

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 26 octobre 2022

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mme Röthenbacher et M. Piguët, juges  
Greffier : M. Reding

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Charles Munoz, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

**S.**\_\_\_\_\_ **SA**, à [...], intimée.

---

**Art. 61 let. c LPGA ; art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** V.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], travaille en qualité de gendarme, à un taux de 60 %, pour le compte de l'Etat de Vaud. A ce titre, elle est assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de S.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : l'assureur ou l'intimée).

Le 26 février 2019, l'assurée a été victime d'une chute à ski. Une IRM (imagerie par résonance magnétique) de son épaule droite a été réalisée le lendemain. Dans un rapport du 28 février 2019, le radiologue a fait état d'un hypersignal le long de la partie distale du tendon du sous-épineux associé à un œdème du spongieux à la partie antérieure et postérieure de la tête humérale post-contusionnel. Il a précisé qu'il n'y avait pas de signe de rupture transfixiante de la coiffe des rotateurs. A la suite de cet accident, le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin praticien, a attesté d'une incapacité de travail de 100 % de l'assurée du 27 février au 10 mars 2019 ; le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin-traitant et spécialiste en médecine interne générale, en a fait de même pour la période jusqu'au 2 avril 2019.

Le 22 mars 2019, l'assurée s'est blessée à l'épaule gauche après avoir rattrapé un escabeau qui basculait et menaçait de tomber dans les escaliers.

Le 2 avril 2019, l'assurée a repris son travail à son taux usuel de 60 %.

Une IRM de l'épaule gauche de l'assurée a été effectuée le 24 juin 2019. Dans un rapport du 27 juin 2019, le radiologue a conclu à une tendinopathie probablement calcifiante de la moitié inférieure du tendon de l'infra-épineux. Le reste de l'examen de l'épaule gauche était normal.

Interrogée par l'assureur, la Dre T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et nouvelle médecin-traitante de l'assurée, a posé, dans un rapport médical du 2 décembre 2019, le diagnostic

d'omalgie gauche. Elle a relevé que l'assurée subissait une gêne à l'utilisation de son membre supérieur gauche. Elle a pour le surplus indiqué lui avoir prescrit des séances de physiothérapie et l'avoir adressée au Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour la suite du traitement.

Également interpellé par l'assureur, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué, dans un rapport médical du 15 décembre 2019 concernant non pas l'accident du 22 mars 2019, mais celui à ski du 26 février 2019, une tendinopathie probable du sus-épineux gauche. Il a observé chez l'assurée une abduction complète, mais avec un arc douloureux. La rotation externe était symétrique. La rotation interne était en revanche diminuée à gauche. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a au demeurant relevé que les douleurs et la gêne avaient complètement disparu à la consultation du 1<sup>er</sup> avril 2019.

Dans un rapport médical du 23 janvier 2020, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de tendinopathie de la coiffe supérieure (tendon du supra-épineux), de status post-traumatique de l'épaule gauche, d'arthropathie acromioclaviculaire (DDC) et de lésion suspecte partielle. Il a à cet égard commandé une arthro-IRM pour clarifier ce dernier diagnostic.

L'arthro-IRM a été pratiquée le 3 février 2020. Dans un rapport datant du lendemain, la radiologue a déclaré que l'inflammation présente au niveau de l'infra-épineux semblait correspondre à une ancienne contusion, dans la mesure où un petit méplat osseux avait été révélé. Une minime bursite sous-acromio-deltaïdienne, pouvant être infiltrée, persistait en revanche.

Dans un rapport médical du 13 février 2020, le Dr Q.\_\_\_\_\_ s'est prononcé sur le résultat de l'arthro-IRM du 3 février 2020 en ces termes :

« L'arthro-IRM ne permet pas d'expliquer l'étiologie des douleurs, le supra-épineux est intact. Sur les images, j'ai trouvé une lésion partielle au

niveau de la partie supérieure du sous-scapulaire, ce qui peut être toutefois un artéfact, vu qu'il n'y a pas de corrélation avec l'examen clinique. »

Le même jour, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a procédé à une infiltration d'anesthésiques et de corticostéroïdes dans l'espace sous-acromio-deltoidien.

Le 21 mars 2020, l'assurée a informé l'assureur qu'une opération chirurgicale (arthroscopie) avait été planifiée avec le Dr Q.\_\_\_\_\_ le 22 septembre 2020.

Dans un rapport médical du 6 avril 2020, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a déclaré que la lésion partielle du sous-scapulaire apparaissant sur l'arthro-IRM du 3 février 2020 était à son avis un artéfact. Il a par ailleurs précisé la nature de l'intervention chirurgicale prévue le 22 septembre 2020, qui consistait en une arthroscopie, une décompression sous-acromiale et éventuellement une réparation de la coiffe selon le bilan peropératoire.

Par courrier du 15 juillet 2020, l'assureur a convoqué l'assurée à une expertise médicale planifiée le 19 août 2020, qui devait être réalisée par le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Dans son rapport d'expertise du 28 août 2020, le Dr R.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'expert) a fait part des diagnostics suivants :

- Tendinopathie chronique mineure de l'insertion du sous-épineux des deux épaules, symptomatique à gauche par des lancées fugaces quotidiennes et asymptomatique à droite ;
- Status après un mouvement brusque du membre supérieur gauche le 22 mars 2019 pour allonger le bras et retenir un objet léger qui basculait ;
- Status après une chute à ski le 26 février 2019 avec des omalgies transitoires droites guéries sans séquelle en trois semaines.

L'expert a en outre exposé que le lien de causalité naturelle entre l'état actuel de l'épaule gauche et l'accident du 22 mars 2019 était très peu probable pour les raisons suivantes :

- A l'âge de l'assurée, les lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs étaient fréquentes et les lésions purement traumatiques rares ;
- Le remaniement scléro-géodique postérieur de la tête humérale des deux épaules avec petite tendinopathie interstitielle du sous-épineux, qui apparaissait sur les images radiologiques, ne pouvait qu'être l'aboutissement d'un processus dégénératif chronique évoluant sur plusieurs années ;
- Le brusque allongement du membre supérieur gauche pour retenir une petite échelle métallique ne pouvait en aucun cas solliciter les tendons postérieurs de la coiffe des rotateurs (sous-épineux) au-delà du point de rupture, même d'une partie de leurs fibres. En effet, il n'y avait pas eu d'action vulnérante de rotation externe contre une résistance, mais plutôt une rotation interne permettant à la paume de la main de retenir un objet qui basculait ;
- Il n'y avait pas eu de notion de pseudo-paralysie dans les suites immédiates de l'événement du 22 mars 2019 ;
- Les deux IRM de l'épaule gauche n'avaient montré aucune lésion traumatique ; seules des lésions manifestement dégénératives de l'insertion du sous-épineux gauche apparaissaient sur les images.

L'expert a de la sorte conclu que l'épaule gauche de l'assurée présentait certainement déjà un état précaire avant l'événement bénin du 22 mars 2019. Ce dernier n'avait fait que révéler, et non pas causer, des petites lésions dégénératives objectivées par la suite. La symptomatologie aurait d'ailleurs pu débiter à n'importe quel moment, soit en raison de la dynamique des lésions elles-mêmes, soit en réponse à d'autres événements ordinaires ou extraordinaire de la vie, tels que des mouvements brusques. En tout état de cause, le rôle de l'événement du

22 mars 2019 avait dû être très limité dans le temps et le *statu quo sine* avait été retrouvé au plus tard trois mois après l'accident.

Par décision du 24 septembre 2020, l'assureur a mis un terme aux prestations de l'assurance-accidents avec effet au 1<sup>er</sup> juillet 2019 en se fondant sur le rapport d'expertise du 28 août 2020. Il a toutefois renoncé à réclamer le remboursement des prestations octroyées jusqu'au 31 décembre 2019.

Le 14 octobre 2020, l'assurée a été opérée de l'épaule gauche par le Dr Q.\_\_\_\_\_.

Le 21 octobre 2020, l'assurée, par l'intermédiaire de la Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, a formé une opposition contre la décision du 24 septembre 2020, concluant, à titre préalable, à la transmission du dossier complet de l'assurée et à l'octroi d'un délai supplémentaire pour compléter son opposition ainsi que, à titre principal, à l'annulation de ladite décision et, partant, à l'octroi de prestations de l'assurance-accidents pour les suites de l'événement du 22 mars 2019 au-delà du 1<sup>er</sup> juillet 2019.

Le 12 mars 2021, l'assurée, représentée dorénavant par Me Charles Munoz, a complété la motivation de son opposition, concluant à l'admission de cette dernière et à la poursuite de la prise en charge par l'assurance-accidents des traitements de son épaule gauche. Un rapport médical du 15 février 2021 du Dr Q.\_\_\_\_\_, rédigé à la demande de son mandataire et se prononçant sur le rapport d'expertise du 28 août 2020, était joint à son acte. Il y ressortait dans l'essentiel que l'opération du 14 octobre 2020 avait révélé une lésion traumatique partielle du sous-scapulaire, qui avait été causée de manière prépondérante par l'accident du 22 mars 2019. L'expert n'avait cependant pas pu prendre connaissance de cette constatation, dans la mesure où l'arthroscopie avait été effectuée après l'expertise du 19 août 2020. Les images prises durant cette intervention étaient quoi qu'il en soit à disposition. Le protocole opératoire, daté du 19 octobre 2020, était également annexé.

Invité par l'assureur à prendre position sur le complément d'opposition du 12 mars 2021 et les pièces médicales qui l'accompagnaient, l'expert a déclaré, dans un rapport complémentaire du 15 juin 2021, ne pas avoir retrouvé, dans le dossier radiologique de l'assurée, la lésion partielle de l'insertion du tiers moyen du tendon du sous-scapulaire dont faisait mention le Dr Q.\_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 15 février 2021. L'assurée n'avait sur le plan clinique aucune douleur en rotation interne et un « Lift off » négatif. En conséquence, les troubles de l'épaule gauche concernaient essentiellement les troubles manifestement dégénératifs du reste de la coiffe des rotateurs et de l'arthrose acromio-claviculaire, qui avaient fait l'objet de l'intervention chirurgicale du 14 octobre 2020, de sorte que les conclusions de son expertise devaient être maintenues.

Par décision sur opposition du 3 août 2021, l'assureur a confirmé sa décision du 24 septembre 2020, faisant valoir que l'expert avait maintenu ses précédentes conclusions dans son rapport complémentaire du 15 juin 2021, lequel se fondait sur le dossier complet de l'assuré.

**B.** Par acte du 13 septembre 2021, V.\_\_\_\_\_ a déféré cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a principalement conclu à l'admission de son recours et à la réforme de ladite décision sur opposition en ce sens que les prestations de l'assurance-accidents devait continuer à lui être versées après le 1<sup>er</sup> juillet 2019 ainsi que, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction.

Dans sa réponse du 16 décembre 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 3 août 2021.

Le 19 janvier 2022, l'assurée a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

Le 10 février 2022, l'intimée a en substance fait valoir qu'une nouvelle expertise ne se justifiait pas, dans la mesure où, même si la présence d'une lésion partielle de l'insertion du tiers moyen du sous-scapulaire devait être confirmée, cette dernière ne serait attestée que près d'une année après l'accident. Or, ce laps de temps ne permettait pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, une relation de causalité entre la lésion et l'accident.

### **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)

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

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accident pour la période postérieure au 30 juin 2019.

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

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

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu 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).

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).

**c)** 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). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement

avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C\_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

**d)** 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).

**e)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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 de l'expert 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\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C\_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1 ; TF

9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 ; TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

**4. a)** En l'espèce, pour refuser à la recourante l'octroi de prestations de l'assurance-accidents après le 30 juin 2019, l'intimée s'est principalement fondée sur les conclusions du rapport d'expertise du 28 août 2020 et du rapport complémentaire du 15 juin 2021 de l'expert. Selon ces dernières, le *statu quo sine* aurait été atteint au plus tard trois mois après l'accident du 22 mars 2019. Cet événement aurait uniquement révélé des lésions dégénératives préexistantes de l'épaule gauche de la recourante.

**b)** S'agissant d'abord du rapport d'expertise du 28 août 2020, il remplissait de prime abord toutes les conditions posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. *supra* consid. 3e). Il reposait en effet sur des examens cliniques complets. Il tenait compte des plaintes exprimées par la recourante quant aux douleurs ressenties dans son épaule gauche. Il avait été établi en pleine connaissance du dossier, tel qu'il avait été constitué avant l'opération chirurgicale du 14 octobre 2020. Les avis médicaux de la Dre T. \_\_\_\_\_ et du Dr Q. \_\_\_\_\_ ainsi que les différentes imageries médicales disponibles à la date de l'expertise avaient à cet égard été recensés et analysés. L'expert avait de surcroît décrit le contexte médical et apprécié la situation médicale de manière claire. Il avait finalement motivé ses conclusions de manière convaincante, en exposant les motifs pour lesquels l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'état actuel de l'épaule gauche de la recourante et l'accident du 22 mars 2019 devait être niée.

On relèvera néanmoins que, dans son rapport d'expertise du 28 août 2020, le Dr R. \_\_\_\_\_ mentionnait le rapport médical du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 15 décembre 2019, par lequel ce dernier observait une disparition des douleurs chez la recourante à la consultation du 1<sup>er</sup> avril 2019. Or, ce rapport médical concernait les suites de l'accident de ski du 26 février 2019 et non celles de l'accident du 22 mars 2019. Cette

imprécision n'avait cependant aucune conséquence sur la reconnaissance de la valeur probante du rapport d'expertise du 28 août 2020. En effet, l'expert avait par la suite relevé qu'une IRM de l'épaule gauche de la recourante avait été effectuée le 24 juin 2019 en raison de douleurs persistantes. Il apparaît donc que l'observation de l'ancien médecin-traitant n'avait pas été prise en considération par le Dr R. \_\_\_\_\_ lors de l'évaluation du cas.

**c)** Un nouvel élément est toutefois apparu au Dr Q. \_\_\_\_\_ à la suite de l'opération du 14 octobre 2020, qui a été soumis à l'expert. Ainsi, dans son rapport complémentaire du 15 juin 2021, celui-ci a déclaré ne pas avoir observé la lésion partielle du sous-scapulaire constatée par le Dr Q. \_\_\_\_\_ lors de l'intervention chirurgicale après avoir repris tout le dossier radiologique de la recourante. Rien n'indique toutefois qu'il ait consulté les images prises durant cette opération, quand bien même elles ont été mises à sa disposition. En effet, ces dernières ne sont pas présentes au dossier, seul le protocole opératoire du 19 octobre 2020 ayant été annexé au rapport médical du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 15 février 2021. Aucune pièce au dossier ne démontre par ailleurs que le Dr R. \_\_\_\_\_ aurait demandé à ce médecin de lui transmettre les images en question. A cet égard, celui-ci se réfère uniquement aux pièces médicales complémentaires qui lui ont été fournies par l'intimée. A aucun moment, il ne fait état, dans son rapport du 15 juin 2021, des images obtenues par le Dr Q. \_\_\_\_\_, qui constituent pourtant des pièces essentielles à la résolution de la présente cause. Dans ces circonstances, le rapport complémentaire repose selon toute vraisemblance sur une instruction lacunaire, de sorte que c'est à tort que l'intimée lui a reconnu une pleine valeur probante.

De surcroît, la Cour de céans n'est pas en mesure de départager les avis divergents des Drs R. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_ quant à l'existence de la lésion constatée par ce dernier médecin et, partant, de se prononcer sur la question du lien de causalité en l'état. Il convient encore de souligner que le dossier de la recourante ne contient aucun avis du médecin-conseil de l'intimée.

**e)** Dès lors, dans la mesure où il existe un doute important quant au fait que l'expert se soit prononcé sur l'ensemble des pièces pertinentes et que l'état du dossier ne permet pas à la Cour de céans de se prononcer, il convient de renvoyer la cause à l'intimée pour complément d'instruction. Celle-ci requerra d'une part le versement au dossier des images réalisées lors de l'arthroscopie du 14 octobre 2020 et des éventuels rapports médicaux de son médecin-conseil. D'autre part, elle ordonnera une nouvelle expertise médicale tenant compte du dossier complet de la recourante. Cette expertise devra être confiée à un expert ne s'étant jamais prononcé sur la présente affaire. Un nouvel avis médical permettra à ce titre de départager les avis discordants des Drs R. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_. L'intimée sollicitera au demeurant l'avis de son médecin-conseil.

**5. a)** A la lumière de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision sur opposition rendue le 3 août 2021 par l'intimée annulée, la cause étant renvoyée à cette autorité pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision dans le sens des considérants.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA).

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 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de 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 3 août 2021 par S.\_\_\_\_\_ SA est annulée, la cause étant renvoyée à cette dernière pour complément d'instruction, puis nouvelle décision dans le sens des considérants.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
  
- IV.** S.\_\_\_\_\_ SA versera à V.\_\_\_\_\_ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Charles Munoz (pour V.\_\_\_\_\_),
- S.\_\_\_\_\_ SA,
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

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).

Le greffier :