

# **NE\_GERICHTE CDP.2023.265 vom 14. November 2025**

NE Tribunal cantonal, 2025-11-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne\\_gerichte\\_CDP.2023.265](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2023.265)

FR: NE\_GERICHTE CDP.2023.265 du 14 novembre 2025

IT: NE\_GERICHTE CDP.2023.265 del 14 novembre 2025

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

### **E. 2**

a) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 cons. 4.3.1, 131 V 242 cons. 2.1 et les réf. cit.). Ils peuvent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du TF des 05.08.2019 [8C\_217/2019] cons. 3 et 25.07.2018 [9C\_269/2018] cons. 4.2). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêt du TF du 19.04.2021 [8C\_23972020] cons. 7.2.1 et les réf. cit.). b) En l'espèce, les documents médicaux transmis par la recourante et l'intimée en cours de procédure devant la Cour de céans seront pris en considération dans la mesure où ils ont trait à la situation médicale prévalant lors de la décision entreprise, quand bien même ils ont été rendus postérieurement à celle-ci.

### **E. 3**

a/aa) La régularité de la procédure suivie devant l'intimée – qu'il appartient à la Cour de céans d'examiner d'office (RJN 2016, p. 613 cons. 2a) – appelle les remarques suivantes. La procédure d'opposition (art. 52 al. 1 LPGA) est obligatoire et constitue une condition formelle de validité de la procédure de recours de droit administratif subséquente. L'opposition est un moyen de droit permettant au destinataire d'une décision d'en obtenir le réexamen par l'autorité administrative, avant qu'un juge ne soit éventuellement saisi. La procédure d'opposition porte sur les rapports juridiques qui, d'une part, font l'objet de la décision initiale de l'autorité et à propos desquels, d'autre part, l'opposant manifeste son désaccord, implicitement ou explicitement. L'autorité valablement saisie d'une opposition devra se prononcer une seconde fois sur tous les aspects du rapport juridique ayant fait l'objet de sa décision initiale, quand bien même la motivation de la nouvelle décision portera principalement sur les points critiqués par l'opposant. La décision sur opposition remplace la décision initiale et devient, en cas de recours à un juge, l'objet de la contestation de la procédure judiciaire (arrêt du TF du 02.10.2024 [8C\_736/2023] cons. 5.2.1 et toutes les réf. cit.). En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe 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. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être

déferé en justice par la voie d'un recours. Le juge n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation. L'objet du litige dans la procédure de recours est le rapport juridique réglé dans la décision attaquée, dans la mesure où, d'après les conclusions du recours, il est remis en question par la partie recourante. L'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, les rapports juridiques non litigieux sont compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige. L'objet du litige peut donc être réduit par rapport à l'objet de la contestation. Il ne peut en revanche pas, sauf exception, s'étendre au-delà de celui-ci (arrêt du TF du 02.10.2024 précité, cons. 5.2.2 et les réf. cit.). a/bb) 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'article 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 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 cons. 4.2 ; arrêt du TF du 07.03.2019 [8C\_619/2018] cons. 3.3). Lorsque l'assurance rend une décision formelle de refus du droit à la rente et d'octroi d'une IPAI, elle refuse également, par voie de conséquence, le versement de l'indemnité journalière et la prise en charge du traitement médical, quand bien même aucune décision formelle relative à la suppression des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical n'est rendue (arrêt du TF du 07.03.2018 [8C\_619/2018] cons. 3.3). b) Dans sa décision du 5 mai 2023, la CNA a mis « fin aux prestations d'assurance (indemnités journalières et frais de traitement) avec effet au 31 mars 2023 au soir ». Elle n'a statué ni sur le droit à une rente d'invalidité ni sur celui à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Alors que dans son opposition du 17 mai 2023, l'assurée a conclu à la poursuite des prestations d'assurances au-delà du 31 mars 2023, dans sa décision sur opposition, la CNA ne s'est pas prononcée sur ce point. À tort, elle a considéré que le litige portait, d'une part, « sur le point de savoir si [elle] était fondée à nier le droit de l'assurée à une rente d'invalidité » et, d'autre part, « sur la question de savoir si l'accident du 30 juin 2021 a occasionné une atteinte à l'intégrité ». En statuant sur opposition sur les questions du droit à la rente et de l'IPAI, celles du versement de l'indemnité journalière et de la prise en charge du traitement médical faisaient partie de l'objet du litige (cf. supra cons. 3a/bb). En revanche, en l'absence de décision initiale rendue sur le droit à la rente et l'PAI, l'intimée ne pouvait rendre une décision sur opposition à leur sujet. Cela n'apparaît cependant pas déterminant au vu de ce qui précède. Certes, dans son recours, l'assurée ne se plaint pas du fait que l'objet de son opposition n'a pas été examiné par l'intimée (elle conclut à la fixation d'un taux d'invalidité de 80 % et d'un taux d'atteinte à l'intégrité de 30 %). Il n'en demeure pas moins que son intérêt à ce qu'il soit statué sur ses frais de traitement et son droit à l'indemnité journalière au-delà du 31 mars 2023 perdure. Pour rappel, un assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 LAA) et le droit aux indemnités journalières s'éteint dès qu'il a recouvré sa pleine capacité de travail (art. 16 al. 2 LAA). Or, parmi les documents déposés au cours de la procédure devant la Cour de céans, l'un a trait à un protocole opératoire du 22 février 2024 sur lequel la recourante s'appuie pour soutenir que son état de santé n'était pas stabilisé le 31 mars 2023, date à laquelle l'intimé a mis fin à ses prestations. Compte tenu de l'issue du présent litige, selon les considérations qui vont

suivre, il appartiendra à la CNA de traiter ce point au moment de statuer à nouveau.

#### **E. 4**

a) Selon l'article 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle, si la loi n'en dispose pas autrement. Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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 (ATF 148 V 138 cons. 5.1.1, 142 V 435 cons. 1, 129 V 177 cons. 3.1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 cons. 1 et les réf. cit. ; arrêt du TF du 15.07.2020 [ 8C\_416/2019 ] cons. 3.2). 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 manière générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 cons. 5.1.1 et les réf. cit.). En cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (arrêt du TF du 15.07.2020 [ 8C\_416/2019 ] cons. 3.2 et les réf. cit.). b) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (arrêt du TF du 26.06.2020 [8C\_232/2019] cons. 3.3 et les réf. cit.). Les rechutes se rattachent par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (arrêt du TF du 05.10.2010 [8C\_745/2009] cons. 2 et les réf. cit.). c) Aux termes de l'article 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art.

#### **E. 8**

LPGA) 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. En préambule, il sied de préciser que la notion d'invalidité, définie à l'article 8 LPGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance-militaire et d'assurance-invalidité. L'article 8 al. 1 LPGA prévoit qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail

équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). 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 1<sup>ère</sup> phrase LAA). 5. a) Si l'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, il ne convient pas moins d'examiner d'abord l'incapacité de travail telle qu'elle a été fixée par les médecins. En effet, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 cons. 3.2 et les réf. cit. ; arrêt du TF du 04.07.2014 [8C\_442/2013] cons. 2). b) En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment 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 143 V 124 cons. 2.2.2, 125 V 351 cons. 3a et les réf. cit. ; arrêt du TF du 06.03.2018 [9C\_453/2017] cons. 4.2). La jurisprudence (ATF 125 V 351 cons. 3b/ee) a posé le principe que le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit toutefois être soumise à des exigences strictes ; l'existence d'un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance doit conduire le tribunal à demander des éclaircissements. En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, 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. 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 (arrêt du TF du 03.08.2020 [8C\_484/2019] cons. 6.2 et les réf. cit.). c) De l'avis du Tribunal fédéral, les appréciations des médecins permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée pendant le stage (arrêts du TF du 22.04.2021 [9C\_343/2020] cons. 6.1 et du 12.08.2020 [8C\_713/2019] cons. 5.2 et les réf. cit.). En d'autres termes, si les informations récoltées durant un tel stage peuvent effectivement être utiles pour apprécier la capacité résiduelle de travail, elles ne sont en fait qu'un complément aux données médicales et elles ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient en premier lieu de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure et dans quel type d'activités l'assuré est capable de travailler. Toutefois, lorsque ces appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge – conformément au principe de la libre appréciation des preuves – de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (Valterio, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, n. 55 ad art. 57 LAI et les réf. cit.; cf. également arrêt du TF du 11.01.2019 [9C\_762/2018] cons. 4.3.1).

6. En l'espèce, pour rendre la décision sur opposition ici querellée, la CNA s'est principalement fondée sur le rapport d'examen médical du 23 février 2023 et l'appréciation médicale du 7 août 2023 du Dr C. \_\_\_\_\_. Dans son appréciation médicale du 23 février 2023, ce médecin a retenu que les douleurs actuellement rapportées par la patiente ne pouvaient pas être expliquées par le type de lésion subie le 30 juin 2021. Il a en particulier relevé ce qui suit : « En effet, la patiente a subi une déchirure partielle des tendons des ischio-jambiers à gauche. Il n'y a pas eu de rupture complète et de ce fait, les muscles restent fonctionnels. Malgré cela, 9 mois plus tard, est constatée une importante amyotrophie de ses trois muscles, ce qui témoigne d'une importante sous-utilisation de sa musculature, alors que mécaniquement, en présence d'une continuité des tendons, les muscles sont fonctionnels. Si une déchirure tendineuse ou musculaire est très douloureuse lorsqu'elle survient, cette douleur s'estompe par la suite progressivement pour disparaître. Une cicatrisation peut certes expliquer une certaine gêne par la suite, mais aucunement des douleurs telles que rapportées aujourd'hui par la patiente. (...) Il y a un clair élargissement de la symptomatologie. Des facteurs contextuels, tels que relevé par les médecins de la clinique, jouent certainement un rôle important dans les plaintes et limitations fonctionnelles rapportées par la patiente. Pour ce qui est des lésions organiques en lien avec l'événement du 30.06.2021, la situation peut aujourd'hui être considérée comme stabilisée. » Ce médecin a conclu que l'assurée était en mesure de reprendre une activité adaptée à plein temps et sans perte de rendement. Une telle activité devait être effectuée en position assise/debout à sa guise, sans port de charges au-delà de 10 kg, sans port de charges répétitif et sans déplacements prolongés. Il a également estimé que les critères pour l'octroi d'une IPAI n'étaient pas remplis. Dans son appréciation médicale du 7 août 2023, le médecin d'arrondissement a précisé ce qui suit : « Le fait qu'une désinsertion d'un tendon soit subtotale ou partielle ne change rien au fait qu'au moins une partie du muscle reste parfaitement fonctionnelle. A noter qu'une déchirure de 70 % d'un tendon diminue éventuellement la force du muscle mais n'abolie (sic) aucunement la fonctionnalité de ce muscle. Une déchirure de 90 % provoque très vraisemblablement une diminution de la force du muscle mais en aucun cas une perte complète de son

fonctionnement. Dans ce cas, une partie du muscle peut effectivement subir une involution. Il s'agit néanmoins d'une involution par diminution du volume des cellules musculaires, sans provoquer une traction sur le reste du muscle car il ne s'agit pas d'un phénomène fibrotique. Cette involution musculaire n'est pas douloureuse (...). L'atrophie importante de la musculature (Goutalier III) qui est finalement constatée dans le cas présent, ne peut que partiellement être expliquée par une rupture tendineuse, puisque aucun tendon n'est rompu complètement. Il y a clairement un phénomène supplémentaire, à savoir une sous-utilisation chronique de ses muscles qui n'est pas expliquée par un problème structurel. » Ce médecin a également réitéré ses conclusions précédentes s'agissant de la capacité de travail de la recourante et de l'absence de réalisation des critères permettant l'octroi d'une IPAI. Force est de constater que la décision sur opposition litigieuse se fonde sur les conclusions du Dr C.\_\_\_\_\_ selon lesquelles l'accident n'a pas provoqué une rupture complète des tendons et que l'atrophie musculaire constatée témoignait d'une sous-utilisation de la musculature alors que mécaniquement les muscles étaient fonctionnels. Or, sur ce point, plusieurs documents médicaux, certes postérieurs à la décision sur opposition attaquée mais qui peuvent néanmoins être pris en considération (cf. supra cons. 2), concluent précisément à une rupture complète du tendon. C'est le cas du rapport d'IRM de la cuisse gauche du 23 septembre 2023 qui a mis en évidence une rupture complète du tendon conjoint proximal des ischio-jambiers avec rétractation du moignon distal au tiers moyen de la cuisse, une atrophie sévère des corps musculaires ischio-jambiers et une petite plage liquidienne linéaire au niveau du signe de rupture. De surcroît, le Dr F.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de status après rupture complète proximale des ischio-jambiers il y a deux ans à gauche et a relevé qu'en raison de la douleur persistante et de l'absence totale de force en flexion, la mobilité de la patiente était limitée à long terme. Aucune amélioration n'avait été observée et une importante dégénérescence graisseuse musculaire était déjà présente, limitant fortement ses activités quotidiennes. Selon lui, une refixation de l'ischion était nécessaire, éventuellement complétée par une réinsertion du tendon semi-tendineux du côté opposé pour améliorer la situation. Dans le cas contraire, la patiente souffrira d'inconfort à vie, manquera de force et sera sujette aux chutes. Cette intervention chirurgicale aurait été nécessaire en urgence, dès le début de la période post-traumatique, afin de prévenir une telle progression. Dans son rapport médical du 24 janvier 2024, ce médecin a réitéré le diagnostic de rupture complète des ischio-jambiers proximal et a estimé que les plaintes et les douleurs de la patiente étaient exclusivement dues à l'accident. Sa patiente présentait les limitations fonctionnelles suivantes : station statique debout possible durant seulement 10 minutes, position assise possible seulement 10-15 minutes, déplacements à pied fortement limités (400-500 mètres au maximum), montée et descente des escaliers très difficile, position accroupie ou à genoux à peine possible. Son activité habituelle restait possible à hauteur de 2 heures par jour au maximum. Il a préconisé une intervention sous la forme d'une refixation des ischio-jambiers proximaux à l'ischion. L'IPAI se montait à près de 30 %, ce qui équivalait à une raideur de l'articulation ischio-jambière ou à une paralysie du nerf sciatique. La recourante a été opérée par le Dr F.\_\_\_\_\_ en date du 22 février 2024 et a subi une mobilisation ouverte du tendon ischio-jambier proximal, une neurolyse du nerf sciatique et une fixation transosseuse des extrémités du tendon au niveau de la tubérosité ischiatique gauche. Par la suite, ce médecin a notamment indiqué que l'état du membre inférieur gauche avait évolué positivement depuis l'intervention du 22 février 2024 et qu'une capacité de travail de 50 % était attestée depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2024. Enfin, selon un rapport médical du 15 février 2025, la patiente était maintenant capable d'effectuer des

activités sédentaires normales en alternant la position assise et debout sans forcer ni porter de poids. Il apparaît ainsi que le médecin-conseil de l'intimée et, à tout le moins le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste traitant, ont des prises de position qu'il apparaît difficile de départager quant aux diagnostics, au lien de causalité entre la symptomatologie douloureuse et l'accident, son influence sur la capacité de travail, la date de stabilisation de l'état de santé et la fixation d'une éventuelle IPAI. On rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical. Il convient bien plutôt pour la partie qui entend remettre en cause le bien-fondé du point de vue médical sur lequel se sont fondées les autorités de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'appréciation et qui seraient suffisamment pertinents (arrêt du TF du 01.05.2017 [9C\_719/2016] cons. 5.2.1). Si la Cour de céans ne peut déterminer si le fait que la recourante ait potentiellement subi une rupture complète des tendons est responsable de l'atrophie musculaire et des douleurs alléguées, il n'en demeure pas moins que les nombreux rapports médicaux du Dr F. \_\_\_\_\_ suffisent cependant à susciter un doute sur la pertinence des conclusions du Dr C. \_\_\_\_\_ qui a retenu que l'atrophie musculaire résultait d'une sous-exploitation du muscle, que les douleurs alléguées n'étaient pas explicables et que des facteurs contextuels influençaient sa situation. On relèvera encore que le reste de la documentation médicale au dossier, en particulier les avis des Drs B. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_, des physiothérapeutes et chiropraticiens, sont insuffisants pour trancher le litige en toute connaissance de cause. Il en va de même de l'expertise du BEM, diligentée par l'OAI, dont les conclusions ne sauraient être reprises telles quelles dans la mesure où, s'agissant de la capacité de travail de la recourante, elles font expressément référence aux conclusions du Dr C. \_\_\_\_\_, qui sont remises en cause de manière convaincante par le Dr F. \_\_\_\_\_. Ainsi, si l'on ne saurait en l'état suivre simplement les conclusions du Dr F. \_\_\_\_\_, force est cependant de constater que cet avis de médecin spécialisé suffit pour mettre à mal les conclusions du Dr C. \_\_\_\_\_. En présence d'avis contradictoires et motivés de deux spécialistes (médecin-conseil et médecin traitant spécialiste), sans qu'il soit possible de privilégier l'un ou l'autre de ces avis, la mise en œuvre d'une expertise se justifie en l'espèce dans la mesure où un doute, même faible, existe. L'instruction est dès lors lacunaire et il y a lieu de procéder à une analyse plus poussée du cas. S'agissant de la nécessité d'élucider des questions non réglées par l'administration (ATF 137 V210 cons. 4.4.1.4), il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à la CNA, à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'article 43 al. 1 LPGA. Cette solution apparaît comme la plus opportune. Dans ce contexte, il appartiendra à l'intimée de mettre en œuvre une expertise médicale neutre, conformément à l'article 44 LPGA. Cela fait, il lui appartiendra ensuite de rendre une nouvelle décision statuant sur le droit aux prestations de la recourante. Au vu de ce qui a été rappelé ci-dessus s'agissant de l'objet du litige, cela impliquera de rendre des décisions portant sur la fin du droit aux prestations d'assurances, puis éventuellement sur le droit à la rente et à une IPAI. 7. a) Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la cause renvoyée à la CNA pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. b) Il est statué sans frais, la LAA n'en prévoyant pas (art. 61 let. fbis LPGA). Le recourant a en outre droit à une allocation de dépens (art. 61 let. g a contrario LPGA). Ceux-ci doivent être fixés sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA). Son mandataire n'ayant à ce

jour pas déposé un état des honoraires et des frais, les dépens seront fixés sur la base du dossier (art. 66 al. 1 et 2 TFrais). Tout bien considéré, l'activité déployée par le mandataire devant la Cour de céans peut être évaluée à quelque 8 heures, incluant à tout le moins un entretien avec le client, les recherches juridiques et la rédaction du recours. Eu égard au tarif dorénavant appliqué par la Cour de céans de l'ordre de 300 francs l'heure (CHF 2'400), des débours à raison de 10 % des honoraires (art. 52 LTFrais, CHF 240) et de la TVA au taux de 8,1 % (CHF 213.85), l'indemnité de dépens doit être fixée à 2'853.85 francs.

## **E. 16**

al. 2 LAA). Or, parmi les documents déposés au cours de la procédure devant la Cour de céans, l'■un a trait à un protocole opératoire du 22 février 2024 sur lequel la recourante s'■appuie pour soutenir que son état de santé n'■était pas stabilisé le 31 mars 2023, date à laquelle l'■intimé a mis fin à ses prestations. Compte tenu de l'■issue du présent litige, selon les considérations qui vont suivre, il appartiendra à la CNA de traiter ce point au moment de statuer à nouveau.

4.a) Selon l'■article 6 al. 1 LAA, les prestations d'■assurance sont allouées en cas d'■accident professionnel, d'■accident non professionnel et de maladie professionnelle, si la loi n'■en dispose pas autrement. Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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 (ATF 148 V 138 cons. 5.1.1, 142 V 435 cons. 1, 129 V 177 cons. 3.1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 cons. 1 et les réf. cit. ; arrêt du TF du 15.07.2020[8C\_416/2019]cons. 3.2).

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 manière générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 cons. 5.1.1 et les réf. cit.). En cas d'■atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'■elle ne joue pratiquement pas de rôle (arrêt du TF du 15.07.2020[8C\_416/2019]cons. 3.2 et les réf. cit.).

b) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (arrêt du TF du 26.06.2020 [8C\_232/2019] cons. 3.3 et les réf. cit.).

Les rechutes se rattachent par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (arrêt du TF du 05.10.2010 [8C\_745/2009] cons. 2 et les réf. cit.).

c) Aux termes de l'article 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) 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. En préambule, il sied de préciser que la notion d'invalidité, définie à l'article 8 LPGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance-militaire et d'assurance-invalidité. L'article 8 al. 1 LPGA prévoit qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

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 1<sup>ère</sup> phrase LAA).

5.a) Si l'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, il ne convient pas moins d'examiner d'abord l'incapacité de travail telle qu'elle a été fixée par les médecins. En effet, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 cons. 3.2 et les réf. cit. ; arrêt du TF du 04.07.2014 [8C\_442/2013] cons. 2).

b) En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment 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 143 V 124 cons. 2.2.2, 125 V 351 cons. 3a et les réf. cit. ; arrêt du TF du 06.03.2018 [9C\_453/2017] cons. 4.2).

La jurisprudence (ATF 125 V 351 cons. 3b/ee) a posé le principe que le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit toutefois être soumise à des exigences strictes ; l'existence d'un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance doit conduire le tribunal à demander des éclaircissements. En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, 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. 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 (arrêt du TF du 03.08.2020 [8C\_484/2019] cons. 6.2 et les réf. cit.).

c) De l'avis du Tribunal fédéral, les appréciations des médecins permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée pendant le stage (arrêts du TF du 22.04.2021 [9C\_343/2020] cons. 6.1 et du 12.08.2020 [8C\_713/2019] cons. 5.2 et les réf. cit.). En d'autres termes, si les informations récoltées durant un tel stage peuvent effectivement être utiles pour apprécier la capacité résiduelle de travail, elles ne sont en fait qu'un complément aux données médicales et elles ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient en premier lieu de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure et dans quel type d'activités l'assuré est capable de travailler. Toutefois, lorsque ces appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge conformément au principe de la libre appréciation des preuves de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (Valterio, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité[LAI], 2018, n. 55 ad art. 57 LAI et les réf. cit. ; cf. également arrêt du TF du 11.01.2019 [9C\_762/2018] cons. 4.3.1).

6. En l'espèce, pour rendre la décision sur opposition ici querellée, la CNA s'est principalement fondée sur le rapport d'examen médical du 23 février 2023 et l'appréciation médicale du 7 août 2023 du Dr C.\_\_\_\_\_. Dans son appréciation médicale du 23 février 2023, ce médecin a retenu que les douleurs actuellement rapportées par la patiente ne pouvaient pas être expliquées par le type de lésion subie le 30 juin 2021. Il a en particulier relevé ce qui suit :

«En effet, la patiente a subi une déchirure partielle des tendons des ischio-jambiers à gauche. Il n'y a pas eu de rupture complète et de ce fait, les muscles restent fonctionnels. Malgré cela, 9 mois plus tard, est constatée une importante amyotrophie de ses trois

muscles, ce qui témoigne d'une importante sous-utilisation de sa musculature, alors que mécaniquement, en présence d'une continuité des tendons, les muscles sont fonctionnels. Si une déchirure tendineuse ou musculaire est très douloureuse lorsqu'elle survient, cette douleur s'estompe par la suite progressivement pour disparaître. Une cicatrisation peut certes expliquer une certaine gêne par la suite, mais aucunement des douleurs telles que rapportées aujourd'hui par la patiente. ( ) Il y a un clair élargissement de la symptomatologie. Des facteurs contextuels, tels que relevé par les médecins de la clinique, jouent certainement un rôle important dans les plaintes et limitations fonctionnelles rapportées par la patiente. Pour ce qui est des lésions organiques en lien avec l'événement du 30.06.2021, la situation peut aujourd'hui être considérée comme stabilisée.»

Ce médecin a conclu que l'assurée était en mesure de reprendre une activité adaptée à plein temps et sans perte de rendement. Une telle activité devait être effectuée en position assise/debout à sa guise, sans port de charges au-delà de 10 kg, sans port de charges répétitif et sans déplacements prolongés. Il a également estimé que les critères pour l'octroi d'une IPAI n'étaient pas remplis.

Dans son appréciation médicale du 7 août 2023, le médecin d'arrondissement a précisé ce qui suit :

«Le fait qu'une désinsertion d'un tendon soit subtotale ou partielle ne change rien au fait qu'au moins une partie du muscle reste parfaitement fonctionnelle. A noter qu'une déchirure de 70 % d'un tendon diminue éventuellement la force du muscle mais n'abolit (sic) aucunement la fonctionnalité de ce muscle. Une déchirure de 90 % provoque très vraisemblablement une diminution de la force du muscle mais en aucun cas une perte complète de son fonctionnement. Dans ce cas, une partie du muscle peut effectivement subir une involution. Il s'agit néanmoins d'une involution par diminution du volume des cellules musculaires, sans provoquer une traction sur le reste du muscle car il ne s'agit pas d'un phénomène fibrotique. Cette involution musculaire n'est pas douloureuse ( ). L'atrophie importante de la musculature (Goutalier III) qui est finalement constatée dans le cas présent, ne peut que partiellement être expliquée par une rupture tendineuse, puisque aucun tendon n'est rompu complètement. Il y a clairement un phénomène supplémentaire, à savoir une sous-utilisation chronique de ses muscles qui n'est pas expliquée par un problème structurel. »

Ce médecin a également réitéré ses conclusions précédentes s'agissant de la capacité de travail de la recourante et de l'absence de réalisation des critères permettant l'octroi d'une IPAI.

Force est de constater que la décision sur opposition litigieuse se fonde sur les conclusions du Dr C. \_\_\_\_\_ selon lesquelles l'accident n'a pas provoqué une rupture complète des tendons et que l'atrophie musculaire constatée témoignait d'une sous-utilisation de la musculature alors que mécaniquement les muscles étaient fonctionnels. Or, sur ce point, plusieurs documents médicaux, certes postérieurs à la décision sur opposition attaquée mais qui peuvent néanmoins être pris en considération (cf. supra cons. 2), concluent précisément à une rupture complète du tendon. C'est le cas du rapport d'IRM de la cuisse gauche du 23 septembre 2023 qui a mis en évidence une rupture complète du tendon conjoint proximal des ischio-jambiers avec rétractation du moignon distal au tiers moyen de la cuisse, une atrophie sévère des corps musculaires ischio-jambiers et une petite plage liquidienne linéaire au niveau du signe de rupture. De surcroît, le Dr F. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de

status après rupture complète proximale des ischio-jambiers il y deux ans à gauche et a relevé qu'en raison de la douleur persistante et de l'absence totale de force en flexion, la mobilité de la patiente était limitée à long terme. Aucune amélioration n'avait été observée et une importante dégénérescence graisseuse musculaire était déjà présente, limitant fortement ses activités quotidiennes. Selon lui, une refixation de l'ischion était nécessaire, éventuellement complétée par une réinsertion du tendon semi-tendineux du côté opposé pour améliorer la situation. Dans le cas contraire, la patiente souffrira d'inconfort à vie, manquera de force et sera sujette aux chutes. Cette intervention chirurgicale aurait été nécessaire en urgence, dès le début de la période post-traumatique, afin de prévenir une telle progression. Dans son rapport médical du 24 janvier 2024, ce médecin a réitéré le diagnostic de rupture complète des ischio-jambiers proximal et a estimé que les plaintes et les douleurs de la patiente étaient exclusivement dues à l'accident. Sa patiente présentait les limitations fonctionnelles suivantes : station statique debout possible durant seulement 10 minutes, position assise possible seulement 10-15 minutes, déplacements à pied fortement limités (400-500 mètres au maximum), montée et descente des escaliers très difficile, position accroupie ou à genoux à peine possible. Son activité habituelle restait possible à hauteur de 2 heures par jour au maximum. Il a préconisé une intervention sous la forme d'une refixation des ischio-jambiers proximaux à l'ischion. L'IPAI se montait à près de 30 %, ce qui équivalait à une raideur de l'articulation ischio-jambière ou à une paralysie du nerf sciatique. La recourante a été opérée par le Dr F. \_\_\_\_\_ en date du 22 février 2024 et a subi une mobilisation ouverte du tendon ischio-jambier proximal, une neurolyse du nerf sciatique et une fixation transosseuse des extrémités du tendon au niveau de la tubérosité ischiatique gauche. Par la suite, ce médecin a notamment indiqué que l'état du membre inférieur gauche avait évolué positivement depuis l'intervention du 22 février 2024 et qu'une capacité de travail de 50 % était attestée depuis le 1er septembre 2024. Enfin, selon un rapport médical du 15 février 2025, la patiente était maintenant capable d'effectuer des activités sédentaires normales en alternant la position assise et debout sans forcer ni porter de poids.

Il apparaît ainsi que le médecin-conseil de l'intimée et, à tout le moins le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste traitant, ont des prises de position qu'il apparaît difficile de départager quant aux diagnostics, au lien de causalité entre la symptomatologie douloureuse et l'accident, son influence sur la capacité de travail, la date de stabilisation de l'état de santé et la fixation d'une éventuelle IPAI. On rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical. Il convient bien plutôt pour la partie qui entend remettre en cause le bien-fondé du point de vue médical sur lequel se sont fondées les autorités de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables de nature notamment clinique ou diagnostique qui auraient été ignorés dans le cadre de l'appréciation et qui seraient suffisamment pertinents (arrêt du TF du 01.05.2017 [9C\_719/2016] cons. 5.2.1). Si la Cour de céans ne peut déterminer si le fait que la recourante ait potentiellement subi une rupture complète des tendons est responsable de l'atrophie musculaire et des douleurs alléguées, il n'en demeure pas moins que les nombreux rapports médicaux du Dr F. \_\_\_\_\_ suffisent cependant à susciter un doute sur la pertinence des conclusions du Dr C. \_\_\_\_\_ qui a retenu que l'atrophie musculaire résultait d'une sous-exploitation du muscle, que les douleurs alléguées n'étaient pas explicables et que des facteurs contextuels influençaient sa situation.

On relèvera encore que le reste de la documentation médicale au dossier, en particulier les avis des Drs B.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_, des physiothérapeutes et chiropraticiens, sont insuffisants pour trancher le litige en toute connaissance de cause. Il en va de même de l'expertise du BEM, diligentée par l'OAI, dont les conclusions ne sauraient être reprises telles quelles dans la mesure où, s'agissant de la capacité de travail de la recourante, elles font expressément référence aux conclusions du Dr C.\_\_\_\_\_, qui sont remises en cause de manière convaincante par le Dr F.\_\_\_\_\_.

Ainsi, si l'on ne saurait en l'état suivre simplement les conclusions du Dr F.\_\_\_\_\_, force est cependant de constater que cet avis de médecin spécialisé suffit pour mettre à mal les conclusions du Dr C.\_\_\_\_\_. En présence de deux avis contradictoires et motivés de deux spécialistes (médecin-conseil et médecin traitant spécialiste), sans qu'il soit possible de privilégier l'un ou l'autre de ces avis, la mise en œuvre d'une expertise se justifie en l'espèce dans la mesure où un doute, même faible, existe. L'instruction est dès lors lacunaire et il y a lieu de procéder à une analyse plus poussée du cas. S'agissant de la nécessité d'élucider des questions non réglées par l'administration (ATF 137 V210 cons. 4.4.1.4), il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à la CNA, à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'article 43 al. 1 LPGA. Cette solution apparaît comme la plus opportune. Dans ce contexte, il appartiendra à l'intimée de mettre en œuvre une expertise médicale neutre, conformément à l'article 44 LPGA. Cela fait, il lui appartiendra ensuite de rendre une nouvelle décision statuant sur le droit aux prestations de la recourante. Au vu de ce qui a été rappelé ci-dessus s'agissant de l'objet du litige, cela impliquera de rendre des décisions portant sur la fin du droit aux prestations d'assurances, puis éventuellement sur le droit à la rente et à une IPAI.

7.a) Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la cause renvoyée à la CNA pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

b) Il est statué sans frais, la LAA n'en prévoyant pas (art. 61 let. f bis LPGA). Le recourant a en outre droit à une allocation de dépens (art. 61 let. g a contrario LPGA). Ceux-ci doivent être fixés sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA). Son mandataire n'ayant à ce jour pas déposé un état des honoraires et des frais, les dépens seront fixés sur la base du dossier (art. 66 al. 1 et 2 TFrais). Tout bien considéré, l'activité déployée par le mandataire devant la Cour de céans peut être évaluée à quelque 8 heures, incluant à tout le moins un entretien avec le client, les recherches juridiques et la rédaction du recours. Eu égard au tarif dorénavant appliqué par la Cour de céans de l'ordre de 300 francs l'heure (CHF 2'400), des débours à raison de 10 % des honoraires (art. 52 LTFrais, CHF 240) et de la TVA au taux de 8,1 % (CHF 213.85), l'indemnité de dépens doit être fixée à 2'853.85 francs.

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Admet le recours.

2. Annule la décision litigieuse et renvoie la cause à l'intimée pour nouvelle décision au sens des considérants.

3. Statue sans frais.

4. Alloue à la recourante une indemnité de dépens de 2'853.85 francs, honoraires, débours et TVA compris à la charge de l'intimée.

Neuchâtel, le 14 novembre 2025

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.