

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 mai 2012

---

Présidence de      Mme      PASCHE  
Juges      :      Mme Röthenbacher et M. Bidiville, assesseur  
Greffier      :      Mme      Matile

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.**\_\_\_\_\_, à Yverdon-les-Bains, recourante, représentée par Procap,  
Service juridique, à Bienne,

et

**C.**\_\_\_\_\_ **SA**, à Martigny, intimée.

---

**Art. 6 al. 1 LAA; 11 OLAA; 44 LPGA**

**E n f a i t :**

**A. a)** F. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recoursante), née en 1972, travaille auprès de la Polyclinique C. \_\_\_\_\_ en qualité d'infirmière. A ce titre, elle est assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de C. \_\_\_\_\_ SA. Par déclaration d'accident LAA du 10 août 2009, l'employeur de l'assurée a indiqué que le 8 août 2009 à 21 heures 15, cette dernière avait glissé sur le sol grasseyé alors qu'elle repartait du X. \_\_\_\_\_ avec sa commande, se blessant au niveau du pied gauche. Le cas a été pris en charge.

En réponse aux questions qui lui étaient posées par l'assureur-accident, elle a indiqué le 7 octobre 2009 avoir repris le travail à 100% le 1<sup>er</sup> septembre 2009, en précisant que le traitement était terminé. Le 20 octobre 2009, l'assurée a confirmé qu'elle avait glissé sur le sol grasseyé.

**b)** Par déclaration d'accident LAA du 12 novembre 2010, l'employeur de l'assurée a fait état d'une rechute de l'événement du 8 août 2009, en notant que le travail avait été interrompu le 6 novembre 2010. Les premiers soins avaient été dispensés par le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale. L'événement était décrit en ces termes: «Douleurs importantes et handicapantes au pied gauche. Première alerte au mois de sept. 2010 en marchant sur la plage en Italie, douleurs ont duré 2 jours. Par la suite douleurs par intermittence, provoquant un boitement. Depuis le 27.10.2010 augmentation des douleurs, m'empêchant de marcher normalement en appui sur le pied gauche, ne répondant pas aux médicaments.»

Le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a effectué une IRM de la cheville gauche de l'assurée le 8 novembre 2010. Dans son rapport médical du 9 novembre 2010 au Dr B. \_\_\_\_\_, il a notamment relevé ce qui suit:

«Indication

Status post-entorse du Chopart il y a 14 mois. Réactivation de douleurs infra-malléolaires à la charge. Fracture de fatigue?

[...]

Description

Présence d'un hypersignal de la spongieuse médiale du dôme de l'astragale avec une ébauche de petite géode sous-chondrale mesurant 4x2 mm bien visible en axiale T1 et T2 SPIR. Pas de solution de continuité du cartilage articulaire. Pas de lésion du Chopart. Pas d'argument pour une fracture de la base du 5<sup>ème</sup> méta. Structure tendino-ligamentaire sp.

Conclusions

Lésion ostéo-chondrale médiale de l'astragale de stade IIA».

Dans son rapport médical du 14 décembre 10 à l'assureur-accidents, le Dr B. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de status post entorse de la cheville gauche à deux reprises et de lésion ostéo-chondrale de l'astragale de stade IIA.

Le 30 décembre 2010, le Dr I. \_\_\_\_\_, médecin assistant, a diagnostiqué une lésion ostéo-chondrale médiale de l'astragale gauche, à la suite d'un traumatisme de la cheville gauche pendant le mois d'août 2010 [recte: 2009]. La cheville était douloureuse et l'évolution stable. L'assurée portait depuis une semaine une attelle.

Un inspecteur de sinistre s'est entretenu avec l'assurée à son domicile le 2 février 2011. Selon son rapport du 11 février 2011, l'assurée avait subi deux fractures de fatigue à l'orteil aux deux pieds en 1999 et en 2006. Elle avait commencé son travail à 40% le 1<sup>er</sup> février 2011, à raison de deux jours complets par semaine.

Une nouvelle IRM de la cheville gauche a été effectuée le 21 mars 2011. Dans son rapport du 22 mars 11, le Dr U. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a relevé ce qui suit:

«Description

L'examen de ce jour met en évidence une lésion kystique d'1 cm de long axe prenant son origine à l'articulation talo-naviculaire avec extension dorsale. Le dôme astragalien est le siège d'une lésion osseuse mesurant 5 mm dans le plan coronal, 8 mm dans le plan sagittal. Le cartilage sus-jacent reste intact. Au niveau de la partie supérieure de la lésion, il y a un kyste.

Conclusions

L'examen de ce jour met en évidence une ostéochondrite disséquante au niveau du dôme astragalien médial. Pourtant, le cartilage reste intact. Pour cette raison,

il devrait s'agir radiologiquement d'un stade I. A corréler avec l'imagerie précédente.»

Selon une fiche téléphonique du 31 mars 2011, une opération était prévue. Selon fiche téléphonique du 18 avril 2011, l'assurée était toujours en arrêt à 60% depuis février 2011.

Le 18 avril 2011, le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin assistant auprès de la Policlinique orthopédique Q.\_\_\_\_\_, a attesté que l'assurée avait consulté le département des urgences le 8 août 2009 pour une entorse de Chopart du pied gauche, en relevant qu'elle était actuellement toujours suivie pour les suites de cet accident.

Par rapport médical du 6 juin 2011, les Drs H.\_\_\_\_\_, A.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_, tous trois spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et le Dr T.\_\_\_\_\_, médecin assistant auprès du Service d'orthopédie et de traumatologie des Etablissements Hospitaliers O.\_\_\_\_\_, ont fait savoir au Dr B.\_\_\_\_\_ que l'assurée avait subi le 11 mai 2011 un forage, un curetage et une greffe sous-chondrale au niveau du pied gauche. Les suites postopératoires avaient été simples et afébriles. L'assurée avait repris une mobilisation avec l'aide de la physiothérapie avec une charge maximum à 10 kg. Au vu de l'évolution favorable ainsi que de l'amendement de la composante algique, elle avait regagné son domicile le 14 mai 2011.

Par décision du 29 juillet 2011, C.\_\_\_\_\_ SA a fait savoir à l'assurée qu'au vu de la lésion subie lors de l'accident du 8 août 2009 et de l'absence de traitement médical durant 14 mois, son médecin-conseil était d'avis qu'il n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que les troubles traités dès le 6 novembre 2010 soient en relation de causalité naturelle avec cet accident.

Une nouvelle IRM de la cheville gauche a été effectuée le 5 août 2011. Selon le rapport du Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, du 8 août 2011, il s'agissait d'un premier contrôle post-forage. La prise de contraste et l'œdème adjacents étaient à mettre le plus

vraisemblablement sur le status post-opératoire récent. Il n'y avait pas d'épanchement articulaire au niveau de la cheville.

Le 27 août 2011, l'assurée a formé opposition à la décision de C.\_\_\_\_\_ SA. En substance, elle a fait valoir qu'entre le 1<sup>er</sup> septembre 2009, date de la reprise de son activité, et jusqu'à la mi-octobre 2010, lorsque les douleurs sont réapparues, elle n'avait subi aucun événement pouvant lui causer les douleurs en cause. Elle indiquait en outre que le Dr H.\_\_\_\_\_ adresserait son dossier médical à l'assureur-accidents.

A la suite de radiographies des chevilles de face et profil le 30 septembre 2011, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a décrit dans son rapport médical du même jour une lésion ostéolytique à bords sclérotiques de 14 x 6 mm de diamètre apparent (T x AP) du versant interne du dôme astragalien gauche situé sur les clichés standards à 3 mm du cartilage articulaire. Cette lésion pouvait correspondre à une géode et ne semblait pas agressive. Le cartilage articulaire était préservé. Il n'y avait pas de lésion à droite ni d'autre lésion des chevilles compte tenu d'apophyses trigones proéminentes des deux côtés.

L'assurée a été examinée par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil de C.\_\_\_\_\_ SA. Sous la rubrique «appréciation du cas» de son rapport du 30 septembre 2011, ce médecin a fait les observations suivantes:

«Status plus de 2 ans après entorse de l'articulation du Chopart (médiotarse) du pied gauche.

Le traitement fut conservateur, avec résolution rapide des symptômes. La patiente a pu réintégrer son poste de travail 3 semaines après son traumatisme. La dernière consultation médicale a eu lieu 1 mois après ce dernier. Enfin, les activités sportives ont été reprises dans la foulée, sans difficulté.

Un an plus tard, apparition spontanée de douleurs à la cheville gauche.

Le rapport de la première IRM, pratiquée le 8 novembre 2010, parlait en faveur d'une lésion ostéo-chondrale médiale de l'astragale, de stade IIA (classification utilisée pour caractériser l'état d'avancement des ostéochondrites).

Cette appréciation me laisse quelque peu songeur. Je rappelle que le stade II implique une lésion (voire une fracture) de couverture cartilagineuse du dôme astragalien, ce qui ne fut manifestement pas le cas sur ces images, ni d'ailleurs sur les examens radiologiques qui ont suivi, jusqu'à ce jour.

En revanche, on se doit de préciser que cette même IRM a montré un œdème relativement étendu de l'astragale, alors que la géode sous-chondrale était de très petite taille. Cette image aurait dû conduire à la réflexion de la possibilité d'une ostéonécrose de l'astragale!

Ces deux entités, c'est-à-dire l'ostéonécrose et l'ostéochondrite, ont une physiopathologie relativement similaire, à la différence près que l'ostéochondrite est une lésion circonscrite, alors que l'ostéonécrose peut intéresser une large partie de l'os incriminé.

Au niveau de l'astragale, l'ostéonécrose idiopathique semble relativement rare. La grande majorité des nécroses astragaliennes sont le résultat de fracture du corps osseux (en général du col), après des traumatismes à haute énergie. On rappelle enfin que l'ostéonécrose non traumatique est associée à une multitude de pathologies, en général systémiques, telle que un status après corticothérapie, un éthyilisme chronique, une goutte, un lupus, un dysfonctionnement hépatique et pancréatique, une dyslipidémie (incluant l'hypercholestérolémie), des macro-anopathies, etc.

Un de ces facteurs prédisposant est retrouvé chez Mme F.\_\_\_\_\_, à savoir l'hypercholestérolémie. Elle est certes modeste, mais elle reste au-dessus de la norme, ou proche de la fourchette supérieure. Cet élément, conjointement au fait que Mme F.\_\_\_\_\_ a présenté des douleurs spontanées de sa cheville, plus de 1 an après son traumatisme, font converger le raisonnement vers le principe d'une ostéonécrose atraumatique.

Ce d'autant plus que, si on part de l'hypothèse que l'événement qui nous concerne (du 8 août 2009) avait généré une contusion de l'astragale, suffisante pour créer à ce moment un trouble vasculaire, l'évolution à moyen terme aurait certainement été différente, avec une cheville qui serait restée douloureuse, même de manière intermittente, ou à intensité variable.

En d'autres termes, le silence clinique pendant 1 année rend très hautement improbable une quelconque implication de l'événement du 8 août 2009 dans le développement de l'incident ostéonécrotique de cet astragale.»

Par décision sur opposition du 28 novembre 2011, C.\_\_\_\_\_ SA a rejeté l'opposition formée par l'assurée à sa décision du 29 juillet 2011, qu'elle a confirmée. En substance, elle a retenu, en se fondant sur le rapport du Dr J.\_\_\_\_\_, que les troubles de la cheville gauche ayant justifié des consultations dès le début du mois de novembre 2010 n'étaient pas en relation de causalité au moins probable avec l'événement du 8 août 2009, si bien que c'était à juste titre qu'elle avait refusé de les prendre en charge.

Le 29 novembre 2011, le Dr P.\_\_\_\_\_, chef de clinique auprès des Etablissements Hospitaliers O.\_\_\_\_\_, adressé le courrier suivant au Dr J.\_\_\_\_\_:

«Je me permets de vous écrire afin que vous réévaluiez la prise en charge des frais inhérents à l'atteinte corporelle de Madame F.\_\_\_\_\_ ayant nécessité une intervention chirurgicale le 11.05.11. La lésion dont souffre Madame F.\_\_\_\_\_ est une séquelle de son accident survenu le 08.08.2009

même s'il y a eu un intervalle libre de tout symptôme pendant 15 mois. Il y a une relation de causalité naturelle, au degré de la vraisemblance prépondérante, entre la lésion dont souffre Madame F.\_\_\_\_\_ et l'accident survenu le 08.08.2009. Il ne s'agit donc pas d'une «rechute» car la lésion ostéocondrale post traumatique n'a jamais guéri mais bel et bien d'une "séquelle tardive" nécessitant une entrée en matière de votre part afin de couvrir les frais inhérents.»

**B.** Par acte du 17 janvier 2012, F.\_\_\_\_\_, représentée par Procap, a recouru contre la décision sur opposition de l'intimée du 28 novembre 2011 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle conclut à son annulation, principalement en ce sens qu'il soit constaté qu'elle a droit aux prestations LAA et subsidiairement que le dossier est renvoyé à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle fait valoir en substance, en se fondant sur le courrier du Dr P.\_\_\_\_\_ au Dr J.\_\_\_\_\_ du 29 novembre 2011, que ses troubles sont en relation de causalité naturelle avec l'événement du 8 août 2009, dont ils sont une séquelle tardive. Elle en déduit que l'intimée doit entrer en matière et lui accorder les prestations dues, ou à tout le moins reprendre l'instruction.

Dans sa réponse du 17 février 2012, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle soutient que le rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ est probant, alors que le Dr P.\_\_\_\_\_ n'apporte quant à lui aucune explication justifiant son avis. Elle explique enfin qu'il incomberait le cas échéant au Tribunal de mettre en œuvre les mesures d'instruction complémentaires.

La recourante a déposé des explications complémentaires le 12 mars 12. Elle y fait valoir que le rapport médical du Dr P.\_\_\_\_\_ du 18 janvier 2012 remet sérieusement en doute le rapport du Dr J.\_\_\_\_\_, et qu'il convient dès lors d'ordonner une investigation complémentaire auprès d'un médecin indépendant. Elle produit de la doctrine médicale, ainsi qu'un rapport du Dr P.\_\_\_\_\_ du 18 janvier 2012, qui a notamment la teneur suivante:

«Le diagnostic initial posé était celui de lésion ostéocondrale du dôme talien. Comme mentionné dans les divers documents annexés non exhaustifs, on sait que ce type de lésion représente une séquelle d'entorse de la cheville qui passe initialement inaperçue. Par la suite, malheureusement, ce

genre de lésion finit par se manifester, mais souvent à distance du traumatisme initial, ce qui explique l'intervalle d'environ 15 mois chez cette patiente. Je pense qu'il y a une causalité naturelle entre la lésion qui s'est manifestée à distance de l'accident initial car cette lésion ostéocondrale d'origine post-traumatique n'a jamais guéri avec comme conséquence la formation d'un kyste sous-chondral qui a engendré une symptomatologie douloureuse, mais seulement à distance et nécessitant par la suite une intervention chirurgicale avec l'enchaînement des éléments suivants: entorse, lésion ostéocondrale, kyste sous-chondral. Cela montre qu'il s'agit de l'évolution naturelle d'une séquelle d'entorse passée initialement inaperçue, qu'il ne s'agit donc pas d'une rechute, mais bien d'une séquelle tardive impliquant que les frais inhérents à ce traumatisme soient pris en charge par l'assurance accident dont bénéficiait Mme F. \_\_\_\_\_ au moment de l'accident survenu en août 2009, à savoir C. \_\_\_\_\_ SA.»

Dans ses déterminations du 20 mars 2012, l'intimée relève que l'étiologie traumatique est l'une des étiologies possibles dans les cas de lésion ostéocondrale du dôme astragalien (LODA). Il convient pourtant d'examiner dans chaque cas ce qu'il en est, soutenant que c'est ce qu'a fait le Dr J. \_\_\_\_\_, faisant valoir que si le fait que la recourante a eu une entorse en août 2009 peut parler en faveur d'une étiologie traumatique de la LODA, le fait que le cas initial ait rapidement guéri, l'intervalle relativement long (12 mois) sans douleur et la présence d'une hypercholestérolémie parlent en défaveur d'un lien de causalité entre l'accident du 8 août 2009 et la LODA. Comme ce lien de causalité n'est pas prouvé au degré de la vraisemblance prépondérante, il apparaît au plus possible mais non probable.

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

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

LPGA). En l'espèce, formé le 17 janvier 2012 contre la décision sur opposition du 28 novembre 2011, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c LPGA). Pour le surplus répondant aux prescriptions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le présent recours est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53, confirmé par TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1).

**b)** Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 28 novembre 2011, à refuser le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la présente 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.

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère

accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177, consid. 3.1 et les références; TF 8C\_432/2007 du 28 mars 2008, consid. 3.2.1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177, consid. 3.1 et les références; TF 8C\_433/2008 du 11 mars 2009, consid. 3.1). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C\_513/2007 du 22 avril 2008, consid. 3.1 et les références).

Ainsi, si l'on peut admettre qu'un 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 maladif antérieur 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\_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.3 et les références); 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; TF 8C\_42/2009 du 1er octobre 2009, consid. 2.2).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456, consid. 5a et les références; ATF 129 V 177 précité, consid. 3.2; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009, consid. 2). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (cf. TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.1 in fine et les références).

**b)** En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre à la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, le paiement d'indemnités journalières (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202]; pour les titulaires d'une rente de l'assurance-accidents: art. 21 LAA). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, 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 arrêts cités; TF 8C\_1023/2008 du 1<sup>er</sup> décembre 2009 consid. 5.3). Les rechutes et les séquelles tardives se rattachent 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 p. 296 et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2).

**c)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine

des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3; cf. TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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 suffisants, même faibles, quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 et les références citées, TF 8C\_465/2010 du 19 avril 2011 consid. 3).

**4.** Se référant aux constatations de son médecin conseil, l'intimée retient qu'il n'y a pas de lien de causalité entre les troubles que la recourante présente à la cheville gauche et l'accident du 8 août 2009. Quant à cette dernière, elle fait valoir que lesdits troubles sont une

séquelle tardive de l'accident précité, en se fondant sur l'appréciation médicale du Dr P. \_\_\_\_\_ (cf. les rapports médicaux des 29 novembre 2011 et 18 janvier 2012).

Après avoir examiné la recourante, à une date qui n'est au demeurant pas précisée, le Dr J. \_\_\_\_\_ retient que la présence d'une hypercholestérolémie chez la recourante et des douleurs qu'il qualifie de spontanées font converger son raisonnement vers le principe d'une ostéonécrose atraumatique. Cela étant, selon ce même praticien, l'hypercholestérolémie est modeste. Il relève ainsi que le cholestérol total est à 5.03 mmol/l alors que la norme est inférieure à 5 mmol/l. Ce seul élément n'est donc pas déterminant pour retenir une ostéonécrose atraumatique. Son appréciation n'est finalement motivée que par un silence clinique d'une année. Or le Dr P. \_\_\_\_\_ a exposé pour sa part que la lésion ostéochondrale d'origine post-traumatique n'a jamais guéri, avec comme conséquence la formation d'un kyste sous-chondral qui a engendré une symptomatologie douloureuse, mais seulement à distance et nécessitant par la suite une intervention chirurgicale avec l'enchaînement des éléments suivants: entorse, lésion ostéochondrale, kyste sous-chondral. Ce médecin est dès lors d'avis qu'il s'agit de l'évolution naturelle d'une séquelle d'entorse passée initialement inaperçue, et qu'il ne s'agit donc pas d'une rechute, mais bien d'une séquelle tardive.

Il découle de ce qui précède que les avis du Dr P. \_\_\_\_\_ laissent subsister des doutes suffisants quant à la pertinence de l'appréciation du Dr J. \_\_\_\_\_.

Les avis contradictoires des médecins permettent d'admettre que l'instruction de la cause doit être complétée, la cour de céans n'étant, en l'état, pas en mesure de trancher la question qui lui est soumise, trop de doutes subsistant encore pour lui permettre de le faire.

Conformément à la jurisprudence précitée (cf. consid. 3c supra), ces contradictions devraient être levées par l'avis d'un (ou

plusieurs) spécialiste indépendant des parties, compte tenu des particularités du cas d'espèce. En l'occurrence, l'instruction s'avérant manifestement lacunaire sur les éléments déterminants pour la solution du cas concret, il se justifie de renvoyer l'autorité intimée à rendre une nouvelle décision, après qu'un expert indépendant se soit prononcé, expert à mandater conformément à l'art. 44 LPGA. L'expert prendra notamment soin de préciser les troubles et les limitations que présente la recourante, en indiquant en outre si, et dans quelle mesure, ces troubles sont en lien avec l'événement du 8 août 2009, en précisant en particulier s'ils en sont ou non une rechute ou une séquelle tardive. Il appartiendra ensuite à l'intimée, par le biais d'une nouvelle décision, de statuer sur le droit éventuel de la recourante aux prestations d'accident en relation avec les troubles de la cheville gauche qui se sont manifestés à l'automne 2010.

Eu égard à l'issue du litige, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise judiciaire. Dans le cas concret, le renvoi est en effet justifié, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012).

**5. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision sur opposition du 28 novembre 2011 annulée. La cause est renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

**b)** La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire, a droit à une indemnité de dépens, dont le montant doit être déterminé sans égard à la valeur litigieuse, 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 1'500 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 28 novembre 2011 par C.\_\_\_\_\_ SA est annulée, la cause étant renvoyée à cet assureur pour instruction complémentaire et nouvelle décision, au sens des considérants.
  
- III. C.\_\_\_\_\_ SA versera à la recourante F.\_\_\_\_\_ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents 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 :

- Procap, Service juridique (pour F.\_\_\_\_\_),
- C.\_\_\_\_\_ SA,

- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :