

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 août 2025

Composition : M. PIGUET, président
M. Neu et Mme Livet, juges
Greffière : Mme Hentzi

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourante, représentée par Brigitte Kohler, à Lausanne,

et

M. _____ **SA**, à [...], intimée.

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

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), né en [...], travaille en qualité de gestionnaire auprès de la société [...] SA ; à ce titre, elle est assurée contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de M._____ SA (ci-après : M._____ ou l'intimée).

Le 15 septembre 2024, l'assurée a été victime d'une chute et a présenté dans les suites de l'accident des douleurs à l'épaule droite. Aux termes de la déclaration d'accident-bagatelle LAA du 27 septembre 2024, elle a décrit l'événement comme suit : « *Je n'ai pas pris garde à la marche pour me rendre dans la chambre et suis tombée* ».

Le 11 octobre 2024, une arthro-IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule droite de l'assurée a été réalisée, laquelle a mis en évidence une déchirure partielle de la face profonde et distale du tendon du supra-épineux d'environ 10 %, une déchirure partielle de la face superficielle et distale du tendon du supra-épineux s'étendant le long de la face supérieure du trochiter et de plus de 50 %, un petit œdème du trochiter en regard, une bursite sous-acromio-deltoïdienne modérée, une tendinopathie modérée du long chef du biceps sans fissuration ni rupture avec une subluxation médiale débutante, une déchirure partielle de la face profonde, distale et haute du tendon du sous-scapulaire de plus de 50 %, une importante déchirure du labrum postérieur-supérieur en rapport avec une lésion labrale de type SLAP 2B et une absence de fracture ou séquelle de fracture.

Dans un rapport du 7 novembre 2024, le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a constaté qu'au vu de leur localisation, les lésions étaient d'origine traumatique. Il a préconisé une arthroscopie de l'épaule droite de l'assurée avec ténodèse du long chef du biceps et réparation du sous-scapulaire et du supra-épineux « *+/- labrum postéro-supérieur* ».

M. _____ a soumis la situation à son médecin-conseil, le Dr X. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Se fondant sur l'article « *Der Schultertraumacheck* » de Luzi Dubs et al., paru dans le Bulletin des médecins suisses, celui-ci a, dans un avis du 17 décembre 2024, notamment indiqué ce qui suit :

Les résultats de l'examen IRM de l'épaule droite du 11 octobre 2024 ne constituent pas, selon toute vraisemblance, des résultats causaux de l'événement. Après une contusion de l'épaule, il existe principalement des résultats probablement dégénératifs pathologiques avec tendinite et lésions de la face inférieure des tendons de la coiffe des rotateurs.
[...]

C'est ce qui ressort de l'évaluation ci-dessus, le statu quo ante ayant été atteint 4 semaines plus tard après une contusion de l'épaule droite.
[...]

Par décision du 20 décembre 2024, M. _____ a mis un terme au versement de ses prestations en lien avec les troubles de l'épaule droite au 15 octobre 2024.

En date du 13 janvier 2025, l'assurée a fait opposition à l'encontre de la décision précitée, concluant à la prise en charge de l'intervention chirurgicale prévue. En substance, elle a fait valoir que le Dr X. _____ ne discutait pas de la lésion SLAP (*Superior Labrum from Anterior to Posterior*) de l'épaule droite identifiée à l'arthro-IRM du 11 octobre 2024. Or le mécanisme de chute avec les deux bras en avant pouvait engendrer une lésion SLAP telle que celle identifiée à l'arthro-IRM. En effet, selon la littérature, trois mécanismes avaient été décrits pour la lésion SLAP, dont notamment la compression du long biceps par la tête humérale lors d'une chute sur la main avec le bras tendu en avant pour parer la chute.

Dans un avis du 26 mars 2025, le Dr X. _____ a confirmé son avis du 17 décembre 2024 et indiqué que l'argumentation de l'assurée ne permettait pas de le remettre en doute. Il a relevé que la littérature citée dans son avis du 17 décembre 2024 était plus récente et que celle-ci conduisait clairement à retenir une lésion dégénérative. Dès lors, le *statu*

quo ante avait été atteint au plus tard quatre semaines après la chute du 15 septembre 2024.

Par décision sur opposition du 3 avril 2025, M. _____ a rejeté l'opposition formée par l'assurée contre sa décision du 20 décembre 2024.

B. Par acte du 10 mai 2025, C. _____ a, par l'intermédiaire de sa représentante, Brigitte Kohler, déféré la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à la prise en charge par M. _____ des suites de l'événement du 15 septembre 2024. En substance, elle a relevé que la décision litigieuse comportait un certain nombre d'inexactitudes. D'une part, la chute ne s'était pas produite au domicile de l'assurée mais en [...]. D'autre part, il ne s'agissait pas d'une contusion à l'épaule mais d'une réception bras tendus avec choc contre une porte après avoir trébuché. En conséquence, au vu du mécanisme initial, soit un choc indirect, avec une réception sur les mains avec transmission de l'énergie cinétique jusqu'au niveau de l'articulation de l'épaule, le cas aurait dû être réévalué sur la base de ces éléments.

Dans sa réponse du 26 mai 2025, M. _____ a conclu au rejet du recours, sans frais ni dépens. En substance, elle a relevé que les avis de son médecin-conseil n'avaient été contestés par aucun rapport médical argumenté quant à l'origine des troubles que présente l'assurée. S'il convenait de reconnaître une aggravation passagère des douleurs, il n'en demeurerait pas moins que l'assurée présentait un certain nombre de troubles préexistants et sans lien avec l'événement du 15 septembre 2024.

Dans sa réplique du 27 juin 2025, l'assurée a confirmé les conclusions de son recours du 9 mai 2025.

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 - compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a 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. A teneur de la décision attaquée, il convient de constater que l'intimée a admis le caractère accidentel de l'événement survenu le 15 septembre 2024, puisqu'elle a accepté de prêter jusqu'au 15 octobre 2024. Est par conséquent seule litigieuse la question de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 15 octobre 2024.

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.

b) L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à

d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. 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 les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3 ; TF 8C_858/2008 du 14 août 2009 consid. 3).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. 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 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) ; (TF 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2 et TF 8C_354/2007 du 4 août 2008 consid. 2.2).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement

accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 129 V 177 consid. 3.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références citées). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références citées).

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 (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

4. a) Pour pouvoir examiner le droit aux prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui

fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

b) C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

c) Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve incombe à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance

prépondérante correspondre à la réalité. La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (ATF 117 V 265 consid. 3b et les références citées ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2 ; voir également ATF 139 V 176 consid. 5.2).

5. a) En l'espèce, il est constant que la recourante a développé des douleurs à l'épaule droite à la suite d'une chute le 15 septembre 2024. Aucune fracture n'a été décelée à l'imagerie. L'arthro-IRM effectuée le 11 octobre 2024 a, en revanche, révélé diverses lésions structurelles de l'épaule droite, notamment une déchirure partielle de la face profonde et distale du tendon du supra-épineux d'environ 10 %, une déchirure partielle de la face superficielle et distale du tendon du supra-épineux s'étendant le long de la face supérieure du trochiter et de plus de 50 %, un petit œdème du trochiter en regard, une bursite sous-acromio-deltoïdienne modérée, une tendinopathie modérée du long chef du biceps sans fissuration ni rupture avec une subluxation médiale débutante, une déchirure partielle de la face profonde, distale et haute du tendon du sous-scapulaire de plus de 50 %, une importante déchirure du labrum postérieur-supérieur en rapport avec une lésion labrale de type SLAP 2B.

b) L'intimée ne conteste pas que la recourante a subi un évènement traumatique le 15 septembre 2024. Se fondant sur les appréciations du Dr X._____, l'intimée a toutefois mis un terme au versement des prestations au titre de l'assurance-accidents au 15 octobre 2024, au motif que les troubles persistants à l'épaule droite de la recourante, au-delà de cette date, résultaient d'atteintes d'origine malade indépendante de la chute survenue le 15 septembre 2024, laquelle avait seulement décompensé momentanément la situation, tout au plus durant une période de quatre semaines.

c) Comme développé précédemment (consid. 3b), il faut et il suffit selon la jurisprudence que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé. Autrement dit, le fait que l'événement traumatique ait aggravé une déchirure préexistante et asymptomatique est suffisant pour justifier l'intervention de l'assurance-accidents.

d) Dans son appréciation du 17 décembre 2024, le médecin-conseil de l'intimée a estimé que les atteintes mises en évidence à l'arthro-IRM de l'épaule droite effectuée le 11 octobre 2024 n'étaient pas, selon toute vraisemblance, en lien de causalité avec l'événement du 15 septembre 2024. Il s'est fondé sur le « *Schultertraumacheck* » publié dans le Bulletin des médecins suisses en mars 2021, lequel prend en considération deux indicateurs principaux afin de déterminer la nature de la lésion (mécanisme et imagerie). Dans le cas de la recourante, il a exposé que ces deux critères n'étaient pas remplis pour retenir une lésion d'origine traumatique. En effet, les douleurs à l'épaule droite étaient consécutives à une contusion directe, qui, selon le premier indicateur précité, n'était probablement pas en mesure de causer une lésion de la coiffe des rotateurs. En outre, les critères traumatiques, tels qu'une luxation de l'épaule avec blessure ligamentaire n'étaient pas présents. En revanche, des critères dégénératifs importants étaient quant à eux présents, tels que, notamment, l'absence de signes de blessure à l'imagerie, la présence de modifications de texture dégénératives des tendons de la coiffe des rotateurs et du complexe labrum-biceps ou encore le rétrécissement sous-acromial. Dès lors, après avoir évalué tous les aspects du « *test du traumatisme de l'épaule* » et en tenant compte de la littérature récente pertinente, il a constaté que les critères allant dans le sens de lésions de l'épaule droite dues à la maladie et l'usure prédominaient de manière évidente et « *majoritairement probable* ».

e) Toutefois, force est de constater qu'il n'est pas possible, en l'état du dossier, d'affirmer, au degré de la vraisemblance prépondérante,

que les atteintes subsistant au mois d'octobre 2024 ne sont pas en lien de causalité avec l'événement annoncé.

aa) En premier lieu, il convient de relever que le dossier ne contient aucune description détaillée du déroulement de l'accident du 15 septembre 2024 et du mécanisme lésionnel. En effet, le rapport d'arthro-IRM du 11 octobre 2024 indique uniquement des « *douleurs antérieures de l'épaule droite à la suite d'une chute en avant le 15/09/2024* » et celui du Dr R._____ expose que la recourante « *a raté une marche et a fait une chute en avant* ». Dans sa déclaration d'accident du 27 septembre 2024, la recourante a décrit l'événement comme suit : « *je n'ai pas pris garde à la marche pour me rendre dans la chambre et suis tombée* ». Par la suite, elle a précisé : « *j'ai chuté bras tendus et mes mains ont tapés contre la porte* » (cf. opposition du 13 janvier 2025). Or, dans son avis du 17 décembre 2024, le Dr X._____ a exposé que les douleurs de l'épaule droite de la recourante sont survenues après une contusion directe de sorte qu'un tel mécanisme n'était probablement pas en mesure de provoquer une atteinte de la coiffe des rotateurs. Il s'ensuit que l'hypothèse émise par le Dr X._____, essentiellement fondée sur l'existence d'un choc direct (contusion) de l'épaule droite, ne repose sur aucun élément objectif au dossier, les explications données par la recourante allant dans le sens d'un mécanisme différent. Au demeurant, le Tribunal fédéral a souligné que la question de savoir si un impact direct était susceptible de provoquer ou d'aggraver des lésions des tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule faisait l'objet d'une controverse dans la littérature médicale récente (voir TF 8C_59/2020 du 14 avril 2020 consid. 5.4). Il a considéré qu'il n'y avait pas lieu de donner une trop grande importance au critère du mécanisme accidentel pour l'examen du lien de causalité, eu égard aux difficultés à reconstituer avec précision le déroulement de l'accident sur la base des déclarations de la victime. Il convenait bien plutôt, sous l'angle médical, de mettre en présence et de pondérer entre eux les différents critères pertinents plaidant en faveur ou en défaveur du caractère traumatique de la lésion, de manière à déterminer l'état de fait présentant une vraisemblance prépondérante

(voir également TF 8C_445/2021 du 14 janvier 2022 consid. 4.3 ou TC 8C_672/2020 du 15 avril 2021 consid. 4.1.3 et 4.5).

bb) Il convient également de constater que l'on ignore si la recourante a, dans les suites immédiates de son accident, présenté des douleurs ou des limitations fonctionnelles. Par ailleurs, aucune information s'agissant de l'ampleur de la prise en charge de la recourante dans les suites directes de l'accident ne figure au dossier.

cc) En outre, l'hypothèse formulée par le Dr X. _____, selon laquelle les lésions de l'épaule droite seraient d'origine dégénérative, suppose, pour qu'elle soit reconnue, qu'il soit établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la symptomatologie douloureuse consécutive à l'accident n'était qu'un phénomène transitoire et que l'accident n'a eu aucune influence sur les lésions objectives constatées à l'arthro-IRM du 11 octobre 2024. Autrement dit, il doit ressortir des pièces médicales versées au dossier que les lésions sont antérieures à l'événement traumatique du 15 septembre 2024. Or force est de constater que le dossier ne contient aucun bilan de l'épaule droite antérieur à l'accident.

dd) Dès lors, pour pouvoir admettre l'hypothèse suivie par le Dr X. _____, il faudrait que celle-ci soit étayée par des éléments cliniques objectifs ressortant des pièces du dossier. En particulier, on est en droit d'attendre d'un médecin qui entend nier l'origine accidentelle des lésions constatées qu'il motive son point de vue par des explications circonstanciées sur le processus - non traumatique - qu'il estime être à l'origine, d'une part, des douleurs ressenties par la personne assurée et, d'autre part, de l'ensemble des lésions constatées, ainsi que sur les raisons précises pour lesquelles le mécanisme accidentel n'a pu entraîner qu'une aggravation transitoire, sans lien - même très partiel - avec les lésions constatées. Or, dans le cas d'espèce, au vu de l'ensemble des atteintes mises en évidence par l'arthro-IRM du 11 octobre 2024 et des différents éléments plaidant dans le sens d'atteintes ayant, à tout le moins partiellement, une origine traumatique tels que la présence d'un petit

oedème du trochiter ou l'absence de dégénérescence graisseuse, les explications fournies par le Dr X. _____ apparaissent comme le fruit d'une appréciation sommaire et générale de la situation reposant sur des éléments manifestement insuffisants, loin de l'analyse détaillée que l'on est en droit d'attendre en pareilles circonstances. Dans ces conditions, il semble difficile de rattacher les lésions constatées, au vu de leur ampleur, à un phénomène strictement dégénératif, si bien que les conclusions du Dr X. _____ peinent à convaincre la Cour de céans.

f) Sur le vu de ce qui précède, il convient de constater que la décision entreprise repose, faute d'une analyse détaillée et objective de la situation concrète de la recourante, sur des éléments insuffisants. Les pièces en mains de la Cour de céans ne permettant pas de trancher la question litigieuse en toute connaissance de cause, il se justifie de renvoyer le dossier à l'intimée, à qui il incombe au premier chef d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA).

6. a) En définitive, bien-fondé, le recours doit être admis, la décision sur opposition attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour qu'elle rende une nouvelle décision après avoir procédé à une instruction complémentaire conformément aux considérants du présent arrêt.

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

c) Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 200 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
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 3 avril 2025 par M. _____ SA est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV. M. _____ SA versera à C. _____ la somme de 200 fr. (deux cents) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Brigitte Kohler (pour C. _____),
- M. _____ 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 :