

VD_GERICHTE ZA15.024260 vom 9. März 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-03-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA15.024260

FR: VD_GERICHTE ZA15.024260 du 9 mars 2016

IT: VD_GERICHTE ZA15.024260 del 9 marzo 2016

Erwägungen

E. 15

janvier 2014. Dans son rapport médical initial du 4 février 2014 à D. _____ SA, ce praticien a exposé avoir constaté chez sa patiente une contusion et un hématome du fessier droit, une contusion du coude droit et une augmentation des douleurs dorsales basses. Il a diagnostiqué une contusion de la fesse droite et du coude droit et fait état d'une incapacité totale de travail du 4 au 31 janvier 2014 devant être réévaluée. Le 1er mai 2014, le Dr U. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a prescrit 9 séances de physiothérapie et balnéothérapie en faveur de l'assurée.

- 3 - Dans son rapport médical intermédiaire du 26 mai 2014 à D. _____ SA, le Dr U. _____ a posé le diagnostic de traumatisme lombaire et de la hanche droite et de légère entorse de la coiffe de l'épaule droite. Il a indiqué que l'évolution était lente mais favorable et que le traitement de physiothérapie était terminé. Il a fait état d'une incapacité de travail totale de l'intéressée du 28 janvier au 27 mars 2014. Le 18 juin 2014, l'assurée s'est rendue au Centre hospitalier [...] en raison de douleurs au dos et y a été examinée par le Dr J. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie. Il ressort du compte-rendu de cette consultation que l'intéressée souffre de douleurs diffuses depuis plus de 10 ans et est suivie par le Dr B. _____, spécialiste en neurologie. Il a été relevé à titre d'antécédents médico-chirurgicaux des douleurs musculo-squelettiques polyinsertionnelles dans le contexte d'un syndrome fibromyalgique douloureux, des cervicalgies sur arthrose étagée prédominant en C6-C7, des lombalgies chroniques sur discopathies L4-L5 et L5-S1 révélées par une IRM (imagerie par résonance magnétique) pratiquée en 2013 et un trouble dépressif. Sous la rubrique « Problèmes et attitudes », le Dr J. _____ a indiqué une lombalgie non spécifique décompensée, une fibromyalgie probable et un syndrome de déconditionnement physique global et focal. Dans un rapport médical intermédiaire du 30 juin 2014 à D. _____ SA, le Dr Z. _____, spécialiste en rhumatologie, a indiqué que le traitement pour le cas accident était terminé à cette date. Le 9 juillet 2014, le Dr J. _____ a adressé un rapport au Dr L. _____ concernant la consultation de l'assurée du 18 juin 2014, dont il résulte notamment ce qui suit : « Diagnostics principaux : Lombalgies chroniques non spécifiques persistantes avec : ■ discopathies L4-L5 (protrusive médiane à ce niveau sans compression) et L5-S1 (IRM 2013) ■ syndrome de déconditionnement physique global et focal avec dysbalances musculaires sur hypoextensibilité de la musculature posturale et affaiblissement de la musculature phasique

- 4 - ■ Micro-instabilité segmentaire lombaire basse Co-morbidités : fibromyalgie probable Antécédents rachidiens : - cervicalgies sur arthrose étagée prédominant en C6-C7 (...) Rappel anamnestique : En janvier 2014 chute dans escaliers mouillés (2 marches) avec réception sur la fesse D [droite], important hématome à ce niveau et douleurs type brûlure sur toute la colonne et paresthésies au niveau de la tête; consulte sur place au [...] et puis dès

son retour à l'hôpital de [...] où une Rx [radiographie] bassin et du sacrum ne mettent pas en évidence de fractures. Depuis elle est à l'AT [arrêt de travail] 100% actuellement toujours en perte de gain, (...). Cette patiente présente une anamnèse de douleurs rachidiennes mécaniques, post-traumatiques, correspondant aux diagnostics ci-dessus, qui découlent également de l'examen clinique détaillé effectué à notre consultation (lequel est à votre disposition si vous le demandez). Il n'y a aucun élément parlant pour une lombalgie spécifique. ». Dans son rapport médical intermédiaire du 20 octobre 2014 à D. _____ SA, le Dr B. _____ a posé le diagnostic de polyinsertionite. Il a relevé que l'évolution de l'état de l'assurée présentait peu d'amélioration et indiqué qu'il était possible que des circonstances sans rapport avec l'accident jouaient un rôle dans cette évolution. Il a établi un pronostic très réservé, précisant qu'une expertise multidisciplinaire (neurologique, rhumatologique et psychiatrique) était souhaitée. Selon rapport médical intermédiaire du 7 novembre 2014 à D. _____ SA, le Dr K. _____, médecin praticien, a posé le diagnostic d'hématome intra-musculaire de la fesse droite et de lombalgie. Il ressort notamment ce qui suit du rapport médical intermédiaire du Dr Z. _____ du 16 janvier 2015 : « 1.1/ Diagnostics : Lombalgie basse et fessalgie droite post-accident déclaré le 04.01.2014 : chute dans les escaliers contusion du bas du dos et de la fesse droite et du membre supérieur droit au niveau du coude et de l'épaule.

- 5 - 2/ Evolution : a/ évolution et état actuel (subjectif et objectif) : Douleur du bas du dos de localisation para-lombosacrée droite avec irradiation dans la fesse droite. Lombalgie accentuée par les mouvements et les efforts sollicitant le rachis notamment en antéflexion et en charge. Lombo-pygalgie déclenchée en position assise debout statique respectivement après 30 minutes en position assise et 15 minutes en position debout. Douleur du coude et du bras droit avec limitation de la mobilité de l'épaule droite notamment en abduction et en élévation. Paresthésie diffuse de la main droite. b/ Des circonstances sans rapport avec l'accident jouent-elles un rôle dans l'évolution de l'état de santé ? : Oui. Dans l'affirmative lesquelles ? : Le seul facteur pouvant intervenir est constitué par le syndrome fibromyalgique douloureux ; néanmoins les douleurs du dos et du membre supérieur droit ont été clairement déclenchées suite aux contusions consécutives à l'accident du 4.01.2014. ». Ce praticien a encore relevé que l'assurée suivait un traitement de physiothérapie et hydrokinésithérapie et a suggéré la poursuite des thérapies physiques pour le dos et le membre supérieur droit, indiquant que ce traitement durerait probablement jusqu'en mars 2015. Il a en outre fait état d'une incapacité de travail totale de l'intéressée du 1er avril 2014 au 31 mars 2015, précisant qu'une reprise du travail à 40% était prévue pour le 1er avril 2015. D. _____ SA a soumis le cas de l'assurée à son médecin conseil, le Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Dans un questionnaire complété le 20 février 2015, ce praticien a indiqué que les lésions actuelles de l'assurée n'étaient pas en lien direct avec l'accident du 4 janvier 2014 et que le statu quo était intervenu le 1er juillet 2014. Après avoir décrit le contenu des différents rapports médicaux des médecins ayant examiné l'intéressée depuis son accident, il a explicité son avis comme suit dans un rapport du même jour : « 20.02.2015

- 6 - Soumission interne avec la question du lien entre les lésions actuelles et l'événement qui nous concerne, ainsi que la durée du traitement. Ma réponse est négative. En effet, en tenant compte de ce qui précède, aucune lésion structurelle, d'origine traumatique, n'a pu être objectivée, en relation avec l'accident du 04.01.2014. Le diagnostic s'est limité à des contusions et hématome, avec un pronostic limité à quelques semaines. Selon toute

vraisemblance, c'est le contexte de fibromyalgie et de souffrance rachidienne dégénérative, connu depuis des années avant l'accident, qui est responsable de la persistance des symptômes. En l'état du dossier, il faut retenir que le tableau est, actuellement, à charge de la Caisse maladie. Le status quo est intervenu, au plus tard, six mois après l'accident, à savoir le 01.07.2014. ». Par décision du 11 mars 2015, D._____ SA a mis fin au versement de ses prestations en faveur de l'assurée pour les frais relatifs à l'accident du 4 janvier 2014 à partir du 1er juillet 2014 au soir. Après avoir constaté que l'intéressée présentait déjà des séquelles antécédentes à l'accident, elle a considéré, se référant à l'avis du Dr H._____, que les séquelles traumatiques dues à l'accident avaient cessé six mois après sa survenance, soit le 1er juillet 2014, et que si des troubles déterminaient encore la nécessité de suivre un traitement médical au-delà de cette date ou entraînaient une incapacité de travail, ils seraient à mettre uniquement sur le compte de facteurs étrangers à l'accident. Le 2 avril 2015, l'assurée a fait opposition à cette décision. Elle a exposé en substance que les causes de ses douleurs actuelles, ressenties sur la partie droite de son corps (jambe, hanche et bras), étaient dues à l'accident du 4 janvier 2014 et non pas à la fibromyalgie et/ou aux souffrances rachidiennes dégénératives. Elle a indiqué qu'il s'agissait de douleurs profondes et non pas de douleurs diffuses, précisant avoir conscience de son corps et reconnaître que les douleurs ressenties étaient dues à l'accident. Elle a également relevé qu'il ressortait du rapport du 9 juillet 2014 du Dr J._____ que ses douleurs étaient de nature post-traumatique, expliquant que ce praticien lui aurait indiqué que sa convalescence et sa guérison suite à l'accident prendraient du temps. Enfin, elle s'est déclarée disposée à passer une expertise médicale afin de clarifier sa situation.

- 7 - Par décision sur opposition du 18 mai 2015, D._____ SA a rejeté cette opposition et confirmé sa décision du 11 mars 2015, considérant en particulier ce qui suit : « Le dossier médical a été soumis au médecin-conseil de l'intimée, le Docteur H._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique à [...]. Il constate que les radiographies du bassin et du sacrum réalisées le 10 janvier 2014 concluent à l'absence de fracture. Le Docteur H._____ retient donc qu'aucune lésion structurelle d'origine traumatique n'a pu être objectivée. Il observe que le diagnostic s'est « limité » à des contusions et hématomes pour lequel il établit un pronostic de six mois (statu quo). Postérieurement au 1er juillet 2014, le médecin-conseil est d'avis que le lien de causalité entre les troubles et la chute dans les escaliers n'est plus établi au degré de vraisemblance prépondérante. La suite relève, selon lui, de problèmes maladiques antérieurs à l'accident pour lesquels l'intimée alloue, d'ailleurs, des indemnités journalières dans le cadre d'un dossier perte de gain maladie. ». B. Par acte du 12 juin 2015, Q._____, représentée par AXA- ARAG Protection juridique, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à son annulation et à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire portant sur sa situation médicale, subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimée pour instruction supplémentaire, à charge pour cette dernière d'organiser une expertise médicale hors son service médical interne. La recourante a exposé en substance que dans la mesure où elle avait expliqué dans son opposition que les douleurs dues à l'accident se situaient ailleurs que les douleurs dues à la maladie, l'intimée aurait dû faire instruire cette problématique en mettant en œuvre une expertise neutre, externe à son propre service médical, ce d'autant plus que les conséquences d'une fibromyalgie sont difficiles à appréhender. Elle a également rappelé que le rapport du Dr J._____ du 9 juillet 2014 invoqué dans le cadre de son opposition confirmait le bien-fondé de celle-ci. Dans sa réponse du 14 août 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation

de sa décision sur opposition du 18 mai 2015. Elle a exposé en premier lieu que le Dr H._____ ayant constaté une situation médicale très claire, une expertise apparaissait superflue.

- 8 - Elle a indiqué que ce praticien avait relevé l'absence de lésion structurelle traumatique objectivée, que les radiographies du bassin et du sacrum n'avaient pas révélé de fracture et démontraient un bon alignement des pièces sacro-coccygiennes et que les troubles traumatiques s'étaient limités à des contusions et hématomes, problèmes qui entraînaient un pronostic de quelques semaines. L'intimée a rappelé l'existence d'un état maladif antérieur sous forme de fibromyalgie depuis plus de dix ans, d'état dépressif et de souffrance rachidienne dégénérative, précisant allouer à la recourante, dans le cadre d'un dossier maladie, des indemnités perte de gain à compter du 21 octobre 2013 pour ces troubles malades antérieurs. Compte tenu de ces éléments, elle a considéré que les plaintes au-delà du 1er juillet 2014 étaient à mettre sur le compte de l'état maladif antérieur. S'agissant du rapport du 9 juillet 2014 du Dr J._____ invoqué par la recourante, mentionnant des douleurs rachidiennes mécaniques post-traumatiques, elle a produit un rapport complémentaire du Dr H._____ du 14 août 2015, dont il résulte notamment ce qui suit : « Le recours invoque l'absence d'instruction supplémentaire et met en avant le rapport du Dr J._____ du 09.07.2014. Concernant ce dernier je relève tout d'abord que notre Confrère parle de lombalgies chroniques non spécifiques pour lesquelles plusieurs substrats dégénératifs sont invoqués, de nature clairement non traumatiques. Pour ce qui est de la description de « post-traumatique » (verso, 2e paragraphe), il s'agit de toute évidence d'une relation chronologique, sans relation de causalité. Il faut entendre par post- traumatique, douleurs présentes chronologiquement après un événement, sans que cela implique une origine accidentelle. Cette dernière est en effet exclue par l'absence de toute objectivation de lésions structurelles en relation avec le traumatisme. Après avoir repris le dossier, je ne puis que confirmer mon appréciation du 20.02.2015 à savoir que, selon toute vraisemblance, c'est le contexte de fibromyalgie et de souffrance rachidienne dégénérative, connu depuis des années, qui est responsable de la persistance des symptômes. ». Par réplique du 2 septembre 2015, la recourante a confirmé le contenu et les conclusions de son recours, soulignant que les douleurs rachidiennes mécaniques post-traumatiques n'avaient pas été expertisées

- 9 - correctement, ce d'autant plus que les lombalgies chroniques ont été définie comme non spécifiques, respectivement non définies. Dans sa duplique du 12 octobre 2015, l'intimée a confirmé les conclusions de sa réponse. Elle a relevé que le Dr J._____, dans son rapport du 9 juillet 2014, avait fait état de lombalgies chroniques non spécifiques, soit non définies, de nature clairement non traumatique et qu'il s'agissait de discopathies L4-L5 et L5-S1 pour lesquelles la recourante avait effectué un examen radiologique en 2013 déjà, soit avant l'accident. Elle a également produit un rapport complémentaire du Dr H._____ du 5 octobre 2015, dont il résulte ce qui suit : « J'ai pris note de l'argument mis en avant au 3ème paragraphe de ladite correspondance [réd. : réplique du 2 septembre 2015] concernant le terme post-traumatique. Bien que ce terme soit souvent employé pour décrire une situation consécutive à un problème accidentel, cela ne peut être accepté dans le cas présent. Il faut retenir ici sa signification première, à savoir situation chronologiquement postérieure à la survenance d'un événement traumatique, sans relation de causalité. En effet, dans le cas de Madame Q._____, une situation dégénérative préexiste, certifiée par son médecin-traitant et à l'origine de lombalgies chroniques non spécifiques, de longue date. Je

rappelle que le dossier ne fait état d'aucune lésion d'origine traumatique ayant pu être objectivée. Par ailleurs, la notion de fibromyalgie est présente de longue date et fait l'objet d'un dossier assécurologique en perte de gain maladie, actuellement en cours. Etant donné ce qui précède, je ne peux que confirmer mon appréciation précédente, à savoir que, selon toute vraisemblance, la persistance des symptômes doit être attribuée au contexte fibromyalgique et de souffrance rachidienne dégénérative connue et établie. ». E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-
- 10 - accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du

E. 18

octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) Le litige porte en l'occurrence sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme à ses prestations en faveur de la recourante à compter du 1er juillet 2014. 3. a) Selon 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. Aux termes de

- 11 - 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 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. 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées ; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; TF 8C_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1 ; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 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_403/2012 du 19 juin 2012 consid. 3.3 ; TF 8C_42/2009 du 1er octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, l'inapplication de l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006 consid. 6).

- 12 - Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 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 l'assurance sociale. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît certes possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 117 V 359 consid. 4a ; TF 8C_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1 ; Frésard/Moser- Szeless, L'assurance-accident obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 2ème éd., n. 79, p. 865). c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique également 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 ; ATF 125 V 456 consid. 5a et les références citées ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, comme c'est le cas en l'espèce, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références citées).

- 13 - d) Aux termes 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 a été causé ou aggravé par l'accident (TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2 ; TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; TF 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). Cela signifie que si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prêter. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3 ; TFA U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2).

- 14 - e) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, des lombalgies consécutives à une chute n'ayant pas provoqué de lésion osseuse cessent de produire leurs effets quelques mois (six en général) après la survenance de l'événement accidentel (TFA U 401/00 du 6 juin 2001 consid. 4b et les références citées). 4. De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de façon objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider 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. 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 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; Pratique VSI 2001 p. 109, consid. 3b/cc).

- 15 - En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid.

3.3.2). 5. En l'espèce, se fondant sur le rapport de son médecin conseil, le Dr H. _____, l'intimée a considéré que les douleurs ressenties par la recourante n'étaient plus en lien avec l'accident du 4 janvier 2014 dès le 1er juillet 2014, date à laquelle son état de santé était tel qu'il serait de toute manière apparu tôt ou tard (statu quo sine) en raison de son état maladif antérieur. A l'examen des rapports médicaux, on relève que le médecin traitant de la recourante a constaté chez sa patiente une contusion et un hématome du fessier droit, une contusion du coude droit et une augmentation des douleurs dorsales basses. Les radiographies du bassin et du sacrum réalisées le 10 janvier 2014 n'ont révélé aucune fracture et ont mis en évidence un bon alignement des pièces sacro-coccygiennes. Le 26 mai 2014, le Dr U. _____, qui avait prescrit des séances de physiothérapie et balnéothérapie, a exposé que le traitement était terminé, précisant que l'évolution était lente mais favorable. Le 30 juin 2014, le Dr Z. _____ a indiqué que le traitement pour le cas d'accident était terminé à cette date. Si ce praticien a encore décrit d'importantes douleurs et suggéré la poursuite des thérapies physiques pour le dos et le membre supérieur droit dans son rapport du 16 janvier 2015, il a aussi indiqué que des circonstances sans rapport avec l'accident jouaient un rôle dans l'évolution de l'état de santé de la recourante, soit un syndrome fibromyalgique douloureux, précisant néanmoins que les douleurs du dos et du membre supérieur droit ont été clairement déclenchées suite aux contusions consécutives à l'accident du 4 janvier 2014. La recourante est en effet suivie depuis plusieurs années pour une fibromyalgie. Le compte-

- 16 - rendu de la consultation du Dr J. _____ du 18 juin 2014 expose que l'intéressée souffre de douleurs diffuses depuis plus de 10 ans et est suivie par le Dr B. _____ (qui a lui-même confirmé le diagnostic de polyinsertionite dans son rapport du 20 octobre 2014). Le Dr J. _____ a encore relevé à titre d'antécédents médico-chirurgicaux des douleurs musculo-squelettiques polyinsertionnelles dans le contexte d'un syndrome fibromyalgique douloureux, des cervicalgies sur arthrose étagée prédominant en C6-C7, des lombalgies chroniques sur discopathies L4-L5 et L5-S1 et un trouble dépressif. Au vu de ces éléments, le Dr H. _____ a exposé dans son rapport du 20 février 2015 qu'aucune lésion structurelle, d'origine traumatique, n'avait pu être objectivée en relation avec l'accident du 4 janvier 2014, que le diagnostic s'était limité à des contusions et hématome et que selon toute vraisemblance, c'était le contexte de fibromyalgie et de souffrance rachidienne dégénérative, connu depuis des années avant l'accident, qui était responsable de la persistance des symptômes. Il a ainsi retenu que le statu quo était intervenu au plus tard 6 mois après l'accident, en l'occurrence le 1er juillet 2014. On peut reconnaître une pleine valeur probante au rapport du

E. 20

février 2015 du Dr H. _____, qui a pris en compte et apprécié l'ensemble des rapports médicaux, ne contient pas de contradiction, et dont les conclusions sont bien motivées et apparaissent convaincantes. Contrairement à ce que soutient la recourante, le rapport du 9 juillet 2014 du Dr J. _____ ne permet pas d'établir que les douleurs ressenties postérieurement au 1er juillet 2014 étaient encore en lien avec l'accident du 4 janvier 2014. Si ce praticien évoque une anamnèse de douleurs rachidiennes mécaniques post-traumatiques, le Dr H. _____, dans ses rapports complémentaires des 14 août et 5 octobre 2015, a expliqué de manière convaincante que le terme « post-traumatique » devait être compris comme une relation chronologique sans relation de causalité, soit des douleurs présentes chronologiquement après un événement, sans que cela implique une origine

accidentelle, celle-ci étant

- 17 - exclue par l'absence de toute objectivation de lésions structurelles en relation avec le traumatisme. En outre, les diagnostics posés par le Dr J. _____ dans son rapport du 9 juillet 2014 sont en relation avec les troubles dégénératifs dont souffre l'intéressée. En effet, les lombalgies chroniques non spécifiques persistantes ont notamment été diagnostiquées avec des discopathies L4-L5 et L5-S1 qui ont été révélées par une IRM pratiquée en 2013, soit antérieurement à l'accident, ce qui démontre que les douleurs rachidiennes mécaniques post-traumatiques évoquées dans ledit rapport sont à mettre en lien avec l'état maladif antérieur de la recourante. Compte tenu de ce qui précède, force est de constater qu'il n'existe pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité naturelle entre l'accident du 4 janvier 2014 et les douleurs ressenties par la recourante au-delà du 1er juillet 2014, ce lien n'étant au mieux que possible, ce qui est insuffisant pour reconnaître le droit aux prestations de l'assurance-accident. Au contraire, au vu des éléments médicaux, lesdites douleurs apparaissent plus probablement comme la conséquence des troubles dégénératifs dont l'intéressée souffrait déjà antérieurement à l'accident, soit la fibromyalgie et les souffrances rachidiennes dégénératives. Partant, il ne se justifie pas de s'écarter des conclusions émises par le Dr H. _____ à cet égard, qui a retenu que le statu quo sine était intervenu au plus tard six mois après l'accident, ce qui correspond au demeurant à la jurisprudence du Tribunal fédéral pour le type de lésions dont a souffert la recourante (cf supra consid. 3e). En outre, en présence d'une atteinte à la santé physique, il n'y a pas lieu d'examiner s'il existe un lien de causalité adéquate (cf. supra consid. 3c). Il s'ensuit que c'est à juste titre que l'intimée a mis un terme aux prestations d'assurance-accident au 1er juillet 2014 au motif qu'à cette date, le statu quo sine était atteint. 6. Si l'assureur 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

- 18 - degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 459 consid. 4a ; ATF 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 119 V 335 consid. 3c ; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références citées). En l'occurrence, l'instruction apparaissant suffisante, la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise doit être rejetée, les éléments du dossier étant clairs, dénués de contradiction et permettant à la Cour de statuer. 7. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient finalement pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA- VD).

- 19 -