

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 30 mai 2012

---

Présidence de        Mme     BRÉLAZ BRAILLARD  
Juges     :        M.     Métral, juge et M. Schmutz, assesseur  
Greffière     :        Mme     Berberat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**L.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Philippe Nordmann,  
avocat à Lausanne,

et

**LA CAISSE Q.**\_\_\_\_\_, à [...], représentée par [...], juriste à la direction  
régionale de la caisse Q.\_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 6 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** L.\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1961, travaillait depuis le 16 septembre 2002 en qualité d'aide extra-hospitalière à 60 % auprès de la fondation K.\_\_\_\_\_ à [...]. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la caisse Q.\_\_\_\_\_. Par déclaration d'accident LAA du 10 mars 2008, la fondation K.\_\_\_\_\_ a annoncé que l'assurée avait été victime d'un accident le jour même à 7 h 30 sur l'autoroute entre Nyon et Coppet en mentionnant sous point 6 "description de l'accident" : "*Une voiture a tapé l'arrière de son véhicule. Transport en ambulance*". Dans un rapport du 5 mai 2008, la gendarmerie vaudoise a indiqué ce qui suit s'agissant des circonstances de l'accident :

"Mme L.\_\_\_\_\_ et M. [...] circulaient dans cet ordre, sur la voie gauche. A la suite d'un ralentissement du trafic, cette conductrice qui roulait à une allure de 20-30 km/h, freina et s'immobilisa normalement en queue de colonne. M. [...] freina une première fois, faisant tomber le paquet de biscuits qu'il avait posé entre ses jambes. Alors qu'il était occupé à le ramasser, il quitta la route des yeux. Lorsqu'il regarda à nouveau devant lui, il freina à nouveau mais ne put éviter de heurter le véhicule de Mme L.\_\_\_\_\_".

Entendue par la gendarmerie, l'assurée a expliqué qu'elle avait ressenti un violent choc à l'arrière et qu'elle souffrait d'une entorse cervicale et d'une autre à la cheville droite, ainsi que de contusions lombaires, ce qui avait nécessité son transport par ambulance à l'Hôpital de [...] pour des examens.

Dans un rapport médical initial LAA du 4 juin 2008, le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin-assistant à l'Hôpital de [...], a posé les diagnostics d'entorse cervico-scapulaire droite, de contusion lombaire droite et d'entorse de la cheville droite. Il a préconisé un traitement symptomatique, ainsi que du repos. Par la suite, l'assurée a été prise en charge par son médecin traitant le Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine

interne et maladies allergiques, qui a attesté une totale incapacité de travail dès le 10 mars 2008.

Le Dr F. \_\_\_\_\_ a rempli le 4 juin 2008 la "fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme cranio-cervical après décélération" dont il ressort ce qui suit : l'assurée a indiqué avoir ressenti des douleurs à la nuque, ainsi que des paresthésies en C7 droite et des hypoesthésies subjectives au niveau du membre inférieur droit. A part les douleurs précitées, elle n'a pas fait état d'autres troubles tels que des maux de tête ou trou de mémoire. Le Dr F. \_\_\_\_\_ a toutefois constaté un léger état de choc psychologique. Ce praticien a en outre signalé que le cliché transbuccal de l'apophyse adontoïde mettait en évidence des troubles dégénératifs diffus, alors que les radiographies de la colonne dorsolombaire montraient la présence d'une discopathie modérée L5-S1, ainsi que d'une spondylose pluri-étagée dorsale. Ce cas a été pris en charge par la caisse Q. \_\_\_\_\_.

Dans une note interne du 18 juin 2008, la caisse Q. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée, désormais suivie par le Dr U. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil moteur, avait enlevé son plâtre en mai 2008. Toutefois, le pied restait enflé et lui faisait mal. Elle présentait également des douleurs au niveau du genou. Elle se déplaçait encore avec des cannes, mais très difficilement. Le rapport d'IRM de la cheville et du pied droits pratiquée le 9 avril 2008 avait démontré une absence d'anomalie du signal médullaire osseux du squelette exploré, ainsi que de fracture au décours. Le rapport précité avait toutefois conclu à la présence d'un ossicule supplémentaire correspondant à un os peroneum sur le trajet du tendon du muscle long péroné et d'un œdème sous-cutané modéré probablement d'origine post-traumatique. Au vu de la persistance des douleurs, le Dr U. \_\_\_\_\_ a souhaité réaliser une nouvelle IRM afin de trouver le traitement approprié aux douleurs de sa patiente. Le rapport d'IRM du 28 juillet 2008 du pied droit a mis en évidence une téno-synovite modérée (grade I) sans déchirure du tendon du long péronier dans son passage rétro et sous-malléolaire externe. Sur les trois séries réalisées en positionnement neutre, flexion et extension de la

cheville, il n'y avait pas de luxation des tendons péroniers, les autres structures tendino-ligamentaires apparaissant préservées.

Lors d'un entretien téléphonique du 12 septembre 2008, le Dr U.\_\_\_\_\_ a informé la caisse Q.\_\_\_\_\_ qu'il préconisait une reprise à 50 % de l'activité professionnelle de l'assurée dès le 15 septembre 2008 sans aménagement du poste de travail. Toutefois, la fondation K.\_\_\_\_\_ a indiqué à l'assurée qu'elle ne devait pas reprendre son activité si elle ne s'en sentait pas capable et qu'elle devait en tout état de cause être préalablement examinée par le médecin-conseil (note interne du 12 septembre 2008). Par la suite, le Dr U.\_\_\_\_\_ a attesté une totale incapacité de travail, tout en informant la caisse Q.\_\_\_\_\_ qu'il ne savait plus comment procéder avec cette patiente (note interne du 25 septembre 2008).

En date du 13 octobre 2008, l'assurée a déposé une demande de rente et de mesures professionnelles auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI).

Dans l'intervalle, la caisse Q.\_\_\_\_\_ a mandaté le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, en vue de la réalisation d'un examen médical de l'assurée. Dans son appréciation médicale du 27 novembre 2008, le médecin-expert a noté que les douleurs cervicales et dorsales subsistaient, mais a estimé que l'assurée avait récupéré l'état préexistant l'accident, cette dernière présentant une chronicité déjà préexistante. Le Dr X.\_\_\_\_\_ a dès lors exclu des séquelles vertébrales, car la patiente tout en maintenant des douleurs cervicales et des névralgies du membre supérieur gauche avait récupéré l'état antérieur. S'agissant de la cheville droite, le Dr X.\_\_\_\_\_ a constaté à l'examen clinique qu'elle présentait encore des douleurs et des difficultés de mobilisation. L'examen du genou droit montrait une légère douleur à la pression du ménisque externe sur sa partie antérieure, le reste du status étant parfaitement normal. Le Dr X.\_\_\_\_\_ a estimé que l'on pouvait attendre une amélioration de l'état de la cheville atteinte d'une maladie de Sudeck, car le traitement du Miacalcic donnait une nette

amélioration des douleurs. Les troubles dont souffrait l'assurée à la cheville justifiaient toutefois par eux-mêmes une totale incapacité de travail. En effet, l'assurée ne pouvait actuellement pas se déplacer plus de 10 à 15 minutes (20 minutes de marche entre son domicile et la gare sans possibilité de transport public) et ne pouvait pas conduire sa voiture. Le Dr X. \_\_\_\_\_ a finalement préconisé un travail à 50 % en position assise, ainsi qu'un recyclage professionnel.

Par courrier du 9 janvier 2009, la caisse Q. \_\_\_\_\_ a annoncé à l'assurée que le statu quo avait été atteint dès le 28 novembre 2008 pour les troubles présentés au niveau cervical et dorsal.

Dans une note interne du 19 janvier 2009, la caisse Q. \_\_\_\_\_ a constaté *"une discordance entre le rapport du Dr X. \_\_\_\_\_ qui parle d'algoneurodystrophie et la version rapportée de l'assurée = pour elle, le traitement de myacalcic est terminé depuis LONGTEMPS, elle l'avait dit au Dr X. \_\_\_\_\_, elle ne prend aucun traitement pour le Sudeck"*.

Lors d'un entretien téléphonique du 22 janvier 2009 (note interne du 22 janvier 2009 de la caisse Q. \_\_\_\_\_), le Dr U. \_\_\_\_\_ a fait part à la caisse Q. \_\_\_\_\_ des constatations suivantes :

"Il confirme que la physiothérapie a été arrêtée pour ne pas relancer le Sudeck, le myacalcic est donné seulement durant 3-4 semaines.

L'évolution est favorable mais lente et incomplète. Selon les signes cliniques actuels, il n'a aucune raison d'ordonner de nouveau une scintigraphie ou une radiographie.

Pour la notion de marche TRES limitée, tout est relatif, en janvier lors du dernier RV, elle n'avait pas l'air si mal que ça.

Par contre, il ne savait pas que Mme L. \_\_\_\_\_ n'avait pas débuté le stage AI, il a comme information que le stage est en cours, et il apprécie que moyennement que l'assurée ne lui ait pas dit les choses telles qu'elle nous les a formulées.

Je lui précise que je dois encore voir avec l'AI si le stage a été décalé comme Mme L. \_\_\_\_\_ le dit en raison de ses problèmes de santé ou pour une éventuelle autre raison.

Voir un autre orthopédiste lui paraît inutile.

A noter :

Il avait attesté une reprise à 50 % mais qui a été refusée par l'employeur, avec tout un cirque autour.

(...)"

Au vu de ces éléments, la caisse Q.\_\_\_\_\_ a mandaté un nouvel expert. Dans le cadre de son appréciation médicale du 2 mars 2009 faisant suite à un examen clinique de l'assurée en date du 28 janvier 2009, ainsi qu'une scintigraphie osseuse du 2 février 2009 (rapport du 3 février 2009), le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a retenu les diagnostics d'entorse de la cheville grade I (sans déchirure ligamentaire), d'entorse cervicale stade I (statu quo sine obtenu après l'expertise du Dr X.\_\_\_\_\_ en raison de l'existence d'un terrain arthroscopique au niveau du rachis cervical et lombaire), de tendinopathie chronique des péroniers (compte tenu de la tuméfaction rétro malléolaire latérale), vraisemblablement antérieure à l'événement du 10 mars 2008. Il a ainsi précisé que les plaintes subjectives présentées par l'assurée ne pouvaient pas être objectivées de manière certaine au vu des constatations suivantes :

"L'examen clinique tend à montrer des séquelles caricaturales d'entorse. En lisant attentivement le dossier médical qui m'a été soumis, en particulier les résultats des différents examens radiologiques, je suis surpris par la persistance de ces symptômes, qui lors de mon examen semblaient par ailleurs exagérés.

Je rappellerais que l'IRM réalisée le 9 avril 2008, n'a pas mis en évidence de déchirure du ligament latéral externe ni d'entorse au niveau du Chopart ni de trouble intra articulaire de la tibio astragalienne droite.

Il n'a pas été noté également d'hématome volumineux autour de la cheville.

L'IRM du pied droit du 28.07.2008 qui a également analysé la cheville afin d'exclure d'une part une luxation des péroniers n'a pas mis en évidence de déchirure, ni d'état cicatriciel au niveau ligamentaire, ni d'atteinte articulaire que ce soit au niveau du Chopart ou de la tibio astragalienne. Cet examen montre surtout des problèmes tendineux chroniques. Je note également qu'il n'est pas fait mention de maladie de Sudeck, alors qu'il s'agit d'un excellent examen pour confirmer ce diagnostic.

Devant ces éléments j'ai fait pratiquer une scintigraphie osseuse, qui permet d'exclure, ou en tout cas de montrer la guérison de la maladie de Sudeck. Cet examen par ailleurs ne montre pas de

problème intra articulaire au niveau du Chopart et de la tibio astragaliennne droite, montre par ailleurs l'absence de lésion osseuse, cet examen ne met également pas en évidence de problème inflammatoire aigu ab articulaire."

S'agissant de la cheville droite, il a estimé que l'atteinte ligamentaire était uniquement due à l'événement du 10 mars 2008, alors que la tendinopathie péronière chronique ne l'était que partiellement, d'une façon tout au plus possible. A propos de la capacité de travail, le Dr V.\_\_\_\_\_ s'est prononcé comme suit :

"Je pense que l'événement du 10 mars 2008 n'entraîne plus de limitation de la capacité de travail, et que l'assurée peut reprendre une activité normale en tout cas de même type qu'avant l'événement qui nous concerne. Pour ma part, je ne retiens pas de manière certaine le diagnostic d'une maladie de Sudeck, par contre je retiens celui d'entorse grade I de la cheville droite, une entorse de ce type guérit rapidement sans séquelles, ce que tend à prouver les IRM du 8 avril 2008 et du 28 juillet 2008.

En ce qui concerne la maladie de Sudeck, pour ma part, je suis convaincu que l'assurée n'a pas présenté une telle complication, l'IRM du 28 juillet 2008 ne montre pas de signe pour une telle pathologie, alors que l'assurée était déjà traitée pour ce diagnostic. En tout état de cause si l'assurée a souffert d'une maladie de Sudeck avec IRM négative, actuellement cette maladie est guérie, guérison objectivée à l'examen clinique et confirmée par la scintigraphie osseuse réalisée le 3 [sic; recte 2] février 2009".

Il a dès lors estimé qu'une reprise du travail et qu'un statu quo sine était atteint en ce qui concernait la cheville droite 6 à 9 semaines après l'événement du 10 mars 2008.

Le 10 mars 2009, la caisse Q.\_\_\_\_\_ a communiqué à l'assurée par l'intermédiaire de son assurance de protection juridique que le statu quo avait été atteint dès le 27 novembre 2008 pour les troubles présentés au niveau cervical et dorsal, étant donné qu'avant l'accident des névralgies sporadiques du membre supérieur gauche existaient ainsi qu'une raideur dorsale et des douleurs de type nerfs occipital d'Arnold. S'agissant de la cheville droite, le statu quo sine était atteint dans un délai de 6 à 9 semaines après l'accident du 10 mars 2008, les IRM des 8 avril et 28 juillet 2008 ayant mis en évidence une guérison sans séquelles. La tuméfaction rétro malléolaire latérale était vraisemblablement consécutive

à une tendinopathie chronique des péroniers antérieure à l'accident précité, laquelle ne générerait aucune incapacité de travail. La caisse Q.\_\_\_\_\_ a dès lors conclu que l'assurée n'avait plus droit aux prestations de l'assurance-accidents LAA pour les suites du sinistre dont elle avait été victime le 10 mars 2008. La caisse Q.\_\_\_\_\_ a toutefois décidé de renoncer à demander le remboursement des prestations versées à tort au-delà du 27 novembre 2008 et d'intervenir exceptionnellement pour les prestations d'indemnités journalières jusqu'au 15 mars 2009 y compris.

Par courrier du 26 août 2009, l'avocat Philippe Nordmann (nouveau conseil de l'assurée) a estimé que sa cliente n'était pas en mesure de reprendre le travail immédiatement comme aide extrahospitalière, en s'appuyant sur un courrier de l'OAI du 8 avril 2009 informant l'assurée qu'il allait procéder à une instruction complémentaire dans son dossier. Il a en outre ajouté qu'aucun élément ne permettait de dire qu'il y avait un état antérieur susceptible de porter atteinte à la capacité de gain et, si tel était le cas, l'art. 36 LAA s'appliquerait. Ultérieurement, il a transmis un avis médical du 13 août 2009 établi par le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, à l'intention du Dr C.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée. A l'issue d'un examen clinique de l'assurée, le Dr B.\_\_\_\_\_ a formulé les conclusions suivantes :

"L'examen du 9 juin montre une cheville et un pied droit tuméfiés, raides et douloureux 14 mois après le traumatisme. Ceci doit être considéré comme tout à fait anormal et correspond donc à la définition de la maladie de Sudeck. Partant de cette hypothèse, j'ai réintroduit un traitement de Miacalcic qui avait nettement soulagé la patiente dans un premier temps et débuté une physiothérapie de mobilisation douce. Lors du contrôle clinique du 2 juillet 2009, la patiente note une amélioration dans la mobilité avec une diminution de l'œdème et une légère diminution de la symptomatologie douloureuse. L'examen clinique confirme cette évolution favorable. Miacalcic et physiothérapie sont donc poursuivis jusqu'au prochain contrôle clinique prévu le 24 août 2009.

L'état actuel me paraît à l'évidence séquellaire de l'accident du 10 mars 2008 et je ne vois aucune autre pathologie hors accident pouvant expliquer le status actuel".

Dans un rapport complémentaire du 25 août 2009, le Dr B.\_\_\_\_\_ a rappelé que le diagnostic de maladie de Sudeck était

principalement clinique selon la littérature. Elle se présentait sous forme d'une tuméfaction douloureuse, avec enraidissement, survenant principalement après un traumatisme, et de longue durée (12 à 24 mois), ce qui était le cas en l'espèce. Selon ce praticien, même si une scintigraphie était négative, cela n'excluait pas une telle maladie. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a enfin précisé que la patiente lui avait annoncé avoir été examinée par le Dr W.\_\_\_\_\_, à la demande de la caisse Q.\_\_\_\_\_, lequel avait également conclu à une maladie de Sudeck.

La caisse Q.\_\_\_\_\_ a sollicité l'avis du Dr V.\_\_\_\_\_ suite aux déterminations du Dr B.\_\_\_\_\_. Par courrier du 18 septembre 2009, le Dr V.\_\_\_\_\_ a estimé que si le diagnostic d'algoneurodystrophie était essentiellement clinique, les examens complémentaires, tels que résonance magnétique et scintigraphie osseuse permettaient en cas de doute de confirmer le diagnostic, ce qui n'était pas le cas dans le cas d'espèce.

Au vu de ces éléments, la caisse Q.\_\_\_\_\_ a sollicité l'avis du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, lequel s'est prononcé sur la base du dossier en l'état sans pratiquer d'examen clinique de l'assurée. Ce praticien a exclu la présence d'une maladie de Sudeck au vu de la scintigraphie osseuse pratiquée (avis médical du 1<sup>er</sup> octobre 2009). L'IRM s'est en outre révélée franche, sans œdème intra-médullaire ni autre signe pathologique en dehors d'une tendinite. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a admis que l'absence d'une maladie de Sudeck ne résolvait pas le problème, ni le mal de l'assurée laquelle ressentait toujours d'importantes douleurs à sa cheville qui l'empêchait de travailler. En conclusion, il a mis en évidence les éléments suivants :

"Je ne pense pas qu'il y ait, à la lecture du dossier, de maladie ou d'état antérieur qui explique cette chose, peut-être que simplement l'immobilisation plâtrée trop longue a provoqué l'enraidissement de la cheville et peut-être qu'également la physiothérapie faite par la suite a été soit trop brutale soit pas efficace. Rappelons que l'on se trouve dans le cadre d'une entorse de la cheville sans lésion ligamentaire, sans lésion cartilagineuse et sans lésion osseuse, il n'y a donc aucune raison clinique objectivable à la présence de telles douleurs une année et demie après le traumatisme.

S'agissant du Miacalcic la réponse positive à ce traitement n'est pas à corrélérer obligatoirement avec une maladie de Sudeck. Le Miacalcic a également une action antalgique centrale qui peut même dans le cadre d'une simple inflammation avoir un effet positif sur une symptomatologie post-traumatique".

**B.** Par décision du 16 octobre 2009, la caisse Q.\_\_\_\_\_ a considéré que le statu quo sine avait été atteint pour la cheville droite dans un délai de 6 à 9 semaines après l'accident du 10 mars 2008, les IRM des 8 avril et 28 juillet 2008 ayant mis en évidence une guérison sans séquelles. La caisse Q.\_\_\_\_\_ a toutefois renoncé à demander le remboursement des prestations versées à tort du 27 novembre 2008 au 15 mars 2009.

Dans le cadre de son opposition du 17 novembre 2009, l'assurée a allégué qu'elle n'était pas complètement remise du choc cervical et que l'accident était responsable d'une aggravation. Elle ajoute que l'on ne saurait aujourd'hui affirmer que l'état de sa cheville n'est plus en relation avec l'accident au motif que normalement de telles affections se guérissent. Elle produit à cet effet un rapport d'IRM de la cheville droite du 4 novembre 2009 qui expose notamment les éléments suivants :

### **"Description**

Au niveau des interlignes articulaires, on n'observe aucune anomalie mise à part un discret épanchement dans l'interligne articulaire tibio-tarsienne réalisant une distorsion surtout du récessus postérieur de l'articulation.

Le signal de la moelle osseuse est normal.

Les tendons, surtout les tendons péroniers, ne présentent aucune anomalie morphologique ou de signal et il n'existe pas d'épanchement dans leur gaine.

On n'observe non plus, aucune prise de contraste ou rehaussement le long du retinaculum, des muscles péroniers, par contre il existe une infiltration oedémateuse sans rehaussement après l'injection du Gadolinium dans le tissu graisseux sous-cutané latéro-malléolaire externe.

Le ligament collatéral médial, présente un signal normal, par contre, le ligament talo-fibulaire antérieur apparaît très fin, distendu faisant supposer une ancienne rupture cicatrisée.

Il existe une éventuelle laxité talo-crurale cliniquement ?

## **Conclusion**

Bilan IRM objectivant une infiltration oedémateuse sans signe d'hyper hémie dans le tissu graisseux sous-cutané latéro-malléolaire externe, mais par ailleurs, on n'observe aucune anomalie au niveau des tendons fibulaires.

A noter, un aspect aminci du ligament talo-fibulaire antérieur évoquant une ancienne entorse/rupture du ligament cicatrisée.

Intérêt d'une arthro-IRM pour évaluer l'intégrité de ce ligament ?".

Par avis médical du 4 février 2010, le Dr V.\_\_\_\_\_ a indiqué que le rapport d'IRM précité ne modifiait pas ses conclusions précédentes. Cet examen ne démontrait en effet pas clairement une lésion nécessitant un traitement, ajoutant que la guérison d'une entorse du ligament latéral externe se faisait par cicatrisation, élément correspondant à ce que l'on attendait après une entorse quel que soit son stade.

Par décision sur opposition du 26 février 2010, la caisse Q.\_\_\_\_\_ a confirmé sa décision du 16 octobre 2009, tout en retirant l'effet suspensif à un éventuel recours.

**C.** Par acte de son mandataire du 30 mars 2010, L.\_\_\_\_\_ interjette recours contre la décision sur opposition du 26 février 2010. Elle conclut à son annulation sous suite de dépens, estimant que l'intimée doit continuer à prendre en charge les indemnités journalières et, au moment où le cas sera stabilisé, passer au régime de la rente. Elle soutient ainsi que les avis médicaux contenus dans le dossier sont divergents, raison pour laquelle elle requiert la mise en œuvre d'une expertise neutre. Elle précise n'avoir jamais souffert de cette cheville avant l'accident du 10 mars 2008 et n'avoir jamais interrompu son activité lucrative durant les sept ans de service à la fondation K.\_\_\_\_\_. Elle rappelle que depuis l'accident précité, elle est toujours au bénéfice de certificats d'incapacité totale de travail. Elle produit en outre des photos démontrant clairement un état tuméfié de la cheville droite et la difficulté à soulever le pied. Elle indique enfin que malgré des injections de cortisone fin 2009, ses douleurs n'ont pas diminué.

Dans sa réponse du 2 juin 2010, l'intimée conclut au rejet du recours, ainsi qu'à la requête d'expertise présentée par la recourante, au vu des rapports complets des experts niant l'existence de la maladie de Sudeck. L'intimée constate au demeurant que la recourante allègue n'avoir jamais souffert de sa cheville et n'avoir jamais interrompu son activité lucrative avant l'accident du 10 mars 2008 et ce, afin d'établir l'existence d'un lien de causalité. Se référant à la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF 8C\_6/2009), l'intime estime qu'admettre l'existence d'un lien de causalité au seul motif que des symptômes sont apparus après l'accident revient à se fonder sur l'adage "post hoc ergo propter hoc", lequel ne permet pas l'existence d'un tel lien.

Dans sa réplique du 29 juin 2010, la recourante estime que la jurisprudence citée est dépassée, puisque si des attestations de médecins laissent subsister le moindre doute quant aux expertises des médecins des assurances sociales, l'égalité des armes au sens de l'art. 6 CEDH exige que le Tribunal ordonne une expertise judiciaire.

Dans sa duplique du 27 juillet 2010, l'intimée maintient les conclusions de sa réponse.

Dans ses déterminations du 31 août 2010, la recourante a confirmé sa requête d'expertise judiciaire.

Par courrier du 23 novembre 2011, la recourante produit un rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2010 du Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, médecine interne, médecine physique et réhabilitation, lequel conclut à la présence d'une algodystrophie consécutive à l'accident du 10 mars 2008.

Dans ses déterminations du 6 janvier 2011, l'intimée produit un avis médical du 17 décembre 2010 du Dr V.\_\_\_\_\_, lequel a estimé que le rapport du Dr P.\_\_\_\_\_ ne modifiait en rien ses conclusions.

Le dossier de la cause a été repris par un nouveau juge instructeur le 1<sup>er</sup> janvier 2011. Le 17 janvier 2011, ce dernier a invité les parties à lui faire parvenir des propositions de noms d'experts spécialistes en orthopédie, ainsi que les questions qu'elles entendaient poser.

Par courrier du 9 juin 2011, le juge instructeur a nommé le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique pour la réalisation d'une expertise.

Dans son rapport du 31 octobre 2011, le Dr I.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'algodystrophie. Ainsi, les traitements effectués au-delà du 15 mars 2009 étaient encore en lien avec l'accident, les troubles actuels du membre inférieur droit étant dus à l'accident de manière certaine et liés exclusivement à l'accident. Il a également exclu dans ce cas que le statu quo sine ait été retrouvé. La capacité de travail était dès lors nulle dans l'activité actuelle. Il a dès lors préconisé une réorientation professionnelle avec un travail essentiellement en position assise, option qui devrait cependant être évaluée dans le cadre d'un stage de reconversion.

Dans ses déterminations du 6 décembre 2011, la recourante constate que l'expertise du Dr I.\_\_\_\_\_ rejoint les éléments contenus dans le certificat médical du 1<sup>er</sup> décembre 2011 du Dr P.\_\_\_\_\_ qu'elle produit.

Par courrier du 20 janvier 2012, l'intimée estime que le rapport d'expertise n'a pas de valeur probante, en l'absence de discussion convaincante et au vu des avis des Drs V.\_\_\_\_\_, N.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie au service médical régional de l'assurance-invalidité (rapport du 12 juillet 2010), lesquels sont propres à mettre en doute les conclusions de l'expert judiciaire.

Par lettre du 14 février 2012, la recourante a qualifiée le rapport d'expertise du Dr I.\_\_\_\_\_ de claire et utilisable, les critiques formulées étant inconsistantes.

Le 21 février 2012, le juge instructeur a informé les parties que la cause était en état d'être jugée.

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

**1.** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2.** In casu, le litige porte sur la question de savoir si, pour les suites de l'accident survenu le 10 mars 2008, l'intimée reste tenue de servir ses prestations au-delà du 27 novembre 2008, date à compter de laquelle elle considère que les lésions subies au niveau du rachis et de la cheville droite ne sont plus en relation de causalité avec cet événement accidentel. On rappellera toutefois que si l'intimée a fixé au 27 novembre 2008 le statu quo sine pour les troubles présentés au niveau cervical et dorsal, correspondant à la date du rapport du Dr X.\_\_\_\_\_, elle a estimé qu'un tel statu avait été atteint, en ce qui concernait la cheville droite, dans un délai de 6 à 9 semaines après l'événement du 10 mars 2008 (appréciation médicale du 28 janvier 2009 du Dr V.\_\_\_\_). Toutefois, l'intimée a renoncé à demander le remboursement des prestations, selon elle, versées à tort du 27 novembre 2008 au 15 mars 2009.

En réalité, le litige porte uniquement sur le diagnostic lié aux douleurs et à la gêne ressentie par la recourante au niveau du membre inférieur droit. En effet, au niveau du rachis cervical et lombaire, la situation a évolué d'une manière satisfaisante, élément qui n'est pas contesté par l'intéressée, qui, au demeurant, n'a pas fait état d'éléments susceptibles de mettre sérieusement en doute les conclusions du Dr I. \_\_\_\_\_ (rapport du 31 octobre 2011) et des autres praticiens consultés.

**3. a)** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées; TF 8C\_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 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"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'évènement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V

177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; TF 8C\_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.2; TF 8C\_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 402 consid. 4.3; 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées). Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; TF 8C\_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1 et les références citées).

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a; 117 V 359; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

**b)** L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport

médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent être enclins, en cas de doute, à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

Dans une jurisprudence récente, le Tribunal fédéral a précisé que 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 l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). Le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). Il est précisé qu'une telle expertise, confiée au Dr I.\_\_\_\_\_, a été mise en oeuvre en l'espèce.

**c)** Enfin, le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3 p. 368).

**4.** En l'occurrence, selon l'intimée, les rapports du Dr V. \_\_\_\_\_ permettent de retenir une évolution de la santé de la recourante vers un statu quo sine, dans la mesure où l'atteinte à la cheville droite dont celle-ci se prévaut doit être mise sur le compte d'une tendinopathie chronique des péroniers, vraisemblablement antérieure à l'événement du 10 mars 2008. La recourante soutient au contraire qu'elle souffre d'une maladie de Sudeck consécutive au traumatisme subi, si bien que l'intimée doit prendre en charge les traitements, les indemnités journalières et passer cas échéant au régime de la rente, dès que son cas sera stabilisé.

**a)** Alors qu'elle circulait à 20 km/h, le véhicule de la recourante a été percuté à l'arrière par une autre voiture. Le pied droit de la recourante s'est retrouvé coincé au niveau des pédales. Elle a également ressenti des douleurs rachidiennes, lesquelles ont évolué favorablement (rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2011 du Dr I. \_\_\_\_\_). Si la problématique de la cheville a été considérée au départ comme mineure, elle est aujourd'hui prépondérante dans les plaintes formulées par la recourante. Ces dernières ont suscité une certaine incompréhension incitant l'intimée à mettre en œuvre deux expertises effectuées par les Drs X. \_\_\_\_\_ (appréciation médicale du 27 novembre 2008) et V. \_\_\_\_\_ (appréciation médicale du 2 mars 2009). L'intimée a ensuite sollicité l'avis médical du Dr N. \_\_\_\_\_ (courrier du 1<sup>er</sup> octobre 2009). Le Dr X. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de maladie de Sudeck laquelle justifiait une incapacité totale de travail. La recourante a par la suite été examinée par le Dr V. \_\_\_\_\_ (rapport du 2 mars 2009) lequel a retenu au niveau du membre inférieur droit, en l'absence de lésion cartilagineuse ou osseuse, les diagnostics d'entorse de la cheville grade I (sans déchirure ligamentaire) et de tendinopathie chronique des péroniers compte tenu de la tuméfaction rétro malléolaire latérale. Dans son avis

médical du 1<sup>er</sup> octobre 2009, le Dr N.\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics posés par le Dr V.\_\_\_\_\_, ainsi que ses conclusions à propos de la non existence d'une maladie de Sudeck au vu du résultat négatif de la scintigraphie osseuse pratiquée le 2 février 2009 (rapport du 3 février 2009). A défaut d'éléments probants dans le dossier, il s'est toutefois écarté de l'avis du Dr V.\_\_\_\_\_ s'agissant de l'existence d'une maladie antérieure, soit une tendinopathie chronique des péroniers qui pouvait expliquer, selon l'expert précité, la présence d'une tuméfaction rétro malléolaire latérale plusieurs mois après l'accident du 10 mars 2008. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a ainsi évoqué des hypothèses pour expliquer la présence de cette pathologie telles qu'une immobilisation plâtrée trop longue ou une physiothérapie trop brutale, sans toutefois se montrer convaincant quant à l'origine de ces douleurs.

**b)** Une nouvelle IRM de la cheville pratiquée le 4 novembre 2009 a toutefois clairement mis en évidence l'aspect aminci du ligament talo-fibulaire antérieur évoquant une ancienne entorse/rupture du ligament cicatrisé, contredisant ainsi l'avis des Drs V.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ lesquels concluaient à l'absence de lésion ligamentaire. Le Dr V.\_\_\_\_\_ a toutefois indiqué rétrospectivement (avis médical du 4 février 2010) que *"la guérison d'une entorse du ligament latéral externe se fait par cicatrisation, ce qui correspond à ce qu'on attend après une entorse quelque soit le stade, je rappellerai que dans ma première appréciation médicale je parlais d'une entorse grade I de la cheville droite pour lequel on devait s'attendre à une cicatrisation de 6 à 8 semaines"*.

Si le diagnostic d'entorse de la cheville a finalement pu être confirmé par une entorse/rupture du ligament, le Dr V.\_\_\_\_\_ a, dans le cadre de l'avis médical précité, retenu que l'IRM du 4 novembre 2009 ne mettait en évidence ni algoneurodystrophie, ni lésion nécessitant un traitement.

A ces avis s'opposent ceux des Drs X.\_\_\_\_\_, B.\_\_\_\_\_ (rapport du 13 août 2009 et rapport complémentaire du 25 août 2009) et P.\_\_\_\_\_ (certificat médical du 1er décembre 2010 et rapport du 31

janvier 2011) qui ont conclu à la présence d'une algodystrophie entraînant une incapacité totale de travail au-delà du 15 mars 2009. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a ainsi constaté à l'examen clinique une cheville et un pied droit tuméfiés raides et douloureux plus de 14 mois après l'accident, atteinte qui était anormale et qui correspondait à la maladie de Sudeck, soit une tuméfaction douloureuse, avec enraidissement survenant principalement après un traumatisme et de longue durée (12 à 24 mois). Ces constatations sont corroborées par le Dr P. \_\_\_\_\_ qui a fait état d'un œdème prédominant à la malléole externe et au dos du pied, d'allodynie et de position antalgique en inversion du pied, obligeant la patiente à marcher avec une boiterie sur le membre inférieur gauche.

**c)** Au vu de l'existence manifeste de points de divergence séparant les considérations des Drs V. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ de celles des autres médecins qui se sont exprimés, il sied de constater l'absence de motifs décisifs pour dénier une valeur probante à leurs avis respectifs. En raison d'un doute suffisant, la Cour de céans a dès lors fait appel à un expert judiciaire, soit le Dr I. \_\_\_\_\_ en vue de départager ces opinions conformément à la jurisprudence précitée (supra consid. 3b 2§), notamment au niveau de l'origine de la tuméfaction rétro malléolaire latérale et des douleurs inhérentes à cette pathologie.

Le Dr I. \_\_\_\_\_ a examiné la recourante les 25 juillet et 27 août 2011. Dans son rapport du 31 octobre 2011, il a confirmé que l'état clinique était superposable à celui décrit dans les précédents examens médicaux, soit notamment une tuméfaction principalement au dos du pied droit, mais également rétro-malléolaires interne et externe. Le Dr I. \_\_\_\_\_ a ainsi exposé que la lecture de l'IRM pratiquée le 8 avril 2008 (rapport du 9 avril 2008), soit moins d'un mois après l'accident, avait été sous-estimée, car un examen attentif des images au niveau de la jonction tarso-métatarsienne (articulation de Lisfranc) révélait une tuméfaction dorsale et un œdème plantaire avec un ligament de Lisfranc mal visible (ligament qui est davantage lisible après cicatrisation partielle de l'IRM subséquent). Les pathologies de cette région étaient notoirement potentiellement difficiles à diagnostiquer et susceptibles de générer une

symptomatologie durable et invalidante. L'expert a par conséquent retenu un traumatisme de l'articulation de Lisfranc comme étant le résultat de l'accident. L'évolution dans les premières semaines était caractérisée par des douleurs très intenses immédiates, par une tuméfaction, un œdème marqué et persistant illustré sur les examens IRM notamment. L'explication de cet état de fait était à rechercher dans le concept de syndrome douloureux régional complexe (concept de l'algodystrophie ou maladie de Sudeck).

L'expert a en outre clairement démontré que les critères diagnostiques de la pathologie précitée (critères dits de Budapest) étaient essentiellement cliniques, soit notamment une douleur continue disproportionnée avec tout facteur déclenchant, un symptôme (sensitif, vasomoteur, œdème ou moteur et trophique) et l'absence de tout autre diagnostic expliquant mieux les symptômes et les signes cliniques. Après avoir passé en revue de manière systématique lesdits critères, le Dr I.\_\_\_\_\_ a retenu que la recourante présentait un syndrome douloureux régional complexe. S'agissant de la scintigraphie osseuse, le Dr I.\_\_\_\_\_ a sollicité l'avis du Dr M.\_\_\_\_\_ auteur du rapport du 3 février 2009 relatif à ladite scintigraphie lequel a précisé que *"on sait d'expérience que dans environ un tiers des cas, la scinti (et les autres examens d'imagerie) peut être normale même en présence d'une algo et dans ces cas c'est la clinique qui prédomine et la scinti normale n'exclut pas l'algo"*. Le Dr I.\_\_\_\_\_ a en outre démontré qu'une scintigraphie osseuse n'était plus considérée comme un bon examen, voire un critère majeur pour l'établissement d'un tel diagnostic, surtout si elle avait été effectuée tardivement, soit comme en l'espèce dix mois après l'accident, un article médical concluant même à la perte de validité d'un tel examen six mois après le traumatisme. Enfin, en raison de la présence de raideurs articulaires, l'expert a en outre exclu une pseudo dystrophie, soit un trouble factice, diagnostic avancé par le Dr V.\_\_\_\_\_ pour expliquer la présentation clinique (rapport du 18 septembre 2009, p. 2).

**d)** Au vu des éléments précités, la Cour de céans considère que l'expertise réalisée par le Dr I.\_\_\_\_\_ correspond en tous points aux

critères dégagés par le Tribunal fédéral (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références) et doit donc se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle repose en effet sur l'étude du dossier médical complet, y compris les documents radiologiques de la recourante et tient compte des plaintes de celle-ci. Conscient que la question essentielle à résoudre résidait dans l'établissement du diagnostic, l'expert I. \_\_\_\_\_ a fait référence à plusieurs reprises à la littérature médicale la plus récente, en prenant la peine d'exposer de manière détaillée les critères permettant de retenir un syndrome douloureux régional complexe et d'exclure d'autres diagnostics. Les déterminations de l'intimée du 20 janvier 2012 ne sauraient remettre en cause les conclusions du Dr I. \_\_\_\_\_, dans la mesure où ni le Dr V. \_\_\_\_\_, ni le Dr J. \_\_\_\_\_ ne se sont prononcés sur les critères dits de Budapest, se limitant à faire référence aux résultats de la scintigraphie osseuse pratiquée le 2 février 2009 pour écarter le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe, élément qui ne s'avère en réalité pas décisif pour écarter une telle pathologie. Quant à l'existence d'une maladie antérieure, soit une tendinopathie chronique des péroniers, on rappellera que le Dr N. \_\_\_\_\_ a clairement écarté ce diagnostic, le Dr I. \_\_\_\_\_ estimant quant à lui que le Dr V. \_\_\_\_\_ n'avait proposé aucun diagnostic expliquant les situations cliniques.

Enfin, les conclusions du Dr I. \_\_\_\_\_ quant à l'incidence sur la capacité de travail de la recourante de cette atteinte sont convaincantes. L'expert a ainsi retenu que la capacité de travail de la recourante était nulle dans sa profession d'aide extra-hospitalière, cette fonction requérant la station debout, l'obligation éventuelle de soulever un patient ou le port de charges. Une réorientation professionnelle avec un travail essentiellement en position assise pouvait être discutée, mais devait être évaluée dans le cadre d'un stage de reconversion.

**5. a)** Au vu de ce qui précède, si le statu quo était atteint dès le 28 novembre 2008, respectivement le 15 mars 2009, pour les troubles présentés au niveau cervical et dorsal, tel n'était pas le cas pour l'atteinte à la cheville droite en raison d'un lien de causalité naturelle entre

l'accident du 10 mars 2008 et les lésions diagnostiquées, soit un traumatisme de l'articulation de Lisfranc ayant entraîné un syndrome douloureux régional complexe. Le Dr I. \_\_\_\_\_ a en effet conclu que les traitements effectués au-delà du 15 mars 2009 étaient encore en lien avec l'accident, les troubles actuels du membre inférieur droit étant dus à l'accident de manière certaine et liés exclusivement à l'accident.

Aussi convient-il d'admettre le recours et de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle prenne en charge les suites de l'atteinte à la cheville droite au-delà du 27 novembre 2008, respectivement du 15 mars 2009, par le maintien du versement des indemnités journalières et la prise en charge du traitement médical. Dès que le cas sera stabilisé se posera alors la question de savoir si d'autres prestations entreront en ligne de compte, en particulier le droit à une rente d'invalidité.

**b)** La recourante, qui a obtenu gain de cause avec le concours d'un mandataire, a droit à une indemnité de dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; cf. également art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'000 fr. à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

**I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 26 février 2010 par la caisse Q.\_\_\_\_\_ est annulée, la cause étant renvoyée à cet assureur pour nouvelle décision au sens des considérants.
  
- III.** La caisse Q.\_\_\_\_\_ versera à la recourante une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.
  
- IV.** Le présent arrêt est rendu sans frais.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne (pour la recourante),
- La caisse Q.\_\_\_\_\_, à [...], représentée par [...], juriste à la direction régionale de la caisse Q.\_\_\_\_\_, à [...],
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :