

VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 737 vom 16. Oktober 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-10-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2023__737

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 737 du 16 octobre 2023

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 737 del 16 ottobre 2023

Regeste

OBLIGATION DE CONSTITUER UN DOSSIER, ACCIDENT, CAUSALITÉ NATURELLE, LIEN DE CAUSALITÉ, DROIT CONSTITUTIONNEL À LA PROTECTION DE LA BONNE FOI, OBLIGATION DE RENSEIGNER, LÉSION DE L'ÉPAULE | 29 al. 2 Cst., 9 Cst., 6 al. 1 LAA, 27 LPGA, 46 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales Arrêt / 2023 / 737

OBLIGATION DE CONSTITUER UN DOSSIER, ACCIDENT, CAUSALITÉ NATURELLE, LIEN DE CAUSALITÉ, DROIT CONSTITUTIONNEL À LA PROTECTION DE LA BONNE FOI, OBLIGATION DE RENSEIGNER, LÉSION DE L'ÉPAULE | 29 al. 2 Cst., 9 Cst., 6 al. 1 LAA, 27 LPGA, 46 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AA 123/22 - 107/2023 ZA22.042679 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 16 octobre 2023 _____ Composition : M. Piguet , président Mmes Röthenbacher et Pasche, juges Greffière : Mme Chaboudez ***** Cause pendante entre : D. _____ , à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne, et F. _____ , à [...], intimée. _____ Art. 6 al. 1 LAA ; 9 et 29 al. 2 Cst. E n f a i t : A. D. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaille depuis avril 2006 comme réceptionniste auprès de [...] et est assurée, à ce titre, contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de F. _____ (ci-après : F. _____ ou l'intimée). Par déclaration d'accident du 27 octobre 2020, l'assurée a annoncé à F. _____ qu'en date du 10 octobre 2020, elle avait chuté en entrant dans sa baignoire et s'était tapé le genou gauche ainsi que le bras droit et l'épaule droite. Par courrier du 28 octobre 2020, F. _____ a annoncé prendre en charge les suites de cet accident. Une arthrographie et une arthro-IRM de l'épaule droite du 30 octobre 2020 ont mis en évidence un épaississement des tendons supra-épineux et infra-épineux, une fine calcification interstitielle et une déchirure partielle profonde non transfixiante du tendon supra-épineux, ainsi qu'un épaississement du tendon du long biceps discrètement subluxé en rapport avec une déchirure partielle, supérieure et profonde du sub-scapulaire. Par courriel du 21 janvier 2021, l'assurée a informé F. _____ qu'elle avait consulté le Dr N. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui lui proposait une opération. Elle a demandé si elle était autorisée à prendre rendez-vous pour avoir un second avis et la confirmation qu'elle était assurée en privé et pouvait se faire opérer en clinique. Par courriel du 22 janvier 2021, F. _____ a répondu : « Vous pouvez sans autre aller demander un 2ème avis médical et oui je vous confirme que vous avez bien la couverture privée donc vous pouvez aller vous faire opérer en clinique ». Dans des rapports des 17 février et 15 septembre 2021, le Dr L. _____, spécialiste en

chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de lésion partielle du tendon supra-épineux et de la partie haute du tendon sous-scapulaire avec subluxation du long chef du biceps post-traumatique de l'épaule droite le 10 juillet 2020. Compte tenu de l'évolution stagnante, il proposait d'effectuer une réparation arthroscopique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec ténodèse du long chef du biceps. Des radiographies effectuées le 22 octobre 2021 ont montré des calcifications aux deux épaules. L'IRM réalisée le lendemain a conclu, pour l'épaule gauche, à une tendinose du tendon du muscle supra-épineux et subscapulaire, sans déchirure, ainsi qu'à des stigmates dégénératifs acromio-claviculaires, et, pour l'épaule droite, à une tendinose du tendon du muscle supra-épineux avec déchirure partielle sous la forme d'un clivage intra-tendineux depuis l'enthèse qui s'étend sur 13 mm avec un œdème osseux du tubercule majeur, à un remaniement de la face profonde du tendon subscapulaire qui correspond à des microdéchirures, à une tendinose de la zone de transition vertical-horizontal du tendon long chef du biceps et à des stigmates dégénératifs acromio-claviculaires. L'assurée a été examinée le 18 octobre 2021 par le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de F._____. Dans son rapport du 25 octobre 2021, le Dr T._____ a considéré que l'événement accidentel avait été responsable d'une contusion de l'épaule, survenue dans le cadre d'une épaule fragilisée par une tendinopathie calcifiante, et qu'il n'y avait pas d'arguments probants caractérisant, avec une certaine haute probabilité, une lésion anatomique aiguë, secondaire audit événement, susceptible d'altérer chroniquement et de manière significative le cursus de l'épaule droite. La contusion subie devait cesser de déployer ses effets après quelques jours, au maximum après 4-8 semaines (délai de résorption d'un éventuel hématome ou d'un œdème post-contusionnel). Une extension de la symptomatologie dans le temps, sur 1-2 mois de plus, pourrait être théoriquement admise en raison des troubles dégénératifs sous-jacents, troubles pouvant potentiellement ralentir la récupération fonctionnelle. Compte tenu d'un certain retard pour la mise en route d'un traitement fonctionnel adéquat, un délai maximal à la fin de l'année 2020 pouvait être retenu. Par décision du 27 octobre 2021, F._____ a mis fin à ses prestations au 10 janvier 2021, au motif que la relation de causalité entre les lésions et l'accident n'était plus établie au-delà de cette date. Le 2 novembre 2021, le Dr L._____ a réalisé une intervention arthroscopique de l'épaule droite avec synovectomie, bursectomie et acromioplastie ainsi qu'une réparation arthroscopique de la partie haute du tendon sous-scapulaire. L'assurée a formé opposition contre la décision de F._____ par acte de son mandataire du 26 novembre 2021. Par courrier du 21 janvier 2022, l'assurée a produit un rapport du Dr L._____ du 23 décembre 2021. Celui-ci relevait que, si des signes dégénératifs étaient observés sur l'arthro-IRM, ceux-ci ne concernaient pas le tendon sous-scapulaire droit, qui avait été lésé lors de l'accident du 10 juillet 2020. Lors du status opératoire, il avait pu vérifier que ce tendon ne comportait aucun signe dégénératif et a précisé que seul ce tendon avait nécessité une réparation. Le Dr L._____ a considéré que l'analyse du bilan IRM, de son status opératoire et du mécanisme lésionnel (chute de sa hauteur avec réception sur son membre supérieur droit en extension) étaient des arguments en faveur d'une étiologie traumatique de la lésion du tendon sous-scapulaire droit. Dans un rapport complémentaire du 3 février 2022, le Dr T._____ a maintenu sa position. Il a relevé que les lésions tendineuses du sous-scapulaire ne montraient aucun hypersignal inflammatoire à l'examen du 30 octobre 2020 susceptibles de faire valoir une composante lésionnelle récente et que la stabilité lésionnelle, sans aucun signe de répercussion négative sur la fonction musculaire, parlait

clairement en faveur de lésions dégénératives ou micro-traumatiques. Il a relevé que l'épaule gauche présentait aussi des stigmates en faveur d'une surcharge de la coiffe antéro-supérieure, qui était souvent le siège d'atteintes dégénératives. Dans un courrier du 27 mai 2022, l'assurée a reproché au Dr T. _____ d'avoir omis d'évoquer l'instabilité avec la lésion de la poulie initialement diagnostiquée et de s'être référé à l'analyse radiologique de l'épaule controlatérale, ce qui n'apparaissait pas valable au regard d'un article de 2019 du groupe d'experts de la Société Suisse d'Orthopédie et de Traumatologie. Par décision sur opposition du 21 septembre 2022, F. _____ a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 27 octobre 2021, en se basant sur les rapports du Dr T. _____. B. Par acte de son mandataire du 21 octobre 2022, D. _____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens que F. _____ doit continuer à prester dans le cadre de l'assurance-accidents au-delà du 10 janvier 2021, en particulier en prenant en charge l'intervention du 2 novembre 2021, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à F. _____ pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants. Tout en relevant que ni F. _____ ni son médecin-conseil ne s'étaient déterminés sur les arguments de son courrier du 27 mai 2021 [recte : 2022], elle a estimé que les appréciations convaincantes du Dr L. _____ devaient prévaloir dans le cas d'espèce, celui-ci étant plus spécialisé en la matière que le Dr T. _____. Elle a par ailleurs fait valoir qu'elle avait reçu une garantie de prise charge de l'opération par courriel du 22 janvier 2021 et ne pouvait donc s'attendre à ce que l'intimée décide ultérieurement de mettre fin à ses prestations de manière rétroactive. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale d'ordre orthopédique pour le cas où l'existence d'une lésion traumatique dont les effets ont perduré ultérieurement au 10 janvier 2021 n'était pas admise. Dans sa réponse du 19 janvier 2023, F. _____ a écarté une éventuelle instabilité de la poulie sur la base du rapport opératoire du 2 novembre 2021 ainsi que d'un rapport du 13 janvier 2023 du Dr T. _____ qu'elle a produit en annexe. Elle a estimé qu'il convenait de reconnaître une pleine valeur probante aux rapports du Dr T. _____, que les arguments du Dr L. _____ n'étaient que peu détaillés et donc pas de nature à venir mettre sérieusement en doute son analyse, et que ce dernier ne procédait pas à une analyse et à une pondération des éléments en présence. F. _____ a en outre relevé que le courriel du 22 janvier 2021 ne constituait pas une garantie de prise en charge de l'opération, mais informait uniquement l'assurée qu'elle bénéficiait d'une couverture privée en cas d'hospitalisation, ce qui lui avait été confirmé dans le cadre d'un entretien téléphonique du 15 septembre 2021, au cours duquel il lui a été précisé que la prise en charge de l'intervention ne pouvait pour l'instant être garantie. Par réplique du 12 juin 2023, D. _____ a allégué qu'aucune pièce au dossier n'attestait du téléphone du 15 septembre 2021. Elle a estimé que l'information qui lui avait été communiquée par courriel devait être interprétée selon le sens que, de bonne foi, elle pouvait y donner, que l'intimée avait signalé trop tardivement qu'elle refusait de prester et avait enfreint son obligation de renseigner en ne la prévenant pas en temps utile que la confirmation de couverture ne devait pas être assimilée à une confirmation de prise en charge. Elle a émis diverses critiques envers le rapport du Dr T. _____ et produit un rapport du Dr N. _____ du 25 février 2022. A la suite de consultations des 13 novembre 2020 et 14 janvier 2021, celui-ci avait retenu comme diagnostics une instabilité du tendon long chef du biceps sur une lésion de la poulie bicapitale, sous forme d'une lésion du ligament gléno-huméral supérieur associée à une déchirure partielle supérieure et profonde du tendon sous-scapulaire, ainsi qu'une lésion partielle du tendon supra-épineux avec des

tendons épaissis. D'après ce médecin, les lésions du tendon sous-scapulaire étaient typiquement d'origine traumatique. Il constatait par ailleurs que le Dr T. _____ concentrait son analyse sur l'existence d'une lésion dégénérative, sans évoquer l'instabilité avec la lésion de la poulie initialement diagnostiquée. Dans sa duplique du 4 juillet 2023, F. _____ a considéré avoir parfaitement rempli son devoir d'information puisqu'elle avait transmis le dossier complet de l'assurée à la Cour des assurances sociales et que celui-ci pouvait être consulté. Aussi, l'assurée ne pouvait, de bonne foi, partir du principe que la garantie de prise en charge de l'opération avait été donnée, dans la mesure où la demande de garantie lui avait été adressée le 5 octobre 2021 et renvoyée le lendemain. Elle a par ailleurs nié toute valeur probante au rapport du Dr N. _____ du fait que ce médecin n'avait plus vu l'assurée après janvier 2021. Elle a également rappelé que la lésion de la poulie avait été infirmée par le Dr L. _____ lors de l'intervention, de sorte qu'on ne pouvait reprocher au Dr T. _____ de ne pas avoir évoqué cet élément. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit de la recourante, en lien avec l'accident survenu le 10 juillet 2020, à des prestations de l'assurance-accidents (traitement médical et indemnités journalières) au-delà du 10 janvier 2021. 3. Il convient en préambule de relever que le dossier remis par F. _____ à la Cour de céans n'est pas complet. a) Le devoir général de tenue des dossiers qui incombe aux autorités est le pendant – découlant de l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) – du droit pour le justiciable de prendre connaissance du dossier et d'obtenir l'administration des preuves pertinentes. Toute autorité a ainsi l'obligation de tenir un dossier complet de la procédure, afin de permettre à toute personne concernée d'en prendre connaissance dans les meilleures conditions et, en cas de recours, de pouvoir le transmettre à l'autorité de recours. Elle est par conséquent tenue de consigner dans le dossier tous les éléments essentiels pour l'issue du litige. La garantie constitutionnelle à une tenue claire et ordonnée des dossiers oblige les autorités et les tribunaux à veiller au caractère complet de la documentation produite ou établie en cours de procédure. Dans le droit des assurances sociales, les art. 46 LPGA et 8 OPGA (ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11) concrétisent le devoir général de tenue des dossiers, en tant que ces dispositions imposent aux assureurs (notamment aux organes d'exécution de l'assurance-vieillesse et survivants), lors de chaque procédure relevant des assurances sociales, d'enregistrer de manière systématique tous les documents qui peuvent être déterminants (ATF 138 V 218 consid. 8.1.2 et les références). b) Pour pouvoir établir les faits et apprécier librement les preuves, le tribunal cantonal doit disposer de l'ensemble du dossier afin de pouvoir décider quels documents sont essentiels et lesquels ne le sont pas pour l'appréciation du cas litigieux. L'assureur ne saurait dès lors se contenter de produire les documents qu'il considère comme déterminants pour le cas d'espèce. L'assureur doit

garantir que le dossier qu'il produit auprès des autorités ou du tribunal est complet. En d'autres termes, l'assureur doit pouvoir garantir que le droit constitutionnel inscrit à l'art. 29 al. 2 Cst., et concrétisé au niveau de la loi à l'art. 46 LPGa, est respecté (TF 8C_616/2013 du 28 janvier 2014 consid. 2.1 ; TF 8C_269/2009 du 13 novembre 2009 consid. 5.2.2 et les références ; Guy Longchamp, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 21 ad art. 46). c) En l'occurrence, la décision sur opposition se réfère à des écritures de Me Hofstetter des 2 décembre 2021 et 31 août 2022, ainsi qu'aux réponses de l'intimée des 3 décembre 2021 et 15 septembre 2022. Or ces diverses pièces ne figurent pas dans le dossier remis à la Cour de céans par l'intimée, lequel s'avère par conséquent incomplet. Il convient de rappeler à l'intimée qu'il lui appartenait de transmettre un dossier complet au Tribunal, comme elle y avait été précisément invitée par avis du 25 octobre 2022. Ce manquement ne porte toutefois pas à conséquence en l'espèce compte tenu de l'issue de la procédure et dans la mesure où la Cour de céans a pu prendre connaissance des écritures de la recourante des 2 décembre 2021 et 31 août 2022, qui ont été produites avec son recours.

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 un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références). c) Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1). d) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). e) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents

d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A l'inverse, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3). f) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). 5. Indépendamment de la question de la poursuite de la prise en charge du traitement médical et des indemnités journalières, la recourante fait valoir que l'opération du 2 novembre 2021 doit en tous les cas être prise en charge par l'intimée au regard du principe de la bonne foi, le courriel du 22 janvier 2021 devant être interprété comme une garantie de prise en charge. a) Découlant directement de l'art. 9 Cst. et valant pour l'ensemble de l'activité étatique, le principe de la bonne foi protège le citoyen dans la confiance légitime qu'il met dans les assurances reçues des autorités, lorsqu'il a réglé sa conduite d'après des décisions, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration. Selon la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour (d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 141 V 530 consid. 6.2 ; 131 II 627 consid. 6.1 et les références citées). b) En l'occurrence, le courriel du 22 janvier 2021 de l'intimée confirme à la recourante qu'elle bénéficie d'une couverture d'assurance privée qui lui permet de se faire opérer en clinique, mais ne dit rien quant à la prise en charge de l'opération envisagée. A cet égard, il est douteux que la recourante ait compris ce courriel comme une garantie de prise en charge de l'opération prévue. Si tel avait été effectivement le cas, elle aurait à l'évidence réagi rapidement au refus de l'intimée de prester au-delà du 10 janvier 2021 en se prévalant de l'existence de cette garantie de prise en charge. Or tel n'a

pas été le cas. Dans son opposition, la recourante a uniquement reproché à l'intimée d'avoir tardé à statuer et de ne pas l'avoir informée que la fin de ses prestations pourrait intervenir de manière rétroactive. Elle n'a en revanche fait aucune mention du courriel du 22 janvier 2021 ni ne s'est prévalu d'avoir reçu une garantie de prise en charge de l'intervention. Quoi qu'il en soit, il y a lieu de constater que la recourante a été informée du refus de l'intimée de prendre en charge l'opération avant que celle-ci n'ait lieu, si bien qu'elle n'a pas subi de préjudice irréversible sur la base d'une information erronée. Elle ne saurait par conséquent valablement se prévaloir du principe de protection de la bonne foi pour obtenir la prise en charge de l'opération du 2 novembre 2021. c) En revanche, il faut constater que la recourante a explicitement demandé à l'intimée si elle était autorisée à consulter le Dr L. _____ afin d'obtenir un second avis médical, ce à quoi il lui a été répondu qu'elle pouvait « sans autre » le faire. Au vu de cette réponse, l'intimée ne saurait refuser de prendre en charge les frais de la consultation effectuée par la recourante auprès du Dr L. _____ en date du 16 février 2021, sans violer le principe de la bonne foi. La recourante s'est en effet à l'évidence fondée sur l'information donnée par l'intimée – qui relevait de son domaine de compétence – pour prendre ce rendez-vous auprès du Dr L. _____ et pouvait, de bonne foi, s'attendre à ce que les frais de cette consultation soient pris en charge par l'intimée. Dans son opposition, elle s'est d'ailleurs étonnée du fait que l'intimée avait mis fin à ses prestations de manière rétroactive. Dans ces circonstances, il appartiendra à l'intimée, en vertu du principe de la bonne foi, de prendre en charge les frais de la consultation du 16 février 2021 auprès du Dr L. _____, même dans l'hypothèse où il y aurait lieu de nier tout lien de causalité entre les lésions existant à cette date et l'accident. 6. La recourante reproche en outre à l'intimée une violation de son devoir de renseigner, au motif que celle-ci aurait dû l'informer plus tôt qu'elle pourrait ne pas prendre en charge l'opération envisagée, et estime qu'elle a tardé à mener des investigations dans ce contexte. a) L'art. 27 LPGA prévoit que les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus, dans les limites de leur domaine de compétence, de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Par ailleurs, chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations ; sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (al. 2). b) Dans le cas d'espèce, il n'est toutefois pas question de droits que la recourante devrait ou aurait dû faire valoir, ni d'obligations qui lui incombaient en lien avec un droit aux prestations. Il s'agissait uniquement pour l'intimée de déterminer l'existence ou non d'une relation de causalité entre l'accident et les atteintes encore présentées par la recourante. On ne voit ainsi pas en quoi l'intimée aurait contrevenu à un devoir d'information envers la recourante. Quant au temps qu'il a fallu à l'intimée pour mener les investigations nécessaires dans ce contexte, il n'apparaît pas excessif, d'autant moins que l'intimée n'a reçu la demande formelle de prise en charge de l'opération qu'en date du 6 octobre 2021 et qu'elle a alors rapidement mis en place un examen par son médecin-conseil, puis statué. 7. a) L'intimée ne conteste pas que la recourante a subi un événement accidentel le 10 juillet 2020 qui a entraîné une contusion à l'épaule droite. En présence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA, le cas ne doit ainsi pas être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; TF 8C_459/2019 du 11 septembre 2020 consid. 5.1). b) Dans ses rapports des 17 février et 15 septembre 2021, le Dr L. _____ a posé le diagnostic de « lésion partielle du tendon supra-épineux et de la partie haute du tendon sous-scapulaire avec sublaxation du long chef du biceps post-traumatique de l'épaule droite le 10 juillet 2020 ». Le libellé de ce diagnostic laisse à penser que les

deux lésions partielles de la coiffe sont dues à l'accident du 10 juillet 2020. Dans son rapport du 23 décembre 2021, il indique cependant que le tendon qui a été lésé lors de l'accident est le tendon sous-scapulaire droit, étant précisé que ce dernier ne comportait aucun signe dégénératif à l'imagerie et qu'il est le seul à avoir nécessité une réparation. Il ressort en effet du protocole opératoire du 2 novembre 2021 que le Dr L. _____ a procédé à une réparation de la partie haute du tendon sous-scapulaire et qu'il a constaté une lésion partielle du supra-épineux, intéressant moins de 50 % du tendon, sans cependant intervenir sur ce dernier. Dans son rapport du 25 octobre 2021, le Dr T. _____ s'est avant tout intéressé à la tendinopathie du tendon sous-épineux, en relevant que celle-ci n'avait rien d'exceptionnel au vu de l'âge de la recourante et que la composante calcifiante mise en évidence à l'imagerie venait affaiblir ce tendon. Or le Dr L. _____ ne conteste pas que l'arthro-IRM et l'IRM ont montré des signes dégénératifs sous forme d'une tendinite calcifiante du supra-épineux droit avec un tendon hétérogène (rapport du 23 décembre 2021). Dans sa nouvelle prise de position du 3 février 2022, le Dr T. _____ se prononce sur le tendon sous-scapulaire et estime que l'absence d'hypersignal inflammatoire à l'imagerie du 30 octobre 2020, la stabilité lésionnelle et l'absence de répercussion négative sur la fonction musculaire faisaient pencher la balance vers des lésions dégénératives ou micro-traumatiques, et non pas en faveur d'une lésion issue d'un seul et unique traumatisme. Il a en outre relevé que la coiffe antéro-supérieure était souvent le siège d'atteintes dégénératives ou par surmenage et que l'épaule gauche non traumatisée présentait aussi des stigmates en faveur d'une surcharge de cette région. Le Dr T. _____ explique certes les raisons pour lesquelles il considère que la lésion du tendon sous-scapulaire ne peut, à son avis, avoir une origine traumatique, mais cette conclusion ne résulte cependant pas d'une analyse détaillée fondée sur les circonstances concrètes du cas d'espèce, étant notamment relevé que la description des plaintes initiales de la recourante effectuée par ce médecin est extrêmement sommaire et que l'analyse ne tient pas compte du fait que la chute est survenue alors que l'épaule droite de la recourante était déjà affaiblie par l'existence de lésions dégénératives préexistantes, ce qui pouvait faciliter la survenance de lésions supplémentaires causées par un simple choc. Le Dr T. _____ relève en outre que l'examen de la causalité doit tenir compte de la clinique initiale, de la répercussion fonctionnelle immédiate ainsi que de l'évolution des répercussions sur la fonction de l'épaule dans le temps. Or force est de constater qu'il a pris ses conclusions sans se renseigner sur l'état clinique initial de l'épaule auprès des médecins qui ont examiné la recourante après son accident. En effet, on constate que le rapport de l'arthrographie et l'arthro-IRM du 30 octobre 2020 a été adressé à la Dre Z. _____, spécialiste en médecine interne générale, que la recourante a indiqué avoir consultée fin octobre 2020 (rapport du Dr T. _____ du 25 octobre 2021 p. 3). A la suite de son accident, la recourante a également consulté le Dr N. _____, ce dont elle a informé l'intimée dans son courriel du 21 janvier 2021. Cela étant, il est pour le moins surprenant que l'intimée n'ait sollicité aucun rapport médical de la part de ces deux médecins, singulièrement du Dr N. _____, alors qu'il s'agit – selon les pièces au dossier – du premier chirurgien orthopédiste à avoir examiné la recourante après son accident. Dans ce contexte, on ne saurait par conséquent suivre l'intimée lorsque, dans sa réponse, elle affirme que les prises de position du Dr T. _____ ont pleine valeur probante notamment du fait qu'il a pris en compte la clinique initiale ainsi que la répercussion fonctionnelle immédiate. On constate au contraire que le premier examen clinique figurant au dossier de l'intimée, et par conséquent à celui remis au médecin-conseil, est celui du Dr L. _____, lequel a examiné

la recourante pour la première fois le 16 février 2021, soit plus de sept mois après l'accident du 10 juillet 2020. La recourante a produit, à l'appui de son recours, un rapport du Dr N. _____ du 25 février 2022. Ce médecin a retenu, cliniquement et radiologiquement, un diagnostic d'instabilité du tendon long chef du biceps sur une lésion de la poulie bicipitale, à savoir sous forme d'une lésion du ligament gléno-huméral supérieur associé à une déchirure partielle supérieure et profonde du tendon sous-scapulaire. Selon lui, la corrélation entre la clinique et la radiologie était évidente. Lors de l'opération, le Dr L. _____ a toutefois constaté que le long chef du biceps était intact, légèrement érythémateux, mais bien contenu dans sa gouttière, sans lésion de la poulie bicipitale. Ce médecin avait toutefois lui-même initialement conclu à une subluxation du long chef du biceps dans ses rapports des 17 février et 15 septembre 2021 et avait prévu de réaliser une ténodèse de ce tendon, qu'il n'a finalement pas eu à pratiquer. Il a modifié en conséquence le diagnostic retenu en tendinopathie du long chef du biceps (cf. protocole opératoire du 2 novembre 2021 et lettre de sortie du 4 novembre 2021). Aucun des médecins ne se prononce sur cette situation, à savoir que deux spécialistes ont conclu à une instabilité, respectivement à une subluxation du long chef du biceps qui n'a toutefois pas été retrouvée à l'opération. On ignore notamment si cet élément a un éventuel impact sur l'analyse de la relation de causalité entre l'accident et les atteintes à l'épaule droite de la recourante. Lors de l'intervention, le Dr L. _____ a également réalisé une synovectomie, une bursectomie et une acromioplastie en raison d'un acromion plongeant. Dans ses rapports, il ne se prononce pas sur la relation de causalité entre les troubles ayant nécessité ces gestes chirurgicaux et l'accident. De son côté, le Dr T. _____ se limite à relever que l'arthrose acromio-claviculaire est présente bilatéralement, qu'elle est régie par l'âge dans l'écrasante majorité des cas et qu'il n'a pas d'arguments probants caractérisant une décompensation significative et à caractère durable de cette arthrose (rapport du 25 octobre 2021 p. 9). c) Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que la décision attaquée repose sur des éléments insuffisants. Il se justifie donc de renvoyer le dossier à l'intimée, à qui il appartient au premier chef d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'elle complète l'instruction. Dans ce contexte, il lui appartiendra notamment de déterminer les circonstances précises de l'apparition et de l'évolution de la symptomatologie à l'épaule droite et, afin de déterminer de la manière la plus précise les lésions présentées par la recourante, de verser au dossier, pour autant qu'elles soient disponibles, les images prises au cours de l'arthroscopie réalisée par le Dr L. _____. 8. La requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale d'ordre orthopédique doit être écartée en l'état, compte tenu de l'issue du recours. 9. a) Le recours est par conséquent admis. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA). c) Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'800 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFFJA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision sur opposition rendue le 21 septembre 2022 par F. _____ est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. IV. F. _____ versera à D. _____ une indemnité de 2'800 fr. (deux mille huit cents francs) à titre de dépens. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour D. _____), ■

F._____, - 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 :

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