

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 octobre 2009

---

Présidence de       Mme     DI FERRO DEMIERRE, juge unique  
Greffier            :     Mme     Parel

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**T.** \_\_\_\_\_, à St-Prex, recourante, représentée par Me Michel Bergmann,  
avocat, à Genève

et

**P.** \_\_\_\_\_, à Bâle, intimée

---

**Art. 29 al. 1 Cst; 56 al. 2, 61 let. a et g LPGA; 74 al. 2 LPA-VD**

**E n f a i t :**

**A.** T.\_\_\_\_\_, née le 3 juin 1947, travaille depuis 1973 pour l'Institut C.\_\_\_\_\_ notamment en qualité d'accompagnatrice des élèves dans leurs diverses activités sportives et d'extérieur.

Le 22 août 2004, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation en France. Le procès-verbal établi par la gendarmerie nationale indique que le véhicule conduit par T.\_\_\_\_\_ a été percuté frontalement par une automobiliste roulant en sens inverse qui s'était déportée sur la voie gauche d'une chaussée à double sens de circulation. Les deux véhicules ont été détruits et le procès-verbal précise que l'assurée était "blessée grave".

Le 24 août 2004, l'employeur de T.\_\_\_\_\_ a envoyé à la P.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assureur accident) une déclaration de sinistre concernant son employée, qui indiquait que celle-ci souffrait du talon droit (astragale) et de diverses contusions, référence étant faite pour le surplus au rapport médical.

Le certificat médical "descriptif" établi le 25 août 2004 par le Dr W.\_\_\_\_\_, Chef du service de chirurgie orthopédique et traumatologique du Centre Z.\_\_\_\_\_ indique comme lésions :

- fracture du col de l'astragale droit non déplacée;
- fracture engrenée du bord interne de la clavicule gauche;
- contusion de l'épaule et hématome abdominal superficiel.

Le spécialiste précise que ces lésions entraîneront une incapacité totale de travail de 20 jours, sous réserve de complications.

L'assurée est restée hospitalisée en France jusqu'au 27 août 2004, date de son transfert à l'Hôpital M.\_\_\_\_\_. Elle a ensuite séjourné à la Clinique N.\_\_\_\_\_ du 3 au 24 septembre 2004 dans un but de rééducation à la marche.

Le bilan de physiothérapie en orthopédie établi le 5 septembre 2004 par le physiothérapeute de la Clinique N.\_\_\_\_\_ contient un dessin en bas de page où sont figurées les douleurs dont souffre l'assurée, soit au niveau de la cheville droite et du thorax, épaules comprises.

Dans le courrier qu'il a adressé le 23 septembre 2004 au Dr Q.\_\_\_\_\_, le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin-chef de service de la Clinique N.\_\_\_\_\_ relève notamment que la rééducation à la marche s'est compliquée par des douleurs thoraciques et claviculaires aggravées par l'utilisation des cannes. Il est spécifié, qu'à la sortie, la patiente se déplace sur une distance de 20 mètres avec 2 cannes et peut faire un étage d'escaliers. Elle utilise un cadre de marche ou un fauteuil roulant pour de plus longs déplacements. Elle ne décrit pas de douleur de la cheville droite.

Le bilan de physiothérapie établi le 2 décembre 2004 par le physiothérapeute de la Clinique N.\_\_\_\_\_ contient en bas de page un dessin où figurent les douleurs dont l'assurée souffre, soit à l'épaule droite uniquement.

Selon le certificat médical établi le 31 janvier 2005 par le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, l'assurée a été en incapacité totale de travail du 22 août 2004 au 7 janvier 2005 et à 50 % du 8 janvier 2005 au 21 janvier 2005.

Le 2 mai 2005, l'assurée a eu un nouvel accident avec blessure à la cheville droite. Une prise en charge médicale sous la forme de physiothérapie et d'infiltrations a été mise en place.

Le rapport médical intermédiaire LAA établi le 10 juin 2005 par le Dr Q.\_\_\_\_\_ mentionne une tendinopathie du tendon sous-épineux de l'épaule droite et un conflit sous-acromial. Le traitement proposé est une physiothérapie de mobilisation et renfort des abaisseurs extrinsèques de l'épaule droite et prise d'antalgiques.

Le rapport médical intermédiaire LAA établi le 8 août 2005 par le Dr Q.\_\_\_\_\_ indique qu'il y a évolution progressive des symptômes de la "tendinopathie sus-épineux" de l'épaule droite vers une aggravation.

Le bilan IRM relatif à l'épaule droite de l'assurée (rapport du 13 septembre 2005 du Dr [...]) objective une rupture partielle de la face profonde du sus-épineux de stade III d'Ellman, située en regard de l'enthèse trochantérienne et apparue dans le cadre d'une tendinopathie. Sont observés une arthrose acromio-claviculaire avec ostéophytose agressive et acromion de type III ce qui représentent des facteurs favorisant pour un conflit sous-acromial. La présence d'une bursite sous-acromio-détoïdienne réactionnelle est également constatée.

Le rapport médical intermédiaire LAA établi le 30 septembre 2005 par le Dr Q.\_\_\_\_\_ indique une tendinopathie de la face profonde du tendon sus-épineux de l'épaule avec acromion type III. Le traitement proposé consiste en la continuation de la physiothérapie et, secondairement, une infiltration sous-acromiale et intra-articulaire de Diprophos. Ce spécialiste expose que les conflits sous-acromiaux avec une tendinopathie de la face profonde sont d'évolution lente et nécessitent en générale une physiothérapie renforcée; en cas d'évolution défavorable, un geste, par exemple par arthroscopie avec acromioplastie et débridement sous-acromial pourra être envisagé. Il précise encore qu'un danger permanent est à craindre, une lésion dégénérative de l'épaule avec l'âge pouvant nécessiter selon l'évolution un geste arthroscopique voire de réparation du tendon sus-épineux, susceptible d'entraîner une limitation fonctionnelle.

Le rapport médical intermédiaire LAA établi le 16 novembre 2005 par le Dr Q.\_\_\_\_\_ indique qu'une infiltration intra-articulaire et sous acromiale de l'épaule droite a été pratiquée le 24 octobre 2005. La patiente n'a pas été revue depuis. Quant à l'évolution, la poursuite d'une physiothérapie de mobilisation et de renforcement de la ceinture scapulaire et des abaisseurs extrinsèques de l'épaule est préconisée pour

une durée probable de deux mois. En ce qui concerne l'éventualité d'un dommage permanent, référence est faite au rapport du 30 septembre précédent avec la précision qu'a été constaté, en sus, un acromion crochu au niveau de l'épaule droite.

Le 12 décembre 2005, l'assurée a accepté d'être examinée par le  
Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a déposé un rapport d'expertise le 1<sup>er</sup> mai 2006. Il en ressort notamment les éléments suivants :

"(...)

### **DIAGNOSTICS :**

- 1-** Fracture du col de l'astragale droit et de la pointe de la malléole interne de la cheville droite.
- 2-** Contusion abdominale avec hématome de la paroi et contusion hépatique biologique.
- 3-** Contusion de l'épaule gauche.
- 4-** Fracture Weber A de la pointe de la malléole externe de la cheville gauche.
- 5-** Conflit sous-acromial avec tendinopathie et rupture partielle de la face profonde du tendon du sus-épineux et arthrose acromio-claviculaire de l'épaule droite.
- 6-** Probable névrome de morton du deuxième espace inter-métatarsien du pied droit.
- 7-** Gonarthrose bilatérale débutante.

### **EVOLUTION & DISCUSSION :**

(...)

Au mois de novembre - décembre 2004, apparaissent progressivement des douleurs de l'épaule droite. Celles-ci deviennent réellement gênantes en avril 2005 avec difficultés à la mobilisation. Un traitement de physiothérapie est entrepris avec une lente amélioration. En novembre 2005, une infiltration de l'épaule est effectuée qui apporte une amélioration très nette de la symptomatologie douloureuse. Il n'y a, à l'heure actuelle, plus de traitement à ce niveau depuis novembre 2005. Il persiste quelques douleurs lors des mouvements en élévation maximale. Pas de douleurs au repos.

### **REPONSES AUX QUESTIONS :**

(...)

**5)- Causalité : veuillez nous dire en motivant chaque réponse pour chacun des diagnostics relevés sous le chiffre "4" s'il est en lien de causalité naturelle avec l'accident en fonction des termes suivants.**

- **Non**
- **Possible (< de 50 %)**
- **Plus que vraisemblable (> de 50 %)**
- **Certain (100 %)**

(...)

Le diagnostic 5 n'est pas en relation de causalité avec ces deux accidents.

En effet, madame T. \_\_\_\_\_ n'a pas ressenti de douleurs de l'épaule droite après l'accident du 22.8.2004. celles-ci ne sont apparues que 3 à 4 mois plus tard. Elles se sont progressivement aggravées.

Les examens radiologiques mettent en évidence des troubles dégénératifs avec un conflit sous-acromial, une arthrose claviculaire, une tendinite du sus-épineux évoluant vers une rupture partielle.

Ces lésions n'ont pas de relation de causalité directe avec l'accident du 22.8.2004.

(...)

**7)- Constatez-vous chez Mme T. \_\_\_\_\_ un état antérieur, étranger, concomitant ou une maladie intercurrente ?**

L'évolution a été compliquée à partir du mois de novembre-décembre 2004 par une tendinite du sus-épineux associée à un conflit sous-acromial de l'épaule droite. Cette pathologie n'est pas en relation avec les deux accidents cités ci-dessus.

Le traitement de cette pathologie n'est pas à charge de l'assurance accident. Il n'a cependant pas entraîné de retard dans l'évolution des séquelles des deux accidents.

(...)"

Par pli du 3 mai 2006, l'intimée a adressé à Assista TCS SA, mandatée par l'assurée depuis le 31 janvier 2005, une copie du rapport d'expertise du Dr L. \_\_\_\_\_. Dans le courrier joint, elle a imparti un délai au 15 juin 2006 pour lui faire part d'éventuelles appréciations médicales complémentaire ainsi que de sa prise de position juridique. Il est précisé que, passé ce délai, un projet de décision légale sera soumis à l'assurée.

Le bilan radiologique établi le 15 juin 2006 par le Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie de l'Institut S. \_\_\_\_\_, après IRM de l'épaule droite de l'assurée décrit notamment ce qui suit :

"(...)

Tendon sus-épineux tuméfié, de texture nettement hétérogène, traduisant une tendinopathie, peut-être associée à des déchirures interstitielles. Pas de rupture du tendon, bonne trophicité musculaire. En regard de l'intervalle antérieur des rotateurs, il existe une déchirure irrégulièrement vraisemblablement complète, en partie comblée par du tissu fibro-vasculaire prenant nettement le contraste comme en témoignent bien les séries après i.v. de Gadolinium. Tendon sous-scapulaire hétérogène à son insertion supérieure traduisant une tendinopathie, pas de rupture du tendon, bonne trophicité musculaire. Tendon sous-épineux un peu hétérogène à son insertion, pas de rupture du tendon, bonne trophicité musculaire. Long chef continu dans son trajet intra-articulaire, un peu hétérogène dans la poulie puis en place dans la gouttière.

Arthrose acromio-claviculaire active avec un peu d'œdème spongieux et une prise de contraste capsulo-synoviale. Dans le plan sagittal, acromion type II, discrète pente antérieure. Epanchement dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne prenant nettement le contraste.

Rapport scapulo-huméral préservé (discret amincissement cartilagineux). Bourrelets antérieur et postérieur en place. Un petit peu d'œdème du trochiter.

**Conclusion:**

Déchirure de l'intervalle antérieur des rotateurs en partie comblée par du tissu fibro-vasculaire prenant nettement le contraste. Tendinopathie nette du sus-épineux, pas de rupture des tendons et de la coiffe. Arthrose acromio-claviculaire active.

(...)"

Par courrier du 5 juillet 2006, l'intimée à informé l'assurée que le Dr U.\_\_\_\_\_ allait établir un rapport pour parler des manquements présumés dans la gestion médicale de son dossier.

Par courrier du 10 juillet 2006, le Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, s'est adressé à la P.\_\_\_\_\_ en ces termes :

"(...)

La clôture de ce dossier me paraît actuellement prématurée en raison des suites existantes et qui sont encore "améliorable" par un traitement adéquat.

J'ai vu en consultations Mme T.\_\_\_\_\_ en juin.

(...)

En ce qui concerne l'épaule droite, qui reste douloureuse, j'ai organisé un nouvel examen IRM qui démontre une rupture de la coiffe au niveau de l'intervalle des rotateurs.

La répétition de cet examen a été rendue nécessaire par le manque de qualité du premier examen. En effet il est décrit une résistance à l'injection intra-articulaire, il est soulevé la question d'une petite cavité articulaire.

La lecture de l'examen montre clairement une extravasation de produit de contraste. La gouttière bicipitale n'est pas remplie de liquide ce qui signifie que la dilatation de l'articulation a été incomplète rendant par là la détection d'un passage de contraste dans l'espace sous-acromial aléatoire.

L'examen du 15 juin 2006 démontre une rupture de la coiffe des rotateurs.

Il n'y a pas de rétrécissement de l'espace sous-acromial. Il est présentement admis que l'acromion n'est pas le facteur prépondérant antérieurement accepté (sic) comme tel dans le contexte de la rupture de la coiffe. Ceci est démontré dans plusieurs publications entre autre (...) qui ne pratique plus de routine une acromio-plastie dans les sutures de la coiffe des rotateurs.

Mme T.\_\_\_\_\_ a vu venir la voiture en face d'elle et elle a tenu fermement son volant avant l'impact.

La problématique des ruptures de la coiffe est bien connue dans le contexte asséurologique suisse. Il est de ce fait regrettable que le Dr Q.\_\_\_\_\_ n'ait pas pratiqué d'investigations plus approfondies

précocement. Il ne paraît pas nécessairement adéquat que Mme T. \_\_\_\_\_ en subisse les conséquences ceci d'autant (sic) plus que les frais médicaux sont remboursés par l'assureur RC.

Je vous demande donc de ne pas clore ce dossier et de me laisser un peu plus de temps pour étayer la situation de l'épaule droite.

(...)"

Par lettre du 11 juillet 2006, l'intimée a indiqué au mandataire de l'assurée que les frais d'examen du médecin annexés à son courrier devant servir à documenter le futur rapport complet de ce médecin (qu'il fournira en automne 2006), elle suggérait une prise en charge de ceux-ci au titre de "frais d'expertise".

Par courrier du 11 septembre 2006, l'intimée a indiqué à l'assurée que, compte tenu des pièces médicales en sa possession, elle n'était pas en mesure de prendre en charge ces frais. Elle a expliqué qu'elle attendait encore un avis circonstancié du nouveau médecin traitant de l'assurée et lui a suggéré de soumettre la prise en charge à son assureur LAMal. L'intimée a précisé que, dès que la situation aurait été clarifiée, elle prendrait position par rapport à ses obligations.

Par pli du 11 septembre 2006 adressé au mandataire de l'assurée, l'intimée a transmis les nouvelles factures pour la prise en charge directe ou transmission à l'assureur LAMal de l'assurée. Dans le courrier joint à son envoi, elle a précisé que, pour sa part, elle attendait encore le fruit des investigations du Dr U. \_\_\_\_\_.

Par courrier du même jour, l'intimée a requis du Dr U. \_\_\_\_\_ qu'il lui communique le résultat de ses investigations complémentaires.

Le 14 septembre 2006, l'intimée a adressé au Dr U. \_\_\_\_\_ une copie du rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du même jour, précisant qu'elle restait dans l'attente de ses commentaires éventuels.

Par pli du même jour, l'intimée a adressé copie du rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ au mandataire de l'assurée "pour information". Elle a indiqué

que le suivi lié à l'épaule droite restait du ressort de l'assureur LAMal, précisant que la constatation des lésions que l'assurée a subies n'étant – sur le plan juridique – d'aucun intérêt, puisque l'origine malade est acquise du fait de l'apparition tardive des douleurs.

Le 25 septembre 2006, le Dr U. \_\_\_\_\_ a écrit à l'intimée en ces termes :

"(...)

Les éléments qui génèrent une divergence d'appréciation sont les suivants :

(...)

En ce qui concerne l'épaule droite les douleurs ont été évidentes et fonctionnellement significatives dès qu'il y a eu une sollicitation, cette sollicitation est apparue après cessation de l'emploi (sic) de la chaise roulante. Elles étaient présentes avant et ont empêché l'emploi de cannes anglaises.

La pathologie attestée par les examens IRM démontre que les investigations auraient dû être effectuées à une date antérieure.

En l'état, Mme T. \_\_\_\_\_ souffre encore des suites de l'accident et une amélioration significative est vraisemblable avec la poursuite du traitement, médical et éventuellement chirurgical au niveau de l'épaule en particulier.

(...)"

Par lettre du 9 octobre 2006, le mandataire de l'assurée a indiqué à l'intimée qu'il avait pris note du rapport complémentaire effectué par le Dr L. \_\_\_\_\_. Se référant au rapport complémentaire du Dr U. \_\_\_\_\_ établi depuis lors, il a fait valoir qu'il était "dans ces conditions" prématuré, et ce nonobstant le rapport du Dr L. \_\_\_\_\_, de clôturer le dossier LAA de sa mandante.

Il ressort d'une notice d'entretien téléphonique du 2 novembre 2006 entre un collaborateur de l'intimée et le mandataire de l'assurée ce qui suit :

"(...)

La question centrale tourne autour du lien de causalité naturelle entre l'accident du 22 août 2004 et l'épaule droite.

Nous maintenons que les plaintes de l'assurée n'ont commencé qu'au plus tôt plusieurs mois après l'accident.

Selon l'assurée et malgré ses déclarations à son médecin traitant et à l'expert, les douleurs seraient apparues quelques six semaines après l'accident. Avant cet événement (sic) elle n'avait jamais eu de plaintes à ce niveau. Me [...] souhaiterait que le médecin traitant se prononce sur le début des plaintes de l'assurée.

Nous soumettrons prochainement le cas au Dr L.\_\_\_\_\_.

(...)

#### Divers / Suivi du dossier

Le cas reste en suspens et nous reprendrons contact dès réception des rapports médicaux complémentaires.

(...)"

Par courrier du 2 novembre 2006 envoyé par fax, l'intimée a remercié le Dr U.\_\_\_\_\_ pour son rapport médical du 25 septembre 2006, confirmant avoir pris bonne note de son contenu. Elle a indiqué qu'elle soumettrait prochainement l'appréciation du Dr U.\_\_\_\_\_ au Dr L.\_\_\_\_\_ et requis du spécialiste qu'il réponde aux questions suivantes :

"(...)

- Quel est le diagnostic actuel ?
- Y a-t-il à ce jour (2 novembre 2006) encore un traitement médical en cours ? Si oui, pour quelles affections et pour quelle durée ?
- Avez-vous des remarques particulières à formuler ?

(...)"

Par courrier du 2 novembre 2006, envoyé par fax au Dr Q.\_\_\_\_\_, l'intimée a requis de celui-ci qu'il réponde aux questions suivantes par rapport à la consultation du 16 juin 2006 et au suivi médical de l'assurée :

"(...)

- Quel était le motif de la consultation ?
- Avez-vous prescrit un traitement médical ?
- En ce qui concerne votre suivi médical, pourriez-vous nous indiquer quand l'assurée a commencé à se plaindre de douleurs à son épaule droite ?

- Avez-vous des remarques particulières à formuler ?

Par courrier du 15 novembre 2006, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a adressé à l'intimée un "rapport de consultation du 16 juin 2006" indiquant ce qui suit :

"(...)

*Motif de consultation ?*

Problème asséculoologique : non prise en charge des douleurs et du traitement de l'épaule droite.

*Avez-vous prescrit un traitement médical ?*

AINS en réserve. Pas d'autre traitement.

*En ce qui concerne votre suivi médical, pourriez-vous indiquer quand l'assurée a commencé à se plaindre de douleurs à son épaule droite ?*

La première consultation où elle mentionne les douleurs de l'épaule droite est le 12.11.2004 (marche avec des cannes).

"(...)"

Par courrier du 11 décembre 2006 répondant au fax de l'intimée du 2 novembre 2006, le Dr U. \_\_\_\_\_ a notamment indiqué que l'épaule droite de l'assurée présentait une dégradation avec augmentation des douleurs et qu'une réévaluation était prévue en avril 2007. Il a relevé que le traitement de T. \_\_\_\_\_ résultant de l'accident de la voie publique n'était pas terminé.

Par courrier du 1<sup>er</sup> mars 2007, le Dr U. \_\_\_\_\_ a exposé à l'intimée les éléments suivants :

"(...)

En ce qui concerne les douleurs de l'épaule, le Dr Q. \_\_\_\_\_ ne pouvait les constater avant novembre, par manque de suivi de la patiente.

Les douleurs de la ceinture scapulaire sont constatées le 5 septembre et particulièrement à l'épaule droite au moment de la marche avec cadre déambulateur par le service de physiothérapie de N. \_\_\_\_\_.

En ce qui concerne la lésion des tendons de la coiffe il est à relever que le Prof (...) a décrit des lésions du sous-scapulaire lors de collision frontales (sic) avec ceinture de sécurité. Il apparaît donc certain que l'accident dont a été victime Mme T. \_\_\_\_\_ à (sic) la

capacité de générer les lésions anatomiques dont elle souffre à l'épaule droite.

Il apparaît que l'information demandée et transmise par le Dr Q. \_\_\_\_\_ n'a pas la précision souhaitée.

(...)"

Par courrier du 24 mai 2007, l'intimée a rappelé au mandataire de l'assurée que la problématique liée à l'épaule droite n'étant pas en lien avec l'accident de 2004, elle ne pouvait que lui confirmer que les frais de l'IRM ne pouvaient être pris en charge.

Le 13 novembre 2007, se référant au rapport établi par le Dr U. \_\_\_\_\_ dont il ressort que la rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite est d'origine traumatique et qu'il y aura lieu de procéder au traitement chirurgical de cette pathologie, le nouveau conseil de l'assurée, Me Michel Bergmann, a requis de l'intimée qu'elle lui confirme la prise en charge des frais liés à l'intervention chirurgicale.

Par lettre du 10 décembre 2007, l'intimée a répondu au conseil de l'assurée ce qui suit :

"(...)

Sur le plan strictement formel et avant de prendre position sur le fond, nous vous demandons de nous faire parvenir une copie de la procuration de votre mandante.

(...)"

Une procuration a été envoyée le 17 décembre 2007.

Par courrier du 8 janvier 2008, l'intimée a écrit au conseil de l'assurée ce qui suit :

"(...)

La question du lien de causalité naturelle entre l'accident du 22 août 2004 et la problématique de l'assurée à son épaule droite a déjà été abondamment abordée avec vos 2 prédécesseurs (voir courriers du 14 septembre 2006 et 24 mai 2007).

Dans quelle mesure notre prise de position répétée n'est pas à considérer comme une décision non formelle (...) reste pour l'instant en suspens. Souvenons-nous cependant qu'en présence d'un

mandataire qualifié et avec un délai de 90 jours clairement échu (...), nous invoquerons ce moyen en cas de litige éventuel.

Sur le fond la situation semble toutefois assez limpide (...).

Seul le Dr U. \_\_\_\_\_ - que l'assurée a consulté pour la 1<sup>ère</sup> fois en juin 2006 - arrive à des conclusions contraires. Ce qui est parfaitement remarquable, c'est que le nouveau médecin traitant rend un avis sans même consulter le dossier médical complet de l'assurée. En effet, malgré notre proposition (voir fax du 2 novembre 2006), celui-ci n'a pas jugé nécessaire de s'enquérir de l'évolution depuis l'accident. Souvenons-nous également, qu'en cas de litige éventuel sur la question de la causalité naturelle, nous argumenterons en faveur d'une valeur probante très réduite des rapports du Dr U. \_\_\_\_\_ (...).

La simple lecture de la dernière prose de ce médecin que vous joignez à votre premier courrier permet de lever les doutes sur la compréhension médico-légale d'une prise en charge LAA. En effet, au gré des paragraphes, on passe allègrement de la polémique (ligne 14) à la fine calomnie (lignes 11-12); via les fausses preuves (lignes 5-6: que l'assurée souffrait de l'épaule droite en septembre 2005 n'est évidemment pas contesté, mais l'accident a toutefois eu lieu en août...2004) et les interprétations juridiques gratuites (lignes 13-14).

De façon assez logique, on doit admettre que le lien de causalité naturelle entre les douleurs à l'épaule droite de cette assurée (...) n'est que possible. Les plaintes n'étant apparues que plusieurs mois après l'accident, le lien avec l'accident paraît vraiment invraisemblable, si on tient compte de la lésion subie et de l'état dégénératif de l'articulation.

(...)"

Par lettre du 4 mars 2008, se référant au rappel du Dr U. \_\_\_\_\_, l'intimée lui a confirmé qu'elle restait dans l'attente d'une réponse de sa part. Elle a précisé que la prise en charge éventuelle de ces frais de consultation dépendait de sa réponse au questionnaire qu'elle lui avait adressé.

Dans le rapport médical intermédiaire LAA du 8 mars 2008, le Dr U. \_\_\_\_\_ indique en particulier ce qui suit : "(...)

**DIAGNOSTIC :**

Rupture coiffe des rotateurs épaule droite post traumatique AVP, concomittamment (sic) fracture astragale et hématome abdominal entre autre, cf mes autres rapports

**EVOLUTION :**

Il persiste des douleurs le score de DASH est supérieur à 60, la patiente arrive partiellement à s'accommoder et faire avec mais cela ne sera pas durable il y a lieu de procéder à une réparation chirurgicale de ces lésions traumatiques.

**THERAPIE :**

En attente de traitement chirurgical. En particulier en attente de confirmation de financement de ce traitement résultant d'un AVP qui sera compensé par la RC du responsable de l'accident !!

(...)"

Par fax du 29 décembre 2008 (adressé au n° 022'707'75'50), le conseil de l'assurée, se référant à sa lettre du 13 novembre précédent, a requis de l'intimée une réponse de sa part.

Le 7 janvier 2009, l'intimée a indiqué au conseil de l'assurée qu'elle n'était pas au courant que celui-ci avait formulé une demande et que le courrier du 13 novembre qu'il évoquait dans sa lettre du 29 décembre suivant ne semblait pas lui être parvenu.

Par fax du 12 janvier 2009 (adressé au n° 022'707'75'10), le conseil de l'assurée a écrit à l'intimée en ces termes :

"(...)

Je viens de recevoir votre courrier du 7 janvier.

Celui-ci m'a étonné, dans la mesure où je vous ai effectivement écrit le 14 novembre dernier.

Je vous adresse une copie de ce courrier en annexe, ainsi que la confirmation d'envoi par fax au 022 707 75 50 (avec un échec au 022 505 76 10), soit le même numéro auquel vous a été adressé mon fax du 29 décembre, qu'apparemment vous avez bien reçu.

Quoi qu'il en soit, vous voudrez bien vous déterminer assez rapidement, dans la mesure où l'opération nécessitée par Mme T. \_\_\_\_\_ devient urgente (ci-joint, à cet égard, copie d'une lettre du Dr U. \_\_\_\_\_, du 22 décembre 2008).

(...)"

La copie du courrier du 14 novembre 2008, jointe à la lettre du 12 janvier 2009, détaille les arguments de l'assurée en faveur d'une prise en charge par l'intimée des frais relatifs à son problème d'épaule et requiert de l'assureur-accidents qu'il lui confirme, par retour de courrier, qu'il prendra intégralement en charge l'intervention chirurgicale préconisée par le Dr U. \_\_\_\_\_, subsidiairement qu'il rende une décision formelle de refus, susceptible de recours.

Le 13 janvier 2009, l'intimée a indiqué au conseil de l'assurée qu'elle constatait que, malgré son envoi du 29 décembre 2008, il ne réagissait que "maintenant" à sa prise de position du 8 janvier 2008 à caractère non formel, qui devait dès lors être considérée comme étant entrée en force, ce qui rendait le retard de l'assurée dans la manifestation de son désaccord comme incompréhensible, et n'avait pas à être à nouveau notifiée.

**B.** Par acte du 17 juin 2009, T. \_\_\_\_\_ a déposé devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud un recours, en prenant les conclusions suivantes :

"(...)

**Principalement**

1. Entendre la recourante, ainsi que le Dr U. \_\_\_\_\_ (...) et le Dr [...], Clinique N. \_\_\_\_\_ (...).
2. Constater que les lésions à l'épaule droite de Mme T. \_\_\_\_\_, nécessitant une intervention chirurgicale, sont la conséquence de l'accident du 22 août 2004.
3. Condamner dès lors la P. \_\_\_\_\_ à prendre en charge intégralement les frais du traitement, notamment chirurgical, desdites lésions à l'épaule droite de Mme T. \_\_\_\_\_.
4. Permettre à Mme T. \_\_\_\_\_ de rapporter par tous moyens légaux, y compris une expertise judiciaire, la preuve des faits allégués dans le présent recours.
5. Condamner la P. \_\_\_\_\_ en tous les frais et dépens de l'instance, y compris une équitable indemnité valant participation aux honoraires du soussigné.

6. Débouter la P. \_\_\_\_\_ de toutes autres ou contraires conclusions.

**Subsidiairement, si le Tribunal de céans ne devait pas faire droit aux conclusions prises aux ch. 1 à 6 ci-dessus**

7. Constaté que la P. \_\_\_\_\_, en ne rendant aucune décision formelle susceptible de recours, s'est rendue coupable d'un déni de justice ou retard injustifié.
  8. Ordonner à la P. \_\_\_\_\_ de rendre sans délai une décision dans le sens des considérants.
  9. Condamner la P. \_\_\_\_\_ en tous les frais et dépens de l'instance, y compris une équitable indemnité valant participation aux honoraires du soussigné.
  10. Débouter la P. \_\_\_\_\_ de toutes autres ou contraires conclusions.
- (...)"

Par mémoire du 11 septembre 2009, l'intimée a conclu, avec suite de frais et dépens, au rejet de toutes les conclusions du recours, dans la mesure où celui-ci est recevable.

**C.** Lors de l'audience d'instruction du 20 octobre 2009, les parties ont confirmé leurs conclusions. Interpellée par le juge instructeur, l'intimée a refusé de rendre une décision formelle relative à la prise en charge des frais de traitement des lésions à l'épaule droite de la recourante, considérant que ses nombreuses prises de position refusant la prise en charge des prestations constituaient des décisions non formelles, entrées en force, faute de contestation de la recourante dans le délai légal.

**E n d r o i t :**

**1. a)** Le recours tend principalement à ce que l'intimée soit condamnée à prendre en charge les frais de traitement, notamment chirurgical, des lésions dont la recourante souffre à l'épaule droite, en faisant valoir que dites lésions sont des conséquences naturelles de l'accident de la circulation dont la recourante a été victime le 22 août 2004. Subsidiairement, la recourante a conclu à ce qu'il soit constaté qu'en ne rendant pas de décision formelle susceptible de recours, l'intimée

s'est rendue coupable d'un déni de justice ou d'un retard injustifié et à ce qu'ordre lui soit donné de rendre sans délai une telle décision.

**b)** L'art. 56 LPGA (loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales du 6 octobre 2000; RS 830.1) ouvre la voie du recours au Tribunal cantonal contre les décisions sur opposition, contre celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte (al. 1) et lorsque, malgré la demande de l'intéressé, l'assureur ne rend pas de décision ou de décision sur opposition (al. 2).

**c)** L'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'assuré n'est pas d'accord (art. 49 al. 1 LPGA). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties (art. 49 al. 2 LPGA 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> phrases). Selon l'art. 51 al. 1 et 2 LPGA, les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées par l'art. 49 al. 1 LPGA, peuvent être traitées selon une procédure simplifiée, l'intéressé pouvant toutefois exiger qu'une décision soit rendue. Ainsi, celui qui entend contester le refus (total ou partiel) de prestations communiqué à tort par l'assurance-accidents selon une procédure simplifiée, sans décision formelle, doit en principe le déclarer dans un délai d'une année. L'assureur doit alors rendre une décision formelle, contre laquelle la procédure d'opposition est ouverte. A défaut de réaction dans le délai utile, le refus de prestations entre en force comme si la procédure simplifiée de l'art. 51 al. 1 LPGA avait été appliquée à juste titre (ATF 134 V 145 consid. 5.3.2).

**d)** L'intérêt juridiquement protégé, dans le cadre d'un recours contre un refus de statuer ou pour retard injustifié, est celui d'obtenir une décision qui puisse être déférée à une autorité judiciaire de recours, indépendamment du point de savoir si, sur le fond, le recourant obtiendra gain de cause (ATF 125 V 121 consid. 2b). Si le recours contre un retard injustifié ou un refus de statuer se révèle bien fondé, la juridiction saisie doit l'admettre et ordonner à l'autorité concernée de rendre une décision sujette à recours (Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2<sup>ème</sup> édition, p.

226). En revanche, elle ne saurait se prononcer matériellement sur le litige car une telle manière de procéder méconnaîtrait l'objet du litige d'un recours de cette nature, lequel est limité à l'examen du refus de statuer de l'autorité inférieure (TF, K47/02, arrêt du 18 juin 2003 consid. 2.2; RAMA 2000 KV 131 p. 246 consid. 2c).

En l'espèce, il n'est pas contesté que l'intimée n'a pas rendu de décision formelle refusant de prendre en charge les frais médicaux relatifs aux lésions dont la recourante souffre à l'épaule droite. Au demeurant, l'intimée a refusé, dans le cadre de la tentative de conciliation durant l'audience d'instruction, de rendre une telle décision. Cela étant, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral précitée, l'examen de l'autorité de céans doit se limiter à déterminer si le refus de rendre une décision formelle de l'assureur-accidents constitue un déni de justice ou un retard injustifié comme le requiert la recourante dans ses conclusions subsidiaires. Les conclusions principales du recours, qui visent à obtenir du juge qu'il statue sur le fond de l'affaire, sont en revanche irrecevables.

**2. a)** La recourante fait grief à l'intimée d'un déni de justice ou de retard injustifié.

**b)** L'art. 74 al. 2 LPA-VD (loi vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008; RSV 173.36) ouvre le recours au Tribunal cantonal contre l'absence de décision, lorsque l'autorité tarde ou refuse de statuer.

A teneur des art. 57 LPGA et 93 al. 1 let. a LPA-VD, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer dans la présente cause.

En vertu de l'art. 83c LOJV (loi vaudoise d'organisation judiciaire; RSV 173.01), lorsqu'elle statue, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est en principe composée de trois magistrats. L'art. 83c al. 2 LOJV réserve toutefois l'art. 94 LPA-VD, disposition prévoyant,

dans le domaine des assurances sociales, qu'un membre du Tribunal cantonal statue en tant que juge unique sur les recours dont la valeur litigieuse n'excède pas 30'000 fr. et sur ceux interjetés contre un prononcé d'amende (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

En l'espèce, se fondant sur les pièces complémentaires produites à l'audience du 20 octobre 2009 - en particulier sur les décomptes de prestations fournis par l'assureur-maladie de la recourante - , celle-ci a indiqué que la valeur litigieuse de la contestation au fond ne dépassait pas 10'000 fr., ce que l'intimée n'a pas contesté. La présente cause est dès lors de la compétence du juge unique.

**3. a)** En matière d'assurance-accidents, celui qui entend contester le refus (total ou partiel) de prestations communiqué à tort par l'assureur selon une procédure simplifiée, sans décision formelle, doit en principe le déclarer dans un délai d'une année (ATF 134 V 145 consid. 5.3.2). L'assureur doit alors rendre une décision formelle, contre laquelle la procédure d'opposition est ouverte. A défaut de réaction dans le délai utile, le refus entre en force comme si la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 al. 1 LPGA avait été appliquée à juste titre .

**b)** Le droit de recours de l'art. 56 al. 2 LPGA sert à mettre en oeuvre l'interdiction du déni de justice formel prévue par l'art. 29 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101), aux termes duquel, toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et dans un délai raisonnable. Le retard injustifié à statuer, également prohibé par l'art. 6 § 1 CEDH (Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales; RS 0.101 [qui n'offre à cet égard pas une protection plus étendue que la disposition constitutionnelle cf. ATF 103 V 190 consid. 2]), est une forme particulière du déni de justice formel (ATF 119 Ia 237 consid. 2 p. 238). Il y a retard injustifié à statuer lorsque l'autorité administrative ou judiciaire compétente ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prévu par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire ainsi que

toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 131 V 407 consid. 1.1 p. 409 et les références). Entre autres critères sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que le comportement de ce dernier et celui des autorités compétentes (ATF 130 I 312 consid. 5.2; 125 V 188 consid. 2a).

Lorsque le droit tend à une prestation positive, les conditions de l'abus de droit sont rarement réunies. Le retard dans l'exercice d'un droit est abusif si l'inaction du créancier a permis de conclure avec certitude à une renonciation à son droit, fait subir un dommage au débiteur du fait du retard mis à exercer le droit ou si le créancier attend pour faire valoir son droit afin de réduire les possibilités de preuve du débiteur (le Titre préliminaire du Code civil, Steinauer, 2009, p. 220).

**c)** En l'espèce est litigieuse la question de savoir si l'intimée s'est rendue coupable de déni de justice ou retard injustifié en ne rendant pas de décision formelle refusant de prendre en charge les frais médicaux, en particulier chirurgicaux du traitement des lésions dont la recourante souffre à l'épaule droite. Se pose respectivement la question de savoir si l'intimée était légitimée à considérer que ses prises de positions réitérées et concordantes à l'occasion des courriers et des entretiens successifs peuvent être considérés comme une décision informelle de refus de prise en charge entrées en force. Il convient donc d'abord se demander si les prises de positions de l'intimée, essentiellement des 14 septembre 2006, 24 mai 2007 et 8 janvier 2008 peuvent être considérées comme une décision informelle de refus de prise en charge. Le cas échéant, il y aura ensuite lieu de se demander quand la clôture du cas a été communiquée à la recourante et si le délai qu'a mis celle-ci à exercer son droit était déraisonnablement tardif, soit abusif.

En l'occurrence, si on se réfère à l'ordre chronologique des événements, on constate que, si la recourante a été victime le 22 août 2004 d'un grave accident de la circulation routière avec comme lésions une fracture du col de l'astragale droit non déplacée, une fracture

engrenée du bord interne de la clavicule gauche, une contusion de l'épaule (gauche) et un hématome abdominal superficiel, il ressort toutefois des rapports établis par le physiothérapeute et le médecin-chef de service de la Clinique N. \_\_\_\_\_ où la recourante a séjourné du 3 au 24 septembre 2004 que la rééducation à la marche s'est compliquée par des douleurs thoraciques et claviculaires aggravées par l'utilisation des cannes; le dessin figurant au bas de la page du bilan de physiothérapie en orthopédie établi le 5 septembre 2004 figure des douleurs au niveau de la cheville droite et au thorax, épaules comprises, alors que le bilan de physiothérapie établi le 2 décembre 2004 contient en bas de page un dessin où figurent les douleurs dont l'assurée souffre, soit à l'épaule droite uniquement. Le 10 juin 2005 le Dr Q. \_\_\_\_\_ a adressé à l'intimée un rapport médical intermédiaire LAA dans lequel il diagnostique une tendinopathie du tendon sous-épineux de l'épaule droite et un conflit sous-acromial. Le bilan IRM relatif à l'épaule droite de l'assurée (rapport du 13 septembre 2005 du Dr [...]) objective une rupture partielle de la face profonde du sus-épineux de stade III d'Ellman, située en regard de l'enthèse trochitérienne et apparue dans le cadre d'une tendinopathie.

C'est dans cette configuration que l'intimée a mandaté le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, à des fins d'expertise. Celui-ci a déposé un rapport d'expertise le 1<sup>er</sup> mai 2006 dans lequel il diagnostique, sous chiffre 5, un conflit sous-acromial avec tendinopathie et rupture partielle de la face profonde du tendon du sus-épineux et arthrose acromio-claviculaire de l'épaule droite, en précisant que des douleurs de l'épaule droite sont apparues progressivement au mois de novembre - décembre 2004 et sont devenues réellement gênantes en avril 2005 avec des difficultés à la mobilisation. L'expert a indiqué que ce diagnostic n'était pas en relation de causalité avec les deux accidents qu'avait subis la recourante et précisé que les examens radiologiques mettaient en évidence des troubles dégénératifs avec un conflit sous-acromial, une arthrose claviculaire, une tendinite du sus-épineux évoluant vers une rupture partielle. Il en a conclu que le traitement de cette pathologie n'était pas à charge de l'assureur-accidents.

Par pli du 3 mai 2006, l'intimée a adressé au mandataire de l'assurée une copie du rapport d'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_. Dans le courrier joint à son envoi, elle a imparti à la recourante un délai au 15 juin 2006 pour lui faire part d'éventuelles appréciations médicales complémentaire ainsi que de sa prise de position juridique, précisant que, passé ce délai, un projet de décision légale lui serait soumis. L'intimée n'a toutefois pas rendu de décision formelle de refus de prestation, ce à quoi la recourante pouvait s'attendre de bonne foi vu l'engagement pris dans le courrier du 3 mai 2006. Malgré des décisions de refus de prestation concernant notamment les frais de l'IRM effectuée le 15 juin 2006, l'intimée a par ailleurs poursuivi l'instruction de la cause à la suite des objections émises par le Dr U.\_\_\_\_\_ dans un courrier du 10 juillet 2006 (celle-ci n'ayant au demeurant pas contesté qu'il pouvait s'opposer au nom de la recourante), puisqu'elle a déclaré qu'elle attendait encore un avis circonstancié du nouveau médecin traitant de la recourante et prendrait position par rapport à ses obligations une fois la situation médicale clairement établie (courriers de l'intimée à l'assurée et à son mandataire du 11 septembre 2006). L'avis médical du Dr U.\_\_\_\_\_ du 25 septembre 2006 a donné lieu à un entretien téléphonique (note téléphonique du 2 novembre 2006) entre le mandataire de la recourante et un collaborateur de l'intimée dont il ressort que la question centrale tourne autour du lien de causalité naturelle entre l'accident du 22 août 2004 et les lésions de l'épaule droite dont souffre la recourante, que le cas sera prochainement soumis à l'expert L.\_\_\_\_\_ par l'intimée, qu'il reste en suspens et que l'intimée reprendra contact dès réception des rapports médicaux complémentaires. Un échange de correspondance et de demandes de rapports médicaux a suivi jusqu'au mois de janvier 2008. Par courrier du 8 janvier 2008, l'intimée a écrit au conseil de la recourante en ces termes :

"(...)

La question du lien de causalité naturelle entre l'accident du 22 août 2004 et la problématique de l'assurée à son épaule droite a déjà été abondamment abordée avec vos 2 prédécesseurs (voir courriers du 14 septembre 2006 et 24 mai 2007).

Dans quelle mesure notre prise de position répétée n'est pas à considérer comme une décision non formelle (...) reste pour l'instant en suspens. Souvenons-nous cependant qu'en présence d'un mandataire qualifié et avec un délai de 90 jours clairement échu (...), nous invoquerons ce moyen en cas de litige éventuel.

Sur le fond la situation semble toutefois assez limpide (...).

De façon assez logique, on doit admettre que le lien de causalité naturelle entre les douleurs à l'épaule droite de cette assurée (...) n'est que possible. Les plaintes n'étant apparues que plusieurs mois après l'accident, le lien avec l'accident paraît vraiment invraisemblable, si on tient compte de la lésion subie et de l'état dégénératif de l'articulation.

(...)"

Ce courrier apparaît certes comme une décision motivée de refus de prestation, mais de nature informelle, vu l'absence d'indication des voies et délais de recours. Nonobstant la teneur de son courrier, l'intimée a cependant poursuivi l'instruction de la cause de la recourante, puisque, le 4 mars 2008, elle a confirmé au Dr U. \_\_\_\_\_ qu'elle restait dans l'attente d'une réponse de sa part, en précisant que la prise en charge éventuelle de ses frais de consultation dépendait de sa réponse au questionnaire qu'elle lui avait précédemment adressé. Dans le rapport médical intermédiaire LAA du 8 mars 2008, le Dr U. \_\_\_\_\_ a indiqué son diagnostic (rupture coiffe des rotateurs épaule droite post traumatique AVP), précisant que sa patiente était dans l'attente d'un traitement chirurgical et, en particulier en attente de confirmation de financement de ce traitement résultant d'un AVP. Par fax du 29 décembre 2008 (adressé au n° 022'707'75'50), le conseil de la recourante, se référant à sa lettre du 13 novembre précédent, a requis de l'intimée une réponse de sa part. Le 7 janvier 2009, l'intimée a répondu qu'elle n'était pas au courant de sa demande et que le courrier du 13 novembre qu'il évoquait dans sa lettre du 29 décembre suivant ne semblait pas lui être parvenu. Par fax du 12 janvier 2009 (adressé au n° 022'707'75'10), le conseil de l'assurée a écrit à l'intimée en ces termes :

"(...)

Je viens de recevoir votre courrier du 7 janvier.

Celui-ci m'a étonné, dans la mesure où je vous ai effectivement écrit le 14 novembre dernier.

Je vous adresse une copie de ce courrier en annexe, ainsi que la confirmation d'envoi par fax au 022 707 75 50 (avec un échec au 022 505 76 10), soit le même numéro auquel vous a été adressé mon fax du 29 décembre, qu'apparemment vous avez bien reçu.

Quoi qu'il en soit, vous voudrez bien vous déterminer assez rapidement, dans la mesure où l'opération nécessitée par Mme T. \_\_\_\_\_ devient urgente (ci-joint, à cet égard, copie d'une lettre du Dr U. \_\_\_\_\_, du 22 décembre 2008).

(...)"

La copie du courrier du 14 novembre 2008, jointe au fax du 12 janvier 2009, détaille les arguments de l'assurée en faveur d'une prise en charge par l'intimée des frais relatifs à son problème d'épaule et requiert de l'assureur-accidents qu'il lui confirme, par retour de courrier, qu'il prendra intégralement en charge l'intervention chirurgicale préconisée par le Dr U. \_\_\_\_\_, subsidiairement qu'il rende une décision formelle de refus, susceptible de recours. Le 13 janvier 2009, l'intimée a indiqué au conseil de l'assurée qu'elle constatait que, malgré son envoi du 29 décembre 2008, il ne réagissait que "maintenant" à sa prise de position du 8 janvier 2008 à caractère non formel, qui devait dès lors être considérée comme étant entrée en force et n'avait pas à être à nouveau notifiée. L'intimée a rappelé pour le surplus qu'au mois de janvier 2008 déjà, une première prise de position non formelle était déjà entrée en force, ce qui rendait le retard de l'assurée dans la manifestation de son désaccord comme incompréhensible. La recourante a déposé un recours pour déni de justice ou retard injustifié le 17 juin 2009.

Le rappel chronologique des faits ci-dessus mentionné conduit à constater que, même si l'intimée a laissé entendre à la recourante quelle était sa position quant à la prise en charge des frais médicaux liés au traitement des lésions de son épaule droite, ce n'est que le 8 janvier 2008 qu'elle a rendu une décision motivée en ce sens, de nature informelle. Auparavant, malgré ses promesses de rendre une décision formelle (courriers des 3 mai et 11 septembre 2006 notamment), non seulement elle n'a pas rendu une telle décision, mais a poursuivi les actes d'instruction). Il ressort d'ailleurs clairement de la notice d'entretien

téléphonique du 2 novembre 2006 que le cas restait en suspens et serait à nouveau prochainement soumis à l'expert L.\_\_\_\_\_. Ainsi, seul le courrier motivé de refus de prise en charge du 8 janvier 2008 peut être considéré comme une décision informelle. Encore faut-il, pour que l'on puisse considérer qu'elle est entrée en force qu'il se soit écoulé une année avant que la recourante ait réagi (ATF 134 V 145 consid. 5.3.2). Or, il ressort clairement du dossier que le nouveau conseil de la recourante a écrit à l'intimée le 14 novembre 2008 pour lui demander de lui confirmer qu'elle prendrait en charge les frais de traitement des lésions à l'épaule droite. Même si l'intimée prétend ne pas avoir reçu cette demande, envoyée par fax, il n'en demeure pas moins qu'ayant reçu un nouveau courrier du conseil de la recourante le 29 décembre 2008, ce n'est que le 7 janvier qu'elle lui a fait savoir qu'elle n'avait pas reçu sa communication du 14 novembre précédent. La demande de détermination du 14 novembre 2008 lui a à nouveau été communiquée par fax, au même numéro, le 12 janvier 2009. Dans ces conditions, la preuve de l'écoulement d'une année depuis la décision informelle du 8 janvier 2008 semble difficile, d'autant que celle-ci n'a pas été envoyée sous pli recommandé. Au demeurant, comme déjà mentionné ci-dessus, nonobstant sa décision du 8 janvier 2008, l'intimée a poursuivi l'instruction du cas, puisque, le 4 mars 2008, elle a requis du médecin traitant de la recourante qu'il réponde à ses questions, ce que celui-ci a fait par lettre du 8 mars 2008.

En définitive, même s'il faut constater que les parties ont toutes deux eu des comportements ambigus, telle l'intimée, ou manquant quelque peu de diligence, comme la recourante, qui a changé de mandataires, il faut admettre que cette dernière a requis à répétées reprises (les 10 juillet 2007 par le Dr U.\_\_\_\_\_, le 9 octobre 2006, le 13 novembre 2007 et le 14 novembre 2008) une prise de décision formelle de l'intimée, ce que celle-ci a omis de faire, de sorte que l'attitude de la recourante ne saurait constituer un abus de droit.

Les prises de position non formelles de l'intimée visant le refus de prendre en charge les suites de la rupture de la coiffe des rotateurs n'ont pas acquis force de chose décidée pour les motifs indiqués au

considérant précédant, ce à quoi il faut ajouter que, malgré l'interpellation du juge instructeur, l'intimée a refusé de rendre une décision formelle. Dans ces conditions, il y a lieu de considérer qu'il y a bien eu déni de justice de la part de l'intimée.

**4.** En conclusion, le recours doit être admis dans la mesure où il est recevable, et ordre est donné à l'intimée de rendre, sans délai, une décision formelle quant à la prise en charge de l'ensemble des frais liés au traitement des lésions de l'épaule droite que présente la recourante.

La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu d'émolument judiciaire (art. 61 let. a LPGA).

L'admission du recours a pour conséquence l'allocation de dépens à la recourante, qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la juge unique  
prononce :**

- I.** Le recours est admis dans la mesure où il est recevable.
- II.** Ordre est donné à P.\_\_\_\_\_ de rendre sans délai une décision formelle quant à la prise en charge de l'ensemble des frais liés au traitement des lésions de l'épaule droite que présente la recourante T.\_\_\_\_\_.
- III.** Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.
- IV.** L'intimée P.\_\_\_\_\_ versera à la recourante T.\_\_\_\_\_ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Michel Bergmann, avocat, à Genève (pour la recourante)
- P. \_\_\_\_\_, à Genève
- Office fédéral de la santé publique, à Berne

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 :