

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 février 2023

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
Mmes Brélaz Braillard et Pasche, juges
Greffière : Mme Meylan

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourante, représentée par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée.

Art. 10 al. 1, 16 al. 1, 18 al. 1, 19 al. 1 et 24 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. **a)** G. _____ (après : l'assurée ou la recourante), née en [...], était employée en qualité de secrétaire à temps partiel auprès du garage [...] depuis le 7 janvier 2008 et était, à ce titre, assurée contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 31 mai 2016, alors qu'elle se promenait en forêt, l'assurée a glissé et s'est réceptionnée sur son épaule gauche. Gauchère, elle a été mise en arrêt de travail dès le 7 juillet 2016.

Le 7 juillet 2016, le Dr Z. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a observé chez l'assurée des troubles neurologiques atypiques, sans notion de traumatisme ou autre facteur déclenchant. Le bilan clinique parlait en faveur d'une pathologie de la coiffe des rotateurs. Etant donné que l'assurée souffrait de paresthésies et d'une faiblesse du membre supérieur gauche avant sa chute, il l'a adressée au Prof. J. _____, spécialiste en neurologie, lequel suivait déjà l'assurée depuis 2014 pour une paralysie faciale, afin qu'il l'examine pour mettre en évidence l'origine de ses troubles.

Selon une arthro-IRM [imagerie par résonance magnétique] réalisée le 12 juillet 2016 par la Dre V. _____, spécialiste en radiologie, l'assurée souffrait d'une « déchirure intéressant la face profonde et antérieure du tendon du muscle supraépineux intéressant 30 % de l'épaisseur tendineuse », d'une « tendinopathie du long chef bicipital au niveau de son entrée dans la gouttière », étant précisé que les autres tendons de la coiffe des rotateurs ne présentaient pas de déchirure. L'assurée présentait également une « tendinopathie interstitielle focale du sous-scapulaire », une lésion « SLAP 2A » [superior labral antero-posterior lesion] et une « fine bursite sous-acromio-deltoïdienne », avec toutefois

une excellente trophicité sans infiltration graisseuse des différents corps musculaires de la coiffe des rotateurs.

La déclaration de sinistre LAA a été faite le 13 juillet 2016 auprès de la CNA qui a pris en charge le cas.

Consulté le 11 août 2016, le Prof. J._____ a indiqué qu'il lui était difficile de savoir au statu quo s'il existait une atteinte nerveuse associée, ce qui était fréquemment le cas dans les chutes avec rupture même partielle au niveau de la coiffe des rotateurs, sinon qu'il n'y avait pas de parésie massive évoquant une atteinte sévère sur le plan neurologique.

Selon une IRM du plexus brachial réalisée le 15 août 2016 par le Dr H._____, spécialiste en radiologie, il n'y avait aucune mise en évidence d'anomalie structurelle du plexus brachial droit et gauche ni d'anomalie intrarachidienne ou foraminale.

Le 17 août 2016, la Dre D._____, spécialiste en radiologie, a procédé à une scintigraphie osseuse de l'assurée, sans trouver d'argument scintigraphique pour une algoneurodystrophie.

Un ENMG [électroneuromyographie] du membre supérieur gauche a été pratiqué le 25 août 2016 par le Dr P._____, spécialiste en neurologie, lequel a retenu une absence d'atteinte neurologique périphérique dans l'ensemble des groupes musculaires examinés au niveau de l'épaule et du membre supérieur gauches avec, tout particulièrement, une absence d'atteinte significative des nerfs axillaire et supra-scapulaire. Le bilan électrophysiologique n'avait pas mis en évidence de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs dans l'ensemble des muscles examinés au niveau de l'épaule et du membre supérieur gauches avec l'absence de signes dénervation spontanés et des tracés aux mouvements à basse fréquence mais normalement riches pour la qualité d'effort obtenu cliniquement. A l'étude neurographique, ce praticien a noté une bonne préservation des paramètres neurographiques

des nerfs axillaires et supra-scapulaires gauches. Il a estimé que son examen ne permettait pas d'apporter la preuve d'une atteinte neurogène périphérique significative à l'origine des déficits moteurs et sensitifs constatés cliniquement.

b) Le 27 septembre 2016, l'assurée a subi une arthroscopie de l'épaule gauche, avec suture arthroscopique du tendon du muscle sous-scapulaire, ténodèse du long-chef du biceps et suture de la déchirure du tendon du sus-épineux, fixation labrale par rétention et avivement du bord glénoïdien, bursoscopie et bursectomie sous-acromiale à l'épaule gauche, pratiquée par le Dr Z._____.

Le 15 décembre 2016, une arthro-IRM de l'épaule gauche a été derechef effectuée par la Dre R._____, spécialiste en radiologie, qui a retenu : un status post-réparation distale du tendon supra-épineux sans redéchirure ; un status post-réparation du tendon sous-scapulaire avec une redéchirure partielle de sa face profonde et supérieure prenant moins de 50 % de l'épaisseur du tendon ; un status post-ténodèse du long chef du biceps sans rupture ; une bursite sous-acromio-deltoïdienne avec un passage de produit de contraste dans la bourse ; un œdème osseux moucheté et épaissement du ligament coraco-huméral orientant vers une capsulite rétractile et une algodystrophie, à confronter à l'examen clinique.

Une nouvelle scintigraphie osseuse a également été réalisée le 23 décembre 2016. Il ressort du rapport corrélatif du Dr K._____, spécialiste en médecine nucléaire et en radiologie, que l'assurée souffrait d'une hyperactivité tissulaire en surprojection de l'épaule gauche et d'une hyperfixation diffuse de l'épaule gauche en phase osseuse, compatibles avec une capsulite et une réaction de type algoneurodystrophie localisée à l'épaule gauche. Il observait aussi une petite hyperfixation en regard des points d'ancrage de la suture de plastie du sous-scapulaire.

c) L'assurée a été examinée le 2 mai 2017 par la Dre T._____, médecin d'arrondissement de la CNA. Elle a notamment

relevé au niveau de la mobilité, une flexion/extension de 60-0-15° à gauche contre 180-0-80° à droite, une abduction à 20° à gauche contre 165° à droite, que l'assurée n'arrivait pas à mettre la main derrière la tête, que la rotation externe, coudes au corps, était à 65° à droite et impossible à gauche. La rotation interne, distance pouce/C7 était à 13 cm à droite et impossible à gauche. Aucun test de la coiffe n'était réalisable à gauche. Elle a ainsi posé les diagnostics de : status après déchirure partielle de l'insertion proximale du tendon du muscle sous-scapulaire de l'épaule gauche, tendinopathie et instabilité du tendon du long chef du biceps, déchirure non transfixiante de l'insertion proximale du tendon du muscle supra-épineux à l'épaule gauche, lésion SLAP 2A du bourrelet glénoïdien à l'épaule gauche ayant nécessité une arthroscopie de l'épaule gauche avec suture du tendon du muscle sous-scapulaire et du tendon du sus-épineux, une ténodèse du long chef du biceps, une fixation labrale et un avivement du bord glénoïdien ainsi qu'une bursoscopie et bursectomie sous-acromiale de l'épaule gauche le 27 septembre 2016 ; une redéchirure de la face profonde et supérieure de moins de 50 % de l'épaisseur du tendon du sous-scapulaire survenue suite à un malaise survenu après octobre 2016 ; et une évolution défavorable vers une épaule gelée.

En raison de la persistance des douleurs et sur conseil de son ergothérapeute, l'assurée a consulté le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a établi un rapport intermédiaire le 24 mai 2017 à l'attention de la CNA. Il a notamment relevé que l'assurée souffrait d'une capsulite rétractile post-opératoire de l'épaule gauche, avec une évolution défavorable, nonobstant des séances de physiothérapie, d'ergothérapie et d'ostéopathie.

Le 5 septembre 2017, le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a examiné l'assurée sur demande du médecin d'arrondissement. Dans un rapport établi le 6 septembre 2017, ce médecin, a estimé que l'assurée présentait une épaule gelée au décours d'un traumatisme banal. L'assurée avait subi une intervention chirurgicale alors que cette épaule présentait un sévère

enraidissement qui persistait. Malgré l'aggravation des douleurs, ce praticien estimait qu'il convenait de cesser la physiothérapie. De son expérience, toute prise en charge risquait d'empirer la situation raison pour laquelle il fallait que l'assurée mobilise d'elle-même sa ceinture scapulaire en respectant la douleur.

Dans son rapport du 19 janvier 2018, le Prof. B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, chef de service auprès du Département de l'appareil locomoteur du W._____, (ci-après : W._____), a émis l'avis médical suivant :

« Madame G._____ présente un syndrome douloureux chronique post-traumatique et post-opératoire de l'épaule G, en partie dans un contexte de troubles somatoformes avec une impotence fonctionnelle active pratiquement complète de l'épaule G et partielle de l'avant-bras. A l'examen objectif, les rotations en abduction sont pratiquement symétriques à 90° en position couchée, permettant d'exclure avec une grande probabilité la présence d'une capsulite rétractile encore active. La deuxième IRM post-opératoire de novembre 2017 confirme l'apparition d'une ostéolyse au niveau de l'acromion qui n'était pas présent sur la première arthro-IRM post-opératoire de décembre 2016 laissant suspecter un possible conflit mécanique avec le matériel utilisé lors de l'intervention chirurgicale. Compte tenu de cette éventualité, une arthroscopie diagnostic +/- ablation de matériel peut être envisagée. Il est toutefois très peu probable que cette intervention change significativement l'évolution clinique subjective très défavorable. Une prise en charge à la F._____ [F._____] me semble indiquée dans les meilleurs délais (avec ou sans révision chirurgicale). »

Faisant suite à cet avis ainsi qu'à la proposition du 2 février 2018 du Dr C._____, l'assurée a subi une révision arthroscopique le 14 février 2018 par synovectomie large, arthrolyse et ablation des fils d'ostéosuture. L'objectif de cette intervention était de diminuer la symptomatologie douloureuse, étant précisé que le résultat pouvait être aléatoire.

d) L'assurée a de nouveau été examinée par la Dre T._____ en date du 24 mai 2018. Objectivement, elle n'a pas constaté d'amyotrophie de la ceinture scapulaire du bras gauche, étant précisé que la force, la mobilité et les rotations étaient diminuées. Elle a ainsi relevé une discordance entre l'absence d'amyotrophie du membre supérieur

gauche et de la ceinture scapulaire gauche et une mobilité presque nulle du bras gauche, avec une assurée qui tenait son bras gauche « comme s'il était paralysé ».

A la demande du service médical de la CNA, le Prof. B. _____ a revu l'assurée le 9 août 2018. Dans son rapport du 10 août 2018, ce praticien a estimé que les objectifs de la révision arthroscopique (limitation de la progression de l'ostéolyse par ablation du matériel de suture et recherche d'une éventuelle infection) avaient été globalement atteints et qu'un séjour à la F. _____ pouvait être proposé à la patiente, mais sans garantie d'amélioration subjective.

Ainsi, l'assurée a séjourné à la F. _____ du 19 septembre au 10 octobre 2018. Le rapport du 25 octobre 2018 des Drs X. _____ et BB. _____, spécialistes en médecine physique et réadaptation, ne mentionne aucun nouveau diagnostic, en particulier aucune psychopathologie. Les plaintes et limitations fonctionnelles de l'assurée ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour, des facteurs contextuels jouant un rôle important dont une importante sous-estimation de ses propres capacités fonctionnelles. L'état de santé de l'assurée était considéré comme stabilisé. Aucune intervention n'était nécessaire, mais les médecins préconisaient la poursuite des séances de physiothérapie ambulatoire pour la réintégration du membre supérieur gauche, qui pouvait permettre une amélioration de la qualité de vie.

Réexaminée par la Dre T. _____ en date du 19 février 2019, une reprise thérapeutique de l'activité professionnelle à 50 % sans impératif de rendement a été proposée à l'assurée (en présence d'une musculature préservée, de l'absence d'atteinte neurologique, et d'une dernière IRM parfaitement rassurante). Sur le plan médical, il n'y avait plus de traitement à proposer qui puisse améliorer la situation de manière objective. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles engendrées par les deux opérations, soit le port de charges lourdes, les mouvements répétitifs au-dessus de l'horizontale ou le port de charges au-dessus de

l'horizontale, n'influençaient pas la capacité de travail dans une activité de secrétaire ou d'employée de commerce.

Dans le prolongement de cet examen, la Dre T. _____ s'est entretenue téléphoniquement avec le Dr C. _____ le 3 avril 2019, lequel a exposé que les limitations fonctionnelles qui persistaient à la suite des deux opérations au niveau de l'épaule gauche (bras dominant) ne contre-indiquaient pas une activité de bureau (activité habituelle) au taux contractuel, et ce d'autant plus qu'il s'agirait d'une reprise thérapeutique.

e) Par rapport du 9 avril 2019, le Dr C. _____ a exposé que l'assurée présentait des douleurs de l'épaule gauche en augmentation commençant même à se manifester du côté droit, en raison d'un transfert de charge, accompagnées de paresthésies diffuses de la main gauche, se manifestant aussi au repos.

Sur avis du praticien précité, un examen neurologique a été réalisé le 13 mai 2019 par le Prof. J. _____, lequel a jugé que le status était « très pauvre sur le plan neurologique », ne trouvant aucune amyotrophie ou réelle parésie objective du membre supérieur gauche.

Selon une IRM des plexus brachial droit et gauche du 20 mai 2019, seules des altérations dégénératives de l'épaule gauche sous forme de géodes osseuses sous-chondrales de la tête humérale gauche étaient visibles, l'IRM étant au surplus dans les limites de la norme (cf. rapport du 21 mai 2019 du Dr H. _____).

Sur recommandation de son médecin traitant, l'assurée a consulté le Dr M. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, le 28 mai 2019. Dans son rapport du 30 mai 2019, il a retenu que l'assurée présentait une importante capsulite rétractile à l'épaule gauche associée à des signes neurologiques sensitivomoteurs diffus et à un Tinel du plexus brachial dans son trajet sous-claviculaire, à laquelle s'ajoutaient des omalgies droites sur une probable bursite sous-acromiale, possiblement associée à une tendinopathie de la coiffe des

rotateurs, et des lombalgies liées à un syndrome lombovertébral et à une hypertonie du muscle ilio-psoas droit.

Par rapport du 1^{er} juillet 2019, le Dr P. _____ a, à nouveau, attesté qu'il n'existait pas d'explication neurologique au sentiment de manque de force et aux paresthésies décrites par l'assurée au niveau du membre supérieur gauche, posant les diagnostics suivants :

- Absence de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs dans l'ensemble des muscles examinés au niveau du membre supérieur gauche et dépendant des myotomes C5 à D1.
- Absence d'atteinte électrophysiologiquement significative du nerf ulnaire gauche au passage du coude et du poignet.
- Absence d'atteinte électrophysiologiquement significative du nerf médian gauche au niveau du poignet.

Dans un rapport du 19 juillet 2019, le Dr M. _____ a confirmé le diagnostic de capsulite rétractile, en légère régression, mais des douleurs neurogènes encore présentes en ces termes :

« Cliniquement, je relève une amélioration de la mobilité active (passive) des épaules avec des valeurs à G de 90° (90°) en flexion, 20° (30°) en abduction et 20° (20°) en rotation externe, alors qu'à D, l'abduction active est passée à 105° (160°) et la rotation externe à 80°. Il n'y a pas de synovite ou arthrite aux membres supérieurs ou inférieurs.

La capsulite rétractile de l'épaule G est donc en légère régression et la mobilité d'épaule D également un peu meilleure, alors que les douleurs neurogènes au membre supérieur G sont toujours bien présentes. L'ENMG effectué par le Prof. J. _____ serait apparemment dans la norme, ce qui n'est pas étonnant comme je l'ai déjà mentionné dans mon dernier rapport. Afin d'objectiver si possible la souffrance plexuelle, je vais probablement organiser une IRM du plexus brachial. »

Selon l'IRM du plexus brachial gauche du 31 juillet 2019, l'assurée présentait une structure kystique extra-foraminale gauche D1-D2 correspondant à un diverticule radiculaire banal ou éventuellement à une pseudo-méningocèle dans le cadre d'une lésion plexuelle. Il n'y avait pas d'anomalie démontrable de la racine D1 ainsi que des autres racines du

plexus brachial à gauche (cf. rapport du 31 juillet 2019 du Dr CC._____, spécialiste en radiologie).

Dans un rapport subséquent du 22 novembre 2019, le Dr M._____ a fait état de cervicalgies et dorsalgies en augmentation, accompagnées de fourmillements, ainsi que de douleurs basithoraciques antérieures gauches d'apparition soudaine, sans notion de traumatisme ni de facteur déclenchant particulier. Alors que la capsulite rétractile de l'épaule gauche tendait à régresser, la situation était légèrement moins bonne en ce qui concernait le membre supérieur gauche.

Par rapport du 11 décembre 2019, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main, a posé le diagnostic chez l'assurée de syndrome douloureux régional complexe de l'épaule gauche.

f) Lors de son appréciation médicale du 8 janvier 2020, la Dre T._____ a conclu à une stabilisation de l'état de santé de l'assurée, observant qu'il n'y avait aucune atteinte neurologique qui puisse expliquer l'importance de la symptomatologie douloureuse. Tout au plus, pouvait-elle retenir la présence d'une capsulite rétractile au décours des deux interventions chirurgicales. Les différents médecins avaient également mis en évidence des discordances entre les plaintes de l'assurée et leurs constatations cliniques, comme une absence d'amyotrophie de la ceinture scapulaire et du bras gauche chez une assurée qui déclarait n'utiliser quasiment que son bras droit. Au terme de son évaluation, la Dre T._____ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activités répétées et prolongées du membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontale, pas de port de charges répété et prolongé du membre supérieur gauche supérieures à 5 kg jusqu'à l'horizontale et pas de port de charges au-dessus de l'horizontale avec le membre supérieur gauche. Cette praticienne a expliqué ne pas retenir la présence d'un syndrome douloureux régional complexe de l'épaule car les critères de Budapest n'étaient pas réunis. Elle a ensuite estimé la capacité de travail de

l'assurée entière dans l'activité habituelle et suggéré une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 10 %.

Par décision du 13 janvier 2020, la CNA a informé l'assurée qu'elle estimait que son état de santé était désormais stabilisé et qu'elle lui reconnaissait une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement, dès le 20 janvier 2020. Il n'y avait aucune contre-indication à la reprise de son activité habituelle à son taux contractuel.

Par une autre décision du 13 janvier 2020, la CNA a alloué à l'assurée une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 14'820 francs, fondée sur un taux de 10 %.

Le 20 janvier 2020, la CNA a informé l'assurée qu'il n'y avait plus lieu de poursuivre la prise en charge d'un traitement médical et de séances de physiothérapie au-delà du 31 janvier 2020, en raison de l'absence d'amélioration de son état physique, sous réserve du paiement de deux consultations de contrôle par an.

L'assurée, représentée par [...], a formé opposition le 16 janvier 2020, complétée les 11 février et 30 avril 2020 par Me Flore Primault, nouveau mandataire de l'assurée. L'assurée a notamment fait valoir être en incapacité totale de travail (produisant une attestation médicale du Dr M._____) et que l'IPAI allouée était trop faible. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise indépendante.

g) Par appréciation médicale du 31 juillet 2020, faisant suite à de nouveaux rapports de consultations, la Dre T._____, a estimé que les conclusions de son appréciation du 8 janvier 2020 demeuraient inchangées.

Fondée sur cette nouvelle évaluation, la CNA a rendu une nouvelle décision le 22 octobre 2020, annulant ses précédentes décisions du mois de janvier 2020. Aux termes de sa nouvelle décision, la CNA a confirmé une pleine capacité de travail de l'assurée dès le 20 janvier 2020

et par voie de conséquence la cessation des indemnités journalières dès cette date. Elle a par ailleurs confirmé le degré de l'IPAI ainsi que son montant de 14'820 francs.

Le 19 novembre 2020, l'assurée a formé opposition contre la nouvelle décision du 22 octobre 2020 tant sur l'IPAI que sur l'absence de rente d'invalidité octroyée, arguant que la CNA n'avait pas expliqué les raisons pour lesquelles elle entendait s'écarter des appréciations du Dr M._____.

La CNA a, par décision du 2 février 2021, confirmé mettre un terme à la prise en charge des frais médicaux au 31 janvier 2020.

Le 5 février 2021, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision précitée et conclu au maintien des prestations médicales au-delà du 31 janvier 2020.

Par décision sur opposition du 19 mars 2021, la CNA a rejeté les oppositions au motif que les constatations médicales de la Dre T._____ étaient dument motivées et probantes et que les limitations fonctionnelles retenues étaient compatibles avec l'activité habituelle de l'assurée. S'agissant de l'IPAI, elle a retenu que le taux de 10 % était conforme pour des troubles affectant un membre supérieur, par analogie à l'arthrose moyenne d'une épaule, et que l'assurée n'apportait aucun élément objectif justifiant de remettre en cause ce raisonnement.

B. Par acte du 4 mai 2021, G._____, toujours représentée par Me Flore Primault, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, préliminairement, à la mise en œuvre d'une expertise orthopédique indépendante permettant de déterminer sa capacité de travail résiduelle éventuelle, ses limitations fonctionnelles et le taux de l'IPAI. Principalement, la recourante a conclu à l'annulation de la décision sur opposition précitée, au constat qu'elle avait droit aux prestations de l'assurance-accident, notamment sous la forme de la poursuite de la prise

en charge des frais médicaux et de l'allocation d'une rente d'invalidité LAA selon un degré d'invalidité à fixer à dire de justice, et au constat qu'elle avait droit à une IPAI supérieure à 10 % selon degré à dire de justice. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision déferée et au renvoi du dossier à la CNA pour qu'elle statue dans le sens des considérants.

La recourante a remis en cause la valeur probante du rapport de la Dre T._____, singulièrement au regard des rapports établis par le Dr M._____, en tant que les limitations fonctionnelles retenues étaient incompatibles avec son activité habituelle. Elle a soutenu en conséquence que la mise en œuvre d'une expertise indépendante (art. 44 LPGGA) s'imposait conformément à la jurisprudence rendue en la matière (ATF 135 V 465), au vu des doutes qui subsistaient en comparant les différents rapports médicaux de son dossier.

A l'appui de son recours, l'assurée a produit un rapport du 27 avril 2020 [recte : 2021] du Dr M._____, lequel rappelle le diagnostic de capsulite rétractile et retient les limitations fonctionnelles du membre supérieur dominant incompatibles avec l'activité habituelle de secrétaire suivantes : pas d'activité impliquant des mouvements horizontaux, notamment au-delà de 10° en rotation externe et 15-20° d'abduction, pas d'activité impliquant une élévation (flexion) d'épaule autrement que très rarement et en-dessous de l'horizontale, pas d'activité à bout de bras du membre dominant, pas de port de charge supérieur à 1 kg, pas de mouvements répétitifs du membre dominant, y compris en zone basse, plus de dix minutes, pas de posture statique de la nuque plus de trente minutes, et endurance et concentration réduite à une ou deux heures par jour. Par ses constatations, le spécialiste traitant considère que l'atteinte à l'épaule gauche entraîne une incapacité de travail totale et justifie une IPAI de 30 % (table 1 LAA-SUVA).

Le 16 juillet 2021, l'assurée a également produit un rapport du 30 juin 2021 du Dr M._____, lequel ajoute que la recourante présente des lombo-pygalgies chroniques, sur dysbalance musculaire, des troubles

statiques modérés du rachis dorsolombaire et une dysfonction sacro-iliaque bilatérale intermittente. Il indique que l'assurée présente les limitations fonctionnelles suivantes : membre supérieur gauche non fonctionnel dans une activité lucrative, pas d'activité au-dessus du niveau des épaules pour le membre supérieur droit, éviter les positions statiques, en porte-à-faux ou en rotation du tronc, éviter les ports de charges au-dessus de 2 kg avec le membre supérieur droit et éviter les déplacements sur terrains irréguliers, escaliers ou pentes. Il conclut à une capacité de travail nulle même dans une activité adaptée, au moins depuis le 28 mai 2019 à priori au long cours au vu de l'absence de récupération du membre supérieur gauche.

Par réponse du 8 septembre 2021, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a maintenu sa position consistant à admettre que l'état de santé de la recourante était stabilisé, fondée sur l'appréciation de la Dre T._____, confirmée par les rapports du Dr M._____, qui soutenait qu'au vu des traitements effectués, le seul traitement encore envisagé consistait en des séances de physiothérapie. L'intimée a fait savoir qu'elle avait transmis le cas au Centre de compétences de médecine d'assurance en cours de procédure et qu'au terme de l'appréciation du 24 août 2021, la Dre N._____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, qui s'est adjoint les services du Dr DD._____, spécialiste en neurologie, avait confirmé la stabilisation de l'état de la recourante et la pleine capacité de travail de celle-ci dans son activité habituelle. S'agissant de l'IPAI, le taux retenu a également été confirmé par la Dre N._____ qui était conforme aux constatations médicales figurant au dossier et aux tables LAA-SUVA.

La recourante a répliqué le 3 décembre 2021, regrettant que l'intimée ait préféré soumettre le cas à un médecin-conseil interne, lequel ne l'avait pas rencontrée, ni procédé en procédure contradictoire, plutôt que de mettre en œuvre l'expertise indépendante qu'elle demandait. Elle fait valoir que l'avis de la Dre N._____ était orienté, dès lors que cette praticienne écartait certaines pièces médicales du dossier et se basait sur des suppositions, se substituant au surplus à un examen physique.

Dupliquant par écriture du 7 janvier 2022, l'intimée a précisé que tant la Dre T._____ que le Dr M._____ avaient examiné personnellement la recourante, ensuite que la Dre N._____ fondait essentiellement son appréciation sur un dossier suffisamment étayé. Son rapport avait pleine valeur probante, dans la mesure où il avait été établi en pleine connaissance du dossier, donnait une description claire du contexte médical et contenait des conclusions bien motivées.

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. 38 al. 4 let. a LPGA et 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. a) A teneur de la décision attaquée et des conclusions de l'acte de recours, le litige a pour objet le point de savoir si la CNA était fondée, d'une part, à mettre un terme au 31 janvier 2020 à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières dès le 20 janvier 2020 et, d'autre part, à refuser de mettre la recourante au bénéfice d'une rente d'invalidité et à fixer son indemnité pour atteinte à l'intégrité à 10 %.

b) On relèvera tout d'abord que la décision querellée ne statue pas sur la question d'un éventuel droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents dès lors qu'elle retient que la recourante a recouvré sa pleine capacité de travail dans son activité habituelle.

aa) Selon le Tribunal fédéral, la suspension des prestations provisoires et la liquidation du cas avec examen des conditions du droit à la rente sont des questions si étroitement liées entre elles qu'il faut partir du principe qu'il s'agit d'un seul objet du litige. Vu que l'art. 19 al. 1 LAA fait coïncider la suspension des prestations provisoires avec l'examen, le cas échéant la fixation, du droit à la rente, il n'y a pas de place pour une pratique divergente, selon laquelle on se trouverait en présence de deux objets litigieux différents lorsqu'il est question de la suspension des indemnités journalières et du traitement médical d'une part, et de l'examen des conditions du droit à la rente d'autre part (ATF 144 V 354 ; TF 8C_619/2018 du 7 mars 2019 consid. 3.3).

bb) En l'espèce, la recourante requière expressément l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents dans ses conclusions bien que la décision querellée ne statue pas sur la question d'un éventuel droit à la rente, la CNA se limitant à exposer que la recourante dispose d'une capacité de travail entière dans son activité habituelle. Au vu de la jurisprudence précitée, il doit être admis qu'en rendant, le 19 mars 2021, une décision formelle de refus de versement de l'indemnité journalière au-delà du 20 janvier 2020, de prise en charge du traitement médical au-delà du 31 janvier 2020 et d'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %, la CNA a, par voie de conséquence, également refusé formellement le droit à la rente. Il n'y a dès lors pas lieu d'annuler la décision litigieuse et renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle statue formellement sur le droit à la rente. Il faut, au contraire, constater que la recourante a pu faire valoir ses griefs dans le cadre de son opposition, dans les compléments sur opposition qu'elle a formulés et dans ses écritures procédurales, et que la CNA s'est déterminée sur ces arguments tant dans sa décision sur opposition du 19 mars 2021 que dans le cadre de

la présente procédure. Ce point étant toujours litigieux, il convient donc de l'examiner successivement dans le cadre du présent arrêt.

c) On précisera ensuite que les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375) entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du chiffre 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification, les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 sont en effet régies par l'ancien droit.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'art. 4 LPGA définit l'accident comme toute atteinte dommageable soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

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

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

à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

d) L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

e) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de la personne assurée - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) - et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

4. a) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation 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) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

5. En l'espèce, la recourante a été victime d'un accident le 31 mai 2016 ayant occasionné des lésions à son épaule gauche, ce qui n'est pas contesté par l'intimée.

Il convient d'examiner l'état de santé de la recourante en lien avec l'accident du 31 mai 2016, d'une part, le lien de causalité entre les diagnostics retenus par le Dr M. _____ et l'accident et, d'autre part, les diagnostics différentiels posés par la Dre T. _____.

a) La Dre T. _____ a procédé à une appréciation médicale de la situation le 8 janvier 2020 (confirmée le 31 juillet 2020), au terme de laquelle elle a posé les diagnostics d'omarthrose débutante de l'épaule gauche en lien avec la pathologie de l'épaule et avec les altérations dégénératives de la tête humérale, de douleurs de l'épaule gauche irradiant au niveau du coude gauche avec impotence fonctionnelle majeure dans les suites d'une chute survenue le 31 mai 2016 ayant entraîné une déchirure partielle de l'insertion proximale du tendon du muscle sous-scapulaire de l'épaule gauche avec tendinopathie et instabilité du tendon du long chef, déchirure non transfixiante de l'insertion proximale du tendon du muscle supra-épineux, lésion SLAP 2A du bourrelet glénoïdien de l'épaule gauche, status après arthroscopie de l'épaule gauche le 27 septembre 2016 avec suture du tendon du muscle sous-scapulaire, ténodèse du long chef du biceps et suture de la déchirure du tendon du sus-épineux, fixation labrale et avivement du bord glénoïdien à l'aide d'une râpe, bursoscopie et bursectomie sous-acromiale de l'épaule gauche, status après arthroscopie de l'épaule gauche le 14 février 2018 avec synovectomie, bursectomie et acromioplastie, synovectomie large de l'épaule gauche avec biopsie intra-articulaire et sous-acromiale pour analyse microbiologique, arthrolyse arthroscopique de l'épaule gauche par capsulotomie et immobilisation de l'épaule gauche sous narcose d'une lésion érosive de l'acromion de l'épaule gauche secondaire en conflit avec le matériel de suture et capsulite rétractile postopératoire de l'épaule gauche.

b) Dans un premier moyen, la recourante fait valoir que les conclusions de la Dre T. _____ sont remises en cause par les rapports du Dr M. _____, lequel a retenu les diagnostics incapacitants de : omobrachialgies gauches sur CRPS [syndrome douloureux régional complexe]

d'épaule avec ankylose, plexopathie brachiale gauche sous-claviculaire, omalgies droites sur capsulite rétractile, probable bursite sous-acromiale avec possible tendinopathie des sus- et sous-épineux ainsi que du long chef du biceps, lombo-pygialgies sur dysbalance musculaire, troubles statiques modérés du rachis dorsolombaire et dysfonction sacro-iliaque ddc [des deux côtés], douleurs de cheville et de pied droits sur probable entorses tibio-astragaliennes récidivantes (déficit de proprioception et laxité articulaire), ainsi que sur neuropathie du nerf fémoral dans le cadre d'une hypertonie du muscle ilio-psoas, et sur canal tarsien droit (cf. rapport du 30 juin 2021).

c) Sur la question des diagnostics, la Dre N._____ a écarté ceux d'omalgies droites, de lombo-pygialgies, de douleurs de cheville et de pied droits au motif qu'ils n'étaient pas en relation avec l'accident du 31 mai 2016.

A l'exception du Dr M._____, aucun spécialiste, notamment neurologue (Drs J._____ ou P._____), n'affirme que les lésions au membre supérieur gauche auraient eu pour effet de mobiliser à outrance le membre supérieur droit, d'autant plus que la Dre T._____, tout comme le Prof. J._____ dans son rapport du 14 mai 2019, a noté une discordance entre l'absence d'amyotrophie du membre supérieur gauche ou de la ceinture scapulaire, malgré le lourd handicap allégué par la recourante, et le fait qu'elle déclarait ne pas utiliser son membre supérieur gauche mais uniquement son membre supérieur droit (cf. rapports des 29 mai 2018 et du 8 janvier 2020). Le lien de causalité adéquat entre ces lésions, même à l'épaule droite au motif d'un transfert de charges, et l'accident n'est pas rendu vraisemblable. C'est donc à juste titre que ces diagnostics ont été écartés par la Dre N._____.

aa) Ainsi, seuls les diagnostics d'omo-brachialgies gauches sur syndrome douloureux régional complexe (ci-après : SDRC ou CRPS) avec ankylose et de plexopathie brachiale gauche sous-claviculaire posés par le Dr M._____ peuvent être mis en relation avec l'accident du 31 mai 2016.

Dans son rapport du 12 février 2020, le Dr M._____ a indiqué que la capsulite rétractile était, selon certains auteurs, une forme particulière de CRPS. Or, tant le diagnostic de capsulite que le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe ne sauraient être retenus, au stade de la vraisemblance prépondérante.

Concernant, tout d'abord, la capsulite rétractile, le Dr S._____ a estimé que celle-ci était au décours (cf. rapport du 6 septembre 2017) et le Prof. B._____ a exclu avec une grande probabilité la présence d'une capsulite rétractile encore active (cf. rapport du 19 janvier 2018). Par ailleurs, le Dr M._____ a lui-même expliqué que la capsulite tendait à régresser (cf. rapport du 22 novembre 2019). Par surcroît, il faut ajouter que ces constatations d'espèce correspondent à l'évolution théorique rapportée dans la doctrine médicale, à savoir 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).

Quant au syndrome douloureux régional complexe, la Dre T._____ a écarté ce diagnostic au motif que les critères de Budapest, nécessaires à un tel diagnostic clinique, n'étaient pas remplis (cf. rapport du 8 janvier 2020). La Dre N._____ a confirmé cet avis en indiquant qu'à aucun moment les critères de Budapest n'avaient été reconnus/décrits, alors que ce diagnostic devait être posé selon la reconnaissance de ces critères, la scintigraphie du 17 janvier 2020 ne suffisant pas (sur les critères dits de « Budapest », voir l'arrêt CASSO AA 69/16 - 62/2019 du 29 juillet 2019 consid. 5, confirmé par TF 8C_416/2019 du 15 juillet 2020). En associant la présence d'une capsulite rétractile à un syndrome régional complexe, le Dr M._____ n'établit pas qu'un tel diagnostic devrait être retenu en l'espèce, ce d'autant qu'il a affirmé que la capsulite rétractile était en régression.

L'atteinte du plexus brachial ne peut, quant à elle, pas être confirmée au vu de l'IRM des plexus brachial droit et gauche du 20 mai 2019 qui a mis en évidence un plexus cervical droit et gauche dans les limites de la norme. Cette IRM est comparable à celle du 15 août 2016 qui concluait déjà à l'absence d'effet de masse et d'anomalie structurale du plexus brachial droit et gauche. Par ailleurs, le Prof. J. _____ a examiné la recourante et indiqué que les troubles sensitifs ne correspondaient pas à un territoire plexulaire (cf. rapport du 14 mai 2019). L'ENMG effectuée le 1^{er} juillet 2019 n'a également pas permis de relever de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs dans l'ensemble des muscles examinés au niveau du membre supérieur gauche et dépendant des myotomes C5 à D1, d'atteinte électrophysiologiquement significative du nerf ulnaire gauche au passage du coude et du poignet et d'atteinte électrophysiologiquement significative du nerf médian gauche au niveau du poignet. Consulté en date du 3 décembre 2019, le Dr Q. _____ n'a ainsi pas confirmé d'atteinte au plexus brachial (cf. rapport du 11 décembre 2019).

S'il est certes avéré que l'IRM du plexus brachial du 31 juillet 2019 a, quant à elle, mis en évidence une structure kystique extra-foraminal gauche D1-D2 correspondant à une diverticule radulaire banal ou éventuellement à une pseudo-méningocèle dans le cadre d'une lésion plexuelle, il convient de relever que cette découverte fortuite n'a donné lieu à aucune traduction clinique (cf. rapport du 11 décembre 2019 du Dr Q. _____), à tout le moins à mettre en relation de causalité avec l'accident du 31 mai 2016.

bb) Pour ce qui est des diagnostics posés par la Dre T. _____, ils sont corroborés par l'IRM des plexus brachial droit et gauche du 20 mai 2019 où seules des altérations dégénératives de l'épaule gauche sous forme de géodes osseuses sous-chondrales de la tête humérale gauche étaient visibles, par l'IRM du 12 juillet 2016, consécutive à l'accident du 31 mai 2016, ainsi que par les deux arthroscopies subies par la recourante en dates des 27 septembre 2016 et 14 février 2018.

d) Dans son acte de recours, la recourante soutient toutefois que l'intimée est passée à côté de certains diagnostics puisqu'une atteinte neurologique ne pouvait pas être exclue et qu'à cet égard également le rapport de la Dre T._____ est dépourvu de valeur probante.

Il convient de relever que dès 2016, la recourante a consulté les Drs P._____ et J._____ pour investiguer cet aspect sur proposition du Dr C._____, sans que ces praticiens ne trouvent d'explication neurologique à ses douleurs. Le Prof. J._____ a ainsi constaté qu'il n'y avait pas de parésie massive évoquant une atteinte sévère sur le plan neurologique (cf. rapport du 11 août 2016), avant de l'adresser au Dr P._____ pour un ENMG, lequel conclut à l'absence d'atteinte neurologique périphérique dans l'ensemble des groupes musculaires examinés au niveau de l'épaule et du membre supérieur gauches avec, tout particulièrement, une absence d'atteinte significative des nerfs axillaire et supra-scapulaire (cf. rapport du 25 août 2016). Consulté de nouveau en 2019, le Prof. J._____ a expliqué que le status neurologique de la recourante était « très pauvre », ne retrouvant aucune amyotrophie ou réelle parésie objective du membre supérieur gauche, tant proximale que distale. Il n'y avait pas d'asymétrie des réflexes tendineux, les troubles sensitifs étaient diffus, et ne correspondaient pas à un territoire radiculaire ou plexulaire, mais seulement à une sorte d'hypoesthésie globale du membre supérieur. Il ne trouvait pas non plus de déficit végétatif, que ce soit au niveau de la couleur de la peau, de sa structure ainsi qu'au niveau des phanères (cf. rapport du 14 mai 2019). Adressée derechef au Dr P._____, un ENMG a été réalisé le 1^{er} juillet 2019 dont les résultats (tout comme l'IRM du 20 mai 2019 mentionnée sous consid. 5c *supra*), n'ont pas permis de confirmer une atteinte au plexus brachial. Le Dr P._____ a en outre précisé que le bilan n'apportait pas d'explication neurologique au sentiment de manque de force global et aux paresthésies décrites par la recourante au niveau du membre supérieur gauche (cf. rapport du 1^{er} juillet 2019).

La médecin d'arrondissement a analysé spécifiquement la question d'une atteinte neurologique dans son rapport du 8 janvier 2020

et souligné qu'aucun médecin consulté n'avait pu trouver d'explication aux douleurs subjectivement rapportées par la recourante. Tous les médecins s'accordaient à dire qu'il n'y avait pas d'élément neurologique ou clinique pour expliquer l'ensemble du tableau dont se plaignait la recourante. L'avis de la Dre T._____ a également été confirmé par les Drs N._____ et DD._____.

Plusieurs spécialistes ont exclu sans réserve toute atteinte neurologique en lien avec les douleurs de l'épaule gauche, de sorte qu'au stade de la vraisemblance prépondérante, une atteinte neurologique au niveau de l'épaule gauche consécutive à la chute du 31 mai 2016 peut être écartée. L'avis du Dr M._____, qui n'est au demeurant pas spécialiste en neurologie, n'est pas de nature à remettre en cause les avis médicaux précités, dès lors qu'il ne se fonde sur aucun élément objectif. En tant que le rapport du 8 janvier 2020 de la Dre T._____ se fonde sur les constatations de spécialistes en neurologie, non valablement mises en doute par un rapport médical d'un autre médecin, ces conclusions ne sauraient être considérées comme lacunaires et ainsi dépourvues de valeur probante.

e) Ainsi, les diagnostics posés par la Dre T._____ qui ne sont en substance remis en cause par aucun autre praticien et sont motivés de manière convaincante, peuvent être retenus dans la présente cause.

f) S'agissant des limitations fonctionnelles consécutives à l'accident litigieux arrêtées par la Dre T._____, elles sont les suivantes : pas d'activités répétées et prolongées du membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontale, pas de port de charges répété et prolongé du membre supérieur gauche supérieures à 5 kg jusqu'à l'horizontale et pas de port de charges au-dessus de l'horizontale avec le membre supérieur gauche. Quant au Dr M._____, il a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : membre supérieur gauche (dominant) non fonctionnel dans une activité lucrative ; éviter une activité au-dessus du niveau des épaules pour le membre supérieur droit ; éviter les positions statiques, en porte-à-faux ou en rotation du tronc ; éviter les ports de charges au-delà de 2 kg

avec le membre supérieur droit ; éviter les déplacements sur terrains irréguliers, escaliers ou pentes.

Ainsi qu'il a été examiné ci-avant, les atteintes qui dépassent celles affectant l'épaule gauche (ceinture scapulaire, rachis, cheville et pied droit) sont sans lien de causalité avec l'accident et ne sont ainsi pas pertinentes pour définir les limitations fonctionnelles à la suite de l'accident du 31 mai 2016, partant doivent être exclues.

S'agissant des constatations retenues par le Dr M. _____ dans son rapport du 27 avril 2020 concernant le membre supérieur gauche, il est le lieu de relever que le Prof. B. _____ a indiqué que la recourante se disait partiellement satisfaite à la suite de l'intervention du 14 février 2018 en raison d'une amélioration de la mobilité de l'épaule gauche avec possibilité d'utiliser le bras gauche pour manger et boire (cf. rapport du 10 août 2018) et que lors de son séjour à la F. _____ en 2018, il a été mis en évidence que les plaintes et les limitations fonctionnelles de la recourante ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. En effet, des facteurs contextuels jouaient un rôle important dans ses plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées et influençaient défavorablement son retour au travail. Il s'agissait d'une importante sous-estimation de ses propres capacités fonctionnelles (cf. rapport du 25 octobre 2018). Le Dr S. _____ a également noté que la recourante n'utilisait pas son membre supérieur gauche « qu'elle néglige[ait] complètement » (cf. rapport du 6 septembre 2017), ce qui a, de nouveau, été relevé lors de ce séjour à la F. _____ (cf. rapport d'ergothérapie du 10 octobre 2018). L'évaluation faite à la F. _____ plaide en faveur de limitations fonctionnelles restreintes permettant l'activité habituelle à temps complet, tout comme le précédent médecin traitant de la recourant, le Dr C. _____, qui a estimé en date du 3 avril 2019 que la recourante pouvait reprendre, dans un but thérapeutique, son activité habituelle, les limitations fonctionnelles persistant à la suite des deux opérations à son épaule gauche ne contre-indiquant pas une telle reprise.

C'est ainsi à bon droit que l'intimée n'a pas tenu compte d'autres limitations fonctionnelles que celles liées aux lésions du membre supérieur gauche, et estimé que ces limitations fonctionnelles n'empêchaient pas la reprise de l'activité habituelle au taux contractuel, conformément à ce qu'a indiqué la Dre T._____ et la Dre N._____. Le rapport du 8 janvier 2020 de la Dre T._____ n'est ainsi pas lacunaire de ce chef et dénué de valeur probante.

g) Se référant ensuite à la jurisprudence, singulièrement à l'ATF 135 V 456, la recourante affirme qu'au vu des doutes existants dans son dossier résultant des divergences entre les avis médicaux de son médecin traitant, le Dr M._____, et de la Dre T._____, l'intimée ne pouvait pas statuer sans mettre en œuvre une expertise indépendante au sens de l'art. 44 LPGA. La transmission du dossier à la Dre N._____ n'était, selon elle, pas suffisante, cette dernière ayant rendu un avis orienté et n'ayant pas procédé à un examen personnel.

Comme exposé ci-avant, les limitations fonctionnelles résultant des lésions au membre supérieur gauche telles que retenues par la Dre T._____ emportent conviction, les limitations supplémentaires retenues par le Dr M._____ ne pouvant pas être prises en considération en l'absence de lien de causalité avec l'accident du 31 mai 2016. Il n'y a donc pas de doute et la mise en œuvre une expertise indépendante ne saurait s'imposer sur ce point.

Quant à la transmission du dossier à la Dre N._____, d'après la jurisprudence, une valeur probante doit être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (cf. consid. 4b *supra*). Au demeurant, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (TF 8C_108/2020 du 22 décembre 2020 consid. 4.4.2 ; 8C_59/2020 du 14 avril 2020 consid. 5.2 ; 8C_316/2019

consid. 5.4 du 24 octobre 2019 et les arrêts cités). L'avis de la Dre N. _____ constitue un avis médical supplémentaire recueilli par l'intimée en vue de statuer après instruction d'office. Le grief de la recourante relevant de l'absence d'indépendance de cette praticienne ne suffit pas, à défaut d'indice concret de partialité, à mettre en doute ses conclusions. A la lecture de son rapport complet et détaillé, on ne discerne pas une telle prise de position de la praticienne. Aussi, la critique fondée sur l'absence d'indépendance de la Dre N. _____ est mal fondée.

En outre, le fait que la Dre N. _____ se soit prononcée sur dossier ne suffit pas à mettre en doute la force probante de son appréciation dans la mesure où cette praticienne a examiné l'ensemble des pièces médicales versées au dossier, qui elles se fondaient sur un examen personnel de la recourante (cf. arrêt 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2 et les références). La jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (arrêts 8C_46/2019 du 10 mai 2019 consid. 3.2.1 ; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2, in SVR 2010 UV n° 17 p. 63 ; U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345 consid. 3d).

Les constatations de la Dre N. _____ - suivies par la CNA dans sa décision - se basent sur plusieurs examens cliniques effectués à différentes dates et relèvent d'une étude fouillée du cas de la recourante. Il ne saurait être reproché à la Dre N. _____ de ne pas avoir procédé à de nouvelles investigations dès lors que le dossier de la recourante comportait déjà de nombreuses références à des investigations radiologiques et neurologiques et qu'il n'a pas été décelé d'élément pertinent justifiant de nouvelles investigations. Ses conclusions, objectives et rigoureusement motivées, comme vu plus haut, ne sont pas remises en doute, même faiblement, par d'autres rapports médicaux. Elles ont ainsi pleine valeur probante.

En conséquence, les griefs de la recourante quant à la mise en œuvre d'une expertise indépendante doivent être écartés.

h) En définitive, l'appréciation de la Dre T._____ résulte d'une analyse minutieuse des pièces médicales au dossier, menée sur la base d'examens cliniques et radiologiques complets et en pleine connaissance de l'anamnèse. Son rapport du 8 janvier 2020 procède d'une appréciation claire de la situation, corroborée par des spécialistes confirmés et débouche sur des conclusions soigneusement motivées et exemptes de contradictions. Tant la Dre T._____ que la Dre N._____ répondent en outre à l'avis divergent du Dr M._____. Partant, l'appréciation du 8 janvier 2020 et son complément du 31 juillet 2020 ainsi que l'appréciation chirurgicale du 24 août 2021 peuvent se voir conférer pleine valeur probante.

6. Il sied d'examiner la question de la stabilisation de l'état de santé de la recourante. A cet égard, l'intimée a jugé l'état de santé de la recourante stabilisé et mis fin au remboursement des frais médicaux au 31 janvier 2020 et au versement des indemnités journalières au 20 janvier 2020. Cette question revient à trancher le point de savoir si l'état de santé de la recourante était stabilisé fin janvier 2020, à savoir s'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration au-delà de cette période.

a) A cet égard, à l'issue de son appréciation, la Dre T._____ a estimé que l'état de santé de la recourante était stabilisé, dès lors qu'aucun traitement chirurgical ou médical ne pouvait être proposé qui puisse améliorer de manière significative l'état de santé de la recourante.

b) Les avis médicaux au dossier ne conduisent pas à une solution différente.

En effet, il ressort des documents médicaux que les traitements médicaux sont épuisés et que ce constat a été relevé depuis longtemps. Lors de sa consultation du 18 janvier 2018, le Prof. B._____ a

observé que la recourante souffrait d'importantes douleurs qui ne justifiaient toutefois plus de médication antalgique et qu'elle avait stoppé la physiothérapie de massage (cf. rapport du 19 janvier 2018). A la suite de l'arthrolyse arthroscopique de l'épaule gauche, avec ablation du matériel de sutures, synovectomie et acromioplastie de l'épaule gauche le 14 février 2018, le Dr C. _____ a également indiqué que la recourante présentait toujours des douleurs à la mobilisation de son épaule, en amélioration lente sous physiothérapie, mais qu'elle ne nécessitait plus de traitement antalgique (cf. rapport intermédiaire du 16 avril 2018). Il a d'ailleurs observé que la recourante ne prenait plus de traitement antalgique qui ne lui amenait que peu d'amélioration (cf. rapport du 18 décembre 2018 et rapport médical intermédiaire du 7 janvier 2019). La recourante a déclaré elle-même lors de son examen par la Dre T. _____ qu'elle « a[vait] une très bonne physiothérapeute et que cela lui suffi[sa]it » (cf. rapport du 29 mai 2018) et a refusé toute prise de médicament antalgique lors de son séjour à la F. _____ (cf. rapport du 25 octobre 2018).

Par ailleurs, à l'issue de son séjour à la F. _____, les médecins ont considéré que la situation de la recourante était stabilisée et que la poursuite d'un traitement de physiothérapie ambulatoire, visant la réintégration du membre supérieur gauche, pourrait permettre d'améliorer la qualité de vie (cf. rapport du 25 octobre 2018). Le Dr C. _____ a rejoint cet avis puisqu'il a expliqué que la recourante avait « fait une multitude de thérapies avec un effet limité (fasciathérapie, ostéopathie, ergothérapie), la seule thérapie qui lui amen[ait] un certain bénéfice [était] la physiothérapie, qu'[il] propos[ait] de continuer » (cf. rapport du 5 novembre 2018, rapport du 22 février 2019 et rapport du 3 octobre 2019).

Dans ses rapports des 12 février, 8 mai et 3 juillet 2020, le Dr M. _____ a encouragé la recourante à poursuivre la physiothérapie et les exercices individuels, n'ayant pas d'autre option thérapeutique à proposer que celles refusées par la recourante (traitement antidépresseur, traitement antiépileptique). Dans son rapport du 30 juin 2021, le

Dr M._____ a encore relevé que la recourante avait subi des infiltrations intra-articulaires de corticostéroïdes, une synovectomie et de la rééducation à son épaule gauche, « ne laissant pas d'option thérapeutique pouvant significativement modifier l'évolution de cette capsulite ». Le Dr M._____ n'amène ainsi aucune autre proposition thérapeutique susceptible d'améliorer la capacité de travail de la recourante qu'il juge nulle, alors même que le précédent médecin traitant de la recourante, le Dr C._____, avait estimé que celle-ci pouvait reprendre son activité habituelle (cf. note téléphonique du 3 avril 2019).

Or, il est constant que la physiothérapie n'a pas en l'espèce pour objectif d'apporter une amélioration sensible de l'état fonctionnel de l'épaule gauche. Au demeurant, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF U 551/06 du 14 décembre 2017 consid. 7.3), une thérapie consistant en de la physiothérapie ne constitue pas en soi un traitement susceptible d'améliorer notablement l'état de santé d'un assuré.

Au vu de ce qui précède, la Dre T._____ a constaté le 8 janvier 2020, sans être contredite par un autre avis médical, y compris celui du Dr M._____, qu'aucun traitement chirurgical ou médical ne pouvait désormais améliorer de manière significative l'état de santé de la recourante, de sorte que l'intimée était fondée à constater la stabilisation de celui-ci. La mise en place d'un traitement de physiothérapie intensive depuis mai 2019, à raison de deux séances par semaine, n'avait apporté aucune amélioration, raison pour laquelle un tel traitement ne devait pas être poursuivi, la recourante ayant reçu un enseignement suffisant pour maintenir une auto-physiothérapie qui évitait une aggravation de son état de santé (cf. rapport du 8 janvier 2020).

Aucune mesure de réadaptation n'a par ailleurs été mise en œuvre dans le cadre de l'assurance-invalidité, selon les informations transmises par l'Office de l'assurance-invalidité le 14 novembre 2017, si bien que c'est à juste titre que la CNA a mis un terme au versement des

indemnités journalières ainsi qu'à la prise en charge du traitement médical.

c) Le grief de la recourante doit ainsi être rejeté et la stabilisation confirmée. La cessation du paiement des soins médicaux au 31 janvier 2020 (sous réserve de deux contrôles par an) - cette date étant d'autant plus admissible qu'aucune proposition thérapeutique n'a été faite *a posteriori* - et la cessation du paiement des indemnités journalières au 20 janvier 2020 sont donc justifiées.

7. Dans un autre moyen, la recourante, appuyée par le Dr M._____, soutient que sa capacité de travail tant dans une activité adaptée que dans l'activité de secrétaire est nulle en raison des limitations fonctionnelles qu'elle présente depuis sa chute et a déclaré « refuser de taper au clavier de la seule main droite » (cf. entretien avec la Dre T._____), ce qui lui ouvrirait le droit à une rente d'invalidité de la part de l'assurance-accident. L'intimée, pour sa part, retient que la recourante présente une capacité de travail entière dans sa précédente activité dès le 20 janvier 2020, eu égard aux limitations fonctionnelles pertinentes constatées.

a) Avant l'accident, la recourante travaillait comme secrétaire auprès du garage familial à 50 %. Dans son appréciation du 8 janvier 2020, la Dre T._____ a confirmé que l'activité concernée était adaptée à l'état de santé de la recourante et que celle-ci disposait dans ce cadre d'une capacité de travail entière.

b) Son appréciation est convaincante et il ne figure au dossier aucun élément susceptible de la remettre sérieusement en question.

En effet, comme vu précédemment sous consid. 5f *supra*, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr M._____ (éviter une activité au-dessus du niveau des épaules pour le membre supérieur droit ; éviter les positions statiques, en porte-à-faux ou en rotation du tronc ; éviter les

ports de charges au-delà de 2 kg avec le membre supérieur droit ; éviter les déplacements sur terrains irréguliers, escaliers ou pentes) qui ne sont pas en lien avec l'état séquellaire du 31 mai 2016, ne sont pas pertinentes dans l'évaluation de la capacité de travail dans le cas d'espèce.

Il est également le lieu de relever que la présence de facteurs extra-médicaux, tels que la sous-estimation des capacités fonctionnelles relevée par les praticiens de la F._____, ne saurait pas non plus être prise en compte dans l'appréciation de la capacité de travail de la recourante.

Quant à l'impossibilité d'utilisation du membre supérieur gauche dans une activité lucrative, alléguée par le Dr M._____, elle est contredite par l'absence d'amyotrophie ou encore par le fait que la recourante déclarait être « partiellement satisfaite en raison d'une amélioration de la mobilité de l'épaule gauche avec possibilité d'utiliser le bras gauche pour manger et boire » à la suite de l'intervention du 14 février 2018 (cf. rapport du 10 août 2018 du Prof. B._____).

L'utilisation de son membre supérieur gauche est compatible avec les limitations fonctionnelles retenues par la Dre T._____ qui n'empêchent au demeurant pas des mouvements simples, moyennant changement de position, y compris la possibilité de taper sur un clavier d'ordinateur ou de servir le café aux clients, quoi qu'en pense la recourante, singulièrement au taux d'activité contractuel (2 jours par semaine) (cf. appréciation chirurgicale du 24 août 2021 de la Dre N._____), d'autant plus qu'il a été confirmé par le précédent médecin traitant de la recourante que les limitations fonctionnelles subsistantes à la suite des deux interventions chirurgicales ne contre-indiquaient pas une reprise de l'activité habituelle.

Dans son rapport du 9 novembre 2018, le Dr C._____ indiquait qu'il allait « évaluer au prochain contrôle la possibilité d'une reprise de travail dans une activité adaptée de bureau à temps partiel, ce qui lui [la recourante] serait non seulement bénéfique pour son moral et

lui permettrait également de faire travailler un peu plus son MSG », ajoutant ensuite qu'une telle reprise « sera[it] uniquement effectuée une fois les douleurs stabilisées » (cf. rapport du 5 novembre 2018), ce qui, comme vu ci-avant, est le cas depuis fin janvier 2020. Lors de son examen du 19 février 2019 par la Dre T._____, la recourante s'est vu proposer d'essayer une reprise thérapeutique de l'activité professionnelle à 50 % sans impératif de rendement. Se déclarant prête à essayer, dans un premier temps, tout en refusant catégoriquement de taper à l'ordinateur uniquement avec sa main droite (cf. rapport du 20 février 2019), la recourante a, dans un second temps, également refusé d'utiliser son membre supérieur gauche (cf. rapport du 20 février 2019). La Dre T._____ a toutefois expliqué qu'en présence d'une épaule opérée à deux reprises, il existait certaines limitations fonctionnelles, à savoir au niveau du port de charges lourdes, des mouvements répétitifs au-dessus de l'horizontale ou du port de charges au-dessus de l'horizontale, mais que de telles limitations fonctionnelles n'influençaient pas la capacité de travail dans une activité de secrétaire ou d'employée de commerce, étant précisé qu'une reprise du travail à titre thérapeutique paraissait une bonne solution pour réintégrer le membre supérieur gauche. Joint téléphoniquement par la Dre T._____, le Dr C._____ a confirmé le point de vue de la praticienne et indiqué que les limitations fonctionnelles qui persistaient à la suite des deux opérations au niveau de l'épaule gauche ne contre-indiquaient pas une activité de bureau (activité habituelle et au taux contractuel) (cf. entretien téléphonique du 3 avril 2019).

c) Force est donc de constater que les appréciations médicales précitées confirment celle retenue par l'intimée, soit une capacité de travail entière dans l'activité de secrétaire. Le Dr M._____ ne donne aucune justification sur son estimation de la capacité de travail estimée à 0 %. Le seul élément expliquant pour quel motif la recourante ne pourrait pas occuper son ancien poste de travail consiste en « l'absence de récupération du membre supérieur gauche ». Malgré les nombreuses investigations, les douleurs n'ont pas été pas expliquées, ni même la discrédance entre sa mobilité effective et les constatations médicales.

Compte tenu de l'absence d'évolution des limitations fonctionnelles, la stabilisation justifiait la reprise d'une activité lucrative tenant compte de ces limitations. L'appréciation différente de la capacité de travail du Dr M._____, spécifiquement l'absence de récupération du membre supérieur gauche, ne saurait ainsi jeter le doute sur celle formulée par les Dres T._____ et N._____.

d) Partant, il sied de confirmer les éléments de la décision entreprise, s'agissant de la capacité de travail entière de la recourante dans son ancienne activité dès le 20 janvier 2020, niant ainsi tout droit à une rente compte tenu de l'absence de perte de revenu.

8. Enfin, la recourante conteste le taux de l'indemnité à l'intégrité (IPAI) retenu, estimant que celui-ci devrait être plus élevé puisqu'elle ne pourrait plus travailler vu les importantes limitations présentées.

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 (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), 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 133 V 224 consid. 2.2).

L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 24 al. 2 LAA). Le droit à la rente prend naissance

dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, première phrase, LAA).

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 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1, première phrase, 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, deuxième phrase, 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 CNA 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.

b) En l'occurrence, la CNA s'est basée sur l'appréciation de la Dre T._____ du 8 janvier 2020. Celle-ci a fixé cette indemnité à 10 %, soit le taux retenu par analogie pour une arthrose moyenne de l'épaule gauche selon la table 1 d'indemnisation, relative aux atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs. Cette appréciation n'apparaît pas critiquable et la recourante ne soutient pas qu'une autre table devrait être utilisée. Contrairement à ce que la recourante invoque, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne saurait être fixée en tenant compte des seules constatations retenues par le

Dr M._____ dans son rapport du 27 avril 2020, soit 20° en abduction, 95° en flexion et 10° en rotation, constatations réfutées par les Drs N._____ et DD._____ en l'absence d'amyotrophie et qui ne sont corroborées par aucun autre spécialiste. La non-utilisation du membre supérieur gauche au quotidien ne correspond en outre pas aux limitations physiques, mais est la résultante de « facteurs extra-médicaux » (cf. rapport du 8 janvier 2020), ce d'autant plus que la Dre T._____ a relevé l'absence d'amyotrophie du membre supérieur gauche ou de la ceinture scapulaire malgré le lourd handicap allégué par la recourante, que d'autres médecins ont noté une négligence complète de l'utilisation de ce membre (cf. rapport du 6 septembre 2017 du Dr S._____) et qu'il a même été observé une extension de 45° de l'épaule (cf. rapport d'ergothérapie du 10 octobre 2018). Il est également à noter que les amplitudes articulaires à la suite de l'intervention du 14 février 2018 de la recourante étaient pratiquement complètes et symétriques (cf. rapport du 21 février 2018 du Dr C._____).

c) En se fiant aux rapports médicaux au dossier, singulièrement à ceux de la Dre T._____ et à l'avis de la Dre N._____ (qui a synthétisé les constatations des autres médecins), tant le taux de 10 % retenu que le montant de l'IPAI (l'indemnité se chiffrant en pourcentage du montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident [art. 22 al. 1 OLAA]) doivent être confirmés.

9. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert la recourante par la mise en œuvre d'une expertise. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

10. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} 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 est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 19 mars 2021 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents 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 Flore Primault (pour G. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- 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 :