que, selon l'expert B._____, la limitation de la mobilité de l'épaule droite de l'intéressé était liée à la capsulite rétractile (cf. rapport d'expertise du 24 février 2006 p. 18). Il apparaît néanmoins que cette atteinte n'a eu que des effets limités dans le temps, dès lors que l'expert T._____ n'a relevé aucun impact concret à ce niveau (cf. rapport d'expertise du 11 février 2011 p. 11 ss), que l'expert M._____ s'est quant à lui référé à un « *état après capsulite rétractile [...] avec injections intra-articulaires d'anti-inflammatoires* » sans y rattacher de limitations précises (cf. rapport d'expertise du 1^{er} août 2011 p. 4) et que l'expert R._____ a pour sa part indiqué qu'il s'était en définitive agi d'une atteinte transitoire (cf. rapport d'expertise du 15 mars 2018 p. 16). A ce propos, on peut ajouter que la capsulite rétractile présente une durée généralement limitée dans le temps et est suivie d'une restitution fonctionnelle dans l'écrasante majorité des cas (cf. Pierre-Alain Buchard/Cyrille Burrus/François Lüthi/Nicolas Theumann/Nicolas Riand/Michel Konzelmann, La capsulite rétractile de l'épaule : mise au point en 2017, *in* Revue Médicale Suisse [RevMed] 2017/13, p. 1707). Dans ces conditions, on peine à asseoir une quelconque diminution durable de rendement du fait de ce diagnostic.

De ce qui précède, il résulte, en résumé, que des doutes sont permis quant à l'ampleur de la diminution de rendement évoquée par l'expert B._____ en lien avec l'entière capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée.

ee) Pour ce qui est de l'expert T._____, il a fait mention d'une entière capacité de travail dans l'activité de maître de dessin considérée comme adaptée aux limitations fonctionnelles, circonscrites aux mouvements au-dessus de l'horizontale et au port de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur droit (cf. rapport d'expertise du 11 février 2011 p. 11). Il a de surcroît retenu une diminution de rendement de 25 % dès lors que l'assuré, droitier, présentait des séquelles au niveau de son épaule droite et que l'activité d'enseignant impliquait de pouvoir écrire sur un tableau noir, voire dessiner sur un tableau en appui sur un chevalet (cf. loc. cit. ; cf. complément d'expertise du 25 février 2011).

Force est toutefois de relever que si l'activité d'un enseignant en arts visuels peut certes impliquer d'écrire au tableau noir ou de travailler sur une œuvre en appui sur un chevalet, il reste que ces deux aspects ne résument de loin pas toute l'étendue de cette activité qui comprend également plusieurs autres facettes (présentations et explications théoriques, surveillance des élèves, appréciation des travaux de ces derniers, projections, visites d'expositions, etc.). Du reste, on peine à comprendre qu'une diminution de rendement induite par l'écriture au tableau et le dessin sur chevalet puisse persister malgré les adaptations mentionnées par l'expert T._____ - soit un tableau noir mobile et des chevalets de faible hauteur (cf. rapport d'expertise du 11 février 2011 p. 11). Sur le vu de ces éléments, l'ampleur de la diminution de rendement apparaît surfaite par rapport aux exigences concrètes de la profession considérée.

Par surabondance, la Cour de céans précise encore que l'on ne saurait conclure à une séquelle tardive, au sens de l'art. 11 OLAA, s'agissant de l'évolution défavorable évoquée par l'expert T._____ en lien avec le lâchage de la ténodèse et la re-rupture partielle de la suture du sous-épineux (cf. ibid. p. 7 et 9). Nonobstant cette évolution, du reste déjà signalée par l'expert B._____ sur la base de l'arthro-IRM du 10 juin 2005 (cf. rapport d'expertise du 24 février 2006 p. 7), la juridiction cantonale a en effet retenu le 21 janvier 2015 que l'état de santé du

recourant avait certes évolué défavorablement au point de ne pas être considéré comme stabilisé par les médecins, mais que la stabilisation de l'état de santé devait malgré tout être fixée juridiquement au mois de mars 2004 compte tenu de l'absence de traitement permettant une amélioration de cet état de santé ou évitant une péjoration de celui-ci (cf. CASSO AA 34/13 - 3/2015 précité consid. 8).

