

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 août 2026

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
 Mme Durussel, juge, et M. Hichri, juge suppléant
Greffière : Mme Cuérel

* * * * *

Cause pendante entre :

C._____, à U***, recourante,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 6 al. 1 et 3, 36 al. 1 LAA ; 11 OLAA

En fait :

A. C._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, exerçait l'activité de chauffeure de bus à 100 % auprès des B._____ SA, depuis le 15 août 2017. Elle était, à ce titre, assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 12 janvier 2021, l'assurée a été victime d'un accident. Elle a glissé et chuté, se blessant aux deux bras et aux cervicales. Informée de cet événement, la CNA a pris en charge le cas.

Par décision sur opposition du 8 octobre 2021, confirmant sa décision du 15 juillet 2021, la CNA a clos le cas au 18 juillet 2021 et mis fin aux prestations d'assurance à cette même date, au motif que les troubles encore présents n'étaient plus en lien avec l'accident du mois de janvier 2021.

Le 29 octobre 2023, alors qu'elle rentrait chez elle après sa journée de travail, l'assurée a subi un second accident. Elle a glissé dans son garage en fermant la porte de sa voiture et est tombée au sol sur le coccyx. Les premiers soins ont été prodigués le 30 octobre 2023 par son médecin traitant, le Dr J._____, médecin praticien, lequel a attesté une incapacité totale de travail depuis ce même jour. Par déclaration de sinistre du 31 octobre 2023, le cas a été annoncé à la CNA, qui a pris en charge les frais de traitement et versé des indemnités journalières.

Le médecin prénommé a retenu, dans son rapport du 9 novembre 2023, le diagnostic de traumatisme de la zone lombaire. Il n'a relevé aucun hématome, aucun signe inflammatoire, ni érythème de la zone lombaire concernée et a précisé que des discopathies protrusives pouvaient influencer de manière défavorable le processus de guérison.

En raison d'une aggravation des lombosciatalgies gauches, une IRM de la colonne lombaire a été réalisée le 15 novembre 2023, laquelle a

mis en évidence des discopathies légèrement bombantes en L4-L5 et L5-S1, avec petites fissurations de leur anneau fibreux, venant au contact, sans signe de compression des parties récessales des racines L5 et S1 des deux côtés, et au contact foraminal en L4 gauche et en L5 des deux côtés. L'imagerie montrait également une arthrose interfacettaire des trois derniers niveaux lombaires, avec un syndrome inflammatoire facettaire plus marqué en L4-L5 gauche. Disposant d'une IRM lombaire comparative du 17 novembre 2022, le radiologue a mentionné que ses constatations étaient similaires à celle-ci.

Dans un rapport du 22 novembre 2023, le Dr J. _____ a retenu le diagnostic de status post traumatisme lombaire. Il a adressé sa patiente auprès du Service de neurochirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG), afin d'obtenir un second avis médical. Après avoir bénéficié d'une infiltration facettaire en L4-L5 bilatérale, sans complications, le 11 janvier 2024, l'assurée a été examinée par le Dr L. _____, spécialiste en neurochirurgie, qui a rédigé un rapport médical du 14 janvier 2024, notamment en ces termes :

"[...]

MOTIF DE CONSULTATION

Lombalgies avec pseudosciatique gauche

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Surcharge articulaire L4-L5 bilatérale prédominante à gauche

ANTECEDENTS PERSONNELS PERTINENTS

- ACDF au R*** (niveau inconnu) (08.01.2024) (*recte* : 2021)

ANAMNESE ACTUELLE

Je vois ce jour en consultation Madame C. _____, patiente de [...] ans en bonne santé habituelle, travaillant comme chauffeur de bus à S***. Elle me décrit une chute survenue à la fin de son travail fin octobre avec réception sur le côté gauche. Depuis lors, des douleurs rachidiennes assez importantes l'handicapent fortement. Ces douleurs sont présentes surtout le matin avec une diminution progressive. Il y a donc un facteur inflammatoire mais également un caractère mécanique puisque la marche de plus de 30 minutes ou le piétinement augmentent également les douleurs, le pire étant lorsqu'elle se tourne du côté gauche dans le lit. Il s'y associe une irradiation dans la fesse et la partie latérale de la cuisse gauche s'estompant au niveau du genou. Il n'y a pas de déficit neurologique moteur ou sensitif. Madame C. _____ est en arrêt de travail.

[...]

EXAMEN PHYSIQUE

Etat général conservé. Boiterie de décharge du côté gauche. Important syndrome rachidien avec douleurs exacerbées aux changements de position. Palpation lombaire très douloureuse sur les rebords musculaires et zygapophysiales lombaires bas. Pas de déficit neurologique moteur ou sensitif.

[...]

SYNTHESE MEDICALE ET PROPOSITIONS DE PRISE EN CHARGE

Madame C._____ présente des lombalgies très douloureuses et limitantes dans sa qualité de vie. Au vu des trouvailles radiologiques, je pense qu'il faut envisager une infiltration articulaire bilatérale du segment L4-L5. Je reverrai la patiente 3-4 semaines après pour faire le point. Je prolonge son arrêt pour le moment.

[...]"

Une IRM de la colonne lombaire réalisée le 12 avril 2024 a montré un examen globalement superposable à celui du 15 novembre 2023, avec des discopathies étagées de la colonne lombaire, provoquant un rétrécissement modéré du foramen L4-L5 gauche et des foramens L5-S1 des deux côtés, sans signe de compression radiculaire, ainsi qu'une arthrose facettaire étagée prédominante à l'étage L4-L5, avec un aspect inflammatoire plus marqué à gauche.

Répondant le 16 mai 2024 à une demande d'information de la CNA, la Dre P._____, médecin aux HUG, a indiqué qu'une chirurgie de stabilisation L4-L5 par TLIF (Transforaminal Lumbar Interbody Fusion) avait été réalisée le 14 mai 2024 par le Dr L._____.

Par courrier du 6 juin 2024, la CNA a informé l'assurée qu'elle mettait fin le jour même et à titre préventif au versement des prestations au vu des nouveaux éléments au dossier. L'intéressée s'y est opposée le 8 juin suivant, en se prévalant notamment d'une éventuelle seconde intervention chirurgicale auprès du Dr L._____.

Par rapport du 11 juin 2024, le Dr L._____ a indiqué qu'à la suite de la chirurgie du mois précédent, les douleurs lombaires étaient bien contrôlées. Sa patiente avait toutefois progressivement développé une douleur intermittente dans le membre inférieur gauche, de topographie

clinique fluctuante, entre L4 et L5. Une crise majeure avait eu lieu trois jours auparavant. Les douleurs radiculaires étaient majorées en position allongée sur le dos. La marche était libre de douleurs. Une IRM lombosacrée du 5 juin 2024 avait mis en évidence la présence d'une collection en regard de la vis gauche de L5, avec extension du disque, associée à une infiltration des tissus mous sur la voie, parlant en faveur de pseudo-méningocèles, sans qu'une brèche ne puisse être visualisée. Les douleurs présentées par l'assurée semblaient être liées à cette collection, mais il n'y avait pas de signe clinique suggérant une surinfection. Le Dr L._____ a prescrit la poursuite du traitement conservateur, une reprise de la cicatrice étant envisageable si la situation ne s'améliorait pas.

Le 12 juin 2024, l'assurée, sous la plume de son conseil, a confirmé sa position et demandé la reprise immédiate du versement des prestations. Elle a produit une lettre de sortie des HUG du 17 mai 2024, relative à son hospitalisation du 14 mai 2024, de laquelle il résulte que l'opération s'est déroulée sans complications.

L'instruction de la CNA s'est poursuivie.

Au vu de la mauvaise évolution sous traitement conservateur, le Dr L._____ et la Dre V._____, spécialiste en neurochirurgie, ont procédé, le 18 juin 2024, à une révision de la cicatrice lombaire et une expansion de décompression L4-L5 gauche. Dans leur lettre de sortie du 23 juin 2024, ces médecins ont indiqué que l'intervention s'était déroulée sans complications. La patiente avait pu rentrer à domicile le 20 juin 2024.

Par décision du 5 juillet 2024, la CNA a confirmé la suspension des prestations à titre provisionnel. Elle a expliqué à l'assurée avoir reçu, le 14 mai 2024, une correspondance des HUG l'informant qu'une intervention avait lieu le même jour, avec une demande de prise en charge. N'en ayant pas eu connaissance auparavant, elle n'avait pas été en mesure d'examiner si celle-ci était ou non en lien avec l'accident du 29 octobre 2023, raison pour laquelle elle avait immédiatement émis des réserves et cessé le versement des prestations. Elle a ajouté que s'il s'avérait, au cours de la

procédure de clarification, que cette suspension provisoire n'était pas justifiée, les prestations seraient immédiatement reprises avec un versement rétroactif, intérêts compris.

Dans un rapport du 5 août 2024, le Dr L._____ a rappelé qu'il suivait l'assurée depuis plusieurs mois pour une lombalgie mécanique majeure avec une composante inflammatoire liée à une inflammation focale de l'articulation zygapophysaire L4-L5 gauche, situation qui découlait de deux événements accidentels survenus en janvier 2021 et octobre 2023. Depuis lors, sa patiente rapportait des lombalgies auparavant inconnues. L'évolution était favorable depuis l'opération du 14 mai 2024 et la reprise chirurgicale du 18 juin suivant. Les douleurs musculaires encore présentes étaient mises sur le compte du déconditionnement post-opératoire musculaire. Les épisodes de douleur dans les membres inférieurs, variables en intensité et en localisation, étaient quant à eux mis en lien avec une origine tendinomusculaire.

La CNA a sollicité l'avis de son médecin d'arrondissement. Par rapport du 3 septembre 2024, le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a répondu par la positive à la question de savoir si la santé de l'assurée au niveau de la région corporelle affectée par l'accident était, au degré de la vraisemblance prépondérante, déjà altérée avant celui-ci. Il existait un trouble dégénératif lombaire pluri-étagé avec arthrose zygapophysaire en L4-L5, prédominant à gauche, avec inflammation. Selon lui, l'accident n'avait, au degré de la vraisemblance prépondérante, causé aucune atteinte structurelle, au vu des radiographies et des IRM au dossier. En raison des troubles dégénératifs constatés et sans lésion structurelle, les suites de l'accident ne jouaient plus aucun rôle dans les atteintes de l'assurée six mois après sa survenance. Les chirurgies subies ne devaient pas être prises en charge par l'assurance-accidents, la première ayant eu pour but de soigner un état maladif préexistant et la seconde de traiter une complication de la première intervention.

Par décision du 11 septembre 2024, la CNA, se fondant sur l'appréciation de son médecin d'arrondissement, a clôturé le cas au 6 juin 2024 au soir et a mis fin aux prestations d'assurance à cette même date, au motif que les troubles persistants n'avaient plus aucun lien avec l'accident du mois d'octobre 2023. L'état de santé tel qu'il aurait été sans cet événement pouvait être considéré comme atteint depuis le 29 avril 2024 au plus tard.

Par courrier du 30 septembre 2024, la CNA a informé l'assurée que, selon l'avis de son médecin d'arrondissement, l'opération des lombaires réalisée le 14 mai 2024 n'était pas en lien de causalité avec l'événement du 29 octobre 2023 et que le délai conventionnel pour l'envoi de la demande de prise en charge n'avait pas été respecté par l'établissement hospitalier. Par conséquent, ladite intervention ne pouvait pas être prise en charge. Il en allait de même en ce qui concernait le séjour hospitalier dès le 16 juin 2024, puisqu'il s'agissait d'une complication liée à la première chirurgie.

Ce refus de prester a été contesté par l'assurée le 8 octobre 2024, laquelle s'est prévaluée de la décision du 11 septembre 2024 par laquelle la CNA avait mis fins à ses prestations au 6 juin 2024.

Le jour précédent, c'est-à-dire le 7 octobre 2024, l'assurée, alors représentée par Me Audrey Gohl, a fait opposition contre la décision du 11 septembre 2024, concluant principalement à la reprise du versement des prestations dès le 7 juin 2024, subsidiairement à son annulation et à la reprise de l'instruction. Elle a en substance fait valoir que ses lombalgies faisaient suite aux accidents subis en janvier 2021 et octobre 2023 et que l'appréciation du médecin d'arrondissement était erronée. Elle a produit un rapport médical du Dr L._____ du 3 octobre 2024, rédigé en ces termes :

"Par la présente, je confirme avoir pris en charge Mme C._____ pour une arthropathie zygapophysaire L4-L5 gauche inflammatoire. La situation découle de deux événements accidentels. L'accident initial est survenu en janvier 2021 (chute dans les escaliers au R***, suivi d'un ACDF au R***), puis une nouvelle en octobre 2023 (chute au travail). Depuis lors, Madame C._____ a rapporté ces lombalgies, inconnues au préalable. Étant donné la concordance

radiologique, clinique et la réponse positive mais temporaire à l'infiltration articulaire L4-L5 bilatérale en début d'année 2024, nous avons procédé à une stabilisation du segment L4-L5 par TLIF gauche, le tout par voie minimalement invasive le 14 mai 2024. L'évolution post-opératoire a été bonne hormis l'apparition d'un sérome ayant nécessité une exploration chirurgicale le 18.06.2024.

Avant ces accidents, Mme C. _____ n'était pas lombalgique. Ainsi, l'événement accidentel semble avoir fait apparaître les symptômes. Je ne peux pas affirmer qu'il n'y a aucun lien avec l'accident."

Complétant son opposition le 11 novembre 2024, l'assurée, sous la plume de son conseil, a critiqué la gestion du dossier qui rendait sa lecture et sa compréhension compliquée, a contesté l'absence de prise en charge des interventions des 14 mai et 18 juin 2024, et reproché à la CNA de s'être uniquement fondée sur l'avis de son médecin d'arrondissement, alors qu'il ressortait de tous les rapports médicaux au dossier qu'un lien de causalité existait entre l'accident et les lésions subies. A l'appui de ses déclarations, elle a produit un rapport du 5 juillet 2024 du Dr J. _____, dans lequel celui-ci a affirmé que les anciens examens n'avaient jamais mis en évidence de lésions en L4-L5, à l'exception d'une petite protrusion foraminale gauche.

Le 10 février 2025, l'assurée a notamment transmis à la CNA les documents suivants :

- un rapport du 26 octobre 2018 établi à la suite de l'IRM lombaire du jour précédent, concluant à une discopathie en L5-S1 accompagnée d'un bombement diffus et d'une petite hernie discale surajoutée médiane/paramédiane droite qui touchait la racine S1 droite, ainsi qu'à une minime angulation cyphotique en D11-D12 accompagnée d'une discopathie ;
- un rapport du 13 octobre 2021 des IRM de la colonne cervicale et lombaire réalisées le même jour, concluant à une discopathie L5-S1 avec une petite protrusion discale postéro-médiane, sans conflit radiculaire visible, à la présence d'une petite protrusion foraminale gauche en L4-L5 et à une protrusion discale en D11-D12, postéro-médiane droite, sans contact radiculaire. Des signes d'arthrose inter-apophysaire postérieure étaient également visibles en L4-L5 et L5-S1 ;
- un rapport d'IRM du 17 novembre 2022, concluant à une discopathie protrusive et une arthrose postérieure des deux derniers étages,

responsables d'un début de rétrécissement récessal, sans compression radiculaire et avec une poussée inflammatoire interfacettaire maximale en L4-L5 gauche ;

- un rapport d'IRM et de scanner de la colonne lombaire du 16 janvier 2025, concluant à un status post-spondylodèse postérieure L4-L5, à l'absence de complication évidente en lien avec le matériel, à un œdème et une involution graisseuse marquée de la musculature para-lombaire inférieure gauche, probablement séquellaire post-opératoire, mais pouvant éventuellement expliquer les symptômes de la patiente, à un aspect superposable de la discopathie L5-S1 avec pincement intersomatique postérieur et rupture de l'anneau fibreux postérieur, sans hernie, à une arthrose facettaire postérieure L5-S1 bilatérale, dont une éventuelle composante inflammatoire associée mal analysable en raison des artéfacts et à des foramens L4-L5 et L5-S1 avec impression de liseré graisseux péri-radiculaire préservé, en défaveur d'une compression, l'analyse étant toutefois difficile en raison des artéfacts ;

- un rapport du Dr T._____, spécialiste en neurologie, du 21 janvier 2025, duquel il résulte que l'examen neurologique réalisé le même jour était normal, hormis une manœuvre de Lasègue rapidement positive des deux côtés, dans un contexte de raideurs musculaires et une marche caractérisée par une boiterie algique. L'ENMG (électro-neuro-myographie) n'avait montré aucun signe de dénervation dans l'ensemble des myotomes L2 à S2, sous réserve de tracés d'effort inframaximaux, ce qui n'excluait toutefois pas la possibilité d'une radiculalgie purement irritative.

La CNA a soumis une nouvelle fois le cas à son médecin d'arrondissement. Par rapport du 1^{er} avril 2025, le Dr N._____ a retenu les diagnostics de contusion lombaire le 29 octobre 2023, de surcharge articulaire en L4-L5 bilatérale prédominante à gauche et de stabilisation L4-L5 avec arthrectomie unilatérale gauche le 14 mai 2024. Après avoir repris les différents éléments médicaux résultant des pièces au dossier, il a affirmé que l'assurée présentait, avant l'accident du 29 octobre 2023, des troubles dégénératifs lombaires prédominant en L4-L5 et L5-S1, déjà objectivés aux IRM des 25 octobre 2018 et 13 octobre 2021, puis confirmés à l'IRM du 16 novembre 2022. Les imageries montraient une discopathie

protrusive et une arthrose postérieure des deux derniers étages lombaires, responsables d'un début de rétrécissement récessal, sans compression radiculaire, avec une poussée inflammatoire interfacettaire maximale en L4-L5 à gauche. L'événement du 29 octobre 2023 avait entraîné une contusion lombaire, confirmée par l'examen clinique réalisé le lendemain par le Dr J. _____ et par l'IRM du 15 novembre 2023, qui n'avait montré aucune atteinte structurelle de la colonne lombaire et était superposable à celle de 2022. Aucun trouble n'avait été aggravé de manière déterminante par l'accident d'octobre 2023. Celui-ci n'avait entraîné qu'une aggravation temporaire de l'état antérieur dégénératif et avait cessé de déployer ses effets, à l'aune de la vraisemblance prépondérante, au plus tard six mois après sa survenance.

Par décision sur opposition du 10 avril 2025, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assurée le 7 octobre 2024. Elle a d'emblée souligné qu'en ce qui concernait l'accident du 12 janvier 2021, l'assurée était forclosée, dans la mesure où la décision sur opposition rendue à l'égard de la prise en charge de cet événement, le 8 octobre 2021, n'avait pas été contestée et était entrée en force. Le litige portait dès lors exclusivement sur la question de savoir s'il pouvait être mis un terme aux prestations d'assurance au 6 juin 2024 pour les suites de l'accident du 29 octobre 2023. Se référant à l'appréciation de son médecin d'arrondissement, qui n'était contredite par aucun autre élément médical au dossier, elle a confirmé que tel était le cas.

Par courrier du 23 avril 2025 et en réponse à la contestation de l'assurée du 8 octobre 2024 en ce qui concernait le refus de prise en charge de l'intervention du 14 mai 2024 et de l'hospitalisation dès le 16 juin suivant, la CNA est revenue sur sa position. Elle a accepté de prendre en charge les frais de la chirurgie du 14 mai 2024, tout en confirmant son refus de prester au-delà du 6 juin 2024. Toutes les prestations postérieures à cette date étaient à charge de l'assureur-maladie, conformément à la décision du 11 septembre 2024 et la décision sur opposition du 10 avril 2025.

B. Par acte du 8 mai 2025, C._____, sous la plume de son conseil, a recouru contre la décision sur opposition du 10 avril 2025 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme, en ce sens que l'intimée doive lui verser des indemnités journalières sur la base d'une incapacité de travail à 100 % du 29 octobre 2023 au jour du dépôt du recours et qu'elle prenne en charge les traitements médicaux avec effet dès le jour de l'accident. Elle a subsidiairement conclu à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvel examen et complément d'instruction. Elle reproche en substance à l'intimée une appréciation inexacte des pièces au dossier, la prise en compte de l'avis non probant de son médecin d'arrondissement et l'absence de prise en charge de l'intervention du mois de juin 2024. Au titre de mesures d'instruction, elle a indiqué qu'elle ne s'opposait pas à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, ajoutant qu'il lui paraissait plus adéquat de renvoyer la cause à l'intimée, afin que celle-ci puisse procéder à ladite expertise.

Le 5 juin 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours, se référant intégralement à la décision entreprise.

Le 10 juin 2025, la mandataire de la recourante a informé la cour de céans qu'elle ne représentait plus les intérêts de celle-ci dans le cadre de la présente procédure.

Le 20 juin 2025, la recourante a produit un lot de pièces faisant état de la prochaine mise en œuvre d'une expertise privée auprès du Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dont notamment un courriel de celui-ci adressé à son conseil le 21 mai 2025. Dans cet écrit, le Dr F._____ a affirmé que l'accident du 29 octobre 2023 pouvait être qualifié de traumatisme à "faible énergie". Il a relevé que les imageries au dossier montraient des discopathies lombaires étagées, dont le descriptif évoquait des phénomènes principalement dégénératifs et manifesté son étonnement

quant au fait que l'assureur-accident ait pris en charge le cas pendant plus de six mois.

La recourante a répliqué le 15 août 2025, réitérant ses arguments relatifs à l'absence de valeur probante de l'appréciation du médecin d'arrondissement et à l'absence de prise en compte de l'avis de son médecin traitant. Elle a produit un lot de pièces figurant déjà au dossier constitué par l'intimée.

L'intimée a maintenu sa position par duplique du 25 août 2025.

Par courrier du 12 mars 2026, la recourante a informé la Cour de céans qu'une rente entière d'invalidité lui avait été accordée dès le 1^{er} février 2024, selon décision du 20 février 2026, laquelle lui reconnaissait une incapacité totale de travail.

En droit :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 6 juin 2024.

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 LPG, 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 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 citées).

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 citées). 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_315/2023 du 9 janvier 2024 consid. 3.2). 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).

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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références citées).

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 citée ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.1 ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

d) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références ; TF 8C_171/2023 du 17 janvier 2024 consid. 3.1). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-

accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

En cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident (TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3 et les références citées). A cet égard, il est admis que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve – au degré de la vraisemblance prépondérante – du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.1 et les références citées). Faute de preuve, la décision sera défavorable à la personne assurée (TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 4.2 et les références citées).

e) 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 citées ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.2).

Selon la jurisprudence, qui se fonde sur l'expérience médicale, une aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale, auparavant asymptomatique, cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année (TF 8C_746/2018 du 1^{er} avril 2019 consid. 3.2 et les références citées). Le *statu quo sine* est même déjà atteint après trois à quatre mois pour des lombalgies post- traumatiques, une aggravation dans ce domaine, qui permettrait d'aller au-delà de cette période, devant être établie radiologiquement et se distinguer de l'évolution normale due à l'âge (TF 8C_1029/2012 du 22 mai 2013 consid. 4.2.1 ; TF 8C_562/2010 du 3 août 2011 consid. 5.1 et les références citées).

4. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le

rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

d) 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_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) En l'espèce, la recourante a subi un premier accident en janvier 2021, lors duquel elle s'est blessée aux deux bras et aux cervicales. Puis, lors d'un second événement accidentel du 29 octobre 2023, elle a glissé et est tombée sur le coccyx.

L'intimée a fait siennes les conclusions de son médecin d'arrondissement, pour retenir que la recourante présentait, antérieurement à l'accident du 29 octobre 2023, des troubles dégénératifs du rachis lombaire en L4-L5 et L5-S1, associés à une arthrose postérieure. L'accident n'avait entraîné qu'une aggravation temporaire de cet état dégénératif et avait cessé de déployer ses effets au plus tard six mois après sa survenance. L'intimée a en outre estimé que la situation n'avait pas à être examinée à l'aune de l'accident du 12 janvier 2021, dans la mesure où les prestations liées à cet événement avaient pris fin selon décision sur opposition du 8 octobre 2021, entrée en force.

La recourante soutient pour sa part que les lombalgies gauches seraient apparues après l'accident du mois de janvier 2021 et se seraient aggravées après celui d'octobre 2023. A l'appui de son point de vue, elle allègue l'absence de douleurs avant ces événements, ainsi que des atteintes préexistantes uniquement du côté droit, à l'exclusion de lésions en L4-L5 à gauche. Elle reproche au médecin d'arrondissement de l'intimée de ne pas avoir tenu compte de ses plaintes. En lien avec l'intervention du 18 juin 2024, elle estime que celle-ci devrait être prise en charge, puisqu'elle était consécutive à une complication de la chirurgie du 14 mai 2024, pour laquelle l'intimée a presté.

b) A titre liminaire, il sied de relever qu'il ne s'agit pas seulement d'examiner si les atteintes présentées par la recourante après l'accident du 29 octobre 2023 demeurent en lien de causalité avec celui-ci au-delà du 6 juin 2024. Il faut également déterminer si elles constituent une rechute des suites de l'accident de janvier 2021. Il s'ensuit que le droit de la recourante de bénéficier de prestations de l'assurance-accidents au-delà du 6 juin 2024 doit être examiné à la lumière des deux accidents subis, en 2021, puis 2023.

c) La recourante s'est soumise à plusieurs examens d'imagerie médicale entre les années 2018 et 2024. En octobre 2018, une discopathie en L5-S1 et une petite hernie discale surajoutée en S1 à droite étaient déjà visibles. L'IRM du 13 octobre 2021, réalisée après le premier accident, a mis en évidence, en sus des lésions susmentionnées, une petite protrusion foraminale gauche en L4-L5 ainsi que des signes d'arthrose inter-apophysaire postérieure en L4-L5 et L5-S1. L'IRM du 17 novembre 2022 montrait une discopathie et une arthrose postérieure des deux derniers étages lombaires, avec une poussée inflammatoire en L4-L5 gauche. Les IRM des 15 novembre 2023 et 12 avril 2024 étaient globalement superposables à celle de novembre 2022.

Invité à se prononcer sur l'origine des atteintes présentées par la recourante, le Dr N._____ a expliqué que l'intéressée présentait des troubles dégénératifs lombaires pluri-étagés, avec de l'arthrose en L4-L5 prédominante à gauche avec inflammation, mis en évidence par l'IRM du 17 novembre 2022. En revanche, aucune imagerie médicale au dossier ne montrait de lésion structurelle (cf. rapport du 3 septembre 2024). Dans une seconde appréciation médicale détaillée du 1^{er} avril 2025, le Dr N._____ a repris l'ensemble des pièces pertinentes au dossier, comprenant notamment les rapports des médecins intervenus dans le suivi de la recourante et les résultats des IRM réalisées. Il a précisé que l'absence d'atteinte structurelle consécutive au second accident se déduisait de l'aspect des vertèbres, de hauteur et d'alignement conservés. L'examen clinique du Dr J._____ le lendemain de l'accident confirmait cette analyse, ce dernier ayant relevé la présence d'une simple contusion lombaire. Dans la mesure où les troubles dégénératifs lombaires prédominant en L4-L5 et L5-S1 avaient déjà été objectivés aux IRM des 25 octobre 2018, 13 octobre 2021 et 16 novembre 2022, et en l'absence d'atteinte structurelle, le Dr N._____ a estimé que l'accident du 29 octobre 2023 avait entraîné une aggravation temporaire de l'état dégénératif antérieur, pour une durée de six mois dès sa survenance.

L'étiologie des atteintes présentées par la recourante a été analysée de manière circonstanciée et clairement expliquée par le médecin d'arrondissement de l'intimée, lequel s'est fondé sur l'ensemble des pièces du dossier pour forger son opinion, en particulier les rapports des différents médecins intervenus dans le suivi de l'intéressée et les IRM réalisées. Il a détaillé les éléments qui l'ont amené à nier une origine traumatique aux lésions présentées par la recourante et à admettre que l'accident du 29 octobre 2023 avait tout au plus décompensé un état dégénératif préexistant. Dûment motivée et convaincante, cette appréciation n'est en outre remise en cause par aucun élément au dossier.

Le Dr J._____ a certes souligné que les imageries médicales antérieures au second accident ne montraient aucune lésion en L4-L5, à l'exception d'une petite protrusion foraminale gauche. Il n'a cependant pas exposé pour quels motifs médicaux l'apparition de lésions plus importantes dans cette zone serait en lien de causalité avec l'événement du 29 octobre 2023. On soulignera en particulier à cet égard, qu'à la suite de l'examen clinique pratiqué le lendemain de l'accident, ce médecin a diagnostiqué un traumatisme dans la zone lombaire, mais a constaté l'absence d'hématome, de signe inflammatoire et d'érythème, ajoutant que les discopathies protrusives pouvaient influencer le processus de guérison de manière défavorable (cf. rapport du 9 novembre 2023). L'absence de quelque élément que ce soit suggérant un choc important dans la zone lombaire rend d'autant plus vraisemblable que les lésions dont souffre la recourante en L4-L5 ne sont pas d'origine traumatique.

Le Dr L._____ a quant à lui affirmé que la situation découlait des deux accidents subis, sans pour autant motiver cette assertion d'aucune manière, sauf à souligner le fait que sa patiente était asymptomatique avant ces deux événements (cf. rapport du 3 octobre 2024). Or, il s'agit d'un raisonnement *post hoc ergo propter hoc*, qui ne fonde pas de lien de causalité selon la jurisprudence fédérale constante (cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_315/2023 du 9 janvier 2024 consid. 3.2).

Enfin, les déclarations du Dr F._____, spécialiste sollicité par la recourante afin de se prononcer sur les causes des atteintes subies, confirment l'analyse du Dr N._____. Ce médecin a affirmé que l'accident du 29 octobre 2023 pouvait être qualifié de traumatisme à "faible énergie". Il a en outre souligné que les imageries médicales au dossier montraient des discopathies lombaires étagées, qui évoquaient des phénomènes principalement dégénératifs (cf. courriel du Dr F._____ au conseil de la recourante du 21 mai 2025).

Au vu des éléments qui précèdent, l'intimée était fondée à admettre que l'accident du 29 octobre 2023 n'a que temporairement décompensé un état dégénératif préexistant. L'appréciation du Dr N._____, selon laquelle le *statu quo sine* avait été atteint six mois après la survenance de l'accident du 29 octobre 2023, c'est-à-dire le 29 avril 2024, ne prête par ailleurs pas le flanc à la critique, à l'aune de la jurisprudence constante rendue en matière de lésions dégénératives de la colonne vertébrale, décompensées temporairement par un accident (cf. *supra* consid. 3.e). L'intimée a du reste continué à prester au-delà du 29 avril 2024. A cela s'ajoute que le Dr F._____, sans s'être expressément prononcé sur cette question, est allé dans le même sens, puisqu'il s'est étonné de la longue prise en charge accordée à la recourante. La cessation du versement de prestation d'assurance-accidents dès le 6 juin 2024 n'est dès lors pas critiquable.

d) Contrairement à ce que soutient la recourante, les pièces au dossier ne permettent pas non plus d'admettre qu'une rechute des suites de l'événement accidentel de janvier 2021 justifierait une prise en charge au-delà de cette date. En effet, comme précédemment exposé (cf. *supra* consid. 5.c), les IRM réalisées après le premier accident ont mis en évidence une discopathie en L4-L5 et L5-S1, une arthrose postérieure des deux derniers étages lombaires, responsable d'un rétrécissement récessal, sans compression radiculaire, mais avec une poussée inflammatoire maximale à gauche. Les mêmes conclusions résultent du rapport de l'IRM réalisée postérieurement au second événement accidentel, en date du 15 novembre 2023 : cet examen a montré des discopathies en L4-L5 et L5-S1, venant au

contact, sans signe de compression des parties récessales des racines L5 et S1 des deux côtés, et au contact foraminal en L4 gauche et en L5 des deux côtés. L'arthrose était également visible sur les trois derniers niveaux lombaires, de même que la poussée inflammatoire marquée en L4-L5 gauche. Disposant de l'IRM de 2022, le radiologue a expressément mentionné que ses propres constatations étaient similaires aux conclusions de cette imagerie.

Partant, contrairement à ce que soutient la recourante, il y a lieu d'admettre que l'accident du 29 octobre 2023 n'a provoqué aucune aggravation de l'état de sa colonne lombaire, tel qu'il existait postérieurement à l'accident du mois de janvier 2021. Comme exposé ci-avant, la recrudescence de la symptomatologie douloureuse s'explique par la décompensation temporaire de l'état dégénératif préexistant.

La recourante se prévaut encore de la rente entière d'invalidité qui lui a été octroyée par l'Office de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} février 2024. Cette décision ne permet cependant pas de remettre en cause l'appréciation de sa situation telle qu'exposée ci-dessus. En effet, la responsabilité de l'assureur-accidents ne doit porter que sur les atteintes qui sont en lien de causalité à tout le moins probable avec l'événement assuré (cf. *supra* consid. 3.b et c et 4.a), alors que l'assurance-invalidité couvre l'ensemble des atteintes invalidantes, sans égard à leurs origines. Le fait qu'une incapacité totale de travail ait été reconnue en vertu des dispositions applicables en matière d'assurance-invalidité n'est dès lors pas déterminant pour l'issue de la présente cause, la situation de la recourante devant être exclusivement appréciée selon des dispositions applicables en matière d'assurance-accidents.

e) Au vu de ce qui précède, suivant l'avis du Dr N._____, il y a lieu d'admettre que l'accident du 29 octobre 2023 a cessé de déployer ses effets au plus tard six mois après sa survenance, c'est-à-dire le 29 avril 2024. L'intimée était par conséquent fondée à mettre un terme à ses prestations dès le 6 juin 2024.

6. a) La recourante réclame cependant la prise en charge de l'intervention du 18 juin 2024, au motif qu'elle a été nécessaire en raison de complications de la chirurgie du mois de mai 2024.

b) Selon l'art. 6 al. 3 LAA, l'assurance alloue ses prestations pour les lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical. Le but de cette disposition est de faire porter à l'assureur-accidents le risque des mesures médicales qu'il prend en charge (Irene Hofer, *in* Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, 2019, n° 111 ad art. 6 LAA). En ce qui concerne les mesures de traitement ayant causé le dommage, elles n'ont pas à remplir les caractéristiques d'un accident, d'une faute professionnelle (violation des règles de l'art) ou d'une atteinte à l'intégrité corporelle au sens pénal (ATF 128 V 169 consid. 1c). L'assureur-accidents n'est toutefois obligé de prendre en charge que les lésions qui sont dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le traitement et les examens médicaux entraînés par l'accident assuré. Le lien de causalité adéquate entre les soins médicaux prodigués et les lésions en cause doit être examiné selon la règle générale du cours ordinaire des choses et de l'expérience de la vie (ATF 129 V 177 consid. 3 et 4 ; TF 8C_171/2023 du 17 janvier 2024 consid. 3.1 ; 8C_704/2022 du 27 septembre 2023 consid. 3.2 et les références citées ; Frésard/Moser-Szeless, *L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, SBVR, vol. XIV, 3^{ème} éd., 2016, p. 947 ss, n. 148 ss*).

c) En l'espèce, la recourante, dans la décision sur opposition litigieuse, a admis de prendre en charge les frais de traitement consécutifs à l'accident du 29 octobre 2023 jusqu'au 6 juin 2024. Ces frais comprenaient ainsi la chirurgie réalisée par le Dr L._____ le 14 mai 2024, ayant consisté en une stabilisation en L4-L5 par TLIF.

Dans le cadre du suivi post-opératoire, ce spécialiste a constaté que les douleurs lombaires étaient bien contrôlées, mais que sa patiente avait développé une douleur intermittente dans le membre inférieur gauche. Une IRM réalisée le 5 juin 2024 a mis en évidence la présence d'une collection en regard de la vis posée en L5 à gauche. Le Dr L._____ a dans

un premier temps prescrit un traitement conservateur (cf. rapport du 11 juin 2024). L'évolution ayant été défavorable, une révision de la cicatrice lombaire et une expansion de décompression en L4-L5 gauche ont été réalisées le 18 juin 2024, par les Drs L._____ et V._____. Cette intervention a permis une évolution favorable de la symptomatologie douloureuse, les douleurs résiduelles étant désormais liées au déconditionnement post-opératoire et en lien avec une origine tendinomusculaire (cf. rapport du 5 août 2024).

Le Dr N._____ a pour le surplus confirmé que la collection s'était développée en post-opératoire en regard du matériel posé, ayant rendu nécessaire la chirurgie de révision et l'expansion de la décompression L4-L5 gauche réalisée le 18 juin 2024 (cf. rapport du 1^{er} avril 2025).

Partant, l'intimée doit prendre en charge l'opération du 18 juin 2024, conformément à l'art. 6 al. 3 LAA, notamment sous la forme du paiement des frais de traitement et du versement d'indemnités journalières.

7. En conclusion, l'intimée était fondée à admettre que l'accident du 29 octobre 2023 a cessé de déployer ses effets le 6 juin 2024. Toutefois, dans la mesure où la chirurgie du 18 juin 2024 a été rendue nécessaire par des lésions causées à la recourante à la suite de l'intervention du 14 mai 2024, l'intimée est tenue de prendre en charge les frais y relatifs.

8. Les pièces au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause, sans qu'il n'apparaisse nécessaire de recourir à une expertise judiciaire. Il se justifie dès lors de renoncer à une telle mesure d'instruction, par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

9. a) En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision litigieuse réformée, en ce sens que l'intimée est tenue de prendre en charge, en sus des prestations octroyées jusqu'au 6 juin 2024, l'opération du 18 juin 2024, et d'allouer à la recourante les prestations d'assurance y relative, sous la forme du versement d'éventuelles indemnités journalières

et de la prise en charge des frais de traitement consécutifs à ladite opération.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA).

c) Obtenant partiellement gain de cause et ayant été assistée d'un mandataire qualifié pour le dépôt de son acte de recours, 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 1'000 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 la partie intimée.

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

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 10 avril 2025 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est réformée, en ce sens que celle-ci est tenue de prendre en charge, en sus des prestations octroyées jusqu'au 6 juin 2024, l'opération du 18 juin 2024, et d'allouer à la recourante les prestations d'assurance y relatives, notamment sous la forme du versement d'éventuelles indemnités journalières et de la prise en charge des frais de traitement.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. La Caisse nationale suisse en cas d'accidents versera à C._____ la somme de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- C._____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- 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 :