

VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 345 vom 17. März 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-03-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2021__345

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 345 du 17 mars 2021

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 345 del 17 marzo 2021

Regeste

ACCIDENT, LIEN DE CAUSALITÉ, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, DURÉE DU DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, ACCIDENT NON PROFESSIONNEL, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES | 36 al. 1 LAA, 6 LAA, 4 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 17.03.2021 Arrêt / 2021 / 345

ACCIDENT, LIEN DE CAUSALITÉ, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, DURÉE DU DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, ACCIDENT NON PROFESSIONNEL, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES | 36 al. 1 LAA, 6 LAA, 4 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AA 163/20 - 43/2021 ZA19.053345 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 17 mars 2021 _____ Composition : Mme Durussel , présidente Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Bosson assesseur Greffière : Mme Jeanneret ***** Cause pendante entre : G. _____ , à [...], recourante, représentée par Me Valérie Elsner Guignard, av. à Lausanne, et J. _____ SA , à [...], intimée, représentée par Me Michel D'Alessandri, av. à Genève. _____ Art. 4 LPGA ; 6 et 36 al. 1 LAA E n f a i t : A. G. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait en qualité en qualité d'aide-infirmière à 80 % depuis 2012 auprès de O. _____. A ce titre, elle était assurée contre le risque d'accidents auprès de J. _____ SA (ci-après : J. _____ SA ou l'intimée). Par déclaration LAA du 2 novembre 2018, l'employeur précité a fait savoir à J. _____ SA que, le 25 octobre 2018, l'intéressée avait glissé sur le tapis dans sa baignoire et était tombée sur le côté droit. Concernant la lésion occasionnée, l'employeur a précisé qu'il s'agissait d'une infection/inflammation. J. _____ SA a pris le cas en charge (indemnités journalières et traitement médical). Le 3 décembre 2018, un scanner thoracique a révélé la présence d'un goitre multi-nodulaire thyroïdien droit, à corrélérer au bilan biologique et, si nécessaire, à une échographie thyroïdienne pour autant que cette pathologie ne soit pas déjà connue. Il était ajouté que par ailleurs le scanner (CT) du thorax était dans les limites de la norme pour l'âge de l'assurée. Le 19 décembre 2018, la Dre Q. _____, médecin généraliste, a constaté la présence de douleurs à l'épaule droite et à l'hémithorax droit ainsi que l'absence de lésion osseuse et a posé le diagnostic provisoire de contusion osseuse et musculaire. Selon un avis du 28 décembre 2018 du Dr Y. _____, spécialiste en chirurgie et médecin-conseil de J. _____ SA, l'assurée ne présentait aucune atteinte des suites de l'accident ; aucune lésion osseuse n'avait été observée et un scanner thoracique avait été dans les limites de la norme pour l'âge de l'intéressée. Il a ajouté que l'anamnèse n'expliquait pas du tout la durée de l'incapacité de travail, laquelle paraissait

très douteuse. Une IRM (imagerie par résonance magnétique) dorsale et lombaire a été effectuée le 16 janvier 2019 par le Dr J. _____, spécialiste en radiologie, lequel a conclu à l'existence, à l'étage dorsal, d'un foyer contusionnel à la hauteur de la jonction costo-vertébrale postérieure droite de D5, puis, au niveau lombaire, à une discopathie avec une petite pointe d'hernie discale latérale droite en L5-S1 potentiellement à l'origine d'un conflit radiculaire irritatif. Il a en outre observé une protrusion discale plus modérée circonférentielle en L4-L5 et un épaissement nodulaire du derme para-vertébral gauche à la hauteur de L4-L5, compatible avec un foyer de lipomatose versus un lipome, à confronter dans un premier temps à l'examen clinique. Dans un rapport du 13 février 2019, la Dre Q. _____ a posé le diagnostic de dorsalgie droite post-traumatique, prévoyant une amélioration progressive lente avec un pronostic bon à long terme ou moyen terme, et une reprise du travail à 50 % dès le 1^{er} mars 2019. Elle a constaté une impotence fonctionnelle avec douleur à la mobilisation du tronc et une impossibilité pour l'assurée de porter du poids et préconisait d'adapter le poste de travail avec une réduction du port de charges. L'assurée a ainsi tenté une reprise du travail à 50 % (de 80 %) le 1^{er} mars 2019, mais s'est retrouvée en incapacité de travail totale dès le 15 mars 2019. Le 12 mars 2019, le Dr W. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de J. _____ SA, a posé les diagnostics de dorso-lombalgies et contusion osseuse de la jonction costo-vertébrale postérieure droite de D5, de protrusion discale L4-L5 et discopathie et hernie discale droite L5-S, ainsi que de lipome/lipomatose paravertébrale lombaire gauche, seul le premier diagnostic étant, avec un degré de vraisemblance prépondérante, au moins une suite partielle de l'accident du 25 octobre 2018, les autres diagnostics étant des états malades préexistants. Il a précisé que l'accident avait vraisemblablement provoqué une aggravation passagère et que l'incapacité de travail avait un lien avec l'accident. J. _____ SA a mandaté D. _____ SA en mars 2019 afin de faire le point sur la capacité de travail de l'assurée. Le 15 mai 2019, le case-manager de D. _____ SA a rendu un rapport d'évaluation à l'attention de l'assurance-accidents, dont il ressort que les douleurs s'étaient amplifiées lors de la reprise du travail et que des vomissements s'étaient ajoutés aux symptômes. Dans son rapport du 11 juin 2019, le Dr C. _____, spécialiste en médecine du travail auprès de D. _____ SA, a indiqué avoir vu l'assurée en consultation le 3 juin 2019. Celle-ci lui a alors expliqué que l'échec de la reprise de travail était dû au fait que son employeur n'avait pas respecté ses limitations et l'avait affectée aux soins, alors que la reprise était prévue dans une activité adaptée. Après une anamnèse, il a rapporté les plaintes de l'assurée consistant en la limitation dans sa mobilité et des douleurs, et a décrit le déroulement d'une journée type, à savoir que l'assurée dort bien, va marcher avec une copine pendant environ 2 heures, fait du repassage, de la lecture, reçoit des visites, va chercher les enfants à l'école et fait les courses avec son époux, qui porte les achats. Il est ajouté que le mari fait les repas et les prépare déjà avant l'accident. L'assurée a déclaré pouvoir peut-être reprendre dans une activité légère, sans port de charge, comme la distribution des repas ou l'accompagnement de personnes. Après avoir constaté que la patiente se déplaçait sans boiterie, restait assise sans comportement algique durant 1 heure 20 et gardait bien le focus de la conversation, le Dr C. _____ a observé ce qui suit au cours de l'examen clinique : « PSR+++ , ASR+ symétriques, pas de troubles sensitive, force MI préservée. Rachis à plomb, pas de myogélose, douleur lors palpation art. costo-vertébrales th 4 à 6 D (et compression thoracique) ainsi que lombaire basse. DDS 25 cm, flexion douloureuse. Extension indolore, flexion lat. avec douleur contra latérale, rotation indolore. Se couche relativement aisément

sur le lit d'examen. Lasègue négatif, mobilité hanches ddc dans la limite de la norme. » Le Dr C. _____ a posé les diagnostics de dorso-lombalgies chroniques non-spécifiques et de probable dysfonction costo-vertébrale droite Th 5 post-traumatique. Lors d'un entretien téléphonique avec la Dre Q. _____, celle-ci lui avait déclaré que les investigations n'avaient pas mis en évidence de pathologies majeures et qu'elle ne pouvait s'expliquer l'importance des douleurs ; la discussion avait ensuite porté sur une éventuelle prise en charge en médecine manuelle/chiropractie et, malgré l'évolution qui n'était pas favorable, la Dre Q. _____ s'était déclarée favorable à une nouvelle tentative de reprise dans une activité adaptée. Cela étant, le Dr C. _____ a émis les considérations suivantes :

« Appréciation : A la suite d'une chute en octobre 2018, Mme G. _____ développe des douleurs dorsales (lombaires et thoraciques). Malgré la mise en place d'un traitement antalgique et de la physiothérapie, l'évolution n'est guère favorable avec une chronicisation des douleurs. L'examen clinique de ce jour est rassurant, avec toutefois mise en évidence d'une probable dysfonction costo-vertébrale en Th 5 D qui corrobore avec l'IRM (foyer contusionnel) justifierait la tentative d'un traitement manuel/éventuellement d'une infiltration. Toutefois, ni l'examen, ni l'IRM ne permettent à mon avis d'expliquer l'importance des douleurs alléguées. A relever l'incapacité prolongée et un contexte psychosocial difficile qui pourrait avoir une influence négative sur l'évolution (situation de son mari, attitude de ce dernier envers elle, charge familiale qu'elle doit porter et supporter seule). Je suis de l'avis que Mme G. _____ présente des ressources qui devraient permettre une reprise de travail progressive, dans un premier temps dans une activité adaptée. Limitations fonctionnelles : - Port régulier de charges > à 5-7 kg - Soulèvement de charges (du sol) - Travaux en porte-à-faux du tronc ou nécessitant des mouvements répétés de rotation/inclinaison - Travaux en position accroupie ou à genoux - Travaux répétés au-dessus de la tête - Possibilité d'alterner les positions assise-debout. Durée LF selon évolution, elles devraient diminuer dans le temps (1■3 mois). Le pronostic à long terme paraît moyennement favorable en raison du contexte psychosocial difficile et dépendra des possibilités de remobiliser les ressources de Mme G. _____. Recommandations : Sur le plan médical, une prise en charge en médecine manuelle (ou chiropraxie), éventuellement infiltration costo-vertébrale dans un centre d'antalgie (un échange dans ce sens avec la Dre Q. _____ a eu lieu). Sur le plan professionnel : organiser reprise progressive dans une activité adaptée (LF voir ci-dessus) : p. ex. accompagnement patients, animation, distribution repas... Taux d'activité selon indication du médecin traitant (début à p. ex. 30 % répartie sur 3 ou 4), puis augmentation progressive. » Dans l'intervalle, le 7 mai 2019, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance invalidité pour le Canton de Vaud. L'IRM du rachis dorsal réalisée le 16 juillet 2019 a révélé la disparition du foyer contusionnel de l'arc postérieur de la 6 e côte droite en projection de l'articulation costo-transversaire par comparaison à l'examen IRM du 16 janvier 2019 et à l'examen scanner thoracique du 3 décembre 2018, l'absence de lésion osseuse d'allure inflammatoire individualisable centré sur le rachis thoracique et l'absence de signe de myélopathie. Dans un courriel adressé en juillet 2019 au case-manager de D. _____ SA, le Dr C. _____ a indiqué qu'il avait eu un contact avec la Dre Q. _____, laquelle rejoignait son appréciation selon laquelle l'accident ne permettait pas d'expliquer les plaintes et que le contexte psychosocial influençait fortement l'évolution négative. Il a ajouté que, selon la Dre Q. _____, l'assurée n'était plus en mesure d'exercer son ancienne activité professionnelle et qu'au vu de la situation, elle ne pouvait s'investir dans un autre projet professionnel. Il a précisé qu'il n'avait pas de doute

sur son incapacité actuelle de reprendre le travail dans l'activité habituelle. Le dossier a été soumis à nouveau au Dr W._____. Dans un rapport du 24 juillet 2019, ce médecin a conclu qu'en l'absence de lésion structurelle du rachis imputable à l'événement du 25 octobre 2018 et en présence d'une disparition des signes contusionnels costo-vertébraux à l'IRM du 16 juillet 2019, cet événement avait cessé de déployer ses effets à la date de cet examen. Par décision du 4 septembre 2019, J._____ SA a cessé la prise en charge dès le 16 juillet 2019 dès lors que le lien de causalité entre les troubles persistants et l'accident du 25 octobre 2018 n'était plus admis dès cette date. Le 3 octobre 2019, l'assurée a formé opposition contre cette décision par le biais de son conseil, l'avocate Valérie Elsner Guignard. Par décision du 28 octobre 2019, J._____ SA a rejeté l'opposition en se référant aux conclusions du Dr W._____ et en constatant que l'assurée n'avait pas apporté d'élément permettant de remettre en cause ces conclusions. B. Par acte du 28 novembre 2019, G._____ représentée par Me Valérie Elsner Guignard, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à sa réforme, en ce sens que le lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident du 25 octobre 2018 est admis et que le cas reste à la charge de l'assurance-accidents au-delà du 16 juillet 2019, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle a fait grief à l'intimée de ne pas avoir suffisamment instruit la cause, se contentant du rapport médical du Dr W._____ fondé sur l'IRM du 16 juillet 2019. Elle a rappelé que l'IRM du 16 janvier 2019 présentait des atteintes présentes au niveau dorsal et lombaire et a relevé que l'IRM du 16 juillet 2019 ne portait en revanche que sur un examen dorsal. Ainsi, il n'avait pas été tenu compte de la discopathie, de la hernie discale droite L5-S1 et du lipome/lipomatose paravertébrale lombaire gauche lors de l'examen du Dr W._____. Elle a fait valoir qu'elle ressentait toujours des troubles dorso-lombaires et qu'elle n'avait pas de douleurs dorso-lombaires avant l'accident, ce qui signifiait que l'accident était la cause de ses atteintes. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire orthopédique. Elle a notamment produit un rapport médical établi le 24 novembre 2019 par le Dr P._____, médecin généraliste auprès de la B._____, dans lequel il apparaît que l'assurée est connue pour des douleurs chroniques du dos à la suite d'un accident (chute dans la baignoire) en 2018 et qu'elle souhaitait une attestation selon laquelle elles étaient dues à un accident et non pas à une maladie (problème d'assurance). Le médecin a diagnostiqué des lombalgies chroniques depuis 2018 suite à une chute à domicile et a renvoyé la patiente auprès de son médecin traitant pour sa demande d'avis spécialisé, afin qu'elle prenne rendez-vous chez le spécialiste de son choix si elle le jugeait pertinent. Appelée à se prononcer sur le recours, l'intimée, représenté par Me Michel D'Alessandri, en a proposé le rejet par réponse du 22 janvier 2020. Elle a relevé la valeur probante des conclusions du Dr W._____, celles-ci étant confirmées par des éléments médicaux objectifs au dossier (IRM, rapport médical du Dr C._____) et n'étant mises en doute par aucune pièce. Par ailleurs, les diagnostics de discopathie avec une petite pointe de hernie discale, de protrusion discale et de lipome/lipomatose paravertébrale lombaire consistaient en des états malades préexistants et n'étaient ainsi pas, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, au moins une suite partielle à l'accident, de sorte qu'un complément d'instruction sur ce point n'était pas utile. Par réplique du 9 avril 2020, la recourante s'est référée aux rapports médicaux de la Dre Q._____, qui la suivait depuis l'accident, et a relevé que le Dr W._____ ne l'avait pas vue. Elle a confirmé les conclusions de son recours. Par duplique du 22 mai 2020, l'intimée a contesté avoir fondé sa décision

uniquement sur l'appréciation médicale du Dr W. _____, se référant aux rapports médicaux du Dr C. _____ et de la Dre Q. _____ ainsi qu'aux IRM et scanner thoracique réalisés. Pour ce qui concerne les rapports médicaux de la Dre Q. _____, ils avaient été pris en compte et il en ressortait également que les examens radiologiques ne montraient plus aucune lésion, que la recourante ne souffrait d'aucune pathologie majeure et que l'importance des douleurs ne pouvait être expliquée. L'intimée a constaté qu'aucun avis médical ne mettait en doute les constatations du Dr W. _____ sur l'absence de lien de causalité au-delà du 16 juillet 2019. Elle a ajouté que la jurisprudence n'exigeait pas la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un rapport médical dès lors que le dossier sur lequel il se fondait contenait suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret. 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 la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a mis fin aux prestations d'assurance au 16 juillet 2019 des suites de l'événement du 25 octobre 2018, singulièrement si les troubles qui persistent au-delà de cette date se trouvent en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident précité. 3. a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Est réputée 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 (art. 4 LPGA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1, et les références citées). b) En l'espèce, l'intimée n'a, à juste titre, pas remis en cause le caractère accidentel de l'événement annoncé. 4. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en outre, 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. Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut 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, et les références citées ; TF 8C_36/2017 du 5 septembre 2017 consid. 3.1). 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_335/2018 du 7 mai 2019 consid. 5). 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_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.3). 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 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 et les références citées ; TF 8C_99/2019 du 8 octobre 2019 consid. 4.1.1). 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). b) 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 tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, 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_650/2018 du 23 octobre 2019 consid. 4.2, et les références citées). c) Le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative relatives aux lésions corporelles assimilées à un accident. Il s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accident avait admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffrait d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Le Tribunal fédéral a alors admis que, dans cette hypothèse, l'assureur-accidents devait prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA. En revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas devait être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (TF 8C_169/2019 précité consid. 5.2, renvoyant à l'arrêt TF 8C_22/2019 du 24 septembre 2019). 5. D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de

recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_580/2019 du 6 avril 2020 consid. 4.1). 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_517/2017 du 12 juillet 2018 consid. 6.1).

6. a) En l'espèce, la recourante fait pour l'essentiel valoir que les troubles qu'elle présente demeurent en lien de causalité avec l'événement accidentel au-delà du 16 juillet 2019. Le Dr W._____ a relevé le 12 mars 2019 que seules les dorso-lombalgies et contusion osseuse de la jonction costo-vertébrale postérieure droite de D5 étaient en lien de causalité partielle avec l'accident du 25 octobre 2018, les protrusion discale L4-L5, discopathie, hernie discale et lipome/lipomatose paravertébrale lombaire gauche consistant en des états maladiques préexistants qui n'étaient pas, avec un degré de vraisemblance prépondérante, au moins une suite partielle de l'accident du 25 octobre 2018. Il a ajouté que l'accident avait vraisemblablement provoqué une aggravation passagère de ces troubles. Aucun rapport médical au dossier ne vient contredire ces constats. Puis, le Dr W._____ a constaté le 24 juillet 2019 l'absence de lésion structurelle du rachis, en se fondant sur l'IRM du 16 juillet 2019, qui avait révélé la disparition du foyer contusionnel de l'arc postérieur de la 6^e côte droite par comparaison avec l'IRM du 16 janvier 2019 et du scanner du 3 décembre 2018, l'absence de lésion osseuse d'allure inflammatoire individualisable centré sur le rachis thoracique et l'absence de signe de myélopathie. Compte tenu de la disparition des signes contusionnels costo-vertébraux à l'IRM du 16 juillet 2019, le Dr W._____ a considéré que l'événement accidentel avait cessé de déployer ses effets à la date de cet examen. C'est en vain que la recourante soutient que l'intimée aurait dû investiguer davantage les atteintes de discopathie, hernie discale et lipome/lipomatose, qui, comme on l'a vu, sont des états dégénératifs préexistants sans lien de causalité avec l'accident. On rappelle que selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte (TF 8C_810/2019 du 7 septembre 2020 consid. 3.3.2). Une hernie discale peut être considérée comme étant due

principalement à un accident lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail (TF 8C_746/2018 du 1^{er} avril 2019 consid. 3.3, et les arrêts cités). En l'espèce, l'événement accidentel, soit une chute sur le côté dans la baignoire n'ayant engendré que de simples contusions, n'est pas de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral ; ni le médecin du travail ni le médecin traitant ne fait un tel constat. Quant à la fixation du statu quo à la suite de l'aggravation passagère des atteintes, dans son rapport de juin 2019 et son courriel de juillet 2019, le Dr C. _____ a constaté que l'accident ne permettait pas d'expliquer la persistance des plaintes de la recourante, en relevant que la Dre Q. _____ partageait son appréciation. La recourante n'a produit aucun avis médical attestant d'un lien de causalité entre les troubles persistants au-delà du 16 juillet 2019 et l'accident ; même l'avis requis dans ce sens auprès du Dr P. _____ ne fait que sommairement diagnostiquer des lombalgies chroniques depuis 2018 suite à une chute à domicile, en ne donnant qu'une référence temporelle sans se prononcer sur le lien de causalité, et renvoyer auprès d'un spécialiste si le médecin traitant le juge nécessaire. On relève que la Dre Q. _____ avait prévu, dans son rapport du 13 février 2019, une reprise du travail progressive dès le 1^{er} mars 2019 et qu'elle a déclaré au Dr C. _____ qu'elle n'avait pas mis en évidence de pathologies majeures. Il y a lieu de constater, à l'examen du dossier, qu'aucun élément ne permet de remettre en cause l'appréciation du Dr W. _____, fondée sur des éléments objectifs tels que des IRM notamment, fixant le statu quo au 16 juillet 2019. La jurisprudence considère d'ailleurs que, lorsque les troubles dégénératifs préexistants au niveau de la colonne lombaire, qui étaient asymptomatiques, sont décompensés à cause d'un accident, l'aggravation doit être considérée comme terminée en règle générale après six à neuf mois, mais au plus tard après une année (TF 8C_755/2018 du 11 février 2019 consid. 4.4.2 ; 8C_326/2008 du 24 juin 2008 consid. 3.3). La recourante reproche en outre à l'intimée de s'être fondée sur l'avis du Dr W. _____ qui ne l'a pas examinée avant d'établir son rapport. A cet égard, le fait que le Dr W. _____ s'est prononcé sans avoir personnellement examiné l'assurée n'est, contrairement à l'opinion de la recourante, pas de nature à discréditer son appréciation. En effet, ce qui est décisif pour juger de la valeur probante d'un tel rapport, c'est que le dossier qui a servi de base à son établissement contienne suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré (cf. TFA U 492/00 du 31 juillet 2001 consid. 3 ; U 194/00 du 15 mars 2001 consid. 3c/ee, non publié in ATF 127 V 106 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.3). Or, tel est le cas en l'espèce. Au demeurant, la recourante n'expose pas les raisons qui conduiraient à ce qu'un examen personnel eut été nécessaire en lieu et place de l'examen de l'ensemble du dossier. Enfin, l'allégation de la recourante selon laquelle elle n'avait jamais ressenti de douleur dorso-lombaire avant l'accident relève d'un raisonnement post hoc ergo propter hoc. Semblable allégation permet uniquement de considérer l'existence d'un rapport de cause à effet comme une hypothèse possible, ce qui n'est pas suffisant. Ainsi, c'est sans arbitraire que l'intimée a nié l'existence d'un lien de causalité entre l'événement du 25 octobre 2018 et les douleurs dont se plaint la recourante au-delà du 16 juillet 2019. 7. Cela étant, on ne voit pas en quoi la mise en œuvre d'une expertise judiciaire requise par la recourante serait de nature à modifier l'appréciation de la Cour. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.6, et les références citées). 8. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais

judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA, applicable dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020 conformément à l'art. 83 LPGA). La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). L'intimée, bien que représentée par un avocat, n'y a pas droit non plus, en sa qualité d'assureur social (ATF 127 V 205). c) La recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Valérie Elsner Guignard, à compter du 28 novembre 2019 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC [Code de procédure civile suisse du 19 novembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Me Elsner Guignard a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de sa mandante le 22 février 2021. Elle a fait état de 10,85 heures consacrées à la présente procédure. Vérifiée d'office, la liste des opérations peut être approuvée. En définitive, il convient d'octroyer à Me Elsner Guignard un montant total de 2208 fr. 55 (débours forfaitaires à 5 % et TVA de 7,7 % compris) pour l'ensemble de ses activités. Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton. La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office, dès qu'elle sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC. Le Service juridique et législatif est chargé de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]) Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 28 octobre 2019 par J._____ SA est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. IV. L'indemnité d'office de Me Valérie Elsner Guignard, conseil d'office de G._____, est arrêtée à 2'208 fr. 55 (deux mille deux cent huit francs et cinquante-cinq centimes), débours et TVA compris. V. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Valérie Elsner Guignard (pour G._____), ■ J._____ 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.