ff) On peut encore relever que l'avis émis le 16 février 2018 par le Dr D._____, reproduit par l'expert R._____ (cf. rapport d'expertise du 15 mars 2018 p. 24), ne comporte pas de réelle motivation et ne se prononce du reste pas sur la capacité de travail du recourant. On ne saurait, par conséquent, en tirer des éléments pertinents pour trancher le litige.

gg) S'agissant de l'expert R._____, il a considéré pour l'essentiel que les troubles orthopédiques à charge de l'assurance-accidents n'avaient pas évolué depuis la reprise d'activité survenue le 3 mars 2003, respectivement depuis la stabilisation de l'état de santé intervenue en mars 2004, et qu'à cette échéance, la capacité de travail était totale dans la profession de maître de dessin, sans aucune restriction. Se référant aux plaintes de l'assuré, l'expert R._____ a par ailleurs retenu l'existence de séquelles tardives partiellement attribuables à l'accident, à concurrence de 25 %, mais sans incidence du point de vue de la capacité de travail dans l'ancienne profession (cf. rapport d'expertise du 15 mars 2018 p. 29 ss).

On regrette toutefois que l'expert n'ait pas pris position sur les diminutions de rendement précédemment retenues par ses confrères, à hauteur de 33,33 % pour le Dr B._____ et de 25 % pour le Dr T._____. On peut également déplorer que l'expert R._____ n'ait pas précisé les raisons pour lesquelles il ne retenait aucune limitation pour le travail au-dessus de l'horizontale, contrairement aux Drs B._____ et T._____. Enfin, l'expert R._____ s'est référé à des « *conséquences tardives attribuables, en partie, à l'accident* » n'ayant pas entraîné d'incapacité chiffrable - conséquences laconiquement mises en lien avec une

aggravation signalée par l'assuré et des trouvailles difficilement explicables ou "medically unexplained symptoms" (cf. rapport d'expertise du 15 mars 2018 p. 31), mais sans aucune description concrète et objective quant à des modifications organiques tardives qui seraient éventuellement imputables à l'accident au sens de l'art. 11 OLAA (cf. consid. 4b/dd supra). Il s'avère ainsi, en d'autres termes, que les conclusions de l'expert R._____ n'apparaissent pas suffisamment abouties s'agissant de l'évaluation de la capacité résiduelle de travail du recourant.

En revanche, contrairement à ce que soutient le recourant (cf. mémoire de recours du 19 avril 2021 p. 12), on ne saurait reprocher à l'expert de ne pas avoir fait procéder à de nouveaux examens d'imagerie dès lors que le dossier mis à sa disposition comportait déjà de nombreuses références à des investigations radiologiques, couvrant la période de 2002 à 2011, et qu'il n'a pas décelé d'élément pertinent justifiant de nouvelles investigations à ce niveau. On rappellera, à cet égard, qu'il appartient aux médecins auxquels un mandat d'expertise a été confié - et non à la personne soumise à l'expertise - de choisir quels examens ils entendent pratiquer pour exécuter leur mission d'expertise (TF 9C_410/2019 du 18 mai 2020 consid. 6.2). Peu importe, du reste, l'IRM de l'épaule gauche réalisée le 2 mai 2019 en Italie, qui illustre en définitive une problématique arthrosique modeste déjà connue (cf. notamment rapport d'expertise du Dr T._____ du 11 février 2011 p. 9, se référant à une radiographie de l'épaule gauche du 27 janvier 2011). Si le recourant reproche encore à l'expert R._____ de ne pas avoir suivi suivi « *le concept de la CIF* » [Classification internationale du fonctionnement] et de n'avoir ainsi pas respecté les lignes directrices sur l'expertise rhumatologique (cf. déterminations du 15 janvier 2019), il reste que, même s'il est compatible avec le principe de la libre appréciation des preuves d'édicter des lignes directrices à l'égard de certaines formes de rapports médicaux et d'expertises (cf. TF 8C_425/2020 du 27 janvier 2021 consid. 2.3), c'est bien le contenu d'un rapport médical et non sa forme qui importe pour en évaluer le caractère convaincant (cf. consid. 5a supra). Enfin, on ne peut qu'écartier les allégations du recourant quant à

des diagnostics différentiels sous forme de sensibilisation centrale de la douleur ou de syndrome d'hypermobilité articulaire généralisé (cf. déterminations du 15 janvier 2019), l'intéressé s'étant contenté de mentionner ces diagnostics sans exposer - ni *a fortiori* démontrer - en quoi ils seraient concrètement pertinents.

gg) De ce qui précède, il ressort en résumé que les avis des Drs Q._____, F._____, G._____ et M._____ ne sont exploitables afin de déterminer la capacité résiduelle de travail du recourant et que, si les experts B._____, T._____ et R._____ ont certes reconnu à l'assuré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de maître de dessin, leurs différents avis accusent néanmoins certaines carences en termes de motivation et divergent de surcroît quant à l'existence d'une diminution de rendement et son éventuelle ampleur.

Ce nonobstant, il ressort malgré tout du dossier que l'assuré a repris son activité de maître de dessin à temps plein le 3 mars 2003 et qu'il l'a poursuivie - sans aucune notion d'incapacité ou de diminution de rendement médicalement attestées - jusqu'aux vacances d'été de cette même année 2003. Puis A._____ a été victime d'un infarctus le 18 juillet 2003, événement que l'on ne peut de toute évidence pas rattacher à l'accident du 12 septembre 2002. L'intéressé n'a ensuite plus repris son activité de maître de dessin et ce jusqu'à sa démission communiquée le 28 octobre 2003 avec effet au 1^{er} mars 2004, suivie de son départ pour l'Italie à la fin du même mois. Il est vrai que le dossier comporte quatre certificats d'arrêt de travail couvrant la période du 17 juillet 2003 au 1^{er} février 2004. Lesdits certificats sont toutefois frappés d'un timbre indiquant « *concerne cas de maladie* », qui tend à montrer que ces documents n'ont pas été établis en lien avec les troubles consécutifs à la chute du 12 septembre 2002. Bien plus, lors de son entretien avec l'expert F._____, l'assuré a expliqué avoir été mis en arrêt de travail depuis le 18 juillet 2003 pour son problème cardiaque intercurrent avant d'être considéré comme guéri et théoriquement apte à reprendre le travail suite à un test d'effort réalisé le 15 février 2004 (cf. rapport d'expertise du 19 juillet 2005 p. 5) - propos qui participent à démontrer que les arrêts de

travail susdits avaient trait à la problématique cardiaque et non orthopédique. A cela s'ajoute encore qu'aux termes de sa lettre de démission du 28 octobre 2003, l'assuré a indiqué mettre fin à son activité non seulement pour des raisons médicales mais aussi pour des motifs personnels et qu'il a de surcroît fait part de sa disponibilité pour des remplacements de moyenne à longue durée, sans mention d'une quelconque limitation ou d'une éventuelle adaptation de poste. Si l'assuré avait, comme il semble le soutenir, réellement dû mettre fin à son activité de maître de dessin en raison des seules conséquences de l'accident du 12 septembre 2002 (cf. mémoire de recours du 19 avril 2021 p. 14 et 16), il ne se serait vraisemblablement pas déclaré prêt à assumer des remplacements sur des durées allant de « *3-4 semaines* » à deux mois, ou alors en posant des conditions spécifiques en termes de taux, de rendement ou d'aménagement de poste.

Pris dans leur ensemble, ces différents éléments permettent d'admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la pleine capacité de travail reconnue à l'assuré dans l'activité habituelle de maître de dessin ne doit, en définitive, être assortie d'aucune diminution de rendement, l'intéressé ayant réussi à exercer cette activité sans allègement particulier durant plusieurs mois après l'accident et ayant considéré une poursuite de cette activité par le biais de remplacements même après sa démission, sur des périodes allant jusqu'à deux mois et sans cautèle spécifique.

d) Pour le surplus, il n'y a pas lieu de se pencher à ce stade sur les conséquences d'un éventuel concours de plusieurs causes de dommages. En effet, en matière de rente d'invalidité, les états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain ne sont pas pris en compte (cf. art. 36 al. 2, deuxième phrase, LAA). Tel est précisément le cas en l'espèce, dès lors qu'il n'est pas contesté que la capacité de travail de l'assuré était intacte avant l'accident.

9. Il reste, à ce stade, à se pencher sur la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133V 224 consid. 2.2).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b ; 113 V 2018 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 3.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité est fixée d'après l'ensemble du dommage (art. 36 al. 3, première phrase, OLAA).

En vertu de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C_566/2017 loc. cit.).

b) Aux termes de l'art. 36 al. 2, première phrase, LAA, les indemnités pour atteinte à l'intégrité sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident.

Cette disposition prévoit donc une réduction possible des indemnités pour atteinte à l'intégrité en cas de lésions causées par des facteurs extérieurs à l'accident (comme un état maladif antérieur). Contrairement aux rentes d'invalidité (cf. consid. 8d supra), les indemnités pour atteinte à l'intégrité peuvent être réduites en raison d'un état préexistant, même si cet état n'avait aucune incidence sur la capacité de gain de la personne assurée avant l'accident (TF 8C_192/2015 du 1^{er} mars 2016 consid. 5.2).

L'art. 47 OLAA prévoit que l'ampleur de la réduction des indemnités pour atteinte à l'intégrité, qui est opérée en raison de causes étrangères à l'accident, est déterminée en fonction du rôle de celles-ci

dans l'atteinte à la santé ou le décès ; la situation personnelle et économique de l'ayant droit peut également être prise en considération.

c) En l'espèce, il convient de rappeler que les experts Q._____, F._____ et G._____ n'ont pas abordé la question de l'atteinte à l'intégrité induite par l'accident du 12 septembre 2002. L'expert B._____ l'a estimée à 20 %, soit 10 % pour une périarthrite scapulo-humérale moyenne et 10 % pour une lésion du nerf axillaire sans paralysie complète, en l'absence de tout facteur étranger à l'accident (cf. rapport d'expertise du 24 février 2006 pp. 17 et 20). Cet avis doit toutefois être nuancé dès lors que la lésion du nerf axillaire n'a au final (cf. consid. 8c/dd supra) pas été confirmée (cf. rapport d'expertise de l'expert C._____ du 4 février 2011), respectivement n'a pas été considérée comme une atteinte neurologique durable (cf. rapport d'expertise de l'expert J._____ du 7 juillet 2011) ; il ne saurait donc être question de tenir compte d'une atteinte à l'intégrité de 10 % de ce chef. L'expert T._____ s'est pour sa part fondé sur un taux de 10 % eu égard à une épaule mobile jusqu'à 30 % au-dessus de l'horizontale, tout en relevant que 50 % de la symptomatologie était d'origine dégénérative (cf. rapport d'expertise du 11 février 2011 p. 10 ss). Quant à l'expert M._____, il a retenu une atteinte à l'intégrité de 25 % en lien avec une arthrose grave de l'épaule et de 15 % en lien avec les troubles fonctionnels de cette même articulation, soit 40 % au total (cf. rapport d'expertise du 1^{er} août 2011 p. 10 s.). Le Dr W._____, de son côté, a estimé que l'atteinte à l'intégrité atteignait 10 % compte tenu de la mobilité en antépulsion à 150° voire 170° et de l'absence d'arthrose grave (cf. avis du 20 février 2017). Enfin, l'expert R._____ a estimé qu'il y avait lieu de tenir compte d'un taux de 10 % sur le plan de la mobilité, d'un taux de 10 % pour une composante de périarthrite et d'un taux de 7,5 % en lien avec une arthrose d'intensité moyenne. Après pondération, il en résultait un taux de 25 % dont seul le quart était imputable à l'accident, soit un pourcentage de 6,25 % que l'on pouvait arrondir à 7 % en raison d'une lente aggravation (cf. rapport d'expertise du 15 mars 2018 p. 27).

On constate ainsi que seul l'expert R._____ a procédé à une analyse complète de l'atteinte à l'intégrité subie, sous l'angle de la mobilité, de la périarthrite et de l'arthrose. A cet égard, il apparaît en particulier que le taux de 10 % retenu pour la mobilité coïncide avec celui évoqué par l'expert T._____ pour une épaule mobile jusqu'à 30 % au-dessus de l'horizontale (cf. table d'indemnisation n° 1 « *Atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs* »). L'avis du Dr W._____ va également dans ce sens. En revanche, le taux de 15 % évoqué par l'expert M._____ se réfère à une épaule mobile jusqu'à l'horizontale mais également - pour le moins paradoxalement - à l'impossibilité d'effectuer « *de façon répétitive* » des gestes au-dessus de l'horizontale (cf. rapport d'expertise du 1^{er} août 2011 p. 11). Or de deux choses l'une : soit la mobilité au-dessus de l'horizontale n'est pas possible, soit elle l'est mais pas de manière répétitive. En ce sens, le taux évoqué par l'expert M._____ repose sur des considérations contradictoires et ne peut qu'être écarté. Concernant la composante liée à la périarthrite, le taux de 10 % mentionné par l'expert R._____ correspond à celui évoqué par le Dr B._____ pour une périarthrite scapulo-humérale moyenne (cf. table d'indemnisation n° 1 « *Atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs* »). S'agissant enfin de l'arthrose, le taux médian de 7,5 % retenu par l'expert R._____ pour une arthrose moyenne de l'épaule (cf. table d'indemnisation n° 5 « *Atteinte à l'intégrité résultant d'arthrose* ») n'est disputé que par l'expert M._____, ce dernier ayant retenu le taux maximum de 25 % relatif à une arthrose grave de l'épaule. On ne peut cependant souscrire à l'avis discordant de l'expert M._____, puisque ce médecin s'est gardé d'explicitier son opinion sur le sujet et qu'aucun document médical au dossier ne parle dans le sens d'une atteinte arthrosique de l'épaule droite présentant un tel degré de gravité accru. On ne voit du reste aucune raison pertinente de remettre en question la pondération effectuée par l'expert R._____ sur le taux global obtenu (cf. art. 36 al. 3 OLAA), pour arriver à un résultat de 25 %.

C'est par ailleurs le lieu de relever qu'en présence d'une problématique dégénérative ayant touché l'épaule droite antérieurement ou à tout le moins parallèlement à l'accident - observée par les experts

B._____ (cf. rapport d'expertise du 24 février 2006 p. 17), T._____ (cf. rapport d'expertise du 11 février 2011 p. 10 et 12), M._____ (cf. rapport d'expertise du 1^{er} août 2011 p. 4) et R._____ (cf. rapport d'expertise du 15 mars 2018 p. 27 s.) - et affectant également dans une moindre mesure l'épaule controlatérale (cf. rapport d'expertise du Dr T._____ du 11 février 2011 p. 9 ; rapport d'expertise du Dr M._____ du 1^{er} août 2011 p. 4 ; rapport d'expertise du 15 mars 2018 p. 28), une diminution de la prestation en cause pouvait être envisagée. En ce sens, on ne peut donc suivre l'appréciation des experts B._____ et M._____ qui ont exclu tout facteur étranger à l'accident - le premier en affirmant péremptoirement que les troubles dégénératifs modérés du patient n'avaient pas d'impact sur l'évolution des déchirures de la coiffe (cf. rapport d'expertise du 24 février 2006 p. 17), le second sans aucune motivation. L'expert R._____ a par ailleurs expliqué que la diathèse arthrogène bilatérale s'exprimait logiquement du côté dominant, soit en l'occurrence le côté droit (cf. rapport d'expertise du 15 mars 2018 p. 28). Or cet élément n'a pas été pris en considération par l'expert T._____ lorsqu'il s'est prononcé dans le sens d'une symptomatologie imputable à 50 % à l'accident et à 50 % à l'atteinte dégénérative. Cela étant, l'appréciation détaillée de l'expert R._____ mérite donc d'être privilégiée pour ce qui est de l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité subie à raison de l'événement accidentel du 12 septembre 2002.

Dès lors qu'aux termes de la décision sur opposition du 5 mars 2021, P._____ a renoncé à revenir sur le taux d'atteinte à l'intégrité de 10 % précédemment fixé dans sa décision du 1^{er} mars 2017, statuant ainsi en faveur de l'assuré, la Cour de céans ne voit aucune raison pertinente de s'écarter de ce positionnement.

10. Il découle de ce qui précède que la décision attaquée doit être confirmée.

Par appréciation anticipée des preuves, il convient par ailleurs d'admettre que l'administration de mesures d'instruction complémentaire (soit l'audition du recourant et la mise en œuvre d'une expertise médicale)

ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent et s'avère par conséquent superflue (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 et les références citées). Les requêtes formulées en ce sens par l'intéressé doivent conséquemment être rejetées.

11. a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours déposé le 19 avril 2021 par A._____ est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 5 mars 2021 par P._____ [...] est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Fanette Sardet (pour A. _____),
- P. _____ [...],
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :