

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 mars 2020

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Neu et Mme Dessaux, juges
Greffière : Mme Guardia

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourante, représentée par Me Christophe Piguet, avocat
à Lausanne,

T. _____ **SA**, à [...], recourante,

et

M. _____ **SA**, à Lausanne, intimée.

Art. 29 al. 2 Cst. ; art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en [...], a travaillé en qualité d'employée en intendance pour la [...], respectivement la [...], au taux de 90 %, ainsi qu'en qualité de concierge de son immeuble pour le compte de [...], au taux de 10 %.

A ce titre, elle était assurée auprès de M. _____ SA contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles.

Le 19 août 2014, vers 19 heures 30, alors qu'elle était en train de manger, l'assurée a perdu l'équilibre et a levé son bras, plantant ainsi sa fourchette dans son œil droit (cf. déclaration d'accident du 29 août 2014). Elle s'est présentée le lendemain à [...] où le diagnostic de plaie cornéenne pénétrante avec incarceration irienne a été posé. Il a également été constaté deux perforations cornéennes à 5h et 7h, avec incarceration irienne à 7h, plaie conjonctivale superficielle, une cataracte traumatique et un décollement de rétine et prolifération vitréo-rétinienne. L'assurée a séjourné dans cet établissement jusqu'au 2 septembre 2014.

Le 20 août 2014, l'assurée a subi une suture de plaies cornéennes et désincarcération irienne. Au vu du développement rapide d'une cataracte, une nouvelle intervention a eu lieu le 27 août 2014, soit une phacoémulsification avec mise en place d'un implant intraoculaire, vitrectomie pars plana avec cryothérapie, endolaser, rétinectomie et silicone. Aux termes de leur rapport d'hospitalisation du 1^{er} octobre 2014, les Drs L. _____, R. _____, spécialistes en ophtalmologie, et Z. _____, respectivement médecins chefs et médecin assistante auprès [...], ont relevé ce qui suit : « [...] La cataracte a été opérée sans complication avec mise en place d'un implant intraoculaire dans le sulcus. [...] Les suites opératoires ont été rapidement favorables sous traitement anti-inflammatoire et antibiotique topique [...] ainsi que maintien d'une antibiothérapie systémique [...] ».

A la suite de cet accident, une incapacité de travail à 100 % a été attestée dès le 20 août 2014.

Le cas a été pris en charge par M. _____ SA.

Dans un rapport du 22 septembre 2014, le Dr R. _____ a constaté ce qui suit : « 2 plaies cornéennes transfixiantes (inféro-nasale et inféro-temporale), cellules +++ en chambre antérieure, incarceration irienne en temporal-inférieur ». Il a posé le diagnostic de « perforations cornéennes traumatiques œil droit avec incarceration irienne » et précisé que l'assurée avait « développ[é] par la suite une cataracte traumatique + hématorvitré + possible endophtalmie post-traumatique ».

Le 28 novembre 2014, l'assurée a subi une troisième intervention, soit une « vitrectomie 23 G, pelage, rétinectomie, laser, silicone en ALR ».

A l'occasion d'un entretien le 21 janvier 2015 avec l'expert en dommage de l'assureur-accident, l'assurée a indiqué qu'elle ne voyait quasiment plus avec l'œil accidenté, qu'elle n'apercevait que des ombres jusqu'à 10 à 15 cm, distance à partir de laquelle elle ne distinguait plus rien. Elle ressentait encore parfois des douleurs dans l'œil, mais de moins en moins. L'assurée a précisé se sentir très fatiguée, avoir de la peine à sortir de chez elle et se sentir parfois comme déséquilibrée.

Dans un rapport du 25 février 2015, la Dre L. _____ a indiqué que l'évolution clinique était favorable. L'assurée se plaignait d'une vision réduite de l'œil droit, d'une gêne à l'œil gauche et de céphalées. Une atteinte à l'intégrité était à prévoir pour la perte de la fonction visuelle de l'œil droit.

L'assurée a subi une nouvelle intervention le 27 mars 2015. Dans son compte-rendu du 31 mars 2014, la Dre L. _____ a indiqué : « j'ai pu réaliser une ouverture capsulaire, enlever les synéchies et j'ai pu

constater qu'après l'ablation de silicone, la rétine supérieure ne restait pas à plat. J'ai donc réalisé une rétinectomie pour vider le liquide sous rétinien, renforcé le laser et remis un tamponnement par huile de silicone ». L'ophtalmologue a précisé que l'assurée présentait un status oculaire difficile et que le pronostic quant à la fonction visuelle était sombre.

Dans un courrier du 5 mai 2015, le Dr H. _____, spécialiste en médecine interne et médecin-conseil auprès de M. _____ SA, a indiqué ne pas comprendre l'incapacité totale de travail encore attestée jusqu'au 30 juin 2016. Il estimait que l'activité habituelle de femme de ménage pouvait être reprise, au moins à temps partiel.

En réponse, la Dre L. _____ a indiqué, le 21 mai 2015, qu'une nouvelle intervention était prévue d'ici un mois car il existait un tamponnement par huile de silicone. Certains mouvements et efforts étaient fortement déconseillés. La spécialiste a précisé avoir attesté d'une incapacité de travail de l'assurée à 100 % jusqu'à la prochaine intervention - prévue d'ici la fin du mois de juin 2015 -, avant de prendre connaissance du courrier du Dr H. _____.

La Dre L. _____ a attesté d'une incapacité de travail de 50 % entre le 1^{er} et le 8 juillet 2015, date à laquelle l'assurée a subi une nouvelle intervention - « vitrectomie 23 G, ablation huile de silicone, libération des synéchies, repositionnement de l'IOL dans le sulcus, injection d'huile de silicone en ALS » (cf. rapport du 9 juillet 2015 de la Dre L. _____) -, puis de 100 % du 9 juillet au 16 août 2015 et de 50 % du 17 août 2015 au 29 février 2016.

Par courrier du 12 octobre 2015, le Dr H. _____ a requis de [...] des renseignements sur la situation de l'assurée. Il a en particulier demandé quelles étaient les limitations fonctionnelles contribuant à l'incapacité de travail attestée de 50 % et si une reprise totale du travail était exigible.

Par rapport du 10 décembre 2015, le Dr C._____, spécialiste en ophtalmologie et médecin-chef auprès de [...], a notamment relevé que sa patiente rapportait des douleurs variables dans le temps au niveau de l'œil. Le spécialiste a expliqué qu'une éviscération permettrait de régler définitivement le problème des douleurs et améliorerait l'aspect esthétique de l'œil.

Par rapport du 16 décembre 2015 faisant suite à l'envoi du 12 octobre 2015 du Dr H._____, la Dre L._____ a indiqué que l'œil droit de l'assurée évoluait vers une phtisie bulbi avec des douleurs variables. L'acuité visuelle de l'œil droit était réduite à une perception lumineuse vague. Il avait été proposé une éviscération de cet œil et, dans un deuxième temps, la mise en place d'une prothèse oculaire. L'ophtalmologue a expliqué que la perte de l'œil droit constituait la limitation fonctionnelle justifiant une diminution de la capacité de travail à 50 %. Une reprise totale du travail n'était pas encore exigible.

Le 16 février 2016, le Dr H._____ a recommandé à M._____ SA de tenir compte d'une capacité de travail de 65 % sur la base d'une vision monoculaire dès le 1^{er} mars 2016. Les médecins de [...] ont continué à attester d'une incapacité de travail de 50 % jusqu'au 18 mai 2016.

L'assurée a été hospitalisée du 18 au 19 mai 2016. Elle a subi, le 18 mai 2016, une intervention consistant en l'éviscération de l'œil droit. Suite à cette opération, les médecins de [...] ont attesté de son incapacité de travail totale jusqu'au 22 août 2016.

L'assurée a été mise au bénéfice d'un certificat d'incapacité de travail au taux de 60 % entre le 23 et le 28 août 2016. A la suite d'un épisode de conjonctivite avec tuméfaction périorbitaire nécessitant une antibiothérapie topique par Floral collyre, [...] a attesté de son incapacité de travail au taux de 100 % entre le 29 août et le 11 septembre 2016 (cf. rapport du 7 novembre 2017 du Dr C._____), puis de 60 % dès le 12 septembre 2016 jusqu'au 31 décembre 2016.

Dans un rapport du 27 mars 2017, les Drs C._____ et T._____, médecin assistant auprès de [...], ont indiqué que la prothèse oculaire était bien supportée.

Par certificat médical du 22 mai 2017, les Drs C._____ et K._____, médecin assistante auprès de [...], ont relevé que l'assurée présentait une cécité définitive de l'œil droit. Cet œil avait été éviscéré en mai 2016 et depuis, l'intéressée portait une prothèse nécessitant un renouvellement tous les huit ans et un polissage tous les six mois. L'assurée présentait une vision constamment monoculaire et rapportait une grande fatigue, avec notamment la présence de céphalées tous les jours en fin de journée. Elle travaillait alors au taux de 40 %.

Dans un rapport du 23 mai 2017, le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic de trouble dépressif persistant (dysthymie) avec anxiété, avec apparition précoce (F34.1). Le psychiatre a relevé que « l'affectivité est caractérisée par un état d'anxiété-dépression, à présent forte. Cette condition s'est détériorée à cause des résultats des examens médicaux récents. Cette altération de l'affectivité qui a surgi réactivement se décline aussi avec un fort sentiment de malaise et d'incertitude ». Il a fixé la capacité de travail de l'assurée à 40 % dès le mois de janvier 2017 en raison de ses problèmes physiques et psychiatriques.

Par décision du 24 juillet 2017, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a refusé d'octroyer à l'assurée une rente d'invalidité.

Dans un courrier du 7 novembre 2017, le Dr C._____ a relevé que, dès le 1^{er} janvier 2017, concernant l'état ophtalmologique, le statut était consolidé avec une cécité définitive de l'œil droit. Le travail de l'assurée devait être adapté car elle n'avait plus de vision binoculaire et était monoptalme définitivement.

Dans un rapport médical du 12 septembre 2017 à l'OAI, le Dr D._____, médecin traitant de l'assurée, a relevé la dégradation de l'état de santé de cette dernière et préconisé la mise en place d'une expertise médicale approfondie.

Par décision du 29 décembre 2017, M._____, SA a accordé à l'assurée une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 35 % correspondant à un montant de 44'100 francs. Elle a précisé que le volet psychiatrique ferait l'objet d'une instruction séparée, à réception des documents médicaux du Dr D._____.

Le 5 mars 2018, le Dr F._____ a indiqué que l'assurée l'avait consulté la première fois le 2 novembre 2015 et que les consultations s'espaciaient de quinze jours à un mois.

Par décision du 13 mars 2018, M._____ SA a refusé de prendre en charge l'affection psychique de l'assurée, estimant que celle-ci devait revenir à T._____ SA, assureur-maladie de l'intéressée. M._____ SA a en effet estimé que les troubles psychiatriques de l'assurée n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'événement du 19 août 2014.

Par décision du 15 mars 2018, M._____ SA a indiqué qu'elle rembourserait tous les frais liés à la prothèse oculaire.

Par acte du 26 mars 2018, T._____ SA s'est opposée à la décision du 13 mars 2018. Elle a complété son opposition le 18 avril 2018. Elle a estimé que l'accident survenu le 19 août 2014 était de gravité moyenne, à la limite des cas graves. Dès lors, la gravité, la nature particulière des lésions ainsi que les difficultés et complications importantes ayant découlé de l'événement litigieux justifiaient que soit retenue l'existence d'un lien de causalité adéquate avec les atteintes psychiatriques. Elle a ajouté que, par surabondance, le traitement de l'atteinte oculaire s'était déroulé sur un temps anormalement long, que l'assurée présentait des douleurs persistantes et que la possibilité d'une

erreur médicale devait également être examinée. T._____ SA réclamait dès lors qu'il soit procédé à un complément d'instruction.

Par acte du 30 avril 2018, l'assurée, représentée par Me Christophe Piguet, s'est également opposée à la décision du 13 mars 2018. Elle a complété dite opposition le 14 novembre 2018. A l'appui de son opposition, elle a produit un courrier du 15 octobre 2018 du Dr F._____ posant le diagnostic de trouble dépressif persistant (dysthymie) avec anxiété, avec apparition précoce (F34.1). Le psychiatre confirmait que la capacité de travail était toujours réduite en raison des problèmes psychiatriques et oculaires, à un taux de 40 %, et précisait que l'invalidité psychiatrique de l'assurée s'élevait au maximum à 40-45 %.

Par décision sur opposition du 20 novembre 2018, M._____ SA a rejeté les oppositions susmentionnées et confirmé la décision du 13 mars 2018. Elle a considéré que l'événement du 19 août 2014 constituait un accident de gravité moyenne. Elle a estimé qu'il n'existait pas de lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'événement litigieux dès lors que seuls deux des critères consacrés par la jurisprudence étaient réalisés.

B. Par acte du 21 décembre 2018, G._____, sous la plume de son représentant, a déféré la décision sur opposition susmentionnée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et au renvoi de la cause devant M._____ SA pour nouvelle décision au sens des considérants et mise en place d'une expertise judiciaire (cause AA 1/19). Elle a critiqué que M._____ SA n'ait pas tranché la question de savoir si les troubles psychiques développés se trouvaient en lien de causalité naturelle avec l'événement du 19 août 2014. Elle a également estimé que l'assureur-accident avait violé son devoir d'instruire. Elle a enfin fait valoir que plusieurs critères fixés par la jurisprudence pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate étaient remplis. Elle a enfin requis que soit ordonnée une expertise judiciaire.

Le même jour, T._____ SA a également recouru contre la décision sur opposition du 20 novembre 2018 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et au renvoi de la cause devant M._____ SA pour nouvelle décision et mise en place d'une expertise judiciaire (cause AA 184/18). T._____ SA a formulé les mêmes griefs que G._____. Elle a également requis que soit ordonnée une expertise judiciaire.

Par demande du 7 janvier 2019, la recourante G._____ a requis d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par avis du 9 janvier 2019, la juge en charge de l'instruction a joint les causes AA 1/19 et AA 184/18.

Par ordonnance du 25 février 2019, la juge instructrice a accordé à G._____ le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 7 janvier 2019, l'a exonérée d'avances et de frais judiciaires et lui a nommé un avocat d'office en la personne de Me Piguet. Elle était en outre astreinte au paiement d'une franchise mensuelle de 50 fr. dès et y compris le 1^{er} avril 2019.

Par réponse du 8 mars 2019, M._____ SA a conclu au rejet du recours. Elle a produit un avis du 4 mars 2019 du Dr M._____, médecin généraliste et médecin-conseil, au contenu suivant :

« Le dossier m'a été soumis oralement en février 2018. Je m'étais alors prononcé comme suit.

Le 20.08.2014, l'assurée a été opérée pour réparer la déchirure de la cornée et le 27.08.2014 et tenter de replacer correctement la rétine au travers d'une fixation par silicone. Suite à la prolifération vitréo-rétinienne dont elle a été frappée, plusieurs interventions ambulatoires ont eu lieu pour tenter de réappliquer la rétine, soit les 28.11.2014, 27.03.2015 et 08.07.2015, sans succès toutefois puisque la cécité s'est installée de façon définitive. Face à un phthisis bulbi inesthétique (œil décoloré sans pupille), une éviscération a été faite le 18.05.2016. L'assurée porte depuis une prothèse.

Les complications rencontrées par Madame G._____ sont des complications connues et médicalement prévisibles à la suite du

type de traumatisme subi par cette dernière. Le traitement a été tout à fait approprié et il n'y a pas eu d'erreur médicale.

Concernant la durée et l'intensité du traitement médical, l'espacement des opérations était de plusieurs mois, mais elles ont été réalisées de façon ambulatoire et n'ont pas généré d'impotence, d'immobilisation prolongée et/ou de douleurs importantes. Entre ces chirurgies, l'état de santé ne nécessitait pas des traitements intenses, l'assurée était à même d'effectuer les actes quotidiens de la vie et gardait toute son autonomie. Hormis la prise en charge à la suite directe de l'accident, seule l'éviscération de l'œil a été faite de façon stationnaire (deux jours d'hospitalisation). La prothèse mise en place a été bien supportée, selon le rapport ophtalmologique du 27.03.2017 ».

Par réplique du 26 mars 2019, T. _____ SA a maintenu ses précédents moyens et conclusions. Elle a regretté que l'avis du Dr M. _____ donné en février 2018 n'ait pas été protocolé au dossier et a reproché à M. _____ SA d'avoir violé ainsi son droit d'être entendue.

La recourante G. _____ s'est déterminée le 7 juin 2019 et a réitéré ses griefs et maintenu ses conclusions, reprochant également à M. _____ SA d'avoir violé son droit d'être entendue en ne laissant pas apparaître au dossier l'avis du Dr M. _____ de février 2018. A l'appui de son écriture, elle a produit :

- un rapport du 25 mars 2019 du Dr D. _____ posant le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2).
- un rapport du 27 mars 2019 du Dr F. _____ confirmant le diagnostic de trouble dépressif persistant (dysthymie) avec anxiété, avec apparition précoce (F34.1).
- un rapport du 10 mai 2019 des Drs C. _____ et P. _____, médecin assistant auprès de [...], indiquant notamment :

« 2. Gravité des lésions, caractère réversible/irréversible de celles-ci ;

- Traumatisme oculaire ouvert à l'œil droit avec complications dont :
 - Cataracte traumatique.
 - Décollement de rétine avec prolifération vitréo-rétinienne sévère.
 - Hypotension introculaire à 2mmHg (moyenne 10-22mmHg).

Toutes Ces complications ont entraîné [sic] un phtisis bulbis post-traumatique qui a porté à l'éviscération de l'œil droit à cause de douleurs importantes, réalisée le 18.05.2016.

4. La patiente se plaint-elle de douleurs/de gênes ? Le cas échéant, de quels types, depuis quand et à quelle fréquence ?

- La patiente se plaint de maux de tête et de céphalées depuis l'accident. Puis d'une gêne au niveau de la cavité orbitale droite depuis le 18.05.2016

5. Les céphalées sont-elles un symptôme usuel suite à ce type de lésions ?

- Oui

6. Incapacité de travail ? A quel taux ?

- Au point de vue ophtalmologique, il n'y a pas d'arrêt pour autant que le travail soit adapté à une personne monophthalme ».

- un rapport du 21 mai 2019 des Drs C._____ et P._____, indiquant :

« 3. Prise de position sur la position du médecin-conseil de M._____ SA, le Dr M._____, spécialiste en médecine interne, indiquant que, selon lui, « *les complications rencontrées par Madame G._____ sont des complications connues et médicalement prévisibles à la suite du type de traumatisme subi par cette dernière* », dont copie vous est remise en annexe ;

- Les complications sont effectivement connues mais pas médicalement prévisibles. Elles deviennent médicalement possibles selon l'évolution du traumatisme constatée lors des contrôles de suivi ».

M._____ SA s'est déterminée par acte du 2 juillet 2019.

Par acte du 12 juillet 2019, T._____ SA a confirmé ses griefs.

Le 25 juillet 2019, G._____ s'est à nouveau déterminée.

Le 15 août 2019, Me Piguet a produit sa liste des opérations.

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, déposés 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), les recours sont recevables.

2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante G._____ à des prestations de l'assurance-accident à raison de l'événement du 19 août 2014, singulièrement sur le point de savoir si l'atteinte à la santé psychiatrique dont souffre cette dernière doit être prise en charge par l'assureur-accident.

b) Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. Selon le ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 sont en effet régies par l'ancien droit.

3. Dans un grief d'ordre formel, les recourantes se prévalent d'une violation de leurs droits d'être entendues.

a) La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chacun de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3 ; 141 V 557 consid. 3.1 et références citées).

Le droit d'être entendu garantit notamment à la personne concernée le droit d'avoir accès au dossier pour connaître préalablement les éléments dont dispose l'autorité et jouir ainsi d'une réelle possibilité de faire valoir ses arguments avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique (ATF 142 III 48 consid. 4.1.1 ; 142 II 218 consid. 2.3 ; 135 II 286 consid. 5.1 et les références citées).

Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 29 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause

soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références citées).

b) Les recourantes reprochent à l'intimée de ne pas leur avoir communiqué l'avis du Dr M._____ rendu oralement en février 2018.

En l'occurrence, force est de constater que, dans son rapport du 4 mars 2019 reprenant un avis exprimé en février 2018, le Dr M._____ n'a fait que constater qu'il n'existait pas d'éléments médicaux attestant de la moindre erreur médicale dans le suivi de la recourante G._____. Plusieurs rapports médicaux confirment que l'assurée a présenté des complications dans l'évolution de son traumatisme (cf. rapports des Drs L._____, R._____ et Z._____ du 1^{er} octobre 2014 ; de la Dre L._____ du 25 février 2015 ; des Drs C._____ et K._____ du 22 mai 2017 ; du Dr C._____ du 7 novembre 2017 ; des Drs C._____ et P._____ des 10 et 21 mai 2019). S'il est ainsi regrettable que l'avis exprimé par le Dr M._____ n'ait pas été protocolé au dossier, il y a lieu de relever que celui-ci n'est pas déterminant.

En outre, la teneur de la décision litigieuse était suffisante pour permettre aux recourantes de comprendre sur quelles considérations elle reposait. Au demeurant, les différents griefs développés par ces dernières à l'appui de leurs recours - qui demeurent pertinents à la lecture du rapport du Dr M._____ du 4 mars 2019 - suffisent à démontrer qu'elles avaient bien compris les éléments ayant fondé l'appréciation de l'intimée.

S'agissant du grief en lien avec le défaut d'instruction, dans la mesure où il porte au final sur le résultat de l'appréciation des preuves, le moyen tiré d'une violation du droit d'être entendu se confond ici avec celui d'une constatation inexacte des faits pertinents que les recourantes soulèvent également. Cet argument sera donc examiné avec le fond du litige.

4. **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).

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 vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_775/2017 du 13 juin 2018 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_567/2017 du 12 mars 2018 consid. 5.1). Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant – comme par exemple le cas d'une glissade (ATF 115 V 133 consid. 6a) –, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;

- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C_493/2017 du 10 juillet 2018 consid. 2.2 et les références citées). Les exigences quant à ces critères seront d'autant plus strictes qu'au sein des accidents de gravité moyenne, l'accident sera considéré comme léger (ATF 115 V 133 consid. 6bb).

5. En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, consacré notamment à l'art. 61 let. c LPGA, le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu ; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, 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 plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352 ; TF 9C_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.1).

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 expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 9C_851/2012 du 5 mars 2013 consid. 2.2).

6. Il est constant que, le 19 août 2014, alors qu'elle était en train de manger, l'assurée a perdu l'équilibre et a planté sa fourchette dans son œil droit. Elle a ainsi présenté un traumatisme ouvert à l'œil dont les complications - cataracte traumatique, décollement de la rétine avec prolifération vitréo-rétinienne sévère et hypertension intraoculaire à 2 mmHg - ont entraîné un phthisis bulbis post-traumatique qui a nécessité l'éviscération de l'œil le 18 mai 2016 (cf. rapport du 10 mai 2019 des Drs C._____ et P._____).

Les recourantes affirment que le trouble dépressif persistant développé par l'intéressée (cf. rapports des 23 mai 2017, 15 octobre 2018 et 27 mars 2019 du Dr F._____) fait suite à l'événement du 19 août 2014 auquel il est lié par un lien de causalité naturelle et adéquate.

a) Il convient dans un premier temps de déterminer le degré de gravité de l'accident du 19 août 2014. A cet égard, si le fait d'avoir basculé et de s'être plantée une fourchette dans l'œil a pu subjectivement revêtir chez l'intéressée un caractère relativement impressionnant, le déroulement de l'accident n'apparaît pas du point de vue objectif - seul déterminant en l'espèce - particulièrement dramatique. Le Tribunal fédéral a régulièrement eu l'occasion de se prononcer sur des lésions oculaires importantes, ayant entraîné soit la perte définitive de la vision à un œil soit une importante perte de l'acuité visuelle. Ainsi, le fait de recevoir de l'acide sur le visage ou des débris dans les yeux - même à travers des lunettes - a été considéré comme de gravité moyenne *stricto sensu* (TFA U 233/06 du 2 février 2007 ; TF 8C_935/2012 du 25 juin 2013 ; TF 8C_965/2008 du 5 mai 2009). Tel a également été le cas pour un spectateur ayant reçu dans l'œil un projectile tiré par un policier lors d'un affrontement entre supporters d'un match de football (TFA U 343/04 du 10 août 2015 consid. 2.2) et pour un assuré s'étant fait agresser par trois

personnes armées d'une bouteille, d'une boucle de ceinture et d'une barre à mine - l'atteinte à l'œil étant, dans ce cas, accompagnée d'un traumatisme carnio-cérébral, de plaies et d'hématomes - (TF 8C_595/2015 du 23 août 2016). Les situations décrites ci-dessus paraissent plus impressionnantes que l'événement du 19 août 2014. Il en va de même du cas cité par la recourante G. _____ à l'appui de sa réplique concernant une personne s'étant plantée un fil de fer rouillé dans l'œil (TFA U 11/83 auquel fait référence l'arrêt TFA U 334/01 du 10 juin 2002 consid. 4). Cette jurisprudence, retenant l'existence d'une lésion grave, est par ailleurs antérieure à l'arrêt de principe ATF 115 V 133 de sorte qu'elle doit en tout état de cause être considérée avec réserve (TFA U 334/01 précité consid. 4).

Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que l'accident survenu le 19 août 2014 constitue au maximum un accident de gravité moyenne *stricto sensu*, aucune circonstance ne justifiant que l'on s'éloigne de l'importante jurisprudence rendue dans des circonstances comparables.

Il convient dès lors d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité entre les troubles psychiques développés et l'accident litigieux au regard des critères développés par la jurisprudence (cf. consid. 4d *supra*).

b) S'agissant des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, ce critère doit être examiné de manière objective, et non pas en fonction du ressenti subjectif de l'assuré, en particulier de son sentiment d'angoisse. Il faut souligner qu'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas à l'admission de la réalisation de ce critère (cf. concernant plus particulièrement ce critère : TF 8C_78/2013 du 19 décembre 2013 consid. 4.3.2 ; TF 8C_1020/2008 du 8 avril 2009 consid. 5.2 ; TF U 56/07 du 25 janvier 2008 consid. 6.1 ; RAMA 1999 n° U 335 p. 207).

En l'occurrence, la recourante G._____ s'est blessée l'œil droit avec sa fourchette en perdant l'équilibre alors qu'elle mangeait. S'il ne fait pas de doute que l'assurée a été impressionnée par ces circonstances, force est de constater que celles-ci ne revêtent pas d'un caractère exceptionnel au point que le critère examiné soit réalisé. En effet, le seul fait que l'évènement accidentel ait conduit à la perte de vision d'un œil n'est pas suffisant pour lui reconnaître un caractère particulièrement impressionnant, la nature et la gravité de la lésion subie constituant un critère en soi (TF 8C_595/2015 précité consid. 5.2 ; TFA U 233/06 précité consid. 5.3). Le fait que l'accident se soit déroulé au domicile de l'assurée et non pas dans le cadre de l'exercice d'une profession manuelle est - contrairement à ce que semble affirmer la recourante G._____ - sans effet à cet égard. On relève d'ailleurs que, dans le cas susmentionné d'une personne s'étant faite agresser par trois individus et ayant développé de multiples séquelles dont la perte d'un œil, le Tribunal fédéral avait également nié que ce critère ait été rempli (TF 8C_595/2015 précité consid. 5.2).

c) Quant au critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques, il y a lieu de relever que la lésion physique dont souffre celui qui perd un œil fait partie des atteintes à la santé graves, propres à provoquer des troubles psychiques (TFA U 233/06 consid. 5.3). La gravité de cette seule lésion ne revêt cependant pas une intensité suffisante pour admettre à lui seul un lien de causalité adéquate avec de tels troubles (TF 8C_595/2015 précité consid. 5.1 ; TF 8C_935/2012 précité consid. 4.4 ; TFA U 233/06 précité consid. 5.3 ; TFA U 343/04 précité consid. 2.2.3).

En l'occurrence, la recourante G._____ a perdu son œil droit après avoir planté sa fourchette dans son œil. De telles circonstances sont bien de nature à entraîner des troubles psychiques de sorte qu'il y a lieu de retenir que ce critère est réalisé.

d) Concernant le critère de la durée du traitement médical, il y a lieu de prendre en compte uniquement le traitement thérapeutique nécessaire (TFA U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (TFA U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). De même, la prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (TF 8C_361/2007 consid. 5.3 ; TFA U 380/04 du 15 mars 2005 consid. 5.2.4). En outre, l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement et si l'on peut attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (TF 8C_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.2.3 et les références citées). A cet égard, le facteur décisif sera de savoir si un traitement médical spécifique qui est une charge pour l'assuré était nécessaire après l'accident et jusqu'à la clôture du dossier (ATF 134 V 109 consid. 10.2.3). En tout état de cause, il conviendra de prendre garde à ne pas confondre le critère de la durée du traitement médical avec celui du processus de guérison difficile (ATF 134 V 109 consid. 10.2.3).

En l'occurrence, après s'être plantée une fourchette dans l'œil, l'assurée a présenté un traumatisme ouvert dont les complications ont entraîné un phthisis bulbis post-traumatique qui a nécessité l'éviscération de l'œil droit. Elle a ainsi subi cinq interventions entre le 19 août 2014 et le 18 mai 2016. Les deux premières interventions ont été réalisées pendant la période d'hospitalisation de quatorze jours ayant directement fait suite à l'événement litigieux. La dernière opération a donné lieu à une hospitalisation de deux jours. Les trois autres ont été réalisées en ambulatoire. Aucune de ces interventions n'a nécessité de longue convalescence ni de rééducation. Ainsi, le traitement subi ne présentait pas d'intensité particulière (TF 8C_595/2015 précité consid. 5.3). A titre de comparaison, le critère de la durée du traitement médical n'a pas été reconnu dans le cas d'un traitement d'environ deux ans et demi, consistant principalement en deux opérations, espacées dans le temps et suivies chacune d'un séjour dans un centre de réadaptation (TF 8C_755/12 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.3). La recourante T. _____ SA affirme

que cette dernière jurisprudence ne serait pas comparable à la situation litigieuse dans la mesure où l'assurée a subi davantage d'opérations. Celles-ci ont cependant été moins invasives et n'ont pas nécessité de réadaptation (cf. dans le même sens TF 8C_137/2013 du 4 juillet 2013 consid. 7). Elles se sont de plus étendues sur une durée sensiblement moins longue. Le suivi médical mis en place depuis l'éviscération ne doit par ailleurs pas être pris en compte dans l'examen de ce critère (TF 8C_935/2012 précité consid. 4.3.2).

Force est de constater que ce sont bien davantage les complications apparues au cours du traitement qui ont eu un effet sur la durée de celui-ci plutôt que le fait que l'assurée ait dû subir un traitement médical spécifique. C'est le lieu de relever que l'assurée a perdu l'usage de la vue peu après son accident (cf. rapport d'entretien du 21 janvier 2015 ; rapports de la Dre L. _____ des 25 février et 31 mars 2015), les traitements mis en œuvre visaient ainsi davantage à lui procurer une meilleure qualité de vie qu'une amélioration effective de son état de santé (cf. rapports du Dr C. _____ du 10 décembre 2015 ; de la Dre L. _____ du 16 décembre 2016). En pareilles circonstances, il convient de nier que la circonstance de la longue durée du traitement médical soit remplie (TF 8C_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3).

e) Le critère des douleurs physiques persistantes doit être admis lorsque la personne concernée émet des plaintes substantielles, sans interruptions significatives, entre l'accident et la stabilisation du cas (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4). Les douleurs physiques persistantes doivent être examinées en faisant abstraction des éléments psychiques qui pourraient les influencer (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; TF 8C_251/2016 du 10 avril 2017 consid. 5.3.2). Il convient de les relativiser lorsqu'elles ne déploient pas d'effet sur la capacité de travail (TF 8C_595/2015 précité consid. 5.4).

Contrairement à ce qu'affirme l'intimée, le fait que l'assurée ne se soit pas vue prescrire d'antidouleurs ensuite de son opération du 28 novembre 2014 n'est pas pertinent. En effet, les prescriptions portaient

sur des anti-inflammatoires lesquels déploient également un effet analgésique. Cela étant, il y a lieu de relever que la prise de médicaments antalgiques même pendant une certaine durée ne suffit pas à fonder le critère des douleurs physiques persistantes (8C_361/2007 précité consid. 5.3).

De plus, à lecture des différents rapports au dossier, on constate que la recourante a régulièrement minimisé ou omis d'indiquer souffrir de quelconques douleurs. Ainsi, dans son rapport du 21 janvier 2015, l'expert en dommages de l'assureur-accident a relevé que l'assurée « ressent[ait] encore parfois des douleurs, mais de moins en moins ». L'argument de la recourante G._____ tiré du fait que l'expert en dommages n'est pas médecin est sans effet à cet égard dès lors que les douleurs sont par nature subjectives de sorte qu'il n'est besoin d'aucune formation spécifique pour les constater. Le Dr C._____ a également relevé, le 10 décembre 2015, que l'assurée s'était plainte de douleurs « variables dans le temps », tout comme la Dre L._____ (rapport du 16 décembre 2015). Ainsi, il ressort des rapports médicaux au dossier que la recourante G._____ ne s'est pas plainte régulièrement de douleurs de sorte que ce critère ne peut pas être considéré comme rempli de manière particulièrement prononcée (TFA U 343/04 précité consid. 2.2 ; TF U 153/03 du 5 mai 20014 consid. 3.4 *a contrario* ; TF 8C_251/2016 précité consid. 5.3.2 *a contrario*). Au demeurant, dans leur rapport du 10 mai 2019, les Drs C._____ et P._____, tout en relevant les céphalées dont se plaignait l'assurée, ont reconnu que celle-ci disposait d'une pleine capacité de travail de sorte qu'il convient de les relativiser.

Les griefs de la recourante G._____ tirés de ses nombreuses incapacités de travail ne sont pas pertinents. En effet, ces incapacités de travail ont été attestées sur la base de limitations fonctionnelles en lien avec les complications ophtalmologiques développées par l'intéressée – non ses douleurs – (lettre du 21 mai 2015 de la Dre L._____ ; rapports du Dr C._____ du 10 décembre 2015 ; de la Dre L._____ du 16 décembre 2015). Elles concernent enfin un critère spécifique qui sera

examiné ci-dessous. Le critère des douleurs physiques persistantes n'est donc pas réalisé.

f) Les recourantes affirment que, dans la mesure où le cas de l'assurée a présenté des complications, il y a lieu d'admettre que des erreurs médicales ont été commises ou, du moins, qu'elles ne peuvent être exclues. La recourante G._____ se prévaut en particulier de l'envoi du 21 mai 2019 de Drs C._____ et P._____ dans lequel ces derniers ont indiqué que des complications médicales dans des cas de traumatisme ouvert à l'œil étaient connues mais pas prévisibles. De même, la Dre L._____ aurait relevé que l'évolution vers un phthisis bulbis n'était pas prévisible. De telles affirmations ne sauraient cependant signifier que ces complications auraient découlé d'une quelconque erreur médicale. En effet, l'échec d'un traitement médical ne signifie pas pour autant qu'une erreur ait été commise (TF 8C_755/2012 précité consid. 4.2.4). Les Drs C._____ et P._____ ont d'ailleurs précisé que les complications « deviennent médicalement possibles selon l'évolution du traumatisme constatée lors des contrôles de suivi » (cf. rapport du 21 mai 2019). Elles ne sauraient dès lors avoir été causées par une erreur médicale. Au demeurant, plusieurs pièces au dossier attestent de l'absence d'erreur médicale. Ainsi, dans leur rapport du 1^{er} octobre 2014, les Drs L._____, R._____ et Z._____ ont relevé que les opérations des 20 et 27 août 2014 s'étaient déroulées sans complication et que les suites opératoires étaient favorables. Le 25 février 2015, la Dre L._____ avait constaté l'évolution clinique favorable du cas. C'est le 31 mars 2015 que cette ophtalmologue a relevé pour la première fois le status oculaire difficile de l'assurée. A aucun moment, les nombreux spécialistes ayant examiné l'assurée n'ont relevé la moindre erreur dans le traitement ou le suivi du cas, même lorsqu'ils en évoquaient les complications (cf. lettre du 21 mai 2015 de la Dre L._____ ; rapports du Dr C._____ du 10 décembre 2015 ; de la Dre L._____ du 16 décembre 2015 ; des Drs C._____ et K._____ du 22 mai 2017 ; des Drs C._____ et P._____ du 10 mai 2019). Ainsi, force est de constater que pareille éventualité n'est ni établie ni vraisemblable, si bien que ce critère ne peut être pris en compte.

g) Tant les recourantes que l'intimée admettent que le critère des difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes est rempli. Force est de constater que la recourante G._____ a en effet présenté un traumatisme oculaire ouvert à l'œil droit avec des complications, soit une cataracte traumatique, un décollement de rétine avec prolifération vitréo-rétinienne sévère et une hypotension intraoculaire à 2 mmHg qui ont entraîné un phthisis bulbis post-traumatique ayant nécessité l'éviscération de l'œil droit (cf. rapport du 10 mai 2019 des Drs C._____ et P._____). Ces complications sont des complications connues qui n'étaient pas prévisibles (cf. rapports des Drs C._____ et P._____ du 21 mai 2019). Il y a donc lieu de retenir que ce critère est réalisé dans le cas d'espèce.

h) Le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail est réalisé si, malgré des efforts avérés, l'assuré est en incapacité de travail significative, bien qu'il s'efforce de réintégrer le plus rapidement possible le processus de travail grâce à une coopération optimale (ATF 134 V 109 consid. 10.2.7 ; TF 8C_590/2007 du 6 octobre 2008 consid. 7.7.1). Le Tribunal fédéral a estimé qu'une incapacité complète de travail, pendant une durée de trois ans, satisfait à ce critère (TF 8C_116/2009 du 26 juin 2009 consid. 4.6), mais a laissé ouverte la question concernant une incapacité de travail à des taux divers, pendant deux ans et demi (TF 8C_361/2007 précité consid. 5.3).

En l'occurrence, la recourante invoque son incapacité de travail de 40 % telle qu'attestée par le Dr F._____ pour des motifs psychiatriques. Or, pour l'examen de ce critère, seule l'incapacité de travail due aux lésions physiques doit être examinée (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1).

Le degré et la durée des incapacités de travail dues aux lésions physiques accidentelles ne sont pas négligeables. Elles ont varié entre 100 % et 50 % durant vingt-huit mois. Elles ont cependant été plusieurs fois contestées par les médecins-conseils de l'assureur-accident. C'est le lieu de relever que certains certificats médicaux n'étaient - de

l'aveu même de leur rédacteur - pas justifiés par des constatations objectives mais par des motifs d'opportunité telle la nécessité d'une opération à brève échéance. Ainsi, dans sa lettre du 21 mai 2015, la Dre L. _____ a indiqué avoir attesté d'une incapacité de travail de 100 % pour les mois de mai et juin 2015 avant de prendre connaissance des remarques du Dr H. _____ à cet égard. Elle a, entre le 1^{er} et le 8 juillet 2015, attesté d'une capacité de travail de 50 % alors même que les circonstances demeuraient inchangées.

En outre, force est de constater, qu'interrogés à plusieurs reprises à ce sujet, les ophtalmologues traitants ont toujours justifié de leur appréciation de la capacité de travail de l'assurée en invoquant des complications dans le traitement du cas (cf. lettre du 21 mai 2015 de la Dre L. _____ ; rapport du Dr C. _____ du 7 novembre 2017). En pareilles circonstances, admettre que le critère de la durée et du degré des incapacités de travail serait réalisé reviendrait à comptabiliser à deux reprises ce qui relève en réalité des difficultés en cours de guérison et des complications. Une telle manière de faire n'est pas admissible (cf. à cet égard ATF 134 V 109 consid. 10.2.4). En conséquence, il y a lieu de retenir que ce critère n'est pas non plus réalisé.

i) En conclusion, il convient de constater que seuls deux des critères posés par la jurisprudence pour retenir l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'évènement accidentel sont réalisés. Un tel lien de causalité ne saurait dès lors être retenu.

j) Dans ces circonstances, c'est à juste titre que l'intimée a estimé que la question d'un éventuel lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques allégués et l'accident du 19 août 2014 pouvait demeurer ouverte, faute de lien de causalité adéquate entre les dits troubles et l'évènement accidentel. Contrairement à ce qu'allèguent les recourantes, il ne s'agit pas là d'une violation du devoir d'instruire de l'assureur-accident (par exemple : TF 8C_99/2019 du 8 octobre 2019

consid. 4.2 ; TF 8C_137/2013 du 4 juillet 2013 consid. 5 ; TF 8C_234/2012 du 26 juillet 2012 consid. 5.3).

7. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requièrent les recourantes par la mise en œuvre d'une expertise. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 c. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 ; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2).

8. a) En conclusion, 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), ni d'allouer de dépens, dès lors que les recourantes n'obtiennent pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le défenseur d'office a droit au remboursement forfaitaire de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat et de 110 fr. pour un avocat-stagiaire (art. 2 al. 1 let. a et b RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3])

Par décision de la juge instructrice du 25 février 2019, la recourante G._____ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 7 janvier 2019 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Piguet. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 15 août 2019 faisant état de 33 heures 50 consacrées à la défense de la recourante G._____ (33 heures 30 par un avocat-stagiaire et 20 minutes par un avocat breveté). En appliquant le tarif prévu par l'art. 2 al. 1 let. a et b RA], on arrive à un montant de 3'739 fr. ([33.5 h x 110] + [0.3 h x 180]). Les dépens peuvent ainsi être fixés à 186 fr. 95 (3'739 fr. x 5 % [cf. art. 3bis al. 1 RA]). Il convient dès lors d'octroyer à Me Piguet un montant total de 4'228 fr. 25 (3'739 fr. + 186 fr. 95 + 302 fr. 30 [TVA à 7.7 %]) pour l'ensemble de ses activités dans la présente affaire.

Cette rémunération sera provisoirement supportée par le canton. La recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RA) en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 20 novembre 2018 par M._____ SA est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

IV. L'indemnité d'office de Me Christophe Piguet, conseil de la recourante G._____, est arrêtée à 4'228 fr. 25 (quatre mille deux cent vingt-huit francs et vingt-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 de l'indemnité du conseil d'office mise 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 Christophe Piguet (pour G._____),
- T._____ SA,
- M._____ SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :