

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 mars 2021

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente

Mmes Röthenbacher et Berberat, juges

Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

U._____, à [...], recourante, représentée par Me Claudio Venturelli,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 45 al. 1 LPGA ; art. 6 et 36 LAA.

E n f a i t :

A. U._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1975, travaillait en tant qu'employée de commerce auprès de K._____, à [...]. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès d'A._____ SA (ci-après : A._____ SA ou l'intimée).

Le 1^{er} mars 2018, l'assurée a chuté lors d'une randonnée de nuit en raquettes.

Le 3 avril 2018, elle a consulté le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale, qui lui a prescrit des séances de physiothérapie.

Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) réalisée le 9 avril 2018 a révélé un genou gauche dans les limites de la norme pour l'âge de l'assurée. L'IRM a également relevé l'absence de déchirure méniscale ou d'atteinte ligamentaire, l'absence d'épanchement intra-articulaire, mais la présence d'une grappe de kystes mucoïdes située au-dessus de la portion postérieure du condyle fémoral externe, d'allure banale, ainsi que la présence d'un œdème du spongieux de la facette latérale de la patella témoignant d'un foyer de chondropathie de grade IV sans signe d'arthrose (rapport du 9 avril 2018 de la Dre R._____, radiologue).

L'employeur de l'assurée a déclaré l'accident le 9 avril 2018 auprès d'A._____ SA. Décrivant l'événement, il a indiqué que l'intéressée était tombée en arrière d'une hauteur de 1,5 m, qu'elle s'était cogné le genou contre un arbre et tordu le poignet en tentant de se rattraper [traduction libre de l'anglais]. A._____ SA a pris en charge le cas.

La prescription de physiothérapie a été renouvelée le 24 avril 2018 par le Dr F._____, puis le 25 mai 2018 par la Dre N._____, médecin praticien et spécialiste en médecine interne générale.

Les 20 et 27 novembre 2018, l'assurée a subi deux injections d'Ostenil.

Dans un rapport du 17 décembre 2018 adressé à A._____
SA, la Dre N._____ a posé le diagnostic provisoire de contusion sévère du genou gauche. Elle a précisé qu'elle avait examiné l'assurée la première fois le 9 avril 2018. Elle avait prescrit une attelle, des antalgiques, des séances de physiothérapie et des injections. Elle avait également requis l'avis du Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Dans un rapport du 23 janvier 2019, le Dr D._____ a posé le diagnostic de lésion ostéochondrale de stade IV profonde de la rotule gauche. En raison de l'échec du traitement conservateur, le Dr D._____ a proposé à l'assurée de réaliser une arthroscopie du genou gauche avec débridement de la lésion de la rotule et micro-fractures.

Dans un rapport du 28 janvier 2019, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi que médecin-conseil d'A._____ SA, a considéré, sur la base des éléments au dossier et « sous réserve d'éléments probants », qu'il y avait une péjoration de douleurs du genou gauche à la suite d'une chute en raquettes le 1^{er} mars 2018. L'IRM réalisée le 9 avril 2018 montrait des lésions dégénératives typiques de l'articulation fémoro-patellaire de grade IV, c'est-à-dire une pré-arthrose et grade II fémoro-tibiale interne. Il n'y avait pas de lésions ligamentaires ou méniscales. Selon le Dr J._____, il s'agissait donc manifestement d'une lésion exclusivement dégénérative. Il a donc retenu une contusion simple avec un *statu quo sine* trois mois après l'événement, date au-delà de laquelle l'état antérieur était la cause exclusive de la persistance de la symptomatologie douloureuse.

Le 30 janvier 2019, A._____ SA a refusé de délivrer une garantie de prise en charge pour l'arthroscopie qui était prévue le 13 février 2019.

Par décision du 25 février 2019, A._____ SA a mis un terme aux versements de ses prestations à compter du 1^{er} juin 2018, tout en renonçant à demander le remboursement des prestations versées jusqu'au 27 novembre 2018. A._____ SA s'est fondée sur l'avis du 28 janvier 2019 de son médecin conseil, qu'elle a annexé à sa décision.

Le 11 mars 2019, l'assurée, désormais représentée par l'avocat Claudio Venturelli, a formé opposition à l'encontre de cette décision, contestant l'avis du Dr J._____. Dans une argumentation complémentaire du 27 mai 2019, l'assurée a transmis à A._____ SA un rapport du 5 mai 2019 du Dr F._____. Dans ce rapport, le médecin indiquait que l'assurée ne s'était jamais plainte de son genou gauche ni de sa rotule. Rapportant des extraits de ses constatations établies les 3 et 6 avril 2018, ainsi que les constatations de la Dre N._____ du 9 avril 2018, le Dr F._____ a rappelé que l'IRM réalisée avait mis en évidence un foyer de chondropathie de stade IV, sans signe d'arthrose. De ce fait, sans aucune plainte antérieure et sans signe osseux dégénératif, il était difficile de ne pas mettre en relation l'accident du 1^{er} mars 2018 et la chondropathie. Il a ajouté que ni lui, ni la Dre N._____, ni le Dr D._____ n'avaient eu de doute quant à la nature post-traumatique de la lésion patellaire.

Le 26 août 2019, l'assurée a communiqué à A._____ SA un rapport d'expertise orthopédique établi le 20 août 2019 par le Dr L._____. Ce médecin estimait qu'il était impossible d'affirmer, uniquement sur la base de l'IRM du 9 avril 2018, que la lésion au genou était préexistante et exclusivement dégénérative. Une lésion cartilagineuse aiguë se présentait également très souvent à l'IRM. Or, il était très difficile de distinguer, sur la base d'une IRM, les lésions anciennes des lésions aiguës. Il existait tout de même des éléments pour distinguer, sur la base d'une IRM, les lésions anciennes des lésions aiguës.

Ainsi, un œdème osseux accompagnait typiquement une lésion aigüe jusqu'à six semaines dans la période post-traumatique, tandis qu'il n'était présent qu'occasionnellement lors d'une lésion dégénérative et surtout aux zones de charge. Dans le cas présent, l'assurée avait passé son IRM cinq semaines après son accident et la lésion n'était pas située dans une zone typique de charge. Les lésions dégénératives étaient en outre typiquement accompagnées par des lésions arthrosiques, que l'intéressée n'avait pas. L'assurée n'avait pas non plus de facteurs favorisant les lésions rotuliennes. Ainsi, en prenant en considération tous les éléments du dossier, de l'anamnèse, de l'examen clinique et de l'IRM, il s'agissait très probablement d'une lésion aigüe. La lésion du cartilage de la rotule gauche était donc en lien de causalité naturelle avec l'accident du 1^{er} mars 2018 et l'arthroscopie proposée semblait indiquée.

A. _____ SA a sollicité une appréciation médicale auprès du Dr Q. _____, médecin conseil et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans un rapport du 19 septembre 2019, le Dr Q. _____ a retenu comme beaucoup plus probable que la lésion cartilagineuse rotulienne constituait une arthrose débutante chronique. L'œdème réactionnel traduisait uniquement la souffrance cartilagineuse. Le Dr Q. _____ a en conséquence posé le diagnostic de contusion simple du genou en rapport avec l'accident. Au vu de l'anamnèse et de la description de la chute, il a conclu que la relation de causalité était pour le moins probable entre l'événement du 1^{er} mars 2018 et les troubles au genou gauche. Il existait un état antérieur sur ce genou qui avait été mis en évidence par cet événement. Celui-ci avait créé une déstabilisation temporaire de l'état antérieur. En l'absence de lésion anatomique structurelle, la contusion du genou avait cessé d'avoir des effets au bout de trois mois, ce qui correspondait au temps habituel de récupération pour ce type de lésion. Le *statu quo sine* était donc atteint le 1^{er} juin 2018.

Par décision sur opposition du 25 octobre 2019, A. _____ SA a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 25 février 2019. A. _____ SA s'est fondée sur les appréciations de ses deux médecins-

conseils, lesquelles étaient probantes, relevant au demeurant que les rapports des autres médecins ne les remettaient pas en question.

B. Par acte de son mandataire du 27 novembre 2019, U. _____ a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition qui précède, concluant à sa réforme en ce sens que l'intimée soit tenue de prendre en charge les conséquences de l'accident du 1^{er} mars 2018 au-delà du 1^{er} juin 2018. Subsidiairement, elle a conclu au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. La recourante a contesté la valeur probante des rapports des Drs J. _____ et Q. _____ en leur opposant les appréciations du Dr L. _____. La recourante a produit à cet effet une nouvelle appréciation du 13 novembre 2019 de ce médecin. Réagissant aux constatations du Dr Q. _____, le Dr L. _____ relevait que l'assurée ne présentait aucun des quatre signes radiologiques de l'arthrose, à savoir des ostéophytes, des géodes ou des kystes sous-chondrales, une sclérose sous-chondrale ou un pincement de l'espace articulaire par destruction du cartilage. Répondant au reproche de ne pas avoir réalisé de radiographie, le Dr L. _____ précisait que l'IRM était l'examen de choix pour évaluer l'état du cartilage articulaire. Il n'était en outre pas fondé scientifiquement qu'une chondropathie de grade II du compartiment fémoro-tibial interne, comme décrite à l'IRM, soit une preuve qu'il y ait une chondropathie fémoro-patellaire de grade IV. En outre, la chondropathie rotulienne montrait une association avec la géométrie du genou. L'assurée ne présentait au demeurant aucun facteur de risque favorisant une chondropathie fémoro-tibiale. Pour le Dr L. _____, le diagnostic d'une chondropathie était improbable. La recourante a enfin requis que les frais d'expertise privée qu'elle avait avancés lui soient remboursés par l'intimée.

Par réponse du 4 mars 2020, l'intimée, représentée par l'avocat Patrick Moser, a conclu au rejet du recours. Elle a estimé qu'il n'existait aucune raison de s'écarter des conclusions des Drs J. _____ et Q. _____ dont les explications étaient convaincantes. Leurs appréciations étaient probantes. Un examen de l'assurée n'était en outre pas décisif

s'agissant de la valeur probante des rapports, ce d'autant que les Drs J. _____ et Q. _____ disposaient de toutes les informations nécessaires pour se forger une opinion médicale. En outre, le constat selon lequel les plaintes ont débuté après le sinistre ne suffisait pas à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé.

Répliquant le 17 août 2020, la recourante a maintenu ses conclusions. Elle a ajouté que sa situation s'améliorait depuis qu'elle s'était fait opérer du genou le 3 juin 2020.

Par duplique du 15 septembre 2020, l'intimée a précisé que la recourante n'avait pas apporté d'éléments médicaux concrets susceptibles d'appuyer ses allégations, ni de motifs susceptibles de mettre en cause les conclusions concordantes des Drs J. _____ et Q. _____.

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 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-accidents pour la période postérieure au 1^{er} juin 2018.

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, 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. 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 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, 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 citées).

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. 3.2).

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 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 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) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

b) D'après la jurisprudence, 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'espèce, l'intimée a mis fin à ses prestations au 1^{er} juin 2018 en se fondant sur les appréciations de ses médecins-conseils, les Drs J._____ et Q._____. Ces médecins considèrent que l'événement du 1^{er} mars 2018 a occasionné une contusion du genou gauche qui a cessé de produire des effets trois mois après l'accident. Au-delà du 1^{er} juin 2018, la symptomatologie douloureuse est due à un état antérieur. Ces appréciations s'opposent pourtant aux constatations du Dr F._____ et de l'expert L._____ pour lesquels la lésion du cartilage de la rotule gauche

est traumatique et donc en lien de causalité naturelle avec l'accident du 1^{er} mars 2018.

b) Si les rapports des deux médecins-conseils sont certes convergents, cela ne signifie pas encore qu'une pleine valeur probante peut leur être conférée. A cet égard, on observera que les premières pièces médicales que contient le dossier sont des prescriptions de physiothérapie établies par le Dr F. _____ et la Dre N. _____. Le dossier ne comprend pas les rapports des premières consultations auprès du Dr F. _____ qui ont eu lieu les 3 et 6 avril 2018, ni celui de la Dre N. _____ pour la consultation du 9 avril 2018. On ne dispose que d'extraits de ceux-ci dans un rapport du 5 mai 2019 établi par le Dr F. _____ à l'attention du conseil de l'assurée. L'intimée n'a toutefois pas requis de ces médecins qu'ils lui remettent l'intégralité de leurs rapports, ni ne les a interpellés à cet effet. On ignore également si l'assurée s'est fait opérer en février 2019, malgré le refus de prise en charge de l'intervention par l'intimée, ou si l'opération préconisée par le Dr D. _____ a été reportée au mois de juin 2020, comme l'assurée semble l'indiquer dans sa réplique. Il apparaît dès lors que les médecins-conseils ne se sont pas prononcés sur la base d'un dossier complet. Ils n'ont au demeurant pas examiné personnellement l'assurée, ce qui leur aurait permis de recueillir davantage de détail sur le mécanisme de la chute. L'intimée n'a d'ailleurs pas requis de la recourante qu'elle précise les circonstances de sa chute en raquettes, se contentant de la description contenue dans le formulaire de déclaration d'accident. Cette description est toutefois succincte et rédigée en anglais. Dans ces circonstances, il est surprenant que le Dr Q. _____ justifie son appréciation tant sur la description de la chute que sur l'anamnèse. En effet, l'anamnèse s'avère également inexistante, tant dans le rapport du Dr Q. _____ que dans les autres rapports au dossier.

Au demeurant, le Dr Q. _____, dans son rapport du 19 septembre 2019, n'explique pas pour quelles raisons il tient comme beaucoup plus probable que la lésion cartilagineuse rotulienne constitue une arthrose débutante, se bornant à l'affirmer. Dans son appréciation du

28 janvier 2019, le Dr J._____ a retenu que la lésion était exclusivement dégénérative, tout en réservant d'autres éléments probants qu'il ne définit toutefois pas. Force est de constater que le Dr J._____ n'exclut pas catégoriquement que la lésion puisse avoir un lien avec l'accident. A cet égard, ni le Dr J._____ ni aucun autre médecin ne s'est prononcé sur le fait de savoir si une lésion de stade IV est compatible ou non avec une chute ou une sévère contusion survenue en mars 2018, soit cinq semaines avant que l'IRM ne soit réalisée.

Vu ce qui précède, les appréciations des Drs J._____ et Q._____ ne remplissent pas les conditions jurisprudentielles pour revêtir une pleine valeur probante. L'intimée ne pouvait donc pas mettre fin aux prestations d'assurance au 1^{er} juin 2018 sur la base de ces appréciations.

c) Les avis du Dr L._____ jettent un sérieux doute sur ceux des médecins conseils. Ils ne permettent cependant pas à la Cour de céans de statuer sur le droit de la recourante à des prestations au-delà du 1^{er} juin 2018. En effet, les rapports de ce médecin ne contiennent pas de véritable anamnèse, hormis la mention de thromboses chez l'assurée, information dont on ignore la provenance. Si les explications du Dr L._____ s'agissant de l'œdème osseux sont convaincantes, cela ne signifie pas encore que la chondropathie de stade IV ne soit pas antérieure. On ne sait en particulier pas si l'œdème et la chondropathie doivent être analysés ensemble ou si les deux affections sont distinctes. Le Dr L._____ ne précise en outre pas ce qu'il entend lorsqu'il évoque la « lésion », à savoir si cela concerne l'œdème ou l'ensemble des lésions y compris la chondropathie. L'expert privé n'explique pas davantage si la présence d'une lésion aigüe est compatible avec une première consultation survenue un mois après la chute. Enfin, le Dr L._____ ne se prononce pas sur la question du *statu quo sine*. Ainsi, les rapports d'expertise privée du Dr L._____ ne sauraient être retenus pour fonder un droit à des prestations, compte tenu de leurs lacunes.

d) En définitive, il s'avère que l'instruction doit être complétée, le dossier ne permettant pas à la Cour de céans de trancher en

toute connaissance de cause la question du lien de causalité entre l'accident et les lésions constatées. Il se justifie donc de renvoyer le dossier à l'intimée, à qui il appartient au premier chef d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'elle mette en œuvre une expertise (art. 44 LPGA) comprenant l'appréciation d'un spécialiste en chirurgie orthopédique à qui il appartiendra en particulier de se renseigner, d'une part, sur le mécanisme et les circonstances de la chute et, d'autre part, sur l'opération réalisée. Il lui incombera également de se prononcer sur la compatibilité de la présence d'un œdème osseux et d'une chondropathie, sur l'apparition d'une chondropathie de stade IV en cinq semaines ainsi que sur la question des lésions aiguës et dégénératives évoquées par le Dr L._____, avant de déterminer au degré de la vraisemblance prépondérante, si un lien de causalité existe entre l'accident et les différentes lésions subies et cas échéant la date d'un éventuel *statu quo sine* ou *ante*. A réception du rapport d'expertise, l'intimée pourra rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

6. a) Enfin, la recourante requiert que les frais de son expertise privée et des rapports médicaux subséquents pour un montant total de 2'200 fr. soient mis à la charge de l'intimée.

b) Selon l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures ; à défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige (ATF 115 V 62 ; TF 8C_354/2015 du 13 octobre 2015 consid. 6.1 ; TF 9C_136/2012 du 20 août 2012 consid. 5).

c) En l'occurrence, les rapports d'expertise privée du Dr L._____ n'ont pas eu une influence décisive sur l'issue du litige, comme

le démontre la motivation du présent arrêt. En effet, les nombreuses lacunes des appréciations des médecins-conseils suffisent à ordonner le renvoi de la cause à l'intimée. Il n'y a donc pas lieu de faire supporter les frais engendrés par la rédaction de ces rapports à l'intimée.

7. a) Vu ce qui précède, le recours doit être admis en ce sens que la décision sur opposition entreprise est annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 83 LPGA).

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter 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 mettre à la charge de l'intimée qui succombe.

**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 25 octobre 2019 par A._____ SA est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. A._____ SA versera à U._____ une indemnité de 2'500 fr.
(deux mille cinq cents francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Claudio Venturelli (pour U._____),
- Me Patrick Moser (pour A._____ 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 :