

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 juin 2019

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Métral et Mme Brélaz Braillard, juges
Greffière : Mme Laurency

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourante, représentée par Me Gabriele Sémah, avocat
à Genève,

et

H._____ **SA**, à [...], intimée, agissant par la Direction régionale de [...].

Art. 6 al. 1 et 19 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1978, a travaillé à 100 % en qualité de serveuse au Café-Restaurant [...] à [...]. A ce titre, elle était assurée contre le risque d'accidents auprès de H. _____ SA (ci-après : la H. _____ SA ou l'intimée).

Le 2 février 2015, l'assurée a chuté de sa hauteur sur un trottoir verglacé à [...]. Elle a été en arrêt de travail total dès le lendemain et la H. _____ SA a pris en charge le cas (courrier du 2 mars 2015).

Des radiographies de l'épaule gauche réalisées le 13 février 2015 ne mettaient en évidence aucune fracture.

Le 13 mars 2015, l'assurée a subi une IRM de l'épaule gauche, qui a montré une contusion osseuse trochitérienne et métaphysaire de l'épaule gauche associée à une fissure du trochiter mais sans interruption de la corticale, ni déplacement osseux.

L'assurée a bénéficié de séances de physiothérapie. Néanmoins, au vu de la persistance des douleurs dans le cadre de la fracture du trochiter et d'une lésion partielle du tendon sus-épineux, le Dr T. _____, médecin traitant et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a demandé une arthro-IRM de l'épaule gauche de l'assurée pour affiner le diagnostic (rapport du 7 avril 2015).

L'arthro-IRM a été réalisée le 28 avril 2015 et décrivait une fracture-impaction de la partie antéro-supérieure du trochiter avec un œdème osseux modéré mais sans enfoncement cortical. Il y avait également une minime déchirure de la face profonde du tendon supra-épineux au contact prenant environ 10 % de l'épaisseur du tendon et une petite bursite sous-acromio-deltaïdienne.

En l'absence d'amélioration, l'assurée a subi une opération le 18 août 2015, soit une réparation de la coiffe par arthroscopie, impliquant un arrêt de travail de trois à six mois (rapports des 11 et 18 juin 2015 du Dr T._____).

Selon le rapport du 17 décembre 2015 du Dr T._____, l'assurée présentait un status post réparation du tendon sus-épineux par technique double rangée, une synovectomie partielle, une ténodèse du long chef du biceps, une acromioplastie et une trochitéroplastie par arthroscopie. Une capsulite était apparue après l'opération, la patiente s'étant à nouveau enflammée et présentant beaucoup de douleurs. Une physiothérapie très douce de manière personnelle lui a été prescrite. Le pronostic après la réduction de la capsulite était bon.

Une nouvelle IRM de l'épaule gauche a été réalisée le 20 janvier 2016. Elle mettait en évidence une déchirure transfixiante du sus-épineux à proximité de la vis de fixation, à l'origine d'une bursite communicante, ainsi qu'une ténodèse bicipitale.

Le 1^{er} mars 2016, l'assurée a subi une nouvelle intervention chirurgicale, soit une nouvelle réparation de la coiffe par arthroscopie (rapport du 4 février 2016 du Dr T._____).

Dans son rapport du 22 avril 2016, le Dr T._____ a notamment relevé ce qui suit :

« L'évolution est objectivement et subjectivement favorable.

[...]

A noter que la patiente est motivée pour reprendre son travail en tant que serveuse. Je pense qu'elle pourra reprendre son travail à 100% mais pas avant 4 à 6 mois post-opératoires. »

Dans le cadre de l'instruction du dossier, la H._____ SA a mis en œuvre une expertise orthopédique réalisée par le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Il ressort de son rapport du 7 juillet 2016 les diagnostics de

status après arthroscopie de l'épaule gauche le 18 août 2015 pour réparation du tendon sus-épineux, ténodèse du long chef du biceps et acromiosplastie, et de status après révision arthroscopique de l'épaule gauche le 1^{er} mars 2016 pour une nouvelle réparation des tendons de la coiffe des rotateurs et complètement d'acromioplastie. Le Dr X. _____ a notamment relevé que les suites de la première opération étaient marquées par d'importantes douleurs et qu'un geste brusque en physiothérapie avait décompensé la situation douloureuse. Le pronostic était en principe favorable, mais l'expertise n'avait eu lieu qu'à quatre mois de l'intervention du mois de mars, sans physiothérapie de rééducation avant le deuxième mois postopératoire. Il était trop tôt pour se prononcer sur d'éventuels désavantages persistants. Le Dr X. _____ craignait en effet la persistance de douleurs lors de travaux lourds, pour les ports de charges excédant 10 kg et pour les travaux au-dessus du niveau de l'horizontal. Selon ce médecin, l'accident du 2 février 2015 était la seule et unique cause des troubles touchant la ceinture scapulaire gauche. Le Dr X. _____ s'attendait à une progression de l'état de santé de l'assurée jusqu'à un an après l'opération du 1^{er} mars 2016. Il proposait la poursuite du traitement antalgique et de physiothérapie au moins pendant cette durée. L'assurée présentait ainsi une incapacité de travail de 100 % dans l'activité de sommelière, probablement au moins jusqu'au terme de l'année 2016, et une réorientation était souhaitable dans une activité respectant les limitations fonctionnelles relatives au port de charges répétées supérieures à 10 kg et aux travaux au-dessus du niveau des épaules. L'assurée ne pouvait toutefois faire valoir une quelconque capacité de travail à seulement quatre mois après la dernière intervention arthroscopique de l'épaule gauche. Le médecin a conclu que l'expertise était prématurée et qu'il était judicieux de faire un nouveau point de la situation à fin mars 2016.

Par correspondance du 5 août 2016, la H. _____ SA a informé l'assurée de la réception d'un courrier anonyme, contenant des images d'elle en train de faire du Stand up paddle, notamment à l'étranger, quelques jours avant l'arthroscopie du 18 août 2015. Des images avaient

également été postées sur [...]. Après réception des déterminations de l'assurée, la H. _____ SA allait soumettre ces éléments au Dr X. _____.

Dans sa réponse du 23 août 2016, l'assurée, par l'intermédiaire de son premier avocat, a expliqué que les photographies où elle était en train de faire du Stand up paddle dataient de l'été 2014.

Selon un avis complémentaire du 9 septembre 2016 du Dr X. _____, une reprise du travail était exigible à 50 % dès le 1^{er} septembre 2016, soit six mois après la dernière intervention. Ladite reprise devait respecter les limitations avec un port de charge n'excédant pas 5 kg et l'absence de travaux au-dessus du niveau de l'horizontale. Pour la reprise ultérieure à temps plein dans l'activité de serveuse, le Dr X. _____ a renvoyé à l'avis de l'opérateur et proposé si nécessaire de prendre contact avec le Dr T. _____. Il restait à disposition pour réévaluer l'assurée, de préférence en début d'année ou un an après l'intervention du 1^{er} mars 2016.

Une nouvelle IRM de l'épaule gauche a eu lieu le 16 septembre 2016. La conclusion du rapport est ainsi libellée :

« Status après réparation de la coiffe montrant une déchirure transfixiante peu étendue intéressant la partie postérieure du tendon supra-épineux, stable par rapport à janvier 2016. »

Par courrier du 27 septembre 2016, la H. _____ SA a informé l'assurée qu'au vu du complément d'expertise du 9 septembre 2016 du Dr X. _____, l'indemnité journalière allait être versée au taux de 50 % dès le 1^{er} octobre 2016.

Aux termes d'un courrier du 29 septembre 2016 adressé à la H. _____ SA, le Dr T. _____ a exposé les éléments suivants :

« [...] j'ai fait une IRM de contrôle qui montre une non cicatrisation et je pense qu'une reprise ne changera rien chez cette patiente, c'est la deuxième fois qu'elle ne cicatrise pas, raison pour laquelle elle va reprendre à 20% le 1^{er} octobre et ce ne sera pas possible de reprendre à 50%.

Je reverrai la patiente deux mois après sa reprise à 20%, nous ferons le point à ce moment-là et verrons si on peut augmenter son taux. »

A teneur d'un courrier du 8 novembre 2016, le Dr T. _____ a relevé l'évolution catastrophique de la situation de l'assurée, dans le sens où elle devait reprendre son travail à 20 % depuis le 1^{er} octobre 2016, mais qu'apparemment l'assurance n'était pas d'accord et le médecin conseil, le Dr X. _____, exigeait une reprise à 50 %, ce qui n'était pas possible. L'assurée avait dû prendre à nouveau du Tramal et elle n'avait pas cicatrisé son tendon du sus-épineux. Le Dr T. _____ a ajouté qu'elle n'arrivait pas à porter des charges et n'y arriverait jamais, alors que son métier de serveuse lui imposait de porter des plateaux et des assiettes. Il a demandé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

La H. _____ SA a donné suite à cette demande et l'expertise a été confiée au Dr G. _____, médecin praticien et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport d'expertise de chirurgie orthopédique du 25 novembre 2016, il a considéré que l'incapacité de travail était complète dans l'activité de sommelière du 2 février au mois d'août 2015. Il a ensuite distingué deux cas au début du mois d'août 2015, soit une capacité de travail pleine et entière jusqu'au jour de l'expertise au vu de la pratique du Stand up paddle en août 2015 ou une capacité de travail pleine et entière dès le 19 novembre 2015 en considérant que la guérison était acquise au 18 novembre 2015 après l'intervention chirurgicale du 18 août 2015. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : pas d'élévation du membre supérieur au-dessus du plan des épaules, pas de mouvement de circumduction de l'épaule, pas de port de charges de plus de 9 kg, pas de vibrations ou de contrecoups directs ou indirects. On extrait ce qui suit dudit rapport :

« 6. Causalité naturelle

6.1 Est-ce que l'accident du 02.02.15 est la seule et unique cause des troubles actuels ?

Les troubles actuels sont définis par une lésion partielle, postérieure, du tendon du sus-épineux gauche, de diagnostic

posé le 20.01.16 et sans modification significative depuis lors comme le montre l'imagerie du 16.09.16.

Non, l'accident du 02.02.15 n'est pas la seule et unique cause des troubles actuels.

Justification :

La lésion de l'épaule gauche en relation de causalité naturelle avec l'accident du 02.02.15 se définit par la fracture de la partie antérieure du trochiter avec arrachement partiel et lésion de la partie antérieure du tendon du sus-épineux de l'épaule gauche.

La pratique, en préopératoire, du stand up paddle est un facteur d'aggravation des lésions tendineuses. Les lésions sont prises en charge le 18.08.15.

La lésion actuelle est une lésion différente et d'apparition postérieure à celle liée à l'accident du 02.02.15. Elle est différente de par sa localisation, à savoir postérieure. Il ne s'agit pas d'une récurrence. Le diagnostic est posé le 20.01.16.

D'une part, la nouvelle localisation, postérieure, en zone non lésée par l'accident du 02.02.15, est fort surprenante. Il est très difficilement envisageable que cette nouvelle lésion, en zone postérieure du tendon, soit due à une complication des suites de la réinsertion chirurgicale, en zone antérieure du tendon, au 18.08.15.

D'autre part, il faut relever l'apparition concomitante d'une lésion d'un autre tendon, à savoir le sous-épineux. On rappelle que ce tendon n'a pas été lésé par l'accident. Il est donc hautement probable, vraisemblance prépondérante, qu'un autre mécanisme soit à l'origine de la nouvelle lésion du sous-épineux. En effet, un trouble lié à une mauvaise évolution postopératoire du tendon du sus-épineux ne peut en aucun cas entraîner une rupture du sous-épineux. A l'inverse, il est tout à fait possible que le mécanisme lésionnel s'appliquant au sous-épineux s'exerce également au sus-épineux. On relève à ce propos la concordance spatiale, à savoir bord postérieur du sus-épineux et lésion du sous-épineux, situé en arrière du sus-épineux. Un mécanisme accidentel est retenu dans ce cadre.

La lésion actuelle du sous-épineux gauche s'énonce donc ainsi : lésion du sous-épineux gauche concomitante à une lésion du sus-épineux gauche, de mécanisme sans relation aucune avec l'accident du 02.02.15.

En cas de réponse négative à la question 6.1 :

6.2 Est-ce que l'accident du 02.02.15 est une cause concomitante des troubles actuels ?

Les troubles actuels sont définis par une lésion partielle, postérieure, du tendon du sus-épineux gauche, de diagnostic posé le 20.01.16 et sans modification significative depuis lors comme le montre l'imagerie du 16.09.16.

Non, l'accident du 02.02.15 n'est pas une cause concomitante des troubles actuels.

Justification :

La lésion de la face postérieure du tendon sus-épineux n'existe pas à l'imagerie réalisée dans les suites de l'accident du 02.02.15.

La lésion de la face postérieure du tendon sus-épineux n'existe pas lors du contrôle *de visu*, lors de l'arthroscopie du 18.08.15.

La lésion de la face postérieure du tendon sus-épineux n'est constatée que par l'imagerie du 20.01.16, donc à distance du traumatisme du 02.02.15.

La lésion de la face postérieure du tendon sus-épineux apparaît alors que la chirurgie du 18.08.15 avait fait disparaître l'acromion de type II Bigliani. Le facteur de risque de lésion tendineuse avait donc été supprimé.

La lésion de la face postérieure du tendon sus-épineux apparaît de façon concomitante avec une nouvelle lésion. Il s'agit d'une lésion du tendon du sous-épineux.

La lésion de la face postérieure du tendon sus-épineux n'est pas compatible avec une complication du geste opératoire du 18.08.15. Et ce d'autant plus que la lésion du tendon en zone osseuse lésée a bien cicatrisée.

La lésion de la face postérieure du tendon sus-épineux est tout à fait compatible avec le mécanisme ayant entraîné la lésion du sous-épineux. On relève en effet la proximité dans l'espace des deux lésions. La lésion du sus-épineux se situe à son bord postérieur, en regard de la lésion du sous-épineux. On relève enfin la proximité temporelle des lésions des deux tendons.

[...] à quel moment le statut quo ante a-t-il été atteint ?

La fracture du trochiter est guérie au 18.08.15. En effet, le chirurgien orthopédiste doit effectuer une plastie de celle-ci, ou trochiteroplastie. Ce qui signifie, par définition, que la fracture du 02.02.15 avait consolidé en totalité. Le statu quo ante pour la fracture du trochiter est donc affirmé au 18.08.15.

La lésion du tendon du sus-épineux est l'association d'une lésion directe partielle du tendon et indirecte par la fracture de la zone d'insertion osseuse de ce tendon lors du traumatisme du 02.02.15.

La pratique du stand up paddle laisse supposer que la lésion est guérie avant le 18.08.15 et, ou, qu'elle l'aggrave potentiellement. La réparation de la lésion fournit un bon résultat jusqu'à l'application du mécanisme qui induit une lésion du sous-épineux et une nouvelle lésion au tendon du sus-épineux réinséré le 18.08.15. On considère un *statu quo ante* pour la lésion du tendon du sus-épineux au 3^{ème} mois postopératoire, soit au 18.11.15. »

Par courrier du 7 décembre 2016, la H._____ SA a informé l'assurée de la fin du droit aux prestations dès le 5 décembre 2016 compte tenu du rapport du 25 novembre 2016 du Dr G._____. Elle a considéré que la fracture du 2 février 2015 avait été consolidée en totalité après la trochiteroplastie du 18 août 2015. Le *statu quo ante* pour la fracture du trochiter était donc atteint à cette date. S'agissant du *statu quo ante* pour la lésion du tendon du sus-épineux, la H._____ SA a retenu qu'il était atteint au troisième mois postopératoire, soit au 18 novembre 2015. Elle s'est référée au rapport du 25 novembre 2016 du Dr G._____, en particulier pour expliquer la survenance d'un nouveau traumatisme qui ne lui aurait pas été déclaré concernant la lésion du tendon sous-épineux. Elle a indiqué renoncer au remboursement des prestations versées en trop.

Le 5 janvier 2017, l'assurée a fait parvenir ses observations à la H._____ SA, en demandant la poursuite des prestations. Elle a réitéré avoir pratiqué le Stand up paddle en été 2014 et non 2015. Elle a critiqué le rapport du 25 novembre 2016 du Dr G._____ en citant les avis contraires des Drs X._____ et T._____, et sollicité subsidiairement la mise en œuvre d'une nouvelle expertise orthopédique. A l'appui de son écriture, elle a entre autres pièces produit un rapport du 21 décembre 2016 du Dr T._____, ayant la teneur suivante :

« Le médecin soussigné certifie que **Madame Q._____**, née le [...], a présenté une lésion du tendon sus-épineux post-traumatique sur un s / p [*status post*] fracture trochiter de son épaule gauche en date du 2 février 2015. Elle a bénéficié d'un s / p réparation du tendon sus-épineux par technique double rangée + synovectomie partielle + ténodèse du long chef du biceps + acromioplastie + trochitéroplastie par arthroscopie, épaule gauche le 18 août 2015 qui a nécessité une reprise pour une redéchirure en date du 1^{er} mars 2016.

Les deux opérations sont bel et bien des conséquences de l'accident du 2 février 2015. »

Par décision du 11 janvier 2017, contre laquelle l'assurée a formé opposition le 2 février 2017, la H. _____ SA a confirmé son courrier du 7 décembre 2016, soit la fin des prestations dès le 5 décembre 2016.

Il ressort d'un courrier du 8 février 2017 du Dr T. _____ que l'assurée avait été licenciée au 28 février 2017 et qu'elle serait ensuite au chômage. Il avait écrit à l'assurance-chômage que l'assurée était apte à travailler à 100 % dans un poste adapté, soit sans travaux au-dessus de l'horizontale, sans port de charges de plus de 3 kg et sans travaux répétitifs.

Par décision sur opposition du 15 mai 2017, la H. _____ SA a rejeté l'opposition de l'assurée et retiré l'effet suspensif au recours.

B. **a)** Par acte du 15 juin 2017, Q. _____, sous la plume de son conseil, a déféré la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant préalablement à la restitution de l'effet suspensif ; principalement à la réforme de la décision sur opposition précitée, en ce sens que la H. _____ SA prenne en charge l'ensemble des prestations liées à l'accident du 2 février 2015 ; subsidiairement à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise orthopédique auprès du Dr X. _____ ; plus subsidiairement au renvoi de la cause à la H. _____ SA pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise. En substance, l'assurée a fait valoir que les deux opérations qu'elle avait subies étaient des conséquences de l'accident du 2 février 2015. L'avis du Dr G. _____, qui soutenait le contraire, était contredit par l'avis des Drs X. _____ et T. _____. Il y avait lieu de se référer à ces avis.

Dans sa réponse du 12 juillet 2017, la H. _____ SA a conclu au rejet du recours et rappelé les motifs déjà invoqués. Elle a confirmé le bien-fondé de l'effet suspensif.

Par ordonnance du 7 août 2017, la Juge instructrice a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif.

Répliquant le 24 août 2017, l'assurée a requis l'audition du Dr T._____, afin qu'il expose ce qu'il avait vu lors de l'arthroscopie du 1^{er} mars 2016 pour permettre à la Cour de céans de déterminer l'origine de la récurrence de la rupture du tendon, à savoir s'il s'agissait d'un nouvel événement ou d'une conséquence de l'accident du 2 février 2015.

Par duplique du 12 septembre 2017, la H.____ SA a indiqué que l'avis du 21 décembre 2016 du Dr T._____ ne pouvait l'emporter sur celui du Dr G._____, dont le rapport était probant. L'audition requise n'était pas nécessaire.

b) Le 16 janvier 2018, la Juge instructrice a ordonné la mise en œuvre d'une expertise judiciaire auprès du Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Le rapport daté du 17 mai 2018, transmis au tribunal le 8 novembre 2018 uniquement, et co-signé par le Dr L._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a retenu une incapacité de travail à 100 % dans toutes activités nécessitant le port de charges répété, l'élévation du membre supérieur gauche au-dessus des épaules et des vibrations ou contrecoups au niveau du membre supérieur gauche. Toute activité n'ayant pas ces contraintes pouvait être exercée à un taux de 100 % dès six mois postopératoires de la dernière intervention, soit dès le 1^{er} septembre 2016. Lors de son examen par les experts, l'assurée s'était plainte de douleurs de l'épaule gauche à 2-3 sur une échelle de 10. Dans leur rapport, les médecins ont notamment dressé l'appréciation suivante :

« La relation entre la chute du 02.02.2015 et la fracture du trochiter ainsi que la lésion du sus-épineux observée à l'arthro-IRM du 28.04.2015 est certaine ceci en raison de :

1) De l'absence de problème de l'épaule gauche avant cet accident. Mme Q._____ ne mentionne pas de problème d'épaule avant le traumatisme du 5 septembre 2016 [recte : 2 février 2015]. Or la prévalence d'une lésion de la coiffe des rotateurs chez un patient asymptomatique et âgé de moins de 40 ans est quasiment nulle (6).

2) Du mécanisme vulnérant.

Un traumatisme direct sur l'épaule suite à une chute de sa hauteur est reconnu comme un mécanisme vulnérant pour les fractures du trochiter (7). Ce type de traumatisme peut également engendrer une lésion de la coiffe des rotateurs (8).

3) Des images du bilan radiologique.

La radiographie standard de l'épaule gauche du 13 février 2015 ne montre pas de fracture. En raison de l'absence de déplacement du trochiter on ne voit pas de trait de fracture sur la radiographie standard.

[...]

Sur l'IRM de l'épaule gauche du 13.03.2015, on peut constater la fracture non déplacée du trochiter, associé à un œdème osseux, parlant en faveur d'une lésion traumatique récente.

[...]

L'arthro-IRM de l'épaule gauche du 28.04.2015 met en évidence la lésion du tendon sus-épineux. Cette lésion est proche du site de la fracture du trochiter faisant évoquer un mécanisme similaire.

[...]

Lors de la consultation du Dr T. _____ du 02.04.2015, il est relevé des douleurs à l'épaule lors des mouvements d'abduction, flexion et rotations. A l'examen clinique, les amplitudes articulaires sont à 160° en abduction et flexion avec des douleurs à partir de 90°, 50° en rotation externe. L'examen de la coiffe des rotateurs met en évidence un test de Jobe douloureux et un Palm Up douloureux.

Lors de cette consultation les amplitudes articulaires ne sont pas limitées, l'examen clinique est compatible avec les lésions visualisées à l'IRM du 28.04.2015, soit une fracture du trochiter et une déchirure de la face profonde du sus-épineux.

Un traitement conservateur est tenté, mais les douleurs persistent.

Mme Q. _____ bénéficie d'une intervention chirurgicale le 18.08.2015 consistant en une réparation du tendon sus-épineux, une trochiteroplastie, une ténodèse du tendon long chef du biceps ainsi qu'une acromioplastie latérale.

Trois semaines après l'intervention, Mme Q. _____ mentionne que la physiothérapeute a manipulé trop fortement son bras ce qui a augmenté les douleurs.

Lors de la première consultation, à 6 semaines post-opératoires, il est noté des douleurs après les séances de physiothérapie. Les amplitudes articulaires sont à 90° d'abduction et de flexion, la rotation externe est à 10°.

Il est constaté des amplitudes articulaires diminuées associées à des douleurs de l'épaule. Ceci pouvant s'expliquer par l'intervention chirurgicale et la relative immobilisation post-opératoire. En moyenne, la récupération complète des amplitudes articulaires est à 6 mois après l'intervention pour la flexion antérieure de l'épaule, et à 1 an pour la rotation externe (3).

Par la suite Mme Q. _____ développe une raideur articulaire persistante et des douleurs faisant évoquer une capsulite rétractile. Ceci fait partie des complications qui peuvent survenir suite à l'intervention chirurgicale (4).

En raison de la persistance des douleurs, une arthro-IRM est effectuée le 21.01.2016. Cet examen montre une consolidation de la fracture du trochiter.

[...]

Par contre on observe une lésion transfixiante dans la partie postérieure du sus-épineux au niveau de la rangée médiale. Cette lésion s'étend au niveau de la partie supérieure du tendon sous-épineux, ce tendon étant en continuité avec le tendon sus-épineux.

[...]

On peut observer ce type de lésion suite à une réparation chirurgicale de la coiffe des rotateurs avec la technique double rangée. La tension induite par la réparation du tendon peut provoquer une lésion du tendon que l'on va retrouver typiquement au niveau de la rangée médiale (9).

[...]

La lésion du sus-épineux et du sous-épineux est donc une complication de la réparation du tendon sus-épineux lors de l'intervention du 18 août 2015.

Il n'y a pas d'élément radiologique parlant en faveur d'un nouveau traumatisme (pas d'œdème musculaire de la coiffe des rotateurs, pas d'hématome dans la bourse sous acromiale, pas d'œdème osseux du trochiter).

Le 01.03.2016, Mme Q. _____ bénéficie d'une réparation du tendon sus-épineux et de sous-épineux par technique double rangée, une synovectomie partielle et un complément d'acromioplastie par arthroscopie de l'épaule gauche.

En post-opératoire, l'épaule est à nouveau raide et douloureuse faisant évoquer une capsulite rétractile.

Une arthro-IRM de l'épaule gauche le 16.09.2016 montre un échec de la réparation tendineuse avec persistance d'une lésion au niveau de la partie postérieure du tendon sus-épineux et supérieure d[u tendon] sous-épineux.

[...]

La prévalence de non-cicatrisation tendineuse après une révision de lésion de la coiffe des rotateurs est relativement élevée (autour de 40%) et l'amélioration des amplitudes articulaires reste limitée (10). »

Par déterminations du 26 novembre 2018, la H. _____ SA a confirmé ses précédentes écritures. Elle a également calculé le degré d'invalidité de l'assurée et estimé qu'elle n'avait pas droit à une rente d'invalidité, ni à la prise en charge d'un traitement médical après la fixation de la rente.

Dans un courrier du 10 décembre 2018, l'assurée a conclu à l'octroi d'une rente, ainsi qu'au remboursement de ses frais médicaux. Pour le surplus, elle a persisté dans ses conclusions.

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 point de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-accidents obligatoire au-delà du 4 décembre 2016.

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

4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure

extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales. Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées ; TF 8C_36/2017 du 5 septembre 2017 consid. 3.1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2014 consid. 3.2). 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_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 4.2).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et les références citées ; TF 8C_727/2016 du 20 octobre 2017 consid. 3). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident en question (*statu quo sine*) (TF 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2 et la référence citée).

c) L'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA). A teneur de l'art. 19 al. 1 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. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

d) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves

administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

e) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3).

5. a) En l'espèce, il convient dans un premier temps d'analyser la question du lien de causalité entre l'accident du 2 février 2015 et les atteintes à la santé présentées par la recourante.

b) Il n'est pas contesté que la recourante a souffert d'une fracture du trochiter et d'une lésion partielle du tendon sus-épineux à l'épaule gauche à la suite de l'accident du 2 février 2015 (notamment rapports du 7 avril 2015 du Dr T.____ ; du 7 juillet 2016 du Dr X.____ ; du 17 mai 2018 des Drs K.____ et L.____).

aa) Concernant la fracture du trochiter, la recourante a subi une trochiteroplastie le 18 août 2015 avec succès. Les médecins ont en effet constaté la consolidation de la fracture de cet os (rapports du 25 novembre 2015 du Dr G._____; du 17 mai 2018 des Drs K._____ et L._____).

bb) S'agissant de la lésion partielle du tendon sus-épineux, après l'opération du 18 août 2015, la recourante a développé une capsulite rétractile (rapports du 17 décembre 2015 du Dr T._____; du 17 mai 2018 des Drs K._____ et L._____). L'arthro-IRM du 20 janvier 2016 montrait une déchirure transfixiante du sus-épineux à proximité de la vis de fixation. Dans leur rapport du 17 mai 2017, les Drs K._____ et L._____ expliquent que la lésion s'étend au niveau de la partie supérieure du tendon sous-épineux, ce tendon étant en continuité avec le tendon sus-épineux. D'après ces médecins, ce type de lésion peut être observé à la suite d'une réparation chirurgicale de la coiffe des rotateurs avec la technique double rangée et que la tension induite par la réparation du tendon peut provoquer une lésion du tendon qui va être retrouvée typiquement au niveau de la rangée médiale. Ils concluent que tant la lésion du sus-épineux que celle du sous-épineux sont une complication de la réparation du tendon sus-épineux lors de l'intervention du 18 août 2015. Le Dr T._____ signale quant à lui que la recourante n'a pas cicatrisé, raison pour laquelle une seconde intervention avait eu lieu (rapports des 29 septembre et 21 décembre 2016). Au vu de ces différentes explications concordantes, il y a lieu d'admettre un lien de causalité entre l'accident du 2 février 2015 et les atteintes à la santé persistantes de la recourante au niveau de la ceinture scapulaire gauche, également pour la seconde opération du 1^{er} mars 2016. En particulier, on ne saurait suivre l'appréciation différente du Dr G._____, qui écarte la récurrence et retient la survenance d'un autre mécanisme accidentel. L'expertise du 17 mai 2018 précise qu'il n'y a pas d'élément radiologique parlant en faveur d'un nouveau traumatisme. Le Dr X._____ mentionne aussi dans son rapport du 7 juillet 2016 que l'accident du 2 février 2015

est la seule et unique cause des troubles touchant la ceinture scapulaire gauche de la recourante.

c) Il y a ensuite lieu d'examiner jusqu'à quelle date la recourante a droit aux indemnités journalières et au remboursement des frais médicaux.

aa) Vu la nécessité de l'intervention du 18 août 2015 en l'absence d'amélioration de la situation après les séances de physiothérapie (rapports des 7 avril, 11 et 18 juin 2015 du Dr T. _____ ; arthro-IRM du 28 avril 2015) et les complications apparues à la suite de ladite opération (consid. 5b *supra*), on ne peut retenir un *statu quo ante* ou une stabilisation de l'état de santé de la recourante avant l'opération du 18 août 2015, ni avant celle du 1^{er} mars 2016. Quoi qu'en dise le Dr G. _____ dans son rapport du 25 novembre 2016, la pratique du Stand up paddle ne permet pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, de s'écarter des rapports médicaux étayés figurant au dossier concernant la persistance des atteintes à la santé.

bb) Pour ce qui est de la situation après la seconde opération du 1^{er} mars 2016, les Drs K. _____ et L. _____ estiment qu'une reprise du travail est possible à 100 % à six mois postopératoires. Ils fondent notamment leur appréciation sur l'arthro-IRM du 16 septembre 2016 montrant un échec de la réparation tendineuse et la prévalence relativement élevée de non-cicatrisation tendineuse après une révision de lésion de la coiffe des rotateurs et l'amélioration limitée des amplitudes articulaires (rapport du 17 mai 2018). Cette appréciation concorde avec l'avis du Dr T. _____ qui préconisait une reprise du travail à 100 %, quatre à six mois après la seconde intervention dans son rapport du 22 avril 2016. L'arthro-IRM précitée conclut quant à elle à une situation stable depuis janvier 2016. Par conséquent, une capacité de travail à 100 % peut être retenue dès le 1^{er} septembre 2016.

cc) Les experts retiennent une reprise du travail dans une activité adaptée. Ils font donc état d'une stabilisation de l'état de santé de

la recourante et non d'un *statu quo ante*, ce qui est confirmé par le Dr T. _____ dans son rapport du 8 février 2017, soit une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. L'avis du Dr X. _____ qui retenait initialement une incapacité de travail totale dans l'activité de sommelière au moins jusqu'au terme de l'année 2016 (rapport du 7 juillet 2016), puis qui est revenu sur son appréciation en considérant une capacité de travail à 50 % dès le 1^{er} septembre 2016 (avis complémentaire du 9 septembre 2016) ne saurait être suivi. Ce médecin n'explique en effet pas les raisons qui ont motivé un revirement dans son appréciation à deux mois d'intervalle. Quant à l'analyse du Dr G. _____ concernant le *statu quo ante*, elle doit être écartée dès lors que ce médecin retient la survenance d'un autre mécanisme accidentel, ce qui n'est pas étayé au vu des autres documents médicaux (consid. 5c *supra*). Dès lors que la recourante ne peut pas reprendre son activité habituelle et que son état de santé est stabilisé, il y a lieu d'examiner les conséquences qui découlent de cette situation, en particulier l'ouverture du droit à de nouvelles prestations (notamment rente et indemnité pour atteinte à l'intégrité).

6. a) 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 du tribunal cantonal, selon laquelle on se trouve 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 consid. 4.2 concernant un recours contre une décision refusant le droit à la rente ; TF 8C_619/2018 du 7 mars 2019 consid. 3.3).

b) La décision querellée ne statue pas expressément sur la question d'un éventuel droit à la rente d'invalidité, ni sur le traitement médical après la fixation de ladite rente, dès lors qu'elle retient l'absence

de lien de causalité pour justifier la fin des prestations. Les parties se sont toutefois exprimées à ce sujet dans leurs déterminations après le dépôt de l'expertise judiciaire (écritures des 26 novembre et 10 décembre 2018). De plus, les faits pour résoudre ces questions sont étroitement liés à ceux permettant de se prononcer sur la fin des indemnités journalières (consid. 6a *supra*). Par conséquent, un élargissement de l'objet du litige se justifie.

c) On relève en outre qu'en procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). Pour des motifs d'économie de procédure, les tribunaux cantonaux des assurances peuvent, exceptionnellement, étendre leur pouvoir d'examen à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins. La question excédant l'objet de la contestation doit être en l'état d'être jugée et les droits procéduraux des parties, en particulier le droit d'être entendu, doivent être respectés (ATF 135 V 138 consid. 2.1 ; TF 9C_694/2009 du 31 décembre 2010 consid. 3 ; JEAN MÉTRAL *in* ANNE-SYLVE DUPONT / MARGIT MOSER-SZELESS [éd.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 22 *ad* art. 56 LPG).

d) La Cour constate que le dossier ne contient aucune information relative à une éventuelle indemnité pour atteinte à l'intégrité,

prestation sur laquelle l'intimée doit également se prononcer. La cause lui sera donc renvoyée sur ce point afin qu'elle instruisse le dossier et statue sur la question (consid. 6c *supra*).

7. **a)** S'agissant du droit à la rente, la recourante ne discute pas le montant retenu par l'intimée à titre de revenu sans atteinte à la santé, soit un salaire annuel de 56'347 fr., ni celui de 54'494 fr. fixé pour le revenu avec invalidité. Ces montants n'étant pas critiquables, il n'y a pas lieu de s'en écarter.

b) La recourante conteste l'abattement de 5 % proposé par l'intimée en déduction du revenu d'invalidité et estime que ce taux devrait s'élever à 10 %. Elle se fonde à cet égard sur la jurisprudence et sur la décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 8 décembre 2016, retenant 10 % d'abattement en raison des limitations fonctionnelles. En premier lieu, on relève que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4 ; 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2). Ensuite, l'arrêt que la recourante cite à l'appui de son argumentation concernait une situation différente de la sienne, dans la mesure où l'assuré en question présentait des atteintes à la cheville gauche et aux deux épaules (ATF 137 V 71), soit des lésions plus importantes que celles de la recourante. Enfin, le seul motif justifiant un abattement en l'espèce concerne les limitations fonctionnelles présentées par la recourante (ATF 126 V 75). Cette dernière ne fait du reste valoir aucun autre motif. On constate que la recourante est droitière alors que les limitations fonctionnelles touchent l'épaule gauche, que les Drs K._____ et L._____ ont cité trois limitations fonctionnelles, à savoir le port de charges répété, l'élévation du membre supérieur gauche au-dessus des épaules et des vibrations ou contrecoups au niveau du membre supérieur gauche (rapport du 17 mai 2018) et que la recourante s'est plainte de douleurs de l'épaule gauche à 2-3 sur une échelle de 10 lors de l'expertise judiciaire. En conséquence, un abattement de 5 % est justifié, diminuant le revenu d'invalidité à 51'769 francs.

c) Au vu de ce qui précède, le taux d'invalidité présenté par la recourante est de 8 % ($[(56'347 \text{ fr.} - 51'769 \text{ fr.}) \times 100 : 56'347 \text{ fr.}]$) et le droit à la rente n'est dès lors pas ouvert.

d) En l'absence de rente, la recourante n'a pas non plus droit au traitement médical après la fixation de la rente (art. 21 LAA).

8. Vu l'issue de la procédure et compte tenu des circonstances, en particulier de l'expertise judiciaire claire et circonstanciée, l'audition du Dr T. _____ requise par la recourante n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écarté par appréciation anticipée des preuves (ATF 137 III 208 consid. 2.2 ; 135 II 286 consid. 5.1).

9. **a)** En définitive, le recours doit être partiellement admis, en ce sens que la H. _____ SA doit encore procéder à l'examen de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Le dossier lui est renvoyé pour qu'elle procède en ce sens. La décision sur opposition du 15 mai 2017 est confirmée pour le surplus.

b) La procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

c) La recourante, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée.

d/aa) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par

renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le défenseur d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat et de 110 fr. pour un avocat-stagiaire (art. 2 al. 1 let. a et b RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

bb) En l'espèce, par décision de la Juge instructrice du 17 juillet 2017, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 15 juin 2017 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Gabriele Sémah. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 4 janvier 2019, comprenant 40 heures et 40 minutes de travail effectué par un avocat breveté et 2 heures et 20 minutes par un avocat-stagiaire, ainsi que 16 fr. 50 de débours.

A la lecture du détail des opérations, on constate que la durée prévue pour certaines d'entre elles est inhabituellement élevée et ne se justifie pas par la difficulté de la cause, en particulier pour ce qui est de l'examen de l'expertise, l'établissement d'un bordereau de pièces, l'examen de diverses pièces, notamment des questions de la Cour à l'expert et des déterminations de la partie adverse à la suite de l'expertise, ainsi que les nombreuses conférences avec la cliente et messages électroniques. Ces opérations doivent être réduites à 28 heures pour le travail effectué par un avocat breveté et à 2 heures pour l'avocat-stagiaire. S'agissant des débours, il convient d'appliquer le forfait de 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). L'indemnité du conseil d'office sera ainsi fixée à 5'957 fr. 15, soit 2'700 fr. d'honoraires d'avocat pour 2017 (15h x 180 fr.), 110 fr. d'honoraires d'avocat-stagiaire pour 2017 (1h x 110 fr.), 140 fr. 50 de débours 2017 (5 %), 236 fr. 05 de TVA 2017 (8 %), 2'340 fr. d'honoraires d'avocat pour 2018 (13h x 180 fr.), 110 fr. d'honoraires d'avocat-stagiaire

pour 2018 (1h x 110 fr.), 122 fr. 50 de débours 2018 (5 %), 198 fr. 10 de TVA 2018 (7,7 %).

Cette indemnité étant partiellement couverte par les dépens à hauteur de 1'500 fr., le solde de 4'457 fr. 15 est provisoirement supporté par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser ce dernier montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est partiellement admis, en ce sens que la H._____ SA doit procéder à l'examen de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.
- II.** La cause est renvoyée à la H._____ SA pour qu'elle procède conformément aux considérants concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.
- III.** La décision sur opposition rendue le 15 mai 2017 par la H._____ SA est confirmée pour le surplus.
- IV.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- V.** La H._____ SA versera à Q._____ une indemnité de dépens fixée à 1'500 fr. (mille cinq cents francs).
- VI.** L'indemnité d'office de Me Gabriele Sémah, conseil de la recourante, est arrêtée, après déduction des dépens précités,

à 4'457 fr. 15 (quatre mille quatre cent cinquante-sept francs et quinze centimes), débours et TVA inclus.

VII. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Gabriele Sémah (pour Q. _____),
- H. _____ 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 :