

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 décembre 2019

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Dessaux et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

L._____, à [...], recourante, représentée par Me Philippe Nordmann, à Lausanne,

et

T._____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA.

E n f a i t :

A. **a)** L._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1963, travaillait comme employée de vente pour K._____ Société Coopérative, à un taux de 50 %. Elle était assurée contre les accidents auprès de T._____ SA (ci-après : T._____ ou l'intimée).

K._____ Société Coopérative a annoncé à T._____ que, le 14 mars 2016, L._____ s'était rendue dans une chambre froide pour chercher une corbeille, avait glissé et s'était fracturée l'humérus gauche. Le rapport médical initial établi le 31 mars 2016 par le Dr N._____, alors médecin-adjoint au sein de l'Hôpital P._____ à [...], faisait état d'un trait de fracture sans déplacement du massif du trochin de l'humérus gauche. L'accident y est décrit comme suit : « a glissé et s'est rattrapée avec son MSG [membre supérieur gauche] en extension tiré vers l'arrière ». Le Dr N._____ a prescrit un traitement conservateur, avec immobilisation par gilet orthopédique et médication anti-inflammatoire et anti-douleur. Il a attesté une incapacité de travail totale pour une durée probable de six semaines. Il a par la suite prolongé cet arrêt de travail, puis attesté une capacité de travail limitée à 50 %, à un poste de travail adapté, du 23 mai au 19 juin 2016.

Dans un rapport du 13 juillet 2016 à la Dre D._____, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a résumé comme suit l'événement du 14 mars 2016 : « Patiente [...] qui a fait une chute [...] en se rattrapant avec son bras gauche avec un mouvement d'hyperextension et de rétropulsion. Elle a entendu un 'crac'. » Le Dr F._____ a posé le diagnostic de probable lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche et a demandé une « arthro-IRM ».

Le 2 août 2016, une « arthro-IRM » de l'épaule gauche a révélé une déchirure subtransfixiante du tendon du muscle supra-épineux intéressant sa face articulaire au niveau de son versant antérieur, une

tendinopathie du long chef bicipital au niveau de la portion distale de son trajet intra-articulaire, ainsi qu'au niveau de son entrée au sein de la gouttière, une déchirure de la face profonde et une déchirure interstitielle du tendon du muscle sous-scapulaire, l'ensemble des deux déchirures intéressant 50 % de l'épaisseur tendineuse, une lésion de type SLAP IIa et un amincissement de la surface cartilagineuse du rebord glénoïdien avec plusieurs ulcérations profondes, et enfin une bursite sous-acromio-delhoïdienne et une arthropathie acromio-claviculaire en poussée congestive. Aucune déchirure significative intéressant la face profonde ou articulaire du tendon du muscle infra-épineux n'avait été constatée. Il n'y avait pas de chondropathie significative de la tête humérale et on constatait une bonne trophicité sans infiltration graisseuse des corps musculaires de la coiffe des rotateurs (rapport du 3 août 2016 de la Dre M. _____, spécialiste en radiologie, au Dr F. _____).

A la suite de cet examen, le Dr F. _____ a proposé une réparation du tendon sus-épineux, une ténodèse du long chef du biceps et une acromioplastie par arthroscopie de l'épaule gauche (rapport du 23 août 2016 à la Dre D. _____). En réponse à un questionnaire de T. _____, il a exposé, le 31 août 2016, qu'il posait les diagnostics de lésion transfixiante du tendon du sus-épineux de l'épaule gauche et de « lésion SLAP » de l'épaule gauche. Il a à nouveau décrit l'accident, comme il l'avait fait dans son rapport du 13 juillet 2016, et a indiqué qu'une fracture du trochiter et une fracture de l'humérus avaient été diagnostiquées à l'Hôpital P. _____. Il a précisé que les lésions constatées présentaient les caractéristiques de lésions accidentelles. A la question de savoir si les lésions étaient essentiellement dégénératives, il a répondu qu'elles étaient « post-traumatiques ». L'arthroscopie projetée lui paraissait nécessaire pour « les suites accidentelles », d'autant que si l'on ne faisait rien, l'état de l'épaule se dégraderait.

T. _____ a mandaté le Dr W. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en vue d'une expertise sur dossier. Dans un rapport du 22 septembre 2016, celui-ci a posé les diagnostics de « status après fracture du trochin de l'humérus

gauche le 14 mars 2016 » et de « déchirure dégénérative du tendon du sus-épineux, déchirure de la face profonde du tendon du sous-scapulaire, tendinopathie de la longue portion du biceps et état dégénératif du rebord glénoïdien de l'épaule gauche ». Il a exposé que les troubles actuels de l'épaule étaient la conséquence d'un état dégénératif antérieur à l'accident. Cet état dégénératif avait été mis en évidence au décours de la fracture du trochin, lorsqu'on avait procédé à l'« arthro-IRM » en raison de la persistance des douleurs. Les séquelles de la fracture du trochin, d'origine accidentelle, entraînaient encore des douleurs et une limitation modérée de la mobilité articulaire de l'épaule gauche. En revanche, les lésions tendineuses dégénératives n'étaient pas la conséquence de la chute du 14 mars 2016. Pour ces motifs, le Dr W. _____ proposait de maintenir la prise en charge du cas par l'assurance-accidents, par une rééducation physique, voire une infiltration sous-acromiale, jusqu'à la fin de l'année 2016. Si une intervention chirurgicale, telle que proposée par le Dr F. _____, était pratiquée, elle ne serait pas en rapport de causalité avec l'accident et avait pour objectif de traiter une atteinte dégénérative préexistante. A propos de son appréciation relative au caractère dégénératif des lésions tendineuses, le Dr W. _____ a exposé ce qui suit :

« Selon moi, le rapport de l'arthro-IRM, effectuée le 02.08.2016, décrit des lésions qui correspondent à un état dégénératif évident. Mme L. _____ est actuellement âgée de 53 ans. Or, il est reconnu qu'à partir de la cinquantaine, les fissurations tendineuses et les déchirures interstitielles correspondent à une lamination des tendons, autrement dit à un clivage intra-tendineux et apparaissent en raison de phénomènes vasculaires et mécaniques. Ce clivage et la désinsertion profonde sont fréquents, à plus de 40 %, en présence de phénomènes dégénératifs.

Je ne trouve pas de SLAP Ila dans les lésions décrites. Le SLAP II consiste en un décollement du labrum du tendon du biceps et de la glène, ce qui rend le complexe labrum-biceps instable. Or, rien dans le rapport établi par le Dr M. _____ ne montre ce type de lésions. Il n'y a aucune description concernant l'état du labrum et pourtant, le rebord glénoïdien est décrit comme présentant plusieurs ulcérations profondes. Ces éléments sont en rapport avec un état dégénératif.

Dans le cas de Mme L. _____, il ne s'agit pas d'une rupture de la coiffe des rotateurs, mais d'une usure de la dite coiffe.

Certes, l'assurée a subi un traumatisme de son membre supérieur gauche, mais les lésions décrites sur l'arthro-IRM au niveau de l'épaule sont d'origine dégénérative et non traumatique.

La lésion sub-transfixiante du tendon sus-épineux est une déchirure de la face profonde par les phénomènes mécaniques et vasculaires.
»

Le 12 octobre 2016, le Dr F._____ s'est adressé à T._____ en se déclarant « consterné » par les constatations du Dr W._____. Il a exposé que le Dr W._____ avait constaté à tort une fracture du trochin au lieu d'une fracture du trochiter associée à une lésion de la coiffe de rotateurs. Une telle association était relativement fréquente. En outre, il n'y aurait, toujours selon le Dr F._____, aucun signe de dégénérescence de la coiffe des rotateurs chez l'assurée ; il serait également faux de prétendre que 40 % des lésions à partir de 50 ans sont d'ordre dégénératif. Le Dr F._____ a ajouté que la Dre M._____ avait clairement décrit une lésion « SLAP II » au terme de l'examen radiologique qu'elle avait pratiqué, de sorte que le Dr W._____ niait à tort l'existence d'une telle lésion. Enfin, il a indiqué que « la géographie de ce type de lésion et les images radiologiques parl[ai]ent à 100 % en faveur d'une lésion traumatique du tendon du sus-épineux. »

Le Dr W._____ s'est déterminé le 31 octobre 2016 en exposant, notamment, que le Dr N._____ avait fait état d'une fracture sans déplacement et non articulaire du massif du trochin de l'humérus gauche.

Par décision du 3 novembre 2016, T._____ a refusé de prendre en charge l'arthroscopie projetée par le Dr F._____. Elle a également refusé d'allouer des indemnités journalières relatives à une éventuelle incapacité de travail consécutive à l'opération. Enfin, elle a nié tout dommage permanent d'origine accidentelle et a refusé d'allouer une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

L._____ s'est opposée à cette décision, le 7 novembre 2016, en soulignant qu'elle était droitière, que son bras gauche lésé n'était donc pas soumis à des efforts particuliers et qu'elle n'avait jamais ressenti une quelconque gêne dans ce bras avant l'accident du 14 mars 2016. Elle a souligné que contrairement au Dr W._____, le Dr F._____ n'avait

constaté aucun signe de dégénérescence. En outre, le Dr W._____ avait fait état d'une fracture du trochin, alors qu'elle avait subi une fracture du trochiter. Il n'avait pas pris en considération la lésion « SLAP II » décrite par la Dre M._____ et semblait s'être fondé uniquement sur le critère de l'âge pour constater une atteinte d'origine dégénérative.

b) Le 11 janvier 2017, L._____ s'est soumise à une arthroscopie de l'épaule gauche, avec réparation du sous-scapulaire, ténodèse du long chef du biceps, réparation du labrum antéro-supérieur, synovectomie partielle, décompression sous-acromiale et acromioplastie limitée. Lors de l'intervention, une lésion partielle du tiers supérieur du tendon sous-scapulaire a été constatée, de même qu'une tendinopathie du long chef du biceps, avec « lésion SLAP, détachement de l'ancre du biceps avec détachement osseux au niveau du ligament gléno-huméral moyen au niveau de la glène antéro-supérieure avec variante anatomique ». Le tendon du sus-épineux présentait une lésion partielle du côté articulaire et l'opérateur avait constaté « une bursite chronique avec signes d'inflammation avec léger conflit sous-acromial ». Le cartilage articulaire, le tendon du sous-épineux et le tendon du petit rond étaient intacts (rapport opératoire du 11 janvier 2017 du Dr C._____, médecin chef du Service d'orthopédie des Etablissements hospitaliers A._____).

c) L'assureur-maladie de L._____, E._____ SA, a requis un préavis à son médecin conseil, le Dr Z._____.

Par un courrier électronique du 3 mars 2018 adressé à E._____ SA, le Dr Z._____ a indiqué que l'accident avait entraîné un trait de fracture du massif du trochin de l'humérus gauche, qui est le lieu d'insertion du tendon du muscle sous-scapulaire. Il y avait une lésion partielle du sous-scapulaire. Dans la majorité des cas d'une lésion du tendon sous-scapulaire, il s'agissait d'une lésion traumatique. En l'espèce, il y avait en plus des lésions dégénératives (tendinopathie du long chef du biceps, lésion « SLAP », lésion dégénérative du sus-épineux et bursite chronique avec léger conflit sous-acromial). L'intervention du 11 janvier 2017 avait toutefois été réalisée « primordialement pour réparation de la

lésion traumatique du sous-scapulaire et bien sûr en même temps d'aborder les lésions dégénératives concomitantes ».

A la suite de ce préavis du Dr Z._____, E._____ SA a fait opposition à la décision du 3 novembre 2016 de l'assureur-accidents.

Le Dr W._____ s'est déterminé le 29 mars 2017 sur les oppositions ainsi que sur le protocole de l'opération du 11 janvier 2017. Il a maintenu son point de vue relatif à l'origine dégénérative des lésions traitées lors de cette intervention, en admettant cependant avoir constaté à tort une lésion du trochin plutôt que du trochiter, sur la base d'un rapport du Dr N._____ [du 31 mars 2016] faisant lui-même cette confusion. Il a exposé que le mécanisme survenu lors de l'événement du 14 mars 2016 (membre supérieur gauche tiré en extension vers l'arrière) était fréquemment évoqué lors d'une atteinte du sous-scapulaire. Ce dernier avait pour action principale la rotation interne, c'est-à-dire de mettre la main dans le dos. Si lors de ce mouvement, la traction était suffisamment forte, on pouvait trouver une rupture de l'insertion humérale au niveau de la petite tubérosité, également appelée trochin. Toutefois, pour obtenir une telle lésion, le traumatisme devait être de haute énergie afin de provoquer une lésion osseuse (du trochin) et de l'insertion tendineuse. Généralement, on ne trouvait que la lésion osseuse ou la lésion tendineuse, et il était exceptionnel que les deux soient réunies. En l'espèce, l'accident du 14 mars 2016 ne constituait pas un événement de haute énergie cinétique.

Par décision sur opposition du 14 août 2017, T._____ a maintenu son refus de prester.

A réception de cette décision, E._____ SA s'est renseignée et a obtenu un rapport radiologique réalisé le 14 mars 2016 par le Dr G._____, spécialiste en radiologie, à l'intention du Dr N._____. Il en ressort qu'une fracture du trochiter et de la métaphyse proximale de l'humérus avait été constatée à l'époque, et non une fracture du trochin. Après avoir pris connaissance de ce document, le Dr Z._____ a proposé,

sans autre motivation, d'accepter la décision de T._____ (courrier électronique du 1^{er} septembre 2017 à E._____ SA).

B. Pour sa part, L._____, représentée par son conseil Me Philippe Nordmann, a interjeté un recours de droit administratif le 11 septembre 2017 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée. Elle en a demandé, en substance, la réforme en ce sens que T._____ prenne en charge les frais médicaux et les indemnités journalières relatifs à l'opération du 11 janvier 2017, le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité étant réservé, sous suite de dépens. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision.

L'intimée a produit son dossier et a conclu au rejet du recours, au terme de sa détermination du 13 novembre 2017. La recourante a répliqué le 13 décembre 2017 et a maintenu ses conclusions. Elle s'est à nouveau déterminée les 26 avril et 11 juin 2018.

Le 17 juillet 2018, à la demande du juge instructeur, E._____ SA a produit, notamment, les préavis des 3 mars et 1^{er} septembre 2017 de son médecin conseil ainsi que le rapport radiologique du Dr G._____ du 14 mars 2016. La recourante s'est déterminée sur ces documents le 14 août 2018.

Le juge instructeur a mandaté le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour la réalisation d'une expertise. Dans un rapport du 19 juillet 2019, celui-ci a exposé que l'accident du 14 mars 2016 avait entraîné, de façon certaine, une fracture du trochiter de l'épaule gauche et une lésion de la coiffe des rotateurs de cette épaule, avec une rupture partielle de la face articulaire du tendon sus-épineux et une lésion fissuraire de la partie haute du tendon sous-scapulaire. La fracture du trochiter pouvait être considérée comme consolidée six mois après l'accident. En revanche, les lésions de la coiffe étaient encore présentes lors de l'intervention du 11 janvier 2017. Les lésions traitées lors de cette intervention étaient d'origine accidentelle, de manière certaine : la ténodèse du long chef du biceps

devait être réalisée en cas de lésion postérieure de la gaine bicipitale que l'on retrouvait dans les lésions du sus-épineux ; par ailleurs, une acromioplastie était régulièrement réalisée afin d'améliorer l'espace de travail et de protéger la réparation.

Les parties se sont déterminées et ont maintenu leurs conclusions à la suite de cette expertise.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à la prise en charge du traitement médical et à des indemnités journalières ensuite de l'accident du 14 mars 2016, plus particulièrement à la prise en charge de l'arthroscopie pratiquée le 11 janvier 2017 et aux indemnités journalières pendant l'incapacité de travail qui lui était liée. L'intimée a dans un premier temps alloué ces prestations, mais a nié son obligation de prester en lien avec l'arthroscopie du 11 janvier 2017.

Le litige porte également sur le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. L'assuré a notamment droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière en cas d'incapacité de travail d'origine accidentelle (art. 16 LAA). S'il souffre d'une atteinte durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

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_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). 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. 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 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1).

c) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

4. a) Dans son rapport d'expertise judiciaire du 19 juillet 2019, le Dr H._____ a constaté que l'opération du 11 janvier 2017 était destinée à traiter des lésions, d'origine accidentelle, du tendon sus-épineux et du tendon sous-scapulaire. En ce qui concerne la ténodèse du long chef du biceps et l'acromioplastie, le Dr H._____ a exposé que la première devait être réalisée en cas de lésion postérieure de la gaine bicipitale, que l'on retrouvait en cas de lésion du sus-épineux, et que la seconde était régulièrement réalisée afin d'améliorer l'espace de travail et de protéger

la réparation. Il n'y a aucun motif de s'écarter de ces constatations, qui sont posées au terme d'un rapport probant. Le Dr H. _____ a procédé à une étude circonstanciée de la question de la causalité entre les lésions constatées et l'accident du 14 mars 2016, s'est fondé sur des examens complets et avait une pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. Sa description du contexte médical et son appréciation de la situation médicale sont claires et ses constatations sont bien motivées. Elles corroborent entièrement celles déjà posées par le Dr F. _____.

Contrairement à ce que soutient l'intimée dans ses déterminations, le Dr H. _____ ne s'est pas fondé exclusivement sur le principe « post hoc ergo propter hoc » pour fonder ses constatations. Il a effectivement pris en considération l'absence de problèmes à l'épaule avant la chute qui constitue un indice parmi d'autres, certes insuffisant à lui seul pour constater un rapport de causalité. Il s'est toutefois également fondé sur d'autres indices. Il a notamment exposé que lors de sa chute, l'épaule de l'assurée avait été étirée. Ce mécanisme était reconnu comme pouvant provoquer une fracture du tubercule majeur. En effet, en maintenant la tête humérale, les muscles de la coiffe des rotateurs qui s'insèrent sur le tubercule majeur ont produit une fracture-avulsion. Sur l'arthro-IRM de l'épaule gauche ordonnée par le Dr F. _____ après un constat d'échec du traitement conservateur, le Dr H. _____ a constaté une lésion partielle de la face articulaire du tendon du sus-épineux et une lésion fissuraire de la partie haute du tendon du sous-scapulaire. Lors de l'accident, l'assurée avait subi un traumatisme de type « bras arraché », qui était reconnu comme vulnérant pour les lésions de la coiffe des rotateurs. La localisation de la lésion tendineuse au niveau de la partie antérieure du sus-épineux et de la partie supérieure du sous-scapulaire parlait en faveur d'une origine traumatique. En effet, les lésions de la partie antérieure de la coiffe étaient le plus souvent en lien avec une origine traumatique. Enfin, les patients présentant une persistance de douleur malgré une bonne consolidation osseuse après une fracture du trochiter avaient une probabilité importante d'avoir une lésion de la coiffe des rotateurs associée. Enfin, l'évolution post-opératoire était favorable,

comme le confirmait l'examen clinique, ce qui parlait également en faveur d'une origine traumatique des lésions de la coiffe des rotateurs.

b/aa) L'intimée oppose aux constatations du Dr H. _____ celles du Dr W. _____ et celles du Dr Z. _____.

bb) En ce qui concerne le Dr Z. _____, celui-ci a dans un premier temps considéré que la lésion du tendon sous-scapulaire était d'origine traumatique. Si d'autres lésions (tendinopathie du long chef du biceps, lésion SLAP, lésion du sus-épineux et bursite chronique avec léger conflit sous-acromial) étaient dégénératives, l'intervention du 11 janvier 2017 avait néanmoins pour but « primordial » la réparation du tendon sous-scapulaire. Le Dr Z. _____ s'est par la suite rallié, sans autre explication, au refus de prester de T. _____, après avoir appris qu'il n'y avait pas eu de fracture du trochin (sur lequel le sous-scapulaire vient s'insérer), mais du trochiter (lieu d'insertion du sus-épineux). Son avis est clairement trop sommaire pour remettre en cause celui du Dr H. _____, en particulier sur l'origine dégénérative ou non des lésions du tendon sus-épineux qui se greffe sur le trochiter.

cc) Pour sa part, le Dr W. _____ estime que l'ensemble des lésions tendineuses est d'origine exclusivement dégénérative. Dans son rapport du 22 septembre 2016, il motive essentiellement cette appréciation par le fait que l'assurée est âgée de 53 ans et qu'à partir de cinquante ans, les fissurations tendineuses et les déchirures interstitielles correspondent à une lamination des tendons et apparaissent en raison de phénomènes vasculaires et mécaniques. Ce clivage et cette désinsertion profonde sont fréquents, à plus de 40 %, en présence de phénomènes dégénératifs.

Cette seule considération statistique est insuffisante pour se prononcer sur le rapport de causalité litigieux. Pour le surplus, le Dr W. _____ ne motive pas autrement son point de vue. Il se méprend sur les lésions causées initialement par l'accident, mentionnant une fracture du massif du trochin plutôt que du trochiter, ce qui dénote une étude

insuffisante des pièces médicales au dossier. Le Dr F._____ fait en effet état, depuis le début, d'une fracture du trochiter, ce qui aurait dû conduire le Dr W._____ à clarifier cette question. Enfin, le Dr W._____ conteste l'existence d'une lésion « SLAP Ila » diagnostiquée par la Dre M._____, spécialiste en radiologie. Il se trompe toutefois sur ce point également, la lésion de type SLAP Ila ayant été confirmée par l'arthroscopie du 11 janvier 2017.

dd) Dans son rapport complémentaire du 29 mars 2017, le Dr W._____ procède à une analyse du mécanisme accidentel. Il expose que le type de mécanisme subi est fréquemment évoqué lors d'une atteinte sous-scapulaire, mais que pour obtenir ce type de lésion, le traumatisme doit être « de haute énergie afin de provoquer une lésion osseuse (du trochin) et de l'insertion tendineuse ». Il serait exceptionnel que les deux lésions soient réunies et, en l'espèce, la traction du bras vers l'arrière subie par l'assuré n'était pas « un événement de haute énergie cinétique ».

Là encore, le Dr W._____ ne convainc pas. Il passe totalement sous silence le fait qu'à défaut d'avoir provoqué une fracture du trochin, la traction du bras vers l'arrière a entraîné une fracture de l'humérus au niveau du trochiter ainsi qu'au niveau sous-capital (le Dr G._____ fait état, dans son rapport du 14 mars 2016, d'une fracture du trochiter et de la métaphyse proximale de l'humérus). On voit mal, dans ces circonstances, ce qui permet au Dr W._____ d'estimer que l'énergie subie lors de cette traction aurait été insuffisante pour entraîner une lésion tendineuse.

Le Dr W._____ expose ensuite qu'il s'est forgé son opinion relative à l'origine dégénérative des atteintes après avoir considéré « le type de déchirure tendineuse du sous-scapulaire et du sus-épineux, la tendinopathie du long chef du biceps, la lésion de type SLAP avec les lésions cartilagineuses du rebord glénoïdien, associées à plusieurs ulcérations profondes ». Toutefois, outre le fait qu'il avait en réalité nié, dans un premier temps, une lésion de type « SLAP », le Dr W._____

reformule ainsi l'argument précédemment exposé, selon lequel les fissurations tendineuses et les déchirures interstitielles correspondent, après cinquante ans, à une lamination des tendons et apparaissent en raison de phénomènes vasculaires et mécaniques. Cet argument est insuffisant pour remettre en cause les constatations de l'expert judiciaire.

5. a) Vu ce qui précède, il appartiendra à l'intimée de compléter la prise en charge du traitement médical ensuite de l'accident du 14 mars 2016, en particulier en prenant en charge l'arthroscopie du 11 janvier 2017 et le traitement qui a suivi en lien avec cette intervention. Il lui appartiendra également d'allouer des indemnités journalières pour l'incapacité de travail qui lui était liée. Il n'y a en revanche pas lieu d'allouer à la recourante une indemnité pour atteinte à l'intégrité, compte tenu des constatations cliniques du Dr H. _____ (expertise p. 21 à 25) qui permettent d'exclure une telle atteinte.

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

c) La recourante voit ses conclusions admises et peut prétendre une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient de fixer à 3900 fr. et de mettre à la charge de l'intimée, qui succombe. Ce montant prend en considération la liste des opérations produite par Me Nordmann, pour un tarif horaire de l'ordre de 200 fr. au vu de l'importance et de la complexité du litige, les dépens alloués ne constituant qu'une participation aux honoraires du mandataire (art. 11 al. 1 et 2 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). Le montant alloué pour les dépens comprend l'indemnité forfaitaire pour les débours ainsi que la TVA.

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

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 14 août 2017 par T._____ SA est annulée, la cause lui étant renvoyée pour nouvelle décision au sens des considérants.

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

IV. T._____ SA versera à L._____ une indemnité de dépens de 3'900 fr. (trois mille neuf cents francs).

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Philippe Nordmann (pour L._____),
- T._____ SA,
- 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

: