

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 septembre 2023

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mmes Brélaz Braillard, juge, et Manasseh-Zumbrunnen,
assesseure
Greffière : Mme Girod

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourant,

et

P._____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1 et 2 LAA.

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaille en qualité de directeur auprès de Z._____ SA. A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que les maladies professionnelles auprès de P._____ SA (ci-après : P._____ SA ou l'intimée).

Selon le formulaire de déclaration d'accident du 20 mai 2022, adressé par l'employeur à P._____ SA, l'assuré s'est blessé à l'épaule droite en jouant au tennis le 14 mai 2022.

En raison de la persistance d'une douleur acromiale, l'assuré a subi, aux fins d'un bilan, une IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule droite le 25 mai 2022. Dans son rapport d'examen du 27 mai 2022 adressé à la Dre T._____, médecin praticien, le Dr N._____, spécialiste en radiologie, a retenu le diagnostic d'arthrose active acromio-claviculaire ainsi que celui de fissure partielle du tendon infra-épineux.

Répondant au questionnaire adressé par P._____ SA, l'assuré a expliqué le 27 mai 2022 que la lésion précitée était survenue le 14 mai 2022 durant un match de tennis, activité habituelle pour lui, qui s'était déroulée dans des conditions normales et sans qu'un événement particulier ne se soit produit. Bien qu'il ait éprouvé des douleurs le jour-même, il n'avait pas été incapable de travailler et n'avait consulté la Dre T._____ qu'en date du 24 mai 2022. Enfin, il a précisé qu'il n'avait jamais souffert de l'épaule droite avant cet événement.

Le 31 mai 2022, le Dr N._____ a réalisé une infiltration corticoïde de l'articulation acromio-claviculaire droite chez l'assuré, geste thérapeutique qui s'est déroulé sans complication (cf. rapport de ponction thérapeutique guidée sous échographie du 1^{er} juin 2022 adressé à la Dre T._____).

En raison d'une péjoration clinique, la Dre T._____ a adressé son patient au Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (cf. lettre du 16 juin 2022 à l'intention du Dr K._____).

Dans un questionnaire médical du 17 juin 2022 adressé à P._____ SA, la Dre T._____ a fait état du diagnostic d'omalgie droite, tout en reprenant le diagnostic posé par le Dr N._____ à la suite de l'IRM de l'épaule droite.

Le 29 juin 2022, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de P._____ SA, a confirmé les diagnostics d'arthrose acromio-claviculaire (en phase congestive) et de fissure partielle du tendon sous-épineux. Il a répondu par la négative à la question de savoir si cette atteinte constituait une lésion corporelle assimilée à un accident, tout en précisant ce qui suit :

« Concernant la lésion du tendon sous-épineux, elle s'inscrit dans le cadre d'une tendinopathie qui paraît toucher toute la coiffe. Plus en détail, évidence d'une hétérogénéité du tendon sus-épineux, surtout juxta-insertionnelle, sur toute sa largeur (AP) - images 9-14/21. Lésion qui se continue par la fissure ou lésion du sous-épineux (14/21 et 16-20/29), lésion intéressant la couche profonde du tendon, et qui juxte un kyste sous-chondral. Kyste réactionnel (contraintes biomécaniques chroniques), rentrant dans le cadre de la tendinopathie précitée. A noter encore un tendon sous-scapulaire épaissi, présentant probablement aussi une lésion profonde (ex. image 16/29), sans signe inflammatoire. Enfin, on retient une hétérogénéité (dégénérescence) du labrum antérieur (ex. 17/29) ».

Par décision du 1^{er} juillet 2022, P._____ SA a refusé de prendre en charge l'événement du 14 mai 2022, lequel n'était constitutif ni d'un accident, à défaut de cause extérieure extraordinaire, ni d'une lésion corporelle assimilée à un accident.

L'assuré s'est opposé à cette décision le 5 juillet 2022, concluant à la prise en charge de l'événement litigieux. A cette occasion, il

a précisé que son atteinte à la santé était consécutive à une chute, s'étant réceptionné sur l'épaule à la suite d'un smash, ce qu'il avait d'ailleurs décrit à ses médecins traitants. Il a joint à son envoi la copie d'une attestation du 4 juillet 2022 de la Dre T._____, laquelle certifiait que l'intéressé ne souffrait d'aucune douleur à l'épaule droite avant le 14 mai 2022.

Par décision sur opposition du 13 juillet 2022, P._____ SA a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a relevé que l'intéressé n'avait fait état d'une chute survenue lors de la pratique du tennis qu'au stade de son opposition, soit après réception de la décision de refus de prestations qui détaillait en quoi l'événement déclaré ne remplissait pas les conditions légales d'un accident. Elle a dès lors considéré que les premières déclarations de l'assuré relatives au déroulement des faits étaient plus vraisemblables. S'appuyant en outre sur l'appréciation médicale de son médecin-conseil, lequel avait singulièrement retenu une dégénérescence du labrum, elle a une nouvelle fois nié l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident. Dans ces conditions, il n'existait pas de droit à des prestations de l'assurance-accidents.

B. Par acte non daté reçu le 11 août 2022 au greffe de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, V._____ a formé « opposition » à l'encontre de la décision sur opposition du 13 juillet 2022, alléguant que la lésion était due à une chute, ce que le Dr K._____ confirmerait dans les meilleurs délais.

Dans sa réponse du 13 septembre 2022, P._____ SA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition entreprise. Se référant à la motivation développée dans cette dernière, l'intimée a pour l'essentiel rappelé que le recourant avait eu la possibilité de décrire de manière circonstanciée le déroulement de l'événement litigieux. A cet égard, il convenait de se référer aux premières déclarations qu'il avait faites le 27 mai 2022, lesquelles ne faisaient état d'aucun facteur extérieur extraordinaire. En outre, la motivation de l'avis de la Dre T._____, produit dans le cadre de l'opposition, ne permettait pas

d'admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, une relation de causalité naturelle entre l'accident évoqué et l'apparition de la lésion. Quant au point de savoir si la blessure était une lésion assimilée à un accident, l'intimée a exposé que le recourant n'avait formulé aucun grief à ce sujet, de sorte que la décision était entrée en force quant à cet aspect du litige. Néanmoins, dans l'hypothèse où la Cour de céans ne partageait pas cette opinion, il était renvoyé à l'avis du 29 juin 2022 du Dr D._____.

Par détermination spontanée parvenue au greffe de la Cour de céans le 14 septembre 2022, le recourant a conclu à la prise en charge par l'intimée des soins médicaux consécutifs à l'événement du 14 mai 2022, dont il a produit les factures acquittées par ses soins à cette date. Était notamment joint à son envoi un rapport médical du 4 août 2022, adressé par le Dr K._____ à la Dre T._____ à la suite d'une consultation le 5 juillet 2022. Précisant que son patient, droitier, pratiquait le tennis en compétition, ce spécialiste y décrivait une chute en arrière avec une extension du bras droit en tombant alors que l'intéressé jouait au tennis. Le Dr K._____ concluait à l'existence d'une arthropathie acromio-claviculaire, « très probablement consécutive à une entorse acromio-claviculaire suite à l'accident » décrit par son patient.

L'intimée s'est déterminée sur le courrier du recourant le 31 janvier 2023, maintenant ses moyens et conclusions. Elle a en particulier relevé qu'au regard des premières déclarations de l'intéressé, celui-ci ne saurait tirer argument du rapport du Dr K._____ quant au déroulement des faits.

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 - indépendamment de la suspension des délais applicable durant les fêtes estivales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA) - 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 du recourant aux prestations de l'assurance-accidents en raison des douleurs à l'épaule droite survenues le 14 mai 2022 au cours d'un match de tennis.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

b) L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire.

Par facteur extérieur, il faut comprendre une cause externe et non interne au corps humain (ATF 142 V 219 consid. 4.3.2 ; 139 V 327 consid. 3.3.1 ; pour une casuistique : TF 8C_235/2018 du 16 avril 2019 consid. 6.2). Par ailleurs, le caractère extraordinaire de l'atteinte ne

concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Il est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 134 V 72 consid. 4.1.1 et 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 ; Stéphanie Perrenoud, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 ad art. 4). L'existence d'un facteur extérieur extraordinaire générant un risque de lésion accru doit être admise lorsqu'un geste quotidien représente une sollicitation du corps plus élevée que ce qui est physiologiquement normal ou psychologiquement contrôlé (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3e éd., Bâle 2016, n° 88 p. 922).

Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, les explications d'une personne assurée sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption d'exactitude (TF 8C_26/2019 du 11 septembre 2019 consid. 3.2 et les références). En présence de deux versions différentes et contradictoires d'un état de fait, la préférence doit être accordée en général à celle que la personne assurée a donnée alors qu'elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dite des « premières déclarations »), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_238/2018 du 22 octobre 2018 consid. 6).

S'agissant des lésions qui surviennent lors de la pratique d'un sport, un événement accidentel doit être nié lorsque et dans la mesure où le risque inhérent à l'exercice sportif en cause se réalise. En d'autres termes, le caractère extraordinaire de la cause externe doit être réfuté si l'atteinte à la santé se produit alors que le sport est exercé sans que

surviennent un incident particulier, la notion d'accident n'étant réalisée que si l'exercice sportif se déroule autrement que ce qui est prévu (TF 8C_719/2019 du 5 novembre 2020 consid. 3.2 et la référence ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 100 p. 925 s. ; Perrenoud, op. cit., n° 30 ad art. 4). Un accident a été admis dans le cas d'un cavalier qui s'est blessé parce que son cheval est tombé tête la première (TFA U 296/05 du 14 février 2006 consid. 2.3) ou d'un joueur victime d'une charge contre la balustrade durant un match de hockey sur glace (ATF 130 V 117 consid. 3). Il a en revanche été nié pour un joueur professionnel de hockey sur glace qui s'est blessé à l'épaule lors d'un tir en frappant la glace avec sa crosse (TF 8C_141/2009 du 2 juillet 2009 consid. 7.2), pour une personne qui a trébuché sur une pierre, sans chuter, lors d'une séance de « nordic walking » (TF 8C_978/2010 du 3 mars 2011 consid. 4.2) ou encore pour une personne qui, à l'occasion d'un plongeon d'une hauteur de sept mètres à la piscine, a subi un choc en raison du mauvais positionnement de son corps lors de la pénétration dans l'eau (TFA U 17/02 du 10 décembre 2002 consid. 2 ; pour d'autres exemples : TF 8C_719/2019 précité consid. 3.2 ; TF 8C_410/2017 du 22 mars 2018 consid. 3.2 ; Frésard/Moser-Szeless, loc. cit. ; Perrenoud, loc. cit.).

c) Aux termes de l'art. 6 al. 2 let. f LAA, l'assurance-accidents alloue ses prestations en cas de déchirures des tendons, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. Lorsqu'une telle lésion est constatée à la suite d'un événement même banal, l'assurance-accidents est en principe tenue de prester ; la preuve que l'atteinte a été causée par un facteur extérieur extraordinaire, au sens de l'art. 4 LPGA, n'est pas nécessaire. L'assurance-accidents est toutefois libérée de son obligation de prester s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la lésion est due à plus de 50 % à une atteinte malade ou dégénérative (ATF 146 V 51 consid. 8.6 ; TF 8C_13/2021 du 6 septembre 2021 consid. 2.2).

4. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus

vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

S'agissant des preuves médicales, il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie celles-ci librement, 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).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF

8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) En l'occurrence, s'agissant du déroulement des faits survenus le 14 mai 2022, la déclaration d'accident du 20 mai 2022 remplie par l'employeur indique que le recourant s'est blessé à l'épaule en jouant au tennis, sans évoquer de chute.

Invité à décrire en détail l'activité et les circonstances dans lesquelles il avait subi une lésion corporelle, le recourant a répondu, dans le cadre du questionnaire du 27 mai 2022 : « Match de tennis avec mon équipe d'interclub ». L'intéressé a en outre mentionné qu'il s'agissait d'une activité habituelle pour lui et que celle-ci s'était déroulée dans des circonstances extérieures normales, sans qu'un événement particulier ne se soit produit au cours de celle-ci. En cette occasion, le recourant n'a ainsi pas davantage évoqué la survenance d'une chute.

De même, les premiers éléments médicaux au dossier sont muets sur ce point, alors que les médecins consultés n'auraient pas manqué de retranscrire les déclarations de leur patient s'agissant d'une éventuelle chute ou d'un quelconque événement accidentel, respectivement d'exposer leur appréciation quant à l'origine traumatique des atteintes objectivées. Ainsi, l'IRM du 27 mai 2022 avait pour indication un « bilan pour une douleur acromiale ». A l'issue de cet examen, le radiologue a posé le diagnostic d'arthrose active acromio-articulaire et de fissure partielle du tendon infra-épineux, sans autre précision. Il n'est pas davantage fait mention d'une lésion accidentelle dans le rapport du 1^{er} juin 2022 adressé à sa consœur, aux termes duquel le même spécialiste évoque une demande d'infiltration pour arthrose active acromio-claviculaire. Le 16 juin 2022, la Dre T._____ constate quant à elle la présence d'une omalgie droite débutée en jouant au tennis le 14 mai 2022, sans rapporter la survenance d'un accident ou d'une chute. Tel est

également le cas dans le questionnaire que cette praticienne a complété, de surcroît à l'intention de l'intimée, le 17 juin 2022.

Consécutivement à la décision de refus de prestations du 1^{er} juillet 2022, le recourant a toutefois sensiblement modifié sa version des faits et mentionné pour la première fois l'existence d'une chute avec réception sur l'épaule à la suite d'un smash. On ne peut donc qu'observer avec circonspection le fait que l'intéressé, rompu à la pratique du tennis, ne se soit prévalu de cette circonstance, dont le caractère particulier n'a pas pu lui échapper, avant d'avoir été confronté au refus de l'intimée, lequel était notamment motivé par le défaut d'événement accidentel au sens de l'art. 4 LPGA. Dans le cadre de ses nouvelles déclarations, le recourant a ajouté avoir décrit « cette version » des faits à la Dre T. _____ et au Dr K. _____. Or, l'attestation de sa médecin traitante du 4 juillet 2022, première praticienne consultée par l'intéressé, est également postérieure au prononcé de la décision de refus. Etablie à la demande du recourant et remises en mains propres à celui-ci, ce document ne se réfère au demeurant pas aux faits nouvellement décrits. Dans le cadre de son recours, l'intéressé se prévaut du rapport du 4 août 2022 du Dr K. _____. Il y a tout d'abord lieu de relever que ce spécialiste indique avoir examiné le recourant en date du 5 juillet 2022, soit également après le prononcé de la décision de refus de prestations. En outre, la description des faits que retranscrit le Dr K. _____, soit une chute en arrière avec une extension du bras droit en tombant, paraît peu compatible avec celle du recourant.

A la lumière de telles divergences, il convient de se fonder sur les premières déclarations du recourant et d'écarter la version ultérieurement fournie. La Cour de céans retiendra par conséquent que, le 14 mai 2022, l'assuré a ressenti une douleur à l'épaule droite alors qu'il jouait au tennis, sans qu'un événement particulier ne se soit produit.

b) Cela posé, il y a lieu d'examiner si l'événement du 14 mai 2022 répond à la notion d'accident au sens de l'art. 4 LPGA,

singulièrement s'il satisfait à l'exigence légale d'un facteur extérieur extraordinaire.

Tel n'est pas le cas puisqu'aucun mouvement ni événement particulier pouvant constituer un facteur extérieur extraordinaire n'est survenu, le match de tennis s'étant déroulé normalement.

Il s'ensuit que les circonstances qui ont entraîné l'atteinte à la santé ne relèvent pas d'un accident au sens juridique du terme, en l'absence d'un facteur extérieur extraordinaire. L'art. 6 al. 1 LAA n'ouvre par conséquent pas le droit à des prestations pour le recourant.

c) S'agissant de l'absence de lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, ce point n'est pas contesté par le recourant dans le cadre de la présente procédure.

En tout état de cause, il convient de relever que le recourant souffre, en sus d'une arthrose active acromio-claviculaire, d'une fissure partielle du tendon sous-épineux objectivée par IRM. Dans le cadre de son appréciation du 29 juin 2022, le médecin-conseil de l'intimée, le Dr D._____, a répondu à la négative à la question de savoir s'il existait une lésion assimilée à un accident au sens de la disposition précitée. Il a motivé de manière circonstanciée ses conclusions à cet égard, relevant en particulier que la lésion du tendon sous-épineux s'inscrivait dans le cadre d'une tendinopathie paraissant toucher toute la coiffe des rotateurs et signalant au surplus une dégénérescence du labrum antérieur de l'intéressé. Le médecin-conseil a fondé ses constatations sur les imageries et documents médicaux. Cette appréciation convaincante démontrant l'origine dégénérative de la fissure n'est en outre pas sérieusement et objectivement remise en cause par les avis médicaux figurant au dossier.

Il convient au demeurant de relever que les déclarations du recourant selon lesquelles il n'avait jamais souffert de l'épaule droite avant cet événement (cf. questionnaire du 27 mai 2022), tout comme l'attestation du 4 juillet 2022 de la Dre T._____, qui se limite à indiquer

que l'intéressé ne souffrait d'aucune douleur à l'épaule droite avant le 14 mai 2022, ne viennent rien changer à cette conclusion. En effet, de jurisprudence constante, le seul fait que des symptômes douloureux se manifestent après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec celui-ci (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5).

d) Par voie de conséquence, c'est à juste titre que l'intimée a refusé de prester en raison de l'événement du 14 mai 2022, à défaut d'accident au sens de l'art. 4 LPGA et de lésion assimilée à un accident selon l'art. 6 al. 2 LAA.

6. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la LAA n'en prévoyant pas pour les litiges en matière de prestations (cf. art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition, rendue le 13 juillet 2022 par P._____ SA, est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- V. _____,
- P. _____ SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :