

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 mars 2021

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Reinberg et Mme Pelletier, assesseurs
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourante, représentée par Me Stéfanie Brun Poggi,
avocate à Yverdon-les-Bains,

et

O._____**SA**, à [...], intimée, représentée par Me Patrick Moser, avocat à
Lausanne.

Art. 16 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. Q._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1959, travaillait depuis le 5 novembre 1990 en qualité de responsable « controlling » auprès de D._____SA et était à ce titre assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès d'O._____SA (ci-après : O._____SA ou l'intimée), lorsque le 20 avril 2014, elle a été victime d'un accident de ski entraînant une luxation acromio-claviculaire droite Tossy III avec rupture des ligaments coraco-claviculaire, coraco-huméral et coraco-acromial.

Une déclaration de sinistre a été adressée le 22 avril 2014 à O._____SA qui a pris en charge le cas.

Outre un suivi par la Dre W._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, l'assurée a consulté le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, du 19 juin 2014 au 16 mars 2015.

Une reprise de l'activité était en principe prévue à 100% dès le 18 octobre 2014, mais l'assurée a présenté une incapacité de travail à 25% dès le 28 octobre 2014 avant de reprendre le travail à temps complet dès le 1^{er} avril 2015. Elle n'a plus revu le Dr L._____ jusqu'en avril 2016.

Le 8 mars 2016, une annonce de rechute a été adressée à O._____SA.

La Dre W._____ a signalé, par certificat médical du 5 avril 2016, une récurrence des douleurs du moignon à l'épaule droite depuis un mois, d'où une incapacité de travail de 50% du 22 février au 27 mars 2016 avec reprise de l'activité à 100% le 28 mars 2016, avant de connaître une nouvelle incapacité de travail à 50% du 25 avril au 30 juin 2016, attestée par le Dr L._____.

Une arthro-IRM [imagerie par résonance magnétique] de l'épaule droite de l'assurée a été pratiquée le 11 mai 2016, laquelle n'a

pas mis en évidence de lésion significative intéressant les différents tendons de la coiffe des rotateurs, ni de lésion SLAP (Superior Labrum from Anterior to Posterior ; soit une lésion localisée sur le bourrelet glénoïdien supérieur emportant l'insertion de la longue portion du biceps) mais la présence d'une lésion ostéochondrale à la jonction chondrolabrale postérieure à mi-hauteur de l'articulation gléno-humérale, avec géode sous-chondrale. La trophicité des différents corps musculaires de la coiffe des rotateurs était excellente, sans aymotrophie, ni infiltration graisseuse. La présence d'une bursite sous-acromio-deltoïdienne et d'un diastasis acromio-claviculaire avec la persistance d'un passage partiel de la clavicule à travers les fibres du trapèze a également été mise en évidence.

Par courrier du 20 mai 2016 à la Dre W._____, le Dr L._____, a préconisé, pour la luxation à l'épaule droite de l'assurée, une intervention chirurgicale consistant en une réduction ouverte et stabilisation avec plastie selon Weaver Dunn.

L'assurée a été en incapacité de travail totale dès le 27 mai 2016, attestée par la Dre W._____, en raison d'une dépression liée à un conflit professionnel.

Selon des rapports de la Dre W._____ du 20 juillet 2016 et 8 novembre 2016 à V._____SA (ci-après : V._____SA), assureur perte de gain, l'incapacité de travail totale de sa patiente était due à son état psychologique et l'atteinte à l'épaule n'interférait pas avec le diagnostic en cours.

Le Dr L._____ a établi un nouveau certificat médical avec effet rétroactif, daté du 8 décembre 2016, dans lequel il mentionnait une incapacité de travail de l'assurée de 100% à partir du 27 mai 2016, tout en précisant que l'arrêt de travail à 50% l'était pour une durée indéterminée.

Une IRM lombaire, réalisée le 3 novembre 2016 par le Dr P._____, spécialiste en radiologie, a mis en évidence une disco-

spondylarthrose inflammatoire lombaire pluri-étagée de L2 à S1 accompagnée par une surcharge ligamentaire postérieure de L1 à L3 et plus modérée de L2 à L4, ainsi qu'une discopathie dégénérative avec protrusions discales modérées, sans herniation, entraînant un discret rétrécissement canalaire, mais sans conflit radiculaire.

O._____SA a confié un mandat d'expertise au Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, pour définir la causalité des plaintes d'alors de l'assurée en relation avec le problème acromio-claviculaire de l'épaule droite, à la suite de l'évènement du 20 avril 2014. Dans son rapport du 27 janvier 2017 avec complément du 27 juin 2017, l'expert N._____ a posé les diagnostics de douleurs persistantes dans la région de l'épaule droite, essentiellement en suspension et au-dessus de l'horizontale, en particulier en abduction, d'origine multifactorielle (disjonction acromio-claviculaire persistante, légère capsulite rétractile de sous-utilisation et probables problèmes psychosociaux), de lombalgies fonctionnelles sur troubles dégénératifs diffus et d'état dépressif en cours de rémission d'origine psychosociale (mobbing professionnel). Il a expliqué pour quels motifs il ne pouvait y avoir de rechute, dès lors que l'activité habituelle de l'assurée était adaptée à son état de santé à savoir qu'elle travaillait essentiellement en position assise, sans effort physique, ni travaux au-dessus de l'horizontale. L'expert N._____ a ainsi conclu qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail en 2016 sur le plan purement orthopédique en lien avec l'accident de 2014. Peu importait, selon l'expert, qu'elle éprouvât des difficultés à faire du ménage et du repassage, seule la capacité de travail dans l'activité habituelle à 100% devant être évaluée. Or cette activité était adaptée à l'atteinte à l'épaule, si bien qu'il n'y avait pas de limitation. Il a en outre confirmé que les lombalgies et l'état dépressif sur mobbing de l'assurée n'étaient pas en relation de causalité naturelle avec le sinistre du 20 avril 2014.

Dans un rapport du 31 janvier 2017, le Dr C._____, spécialiste en neurochirurgie, a constaté des lombalgies sans déficit neurologique et des douleurs à l'épaule droite post traumatisme en 2014,

après contusion acromio-claviculaire et distorsion sévère des ligaments coraco-claviculaire et coraco-huméral.

O. _____ SA a versé des indemnités journalières en faveur de l'assurée à 50% jusqu'au 30 juin 2016 et a indiqué, dans un courrier du 9 mars 2017, qu'elle ne reviendrait pas sur ces versements mais qu'elle fixait la reprise de l'activité professionnelle à 100% pour les suites accidentelles au 1^{er} juillet 2016.

Quant à V. _____ SA, elle a versé des prestations en faveur de l'assurée en lien avec les lombalgies à 50% du 27 mai 2016 au 30 juin 2016, puis à 100% du 1^{er} juillet 2016 au 22 décembre 2017, et enfin à 50% dès le 23 décembre 2017.

Un deuxième avis a été sollicité auprès du Dr X. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, lequel a rendu un rapport le 4 avril 2017. Il y a indiqué qu'une indication chirurgicale restait d'actualité en fonction des symptômes de la patiente après toutefois avoir instauré un traitement conservateur sur plusieurs mois et d'une éventuelle évaluation de la reprise du travail par des spécialistes dans la rééducation.

Dans l'intervalle, l'assurée a été licenciée avec effet au 31 août 2017.

Une expertise rhumatologique a été diligentée auprès du Dr M. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, dans le cadre de la procédure avec V. _____ SA. Dans le rapport y relatif du 10 août 2017, l'expert a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'omalgies droites persistantes principalement mécaniques liées aux mouvements d'abduction et d'élévation antérieure et de lombalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'expert a mentionné ce qui suit :

« On peut retenir compte tenu de l'atteinte à la santé au niveau de l'épaule droite, les limitations fonctionnelles suivantes : limitations dans sa capacité de porter ou soulever des charges de plus de 5 kg

avec le membre supérieur droit, limitations dans sa capacité de faire des mouvements de rotations externe, d'abduction et d'antépulsion au-dessus de l'horizontale ; surtout de manière répétitive. Concernant la problématique des lombalgies, des limitations de sa capacité de demeurer dans des positions statiques debout ou assise plus de 20 à 30 minutes, pas de ports de charges de plus de 5 kg, par d'activités réalisées en antéflexion du tronc ou en porte-à-faux avec le buste. »

L'expert M. _____ a conclu, sur le plan rhumatologique, à une incapacité de travail totale de l'assurée dans l'activité habituelle, dès lors qu'elle ne respectait pas les limitations fonctionnelles décrites, et de 50% dans une activité adaptée.

V. _____ SA a également mandaté le Dr B. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. De son rapport d'expertise du 14 septembre 2017, il ressort que l'assurée souffrait d'un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive en rémission depuis juin 2016. Depuis le 1^{er} août 2016 au plus tard, l'expert a considéré que la capacité de travail médico-théorique de l'assurée, d'un point de vue psychiatrique, était entière et sans baisse de rendement. Il n'a retenu aucun diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail de l'assurée.

Le 9 janvier 2018, l'assurée a subi une intervention chirurgicale réalisée par le Dr L. _____, consistant en une stabilisation acromio-claviculaire par chirurgie ouverte, par plastie ligamentaire selon Weaver-Dunn et stabilisation par système « Twin Tail Tightrope » de l'épaule droite.

Par courrier du 11 janvier 2018 adressé à la protection juridique de l'assurée, O. _____ SA a confirmé le fait qu'elle ne réglerait que le 50% de l'incapacité de travail post-opératoire, au vu notamment de la maladie « longue durée » que connaissait l'assurée et de la non-application de l'art. 36 al. 1 LAA dans le cas d'espèce.

Par courrier du 19 avril 2018, V. _____ SA a informé l'assurée du fait que son droit à des indemnités journalières prendrait fin le 26 mai

2018, date à laquelle la durée maximale du versement des prestations de 730 jours était atteinte.

Le 20 juin 2018, O. _____ SA a adressé à l'assurée un décompte d'indemnités journalières pour le mois de juin 2018, tenant compte d'une incapacité de travail à 50%.

Un complément d'expertise a été requis par O. _____ SA auprès de l'expert N. _____. Du rapport y relatif du 24 août 2018, il ressort que la situation n'était pas stabilisée s'agissant de l'épaule droite, à la suite de l'intervention chirurgicale du 9 janvier 2018 ayant abouti à une importante capsulite retractile, et que la capacité de travail de l'assurée était donc nulle au moins jusqu'à un an après cette intervention.

A la question de savoir si les limitations fonctionnelles décrites par le Dr M. _____ dans son rapport du 10 août 2017 seraient toujours d'actualité si l'assurée travaillait à 50% et sans accident, le Dr N. _____ a répondu le 12 octobre 2018 par l'affirmative, en précisant que la problématique des lombalgies perdurait en général à vie, surtout chez une patiente approchant la soixantaine.

Par décision du 10 décembre 2018, O. _____ SA a confirmé qu'elle limitait son indemnisation dès le 9 janvier 2018 pour les indemnités journalières à la suite de l'intervention pour le cas accident, à 50% et ce, pour une durée indéterminée, dès lors qu'il appartenait à l'assurance-invalidité de se prononcer sur les prestations à long terme pour l'incapacité de travail à 50% qui perdurait en raison des lombalgies.

Par décision sur opposition du 10 avril 2019, O. _____ SA a, dans un premier temps, déclaré l'opposition de l'assurée irrecevable, au motif qu'elle avait été déposée hors délai. Dans le cadre de sa réponse du 10 mai 2019 au recours déposé le 23 avril 2019 par l'assurée, O. _____ SA a admis une erreur dans le calcul des délais et a retiré sa décision sur opposition, ce qui a fait l'objet d'un arrêt de la Cour des

assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO) rayant la cause du rôle (arrêt CASSO AA 49/19 - 69/2019 du 4 juin 2019).

Le 30 juillet 2019, O. _____ SA a rendu une nouvelle décision sur opposition, confirmant que son Service des prestations D. _____ » (Service des prestations D. _____) avait à juste titre limité la prise en charge de l'incapacité de travail de l'assurée à 50%, dès lors que les conséquences sur le capacité de gain de chacune des atteintes (lombalgies, d'une part, et problèmes à l'épaule droite des suites de l'accident, d'autre part) pouvaient clairement être distinguées à raison de 50% pour chacune d'entre elles.

B. Par acte du 17 septembre 2019, l'assurée, sous la plume de son conseil, a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la CASSO, en concluant, à titre principal, à son annulation et au versement en sa faveur d'indemnités journalières à 100% à compter du 9 janvier 2018 et, à titre subsidiaire, au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle a en substance fait valoir que son incapacité de travail était de 100% consécutive à l'accident survenu en 2014 et à l'opération subséquente du 9 janvier 2018 et non pas à la dépression, soignée, ni aux lombalgies, qui s'étaient stabilisées. A titre de mesure d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire afin de déterminer sa capacité de travail.

Dans sa réponse du 20 décembre 2019, l'intimée, par son conseil, a conclu au rejet du recours. Elle a en substance relevé que le rapport d'expertise du Dr N. _____ avait pleine valeur probante et que l'avis médical de la Dre W. _____, médecin traitant, ne permettait pas de remettre en cause les conclusion du Dr N. _____. Celui-ci avait en particulier tenu compte des avis des Drs C. _____ et M. _____ qui avaient fait état de lombalgies existant depuis de nombreuses années et entraînant des limitations de la capacité de travail de la recourante. Dès lors que les conséquences entre les lombalgies justifiant une incapacité de travail à 50% au titre de « maladie » au moment de l'opération de l'épaule et celles consécutives à l'acte chirurgical du 9 janvier 2018 pouvaient être

clairement distinguées, c'était à bon droit que l'intimée avait limité sa prise en charge de l'incapacité de travail dans une mesure correspondant à ce taux. Il appartenait en outre à l'assurance-invalidité de se prononcer sur les prestations à long terme pour l'incapacité de travail à 50% qui perdurait en raison des lombalgies.

Répliquant le 21 janvier 2020, la recourante a requis une suspension de la procédure, dès lors que l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) avait mis en œuvre une expertise orthopédique afin de trancher la question de savoir si elle présentait toujours une incapacité de gain liée à ses problèmes de dos.

Par écriture du 27 février 2020, l'intimée a déclaré s'en remettre à dire de justice et s'est référée, pour le surplus, à son mémoire de réponse du 20 décembre 2019.

A la demande de la juge instructrice du 5 mars 2020, le dossier AI, notamment le rapport d'expertise du 4 novembre 2019 du Dr T._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale et médecin auprès du Bureau d'expertises J._____, (Bureau d'expertises J._____), a été produit et les parties se sont déterminées par courriers respectifs des 2 juillet et 14 septembre 2020.

Par déterminations du 8 octobre 2020, l'intimée a maintenu l'intégralité des conclusions prises dans le cadre de son écriture du 20 décembre 2019.

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 estivales (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 de la recourante à des indemnités journalières de l'assurance-accident dès le 9 janvier 2018 et, plus particulièrement, sur le taux de celles-ci. En particulier, il convient de déterminer si, à la suite de l'intervention chirurgicale du 9 janvier 2018, respectivement à la suite de la cessation du versement d'indemnités journalières à 50% au 26 mai 2018 par V. _____ SA, l'intimée devait verser à compter du 27 mai 2018 des indemnités journalières à 100% en lieu et place de 50%, étant précisé que l'assurée a développé une capsulite rétractile à la suite de cette intervention.

3. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées).

b) 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 129 V 177 consid. 3.2; 402 consid. 2.2; 125 V 456 consid. 5a et les

références citées). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a).

c) 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. L'application de l'art. 36 LAA ne suppose pas que le facteur étranger à l'accident soit une affection secondaire à ce dernier. Elle implique uniquement que l'accident et l'événement non assuré aient causé ensemble un dommage. L'art. 36 LAA n'est pas applicable, en revanche, lorsque les deux facteurs ont causé des lésions sans corrélation entre elles, par exemple des atteintes portées à des parties différentes du corps; dans ce cas, les suites de l'accident doivent être considérées pour elles-mêmes (ATF 126 V 116 consid. 3a; 121 V 326 consid. 3; SVR 2010 UV n° 31 consid. 4.2; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^e éd., n° 290).

4. En l'espèce, il est incontesté que les lombalgies présentes chez la recourante et l'état dépressif qu'elle a connu à la suite de mobbing professionnel n'ont jamais été en relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel du 20 avril 2014. Si le rapport d'expertise du Dr B._____ est clair quant à l'absence de diagnostic incapacitant sur le plan psychiatrique depuis juillet 2016, la question se pose quant à l'impact des lombalgies sur l'activité habituelle exercée par la recourante, étant précisé qu'elle en souffre depuis 2011 et qu'elle a toujours pu fonctionner à satisfaction.

En mai 2016, la recourante a été victime d'un burnout d'après les dires de la Dre W._____. Elle a alors également ressenti une majoration des lombalgies chroniques dont elle souffrait depuis plusieurs

années et qui ont nécessité une IRM lombaire le 3 novembre 2016 auprès du Dr P._____. Tant l'expertise du Dr M._____ (cf. rapport du 10 août 2017) que celle du Dr T._____ (cf. rapport du 4 novembre 2019) concluent que la capacité de travail de la recourante dans l'activité habituelle est nulle depuis novembre 2016 (date de l'IRM lombaire) et qu'elle est de 50% dans une activité adaptée et ce, en raison de la pathologie lombaire. En tant que responsable « controlling » chez D._____SA, l'activité de la recourante était réalisée presque exclusivement en position assise, ce qui était incompatible avec le problème vertébral dont l'assurée est atteinte.

Lors de l'intervention chirurgicale à l'épaule droite du 9 janvier 2018, la recourante était déjà au bénéfice d'indemnités journalières versées par V._____SA à raison de 50% depuis le 23 décembre 2017 et ce, uniquement en raison des lombalgies, l'état dépressif ayant également donné lieu à une indemnisation au titre de « maladie » s'étant amendé et n'occasionnant plus d'incapacité de travail, comme attesté par l'expert B._____ (cf. rapport du 14 septembre 2017). En l'occurrence, les conséquences entre les lombalgies justifiant une incapacité de travail au moment de l'opération de l'épaule et celles consécutives à l'acte chirurgical du 9 janvier 2018 peuvent être clairement distinguées, si bien que l'art. 36 al. 1 LAA n'est pas applicable au cas d'espèce. Les suites de l'accident doivent ainsi être considérées pour elles-mêmes.

Ainsi, en suivant l'avis de l'expert T._____, qui rejoint en l'occurrence celui des Drs M._____ et N._____, il apparaît clairement que la problématique lombaire a persisté depuis novembre 2016 et qu'elle a entraîné une capacité de travail réduite à 50%. Dès lors, c'est à juste titre que l'intimée n'a pas versé d'indemnités journalières pour la part de 50 % relative à l'incapacité de travail préexistante à l'accident et s'est limitée à la prise en charge des conséquences résultant de l'acte chirurgical du 9 janvier 2018 à l'épaule droite, en lien avec l'accident survenu le 20 avril 2014, à hauteur de 50%.

A cet égard, le fait qu'V._____SA ait mis fin au droit aux indemnités journalières à la fin de la durée maximale prévue par le contrat n'est pas déterminant (TF 8C_403/2019 du 17 avril 2020 consid. 4.2 et 8C_942/2015 du 7 juillet 2016 consid. 4.3).

Enfin, comme l'a relevé à juste titre l'intimée, il ne lui appartient pas de se prononcer sur les prestations à long terme pour l'incapacité de travail à 50% qui perdure pour les lombalgies. Cette question incombe à l'OAI qui, d'ailleurs, selon un projet de décision du 31 janvier 2020, s'est prononcé en faveur de l'octroi d'une rente entière d'invalidité à la recourante dès le 1^{er} novembre 2017.

5. Dans le cadre de son recours, l'intéressée a sollicité la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire. Au stade de la réponse, l'intimée a, de son côté, requis la production du dossier constitué auprès d'V._____SA dans la présente cause.

a) La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire (art. 43 al. 1 LPGA), selon lequel les faits déterminants pour la solution du litige doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin avec la collaboration des parties. Il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement (art. 61 let. c LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_398/2018 du 5 décembre 2018 consid. 3.1 ; 9C_237/2013 du 22 mai 2013 consid. 4.1 ; 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425

consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c ; 120 Ib 224 consid. 2b).

b) En l'espèce, le dossier de la recourante étant suffisamment instruit pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise judiciaire, ni de solliciter le dossier auprès d'V._____SA.

6. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer des dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 30 juillet 2019 par O._____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 :

- Me Stéfanie Brun Poggi (pour Q. _____),
- Me Patrick Moser (pour O. _____ 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 :