

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 janvier 2024

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
MM. Oppikofer et Perreten, assesseurs  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Y.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Nadine Frossard Goy, juriste indépendante à Vufflens-la-Ville,

et

**Q.**\_\_\_\_\_ **SA**, à Bâle, intimée, représentée par Me Michel D'Alessandri, avocat à Genève.

---

**Art. 43 al. 1, 44 et 61 let. c LPGA ; 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** Y.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2018 comme éducatrice de la petite enfance, au taux de 65 %, pour le compte de l'Association A.\_\_\_\_\_ à [...]. Elle était à ce titre assurée obligatoirement contre le risque d'accident auprès de Q.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : Q.\_\_\_\_\_ ou l'intimée).

Le 15 novembre 2021, l'assurée a été victime d'un accident professionnel décrit comme suit : « J'ai voulu m'asseoir sur la chaise avec un enfant dans les bras et un autre enfant a tiré la chaise et je suis tombé[e] ». La partie du corps atteinte était le coccyx (fesses) sur le côté droit. Le travail a été interrompu depuis le 15 novembre 2021 (déclaration de sinistre du 17 novembre 2021).

Dans un rapport de consultation du 29 novembre 2021, la Dre E.\_\_\_\_\_, généraliste, a diagnostiqué une suspicion de traumatisme costo-vertébral inférieur droit. L'anamnèse figurant dans ce rapport mentionnait une chute sur les fesses le 15 novembre 2021, en voulant s'asseoir avec un enfant dans les bras. La chaise avait reculé et s'était immobilisée contre un mur. L'assurée avait percuté le rebord de ladite chaise avec son dos. L'examen clinique montrait des points douloureux aux articulations costo-vertébrales 11 et 12 droites, l'absence de douleurs à la pression des épineuses, l'absence de volet thoracique ainsi qu'une auscultation pulmonaire normale et symétrique. Le traitement consistait en la prise de l'Irfen® et du Tramadol®.

Aux termes d'un rapport du 6 décembre 2021 de CT-thoracique réalisé le 3 décembre 2021, la Dre V.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a noté que cet examen ne retenait pas de fracture costale en particulier latéralisée du côté droit. Il n'y avait pas d'évidence de fracture des différents processus transverses du rachis dorsal et de la jonction dorso-lombaire mais une discrète perte de hauteur du plateau supérieur de D7 surtout latéralisée du côté gauche où il existait également une hernie de Schmorl. Il n'y avait pas d'anomalie intéressant les deux lobes

thyroïdiens. En cas de doute clinique, cette médecin se tenait à disposition pour réaliser une IRM (imagerie par résonance magnétique) du rachis dorsal

Une IRM du rachis dorso-lombaire du 25 janvier 2022 n'a pas mis en évidence de tassement vertébral récent identifié à l'étage dorso-lombaire mais une stabilité du discret enfoncement du plateau supérieur de D7 (rapport du 25 janvier 2022 du Dr I. \_\_\_\_\_, radiologue).

Le 15 février 2022, la Dre E. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué des contusions lombaires et dorsales avec des douleurs à la palpation paravertébrale dorsale droite et paravertébrale lombaire avec absence de déficit neurologique. La physiothérapie était en cours à côté du traitement médicamenteux.

L'assurée a récupéré une capacité de travail de 50 % le 14 mars 2022, puis de 100 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2022.

Le 4 août 2022, le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a rédigé un certificat médical indiquant que l'assurée n'était pas en mesure d'assumer normalement son ancienne activité professionnelle, et ce de façon définitive, les divers essais s'étant soldés par des échecs. Cependant, dans une activité adaptée sur le plan ergonomique, limitant l'accès en zone basse, respectant les règles d'hygiène gestuelle et posturale, une exigibilité professionnelle restait possible. Les charges ne devaient pas dépasser huit kilos. Compte tenu de l'impossibilité de procéder aux adaptations de son environnement [de travail], cette [ancienne] activité [professionnelle] n'était pas compatible avec l'état de santé actuel de l'intéressée.

Dans un questionnaire complété le 31 août 2022, l'assurée a fait savoir à Q. \_\_\_\_\_ que le traitement n'était pas terminé. Elle avait eu une consultation le même jour auprès du Dr P. \_\_\_\_\_ et devait fixer avec lui une nouvelle date de consultation après avoir effectué les séances de physiothérapie prescrites.

Par courriel du 7 octobre 2022, l'assurée a informé Q. \_\_\_\_\_ de la fin de son contrat de travail avec l'Association A. \_\_\_\_\_ au 31 octobre 2022. Dès le mois de novembre 2022, elle effectuerait des remplacements en APEMS à la Ville de [...] et s'inscrirait au chômage.

Dans un rapport médical intermédiaire complété le 25 novembre 2022, le Dr P. \_\_\_\_\_ a décrit un status comprenant des douleurs lombaires en convergence droite avec une sensibilité nette à nouveau de la charnière thoraco-lombaire droite avec une sensibilité musculaire : carré lombaire droit, oblique droit. Il y avait une divergence droite également douloureuse toujours en regard de la dernière côte. La palpation locale démontrait une sensibilité élective de cette 12<sup>ème</sup> côte droite avec toute une chaîne myofasciale de tensions au niveau des érecteurs thoraco-lombaire, carré lombaire, oblique, psoas droit et fessier moyen. A la palpation segmentaire, le Dr P. \_\_\_\_\_ a constaté une perte de mobilité T2 T5, participation costo-transversaire gauche. L'examen neurologique était sans particularité en l'absence de signe déficitaire sensitivomoteur. Le traitement consistait en la poursuite de la physiothérapie auprès de Monsieur H. \_\_\_\_\_ et de l'ostéopathie auprès de Monsieur G. \_\_\_\_\_. Il n'y avait pas d'arrêt de travail, ni de médication antalgique car la situation restait gérable moyennant le respect de la posture.

Le 5 décembre 2022, le Dr P. \_\_\_\_\_ a établi un rapport à l'attention de Q. \_\_\_\_\_. Dans l'anamnèse, il a relevé que l'assurée avait été victime d'un accident dans le cadre de son travail d'éducatrice de la petite enfance le 15 novembre 2021 ; en voulant s'asseoir, alors qu'elle portait un enfant dans ses bras, un enfant avait reculé la chaise et elle s'était alors assise à côté, heurtant le bord de la chaise contre la partie basse du thorax à droite, puis elle avait subi un violent impact sur les fesses. Il en était résulté une douleur extrêmement vive thoraco-lombaire qui avait nécessité divers traitements en ostéopathie et physiothérapie. En différé, l'assurée avait contracté le Covid-19 avec une toux importante durant cette période décompensant cette problématique segmentaire. Les

plaintes consistaient en des douleurs de la charnière thoraco-lombaire avec symptômes référés en hémi-ceinture à caractère mécanique. Toutes les sollicitations des bras en porte-à-faux disposées en zone moyenne exacerbèrent les douleurs, principalement à droite, avec un port de charges qui ne pouvait dépasser les quatre kilos. En cas de mouvements répétitifs, les douleurs s'accroissaient. La position assise était bien tolérée. La position debout immobile était possible une heure. Le périmètre de marche était d'une heure. La qualité du sommeil restait perturbée par des retournements décrits comme sensibles. Il y avait la présence d'une raideur lombaire matinale. Les soins personnels étaient possibles. Au terme de son appréciation, le Dr P. \_\_\_\_\_ a retenu que l'assurée avait été confrontée à un impact direct contre la charnière thoraco-lombaire allié à un mécanisme en torsion et sous compression de l'axe vertébral, dont l'expression s'était traduite par un verrouillage segmentaire persistant de la charnière thoraco-lombaire et costo-transversaire. L'intéressée était confrontée également à une souffrance myo-fasciale persistante reflétant cette perturbation. Si les bilans radiographiques ne démontraient pas de fracture, en revanche la cartographie douloureuse restait clairement concordante avec la clinique, sans pour autant déplorer d'atteinte irritative neurogène. Les discrètes séquelles de Scheuermann en D7 étaient une découverte fortuite. Le Dr P. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué une entorse segmentaire de la charnière thoraco-lombaire et costo-transversaire avec souffrances myo-fasciales persistantes chez l'assurée qui ne présentait pas de signes de non-organicité, ni d'exagération. Ce problème survenait chez un sujet confronté à un profil laxo mais démontrant un enraidissement relatif médio-thoracique caractérisé par une hypo-extensibilité musculaire des secteurs sous-pelviens postérieurs de longue date. Sur le plan thérapeutique, l'accent était porté sur une thérapie manuelle, une approche myo-fasciale de libération tensionnelle des érecteurs thoraco-lombaire gauche, un réveil des phénomènes de co-contraction lombo-abdominale, une stabilisation musculaire du plan profond paravertébral, une correction de l'hypo-extensibilité musculaire et une pratique gymnique d'assouplissement médio-thoracique. Sur le plan professionnel, une reprise d'activité à 50 % était envisagée dès le 14 mars 2022 au même poste de travail.

Au vu de l'évolution de la situation, Q. \_\_\_\_\_ a soumis le cas de l'assurée au Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil. Dans son rapport du 12 décembre 2022, ce médecin a estimé que l'atteinte à la santé de l'intéressée était, avec un degré de vraisemblance prépondérante, à tout le moins une suite partielle de l'accident du 15 novembre 2021. Au titre de maladie et d'état maladif préexistant, il a noté un antécédent de pathologie dégénérative du nodule de Schmorl au niveau de D7, avec la précision qu'il s'agissait d'une pathologie bénigne très fréquente dans la population à type de hernie discale intra-spongieuse sans conséquence clinique. L'accident avait provoqué une aggravation passagère de l'état de santé antérieur. Posant le diagnostic de contusion de la charnière dorso-lombaire, le Dr S. \_\_\_\_\_ était d'avis que ce type de contusion, sans nouvelles lésions osseuse ou discale, avait cessé de déployer ses effets délétères au bout de quatre mois et que le *statu quo sine* était atteint le 30 mars 2022. S'agissant de la capacité de travail, dans son certificat du 4 août 2022, le Dr P. \_\_\_\_\_ mentionnait une limitation du port de charges à huit kilos, ce qui semblait extrêmement faible en l'absence de lésion traumatique mise en évidence et à distance de l'événement. Selon le médecin-conseil, il n'existait pas d'élément médical susceptible de modifier la fixation du *statu quo sine* au 30 mars 2022. Pour autant qu'un réentraînement à l'effort soit réalisé avec une reprise professionnelle progressive, on pouvait s'attendre à une reprise de travail de l'assurée dans son ancienne activité d'éducatrice d'enfants. Sur le plan thérapeutique, l'assurée pouvait poursuivre une auto-gymnastique d'entretien et de musculation du rachis lombaire susceptible d'améliorer l'état de santé. Enfin, les lésions n'avaient pas occasionné une atteinte à l'intégrité au vu du *statu quo sine* atteint le 30 mars 2022.

Par décision du 12 janvier 2023, Q. \_\_\_\_\_ a mis un terme au versement de ses prestations au 30 mars 2022 au vu du *statu quo sine* fixé quatre mois après l'accident par le Dr S. \_\_\_\_\_. Une copie de cette décision a été adressée à l'assureur-maladie de l'assurée (O. \_\_\_\_\_) qui n'a pas formé opposition à son encontre.

A l'appui de son opposition du 6 février 2023, l'assurée a demandé à Q.\_\_\_\_\_ de revoir sa décision et le délai au 30 mars 2022. Ce faisant, elle a contesté la valeur probante du rapport du 12 décembre 2022 du Dr S.\_\_\_\_\_, aux motifs que le médecin-conseil ne l'avait jamais rencontrée, et qu'il s'appuyait intégralement sur l'avis du Dr P.\_\_\_\_\_ qu'il n'avait pas bien lu, lequel indiquait que son état de santé était dû à l'accident et non pas lié à un état maladif antérieur. L'opposante reprochait par ailleurs à la décision querellée de ne pas tenir compte de ses nombreuses prescriptions de physiothérapie et consultations auprès du Dr P.\_\_\_\_\_. Elle ajoutait que même si l'IRM ne démontrait ni fracture ni tassement de vertèbres, il y avait eu un gros traumatisme avec la dernière côte flottante droite déplacée et diverses lésions, certes invisibles aux examens radiologiques, mais bien présentes, douloureuses et confirmées par le diagnostic du Dr P.\_\_\_\_\_. Selon l'intéressée, ces séquelles persistaient encore. Ensuite, elle a rappelé avoir repris son activité professionnelle à plein temps dès le mois d'avril 2022 et que de cette situation s'en était suivi un licenciement, un passage au chômage, et une nouvelle activité depuis le mois de novembre 2022 ; elle n'avait plus désormais à porter des charges dans cette dernière profession qui, à ses dires, permettait une évolution positive de son état de santé. Enfin, elle précisait qu'elle n'avait jamais eu de problème de dos ni douleurs, qu'elle était très active et sportive avec une hygiène de vie excellente. Or à la suite de cet accident, elle avait eu un traumatisme physique mais aussi psychique avec perte d'autonomie, douleurs constantes, perte d'emploi, etc. A ce jour, malgré une évolution positive, elle n'avait toujours pas totalement récupéré.

Le 2 mars 2023, le Dr P.\_\_\_\_\_ a rédigé un rapport à teneur duquel il « contestait » la décision du 12 janvier 2023 de Q.\_\_\_\_\_. Selon ce médecin, les discrètes séquelles de Scheuermann en D7 étaient une découverte fortuite et l'on ne pouvait pas les incriminer comme responsables d'un cortège douloureux persistant. En revanche, la problématique plus basse située à l'entorse costo-transversaire de la 12<sup>ème</sup> côte inhérente à un impact direct ne devait pas être minimisée quand bien même aucune fracture ne s'était produite ; la charnière

thoraco-lombaire aux confins d'un changement de courbure d'une lordose à la cyphose était en permanence sollicitée, expliquant le caractère récalcitrant vécu par l'assurée durant plusieurs mois sous l'effet d'un désordre neurosensoriel en lien avec des séquelles d'entorse. La cartographie douloureuse était restée toujours concordante avec la clinique sans pour autant déplorer l'atteinte irritative neurogène. Si l'évolution avait imposé une lourde prise en charge en médecine physique, l'intéressée avait aussi largement collaboré durant cette prise en charge, se résignant finalement à abandonner son activité d'éducatrice de la petite enfance. Elle s'était orientée finalement vers une tranche d'âge d'enfants plus élevée, assumant une activité d'organisation et de gestion d'équipe, s'éloignant ainsi des manutentions nocives. Depuis qu'elle avait intégré cette nouvelle équipe, le cortège douloureux avait été mieux contrôlé depuis la fin du mois de décembre. Pour le Dr P.\_\_\_\_\_, les soins requis par sa patiente durant l'année 2022 devaient donc rester à la charge de l'assurance-accidents.

Par décision sur opposition du 10 mars 2023, Q.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 12 janvier 2023.

Le 21 mars 2023, le Dr S.\_\_\_\_\_, après avoir pris connaissance du rapport du 2 mars 2023 du Dr P.\_\_\_\_\_, n'a pas retenu de nouvel élément anatomique ou pathologique concernant l'assurée et a relevé que la fixation du *statu quo sine* à quatre mois de l'accident était déjà très large pour permettre la récupération après un traumatisme rachidien modéré sans lésion structurelle.

**B.** Par acte du 1<sup>er</sup> mai 2023, Y.\_\_\_\_\_, représentée par Nadine Frossard, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens que la couverture d'assurance est maintenue au-delà du 30 mars 2022, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, elle a exposé les circonstances de l'accident du 15 novembre 2021, et déploré que l'intimée n'ait pas pris en



charge les soins (ostéopathie, acupuncture, psychothérapie, gymnastique du dos, yoga et cours de gainage [Pilates, paddle-fit et ballet-sculpt]) qui lui ont permis de se maintenir, se remettre en mouvement et se remuscler. Elle a allégué avoir dû prendre des anti-inflammatoires et anti-douleurs durant plus d'un mois, ce qui avait abîmé son estomac qui avait dû être soigné par d'autres médicaments. Durant des mois, la marche lui avait été très douloureuse en raison de l'impact des pas, sans compter qu'elle ne parvenait pas à dormir, aucune position n'étant confortable. Les tensions dues au traumatisme avaient généré d'autres pathologies gastriques, telles une constipation chronique et des coliques qui avaient aussi dû être soignées par médicaments. La douleur l'avait empêchée de voyager en voiture, de circuler à vélo, de vider son lave-vaisselle, et n'avait toujours pas disparu, en particulier car les mouvements répétitifs et le port de charges ravivaient la souffrance. Elle a répété qu'avant son accident, elle était très active, pratiquait le vélo, le ski de piste, la luge, les raquettes, la randonnée en basse et moyenne montagne, la course à pieds, le wakeboard, l'aquagym, la marche, la grimpe (intérieur, extérieur, bloc et voies), les via ferrata, le yoga, le flamenco ainsi que la baignade dans le lac une fois par semaine toute l'année. De plus, elle conduisait sa voiture et s'occupait de son ménage, de ses courses et, dans son travail, portait facilement et très régulièrement des enfants de plus de quinze kilos sans aucune difficulté. Elle avait dû arrêter toutes ses activités durant les quatre mois après l'accident à cause des douleurs. Progressivement, quelques activités avaient pu être reprises, mais sans choc ni chute. Aujourd'hui, après une tentative de reprise de son ancien travail, elle ne parvenait plus à assumer ses tâches en lien direct avec des enfants. Après avoir trouvé un nouvel emploi de durée déterminée auprès d'enfants plus grands jusqu'au 30 juin 2023, elle était déjà en recherche d'emploi. Elle n'avait toujours pas pu reprendre le flamenco ni le ski de piste mais pouvait s'adonner au ski de randonnée à la montée et à plat.

La recourante a rappelé qu'elle était tombée sur l'angle saillant de la chaise qui s'était enfoncée dans les chairs de son dos avant de terminer par terre sur les fesses, et qu'elle n'avait pas subi une simple contusion mais bien un traumatisme direct contre une 12<sup>ème</sup> côte (la côte

flottante la plus basse) située une main plus bas que la 7<sup>ème</sup> vertèbre thoracique (T7 ou D7) où se situait le nodule de Schmorl ; outre le fait qu'elle n'avait jamais ressenti de douleurs dorsales susceptibles d'évoquer des symptômes liés à la hernie de Schmorl avec l'accident, les douleurs ressenties ne se situaient pas du tout au même endroit ; le choc avec une côte flottante était plus difficile et complexe à traiter, cette dernière n'ayant qu'un seul point fixe en sorte que sa stabilisation exigeait donc des démarches thérapeutiques à large spectre. Elle a encore fait valoir que la douleur éprouvée depuis le 15 novembre 2021 était intense, persistante, importante et élevée, étant d'avis que la position de l'assureur-accidents était manifestement erronée. A ses yeux, le lien de causalité entre l'accident subi et les séquelles à la santé persistantes était bien établi. Elle n'avait pas subi une simple contusion mais un véritable traumatisme massif très clairement lié à l'accident du 15 novembre 2021. La couverture d'assurance devait ainsi être maintenue au-delà du 30 mars 2022. Avec son recours, la recourante a produit les pièces suivantes :

- un résumé du déroulement de l'événement du 15 novembre 2021 ;
- les témoignages écrits des deux personnes qui étaient présentes lorsqu'est survenu l'accident ;
- une attestation établie le 20 novembre 2021 par l'ostéopathe qui l'a prise en charge le 16 novembre 2021, selon laquelle l'intéressée décrivait une douleur intense au réveil avec une irradiation dans la cuisse droite ainsi que dans la fosse iliaque droite, sans réveil nocturne. L'examen physique ne révélait pas de perte de force ou de troubles sensitifs dans les membres inférieurs. La palpation lombaire redéclenchait la douleur loco-régionale ainsi que l'irradiation vers le flanc et la fosse iliaque droite. Le test du diapason au niveau des vertèbres lombaires était négatif mais désagréable au niveau des dernières côtes, sans être positif de manière significative. La palpation du piriforme redéclenchait l'irradiation dans la cuisse droite. L'examen physique et les tests cliniques ne révélaient pas de fracture ou tout autre contre-indication à la prise en charge en ostéopathie. Le

traitement avait été effectué en techniques douces, à savoir en mobilisations articulaires, techniques musculaires et viscérales ;

- un rapport du 4 février 2022 du centre de physiothérapie U.\_\_\_\_\_, selon lequel la diminution de la douleur en général était modérée mais significative, avec une amélioration aux niveaux des amplitudes articulaires disponibles ainsi que dans l'exécution des tâches de la vie quotidienne, et une diminution légère de la douleur à la pression manuelle. Il était également relevé une réduction de la douleur intrusive pendant le sommeil et une diminution de la compensation lors des mouvements. Selon la patiente, son ostéopathe avait réussi à manipuler la côte sub-disloquée avec pour effet de diminuer partiellement la douleur intercostale. Par contre, l'intéressée ressentait encore des douleurs diffuses, des perturbations viscérales et n'était pas encore capable de porter des charges significatives dû au déconditionnement et à la tendance à déclencher les symptômes. Il semblait important de mentionner qu'elle avait contracté le Covid et eu des symptômes qui avaient provoqué des tensions au niveau de la cage thoracique et des douleurs irradiées résultant en un ralentissement des progrès des traitements. Il restait toujours des symptômes importants à traiter visant non seulement l'amélioration du cadre clinique mais également à éviter des récurrences afin de permettre à la patiente d'effectuer un retour en bonne condition physique et exécuter une bonne performance avec confiance.

Par réponse du 25 mai 2023, Q.\_\_\_\_\_, représentée par Me Michel D'Alessandri, a conclu au rejet du recours.

### **E n d r o i t :**

- 1.**       **a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les

décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a et 60 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 30 mars 2022.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

**b) aa)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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 la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

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, 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). 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).

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\_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). 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 (TF 8C\_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

**bb)** 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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C\_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

**cc)** En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état

maladif préexistant est aggravé, ou de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C\_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3).

**c)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

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 146 consid. 4.7 ; TF 8C\_615/2021 du 31 mars 2022 consid. 3.2).

**d)** Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 et 4.7 ; voir aussi l'arrêt 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**4.** En l'espèce, l'intimée s'est fondée sur les appréciations des 12 décembre 2022 et 21 mars 2023 de son médecin-conseil, le Dr S.\_\_\_\_\_, pour mettre un terme aux prestations au 30 mars 2022.

La recourante conteste cette appréciation, en faisant valoir qu'elle a éprouvé à la suite de l'événement accidentel du 15 novembre 2021 une douleur intense, persistante, importante et élevée, laquelle ne serait jamais à elle seule occasionnée par un nodule de Schmorl. Elle en déduit que la position de l'intimée est erronée, estimant que la causalité entre l'accident qu'elle a subi et les séquelles dont elle souffre encore est

établie, précisant qu'elle n'a pas subi une simple contusion, mais un véritable traumatisme massif.

En l'occurrence, le 15 novembre 2021, la recourante a voulu s'asseoir sur une chaise avec un enfant dans les bras et un autre enfant a tiré la chaise et elle est tombée (déclaration de sinistre du 17 novembre 2021). La chaise a reculé et s'est immobilisée contre le mur. L'intéressée a alors percuté le rebord de ladite chaise avec son dos (rapport du 29 novembre 2021 de la Dre E.\_\_\_\_\_). Elle s'est assise à côté de la chaise, heurtant le bord de la chaise contre la partie basse du thorax à droite, puis a chuté sur les fesses (rapport du 5 décembre 2022 du Dr P.\_\_\_\_\_).

A la suite de cet accident, la recourante a subi des douleurs persistantes au niveau des articulations costo-vertébrales des 11<sup>ème</sup> et 12<sup>ème</sup> côtes à droite. Elle a bénéficié de la prescription d'un traitement de physiothérapie, d'ostéopathie et médicamenteux.

Les diagnostics posés par la Dre E.\_\_\_\_\_ sont des contusions lombaires et dorsales avec des douleurs à la palpation paravertébrale dorsale droite et paravertébrale lombaire avec absence de déficit neurologique (rapport du 15 février 2022).

Le 25 novembre 2022, le Dr P.\_\_\_\_\_ rapporte des douleurs lombaires, plus particulièrement au niveau de la charnière thoraco-lombaire droite au regard de la 12<sup>ème</sup> côte. L'examen neurologique est sans particularité avec l'absence de signe déficitaire sensitivomoteur.

Dans son rapport du 5 décembre 2022, le Dr P.\_\_\_\_\_ diagnostique une entorse segmentaire de la charnière thoraco-lombaire et costo-transversaire avec souffrances myo-fasciales persistantes. Les bilans radiologiques sont sans particularité mais la cartographie douloureuse reste concordante avec la clinique sans pour autant déplorer d'atteinte irritative neurogène. Les discrètes séquelles de Scheuermann en D7 sont une découverte fortuite.



Dans le cadre de l'instruction du cas et au vu de l'évolution de l'état de santé de la recourante, l'intimée a soumis l'intégralité de son dossier médical au Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son premier rapport du 12 décembre 2022, le médecin-conseil retient le diagnostic de contusion de la charnière dorso-lombaire avec des séquelles du nodule de Schmorl à ce niveau. Il est d'avis que l'atteinte à la santé est, au degré de la vraisemblance prépondérante, à tout le moins une suite partielle de l'accident du 15 novembre 2021. Au titre d'antécédent, il est noté une pathologie dégénérative du nodule de Schmorl au niveau de D7. L'accident a provoqué un aggravation passagère de l'état de santé. La contusion de la charnière dorso-lombaire n'a pas provoqué une nouvelle lésion osseuse ou discale et elle a cessé de déployer ses effets quatre mois après l'accident, et le *statu quo sine* est atteint le 30 mars 2022. La question de la capacité de travail, notamment dans une activité adaptée, ne se pose pas, dès lors que la recourante a retrouvé une pleine capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> avril 2022. Une auto-gymnastique d'entretien et de musculation du rachis lombaire est susceptible d'améliorer l'état de santé mais les lésions n'ont pas occasionné d'atteinte à l'intégrité.

Dans le cadre de la procédure d'opposition, le Dr P. \_\_\_\_\_ a rédigé un nouveau rapport du 2 mars 2023, dans lequel il conteste l'arrêt du versement des prestations au 30 mars 2022 décidé le 12 janvier 2023 par Q. \_\_\_\_\_. Ce médecin est d'avis pour sa part que la problématique de l'entorse costo-transversaire de la 12<sup>ème</sup> côte inhérente à un impact direct ne doit pas être minimisée malgré l'absence d'une fracture. La cartographie douloureuse reste clairement concordante avec la clinique sans pour autant déployer d'atteinte irritative neurogène. La recourante a abandonné son activité d'éducatrice de la petite enfance pour se réorienter vers des enfants plus grands, assumant une activité d'organisation et de gestion d'équipe, ce qui lui a permis d'avoir un meilleur contrôle du cortège douloureux depuis la fin du mois de décembre 2022. Selon le Dr P. \_\_\_\_\_, les soins requis par sa patiente durant l'année 2022 devraient rester à la charge de l'assureur-accidents.

Dans un avis complémentaire du 23 mars 2023, le Dr S.\_\_\_\_\_ ne retient pas de nouvel élément anatomique ou pathologique. Selon le médecin-conseil, la fixation du *statu quo sine* quatre mois après l'accident est déjà large pour permettre la récupération après un traumatisme rachidien modéré sans lésion structurelle. Il ne dispose ainsi d'aucun nouvel élément susceptible de modifier sa prise de position antérieure.

Certes, la recourante n'a pas eu d'arrêt de travail à partir du 1<sup>er</sup> avril 2022. Il n'en demeure pas moins qu'elle n'a pas été en mesure de poursuivre l'activité qui était la sienne auprès de jeunes enfants, en raison de la persistance des douleurs, et ce n'est que dès la fin de l'année 2022 qu'elle n'a plus eu besoin de traitements particuliers, puisque les douleurs étaient mieux contrôlées et que son nouveau travail la sollicitait moins.

Par ailleurs, et comme rappelé ci-avant (cf. consid. 3 let. c), les rapports des médecins employés de l'assurance ne sont à prendre en considération que pour autant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions.

Or, à cet égard, les différents rapports du Dr P.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste vers lequel la recourante a été orientée, font bien subsister des doutes sur la teneur des avis du médecin-conseil de l'intimée. En présence d'avis contradictoires il apparaît difficile, voire impossible, de les départager sans disposer de connaissances médicales spécialisées. En effet, on ne voit pas, dans les explications avancées de part et d'autre, de motifs reconnaissables pour le juge qui justifieraient d'écarter d'emblée un avis au profit de l'autre en raison d'une valeur probante insuffisante.

Aussi, dans la mesure où le cas de la recourante a été réglé sans avoir recours à une expertise et où il existe bien des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin-conseil de l'assurance-accidents, on se trouve dans la situation visée par la jurisprudence qui

impose de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (cf. consid. 3d *supra*).

**5. a)** Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

**b)** Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, *in* : SVR 2007 UV n° 33 p. 111).

**c)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**d)** En présence d'avis contradictoires au dossier, une expertise par un médecin indépendant devra dès lors être mise en œuvre puisque, *prima facie*, il semble qu'à tout le moins les soins prodigués à la recourante pour le reste de l'année 2022 devront être pris en charge par l'intimée.

Il s'impose dès lors de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle mette en œuvre une expertise de la recourante par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA. Cela fait, il lui appartiendra ensuite de rendre une nouvelle décision statuant sur le droit aux prestations de la recourante au-delà du 30 mars 2022 (TF 8C\_445/2021 du 14 janvier 2022 consid. 4.4).

**6. a)** En définitive bien-fondé, le recours doit être admis, la décision sur opposition attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour qu'elle rende une nouvelle décision après avoir procédé à une instruction complémentaire conformément aux considérants du présent arrêt.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA).

**c)** Vu le sort de ses conclusions, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de l'intimée.

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

**I.** Le recours est admis.

**II.** La décision sur opposition rendue le 10 mars 2023 par la Q.\_\_\_\_\_ SA est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

**III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

**IV.** La Q.\_\_\_\_\_ SA versera à Y.\_\_\_\_\_ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Nadine Frossard Goy (pour Y.\_\_\_\_\_),
- Me Michel D'Alessandri (pour Q.\_\_\_\_\_ SA),
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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).

Le greffier :