

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 septembre 2013

Présidence de M. MERZ
Juges : MM. Métral et Berthoud
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

K._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Anne-Sylvie Dupont, avocate à Lausanne,

et

L._____ **ASSURANCES SA**, à Martigny, intimée.

Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1962, travaillait en tant qu'employée d'exploitation au Centre H._____ (ci-après : le Centre H._____). Dans cette mesure, elle était assurée contre les accidents et maladies professionnelles auprès de L._____ Assurances SA (ci-après : L._____ ou l'intimée), respectivement auprès de la Caisse C._____ (ci-après : la Caisse), membre du Groupe R._____.

Le 21 juin 2009, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation routière en Bosnie-Herzégovine, alors qu'elle était passagère d'un minibus, de retour de Serbie. Elle a subi des blessures aux jambes et à la tête et a été hospitalisée au Centre H._____ du 22 au 23 juin 2009. Le Centre H._____ a constaté diverses contusions, notamment au pied droit et à la cheville droite (cf. rapport du service des urgences du 23 juin 2009).

Les déclarations de l'assurée concernant l'accident et les atteintes à sa santé ont été consignées dans un rapport établi le 12 août 2009 par la SUVA (CNA) et dont on extrait ce qui suit :

"Je m'étais rendue en Serbie, mon pays d'origine, pour voir ma famille. Lors du retour, le 21.06.09, vers 05.15, juste après le départ, le chauffeur du mini-bus a perdu la maîtrise de son véhicule. Il pleuvait un peu et la route était un peu mouillée. Le véhicule a fait plusieurs tête-à-queue et finalement plusieurs tonneaux avant de s'immobiliser. Nous étions seuls en cause. J'étais passagère derrière et j'ai reçu les bagages sur moi, ainsi que les personnes qui se trouvaient juste derrière moi. [...] Dès que le véhicule s'est mis à faire des tonneaux, j'ai un « blanc ». J'ai dû perdre un peu connaissance. Lorsque je suis revenue à moi, j'avais très mal au pied droit et partout des contusions (tête, oreille gauche, bassin et jambe gauche).

Sur place, il n'y a pas eu de médecin, mais la douleur était supportable au début. Un transport de secours (car de Suisse Allemande) a été d'accord de nous prendre en charge (en plus de ses propres passagers) et de nous rapatrier en Suisse.

Plus le trajet avançait, plus mon pied droit gonflait, tapait et faisait mal.

Le 22.06.09, vers 04.00, nous arrivions à Lausanne (autre mini-bus organisé depuis la Suisse Allemande). J'aurais dû commencer le travail vers 06.00.

Vers 07.00, je téléphonais au Centre H._____, à mon service pour les renseigner sur mon état et peu après, je descendais au Centre H._____ pour les 1^{ers} examens.

Le médecin m'a auscultée, m'a fait des radiographies de tout le corps, m'a gardé jusqu'au 23.06.09 au soir. Il a diagnostiqué une déchirure complète de tous les ligaments de la cheville droite. Du côté gauche, il a diagnostiqué une compression des nerfs et des muscles du mollet. Tout est devenu bleu, puis noir tant au bassin que dans les 2 jambes."

Concernant son état actuel, elle a indiqué ce qui suit :

"Je me déplace uniquement avec 2 cannes et péniblement. J'ai très mal encore maintenant.

Les escaliers (j'habite au 2^e sans ascenseur) sont très douloureux.

J'ai de la peine à dormir à cause de la douleur, mais je n'ai pas de peur. Il arrive cependant que je sursaute tout à coup dans mon lit.

La tête ne fait plus mal. Je n'ai plus vraiment mal à la nuque. J'entends bien, il me semble par contre que je vois un peu moins bien et que j'ai parfois un voile devant les yeux.

J'ai un peu mal aux épaules à cause des cannes. Les bras vont bien. J'ai encore mal au bassin du côté droit aussi.

Le mollet gauche est très dur et douloureux en un point en bas. Cela ne part pas et la pression fait très mal.

Le pied droit est encore croûté. Il est un peu noirâtre. Je ne peux pas mettre de chaussures fermées et j'ai de la peine à le poser par terre. Cela fait très mal et je n'ai pas de mobilité."

La SUVA a transmis le cas de l'assurée au Groupe R._____ comme objet de sa compétence.

L'assurée a bénéficié d'une prise en charge physiothérapeutique au Centre H._____. Le bon signé par ce dernier, le 23 septembre 2009 mentionne un syndrome de Sudeck au pied droit.

Le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil du Groupe R._____, a examiné l'assurée et rendu un rapport le 2 novembre 2009. Son appréciation du cas est la suivante :

"Status plus de 4 mois après accident de la voie publique, à l'origine d'une entorse externe de la cheville droite, et de contusions multiples.

Le traitement fut adéquat.

La patiente se plaint de douleurs encore marquées de la cheville et du pied droit, ainsi que de la jambe distale gauche (siège d'un ancien hématome), nécessitant la poursuite de la physiothérapie et d'une médication encore significative.

Ce syndrome douloureux marqué, qui se pérennise, a fait suspecter le développement d'un syndrome dystrophique réflexe.

L'examen clinique actuel parle aussi en faveur d'une telle pathologie, avec persistance d'une hyperthermie régionale, certes modeste, et une nette hypersensibilité au toucher. Il n'y a cependant pas de troubles trophiques significatifs, ni raideur articulaire, tableau qui rassure, et qui irait de pair avec la phase tardive d'un tel syndrome, suggéré donc par la scintigraphie [réalisée le 11 novembre 2009 par le Dr J._____, du Centre F._____ à [...], à la demande du Dr Q._____].

En revanche, le tableau radio-clinique ne dégage pas d'éléments probants pouvant rendre compte des douleurs distales de la jambe droite. On admet donc le principe de douleurs "parties molles" post-écrasement de ladite jambe, sans séquelles objectivables ce jour. Cette situation devrait donc s'estomper à brève échéance.

En pondérant les éléments précités, je considère que la poursuite du traitement de physiothérapie, ainsi que de l'antalgie, reste justifié (1-2 mois ?). S'il y a effectivement des troubles trophiques intermittents de la cheville, il y a peut-être lieu d'adjoindre le port d'un bas de contention.

Enfin, je rappelle que la reprise du travail par paliers fait partie intégrante de la rééducation en cas de syndrome dystrophique réflexe. Chez Mme K._____, une telle reprise, par ex. de 25 %, devrait être tentée d'ici le 1^{er} décembre 2009 (au plus tard le 1^{er} janvier 2010). La CT [capacité de travail] pourrait ensuite être majorée de 15-20 % par mois. A terme, on devrait retrouver une CT normale."

A la demande de la Caisse, les Drs T._____, chef de clinique, et B._____, médecin assistant, du Centre H._____, ont rendu un rapport médical le 17 novembre 2009. Ils ont notamment relevé un probable syndrome de Sudeck du pied droit sur un status post entorse du Lisfranc et du ligament latéral externe de la cheville droite. Ils prévoyaient une reprise d'activité à 50 % dès le 6 décembre 2009. Ils ont également relevé qu'une scintigraphie avait été faite le 11 novembre 2009, qui montrait des signes discrets d'une algoneurodystrophie (syndrome de Sudeck, appelé aussi algodystrophie).

Le 23 novembre 2009, la Caisse a envoyé à l'assurée une confirmation de prise en charge des frais de traitement et d'allocation d'une indemnité journalière.

L'assurée a repris son activité professionnelle à 50 % le 7 décembre 2009, puis à 100 % le 28 décembre 2009.

A la demande de la Caisse, les Drs T. _____ et B. _____ ont établi un nouveau rapport médical le 26 février 2010, répondant à un questionnaire de la Caisse. A la question : "Des circonstances sans rapport avec l'accident jouent-elles un rôle dans l'évolution du cas ? Si oui, lesquelles ?", ils ont répondu : "Non, il s'agit d'un traumatisme important avec des lésions de type Südeck bilatérales le 11.11.09 par le Dr Q. _____ par une scintigraphie qui montre une probable algoneurodystrophie du pied."

Le Dr Z. _____, chef de clinique adjoint au Centre H. _____, a adressé un rapport médical au Dr W. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, le 14 septembre 2010, dont la teneur est la suivante :

"Nous suivons, depuis le mois de juin 2009, la patiente susnommée à notre consultation de traumatologie ambulatoire.

Mme K. _____ est une patiente de 48 ans, employée du Centre H. _____ aux cuisines, victime en juin d'un accident de la circulation lors de vacances en Serbie. Date de l'accident le 21.6.2009.

Elle a présenté, lors de cet accident, de multiples contusions, en particulier lombaires, du bassin, costales et cervicales. Elle a été suivie à notre consultation ambulatoire principalement pour une entorse du pied droit, ayant évolué défavorablement avec développement d'un Südeck. La patiente a néanmoins pu reprendre son travail à 50 % le 6.12.2009 et à 100 % le 28.12.2009. Depuis lors, elle se plaint de douleurs persistantes assez diffuses et mal systématisées au niveau des 2 membres inférieurs.

Au status, patiente en état général conservé avec un léger surpoids. Elle marche sans boiterie. La marche sur les talons et sur la pointe des pieds s'effectue difficilement, de même que l'accroupissement. L'appui monopodal est réalisé sans problème : par contre, le heel rise est impossible bilatéralement, mais sans que la patiente n'esquisse un essai de réalisation de l'examen, donc sans qu'on puisse conclure à une insuffisance du jambier postérieur. En position assise, l'examen des 2 pieds et des 2 chevilles est mal systématisable. Le status neurologique est en ordre. On note la présence d'un status variqueux assez important. A la face interne du mollet à gauche, la patiente se plaint de petits

nodules douloureux que l'on retrouve effectivement, qui sont sensibles à la palpation.

En conclusion, évolution mitigée à une année et demie d'un traumatisme contusionnel multiple dans un accident de la circulation. D'un point de vue orthopédique, le traitement est terminé. Les nodules de la face interne du mollet devraient faire l'objet d'une IRM en cas d'augmentation de taille.

En rediscutant avec la patiente en fin de consultation, on note par contre qu'elle n'a pas du tout digéré l'épisode de l'accident, qui est source de multiples cauchemars et d'angoisses. Je me demande donc si la pathologie orthopédique, source de multiples consultations et traitements dans notre service, n'est pas qu'un épiphénomène de ce syndrome post-traumatique. N'étant pas du tout compétent en la matière, je vous remercie de bien vouloir essayer de creuser la piste de ce côté-là. [...]"

Le Dr J._____ a effectué des radios de la colonne lombaire, des articulations sacro-iliaques et une IRM de la cheville droite de l'assurée. Il ressort de son rapport, établi le 18 octobre 2010, que l'assurée présentait un "kyste synovial touchant le cunéiforme médian en regard de son côté articulaire avec le scaphoïde", des "kystes synoviaux plus petits respectivement du calcanéum et du cuboïde", une "tendinopathie modérée sans déchirure touchant l'aponévrose plantaire ainsi que le tendon du tibial postérieur proche de son insertion", une "lame d'épanchement sans synovite ni bursite", des "troubles statiques modérés à l'étage lombaire, sans pathologie significative disco-dégénérative" et une "spina-bifida en S1". Le Dr J._____ a également fait une IRM de la jambe gauche le 22 novembre 2010, qui s'est révélée être dans les limites de la norme.

Sur demande du Dr W._____, le Dr E._____, du service d'angiologie du Centre H._____, a effectué un examen angiologique veineux des membres inférieurs de l'assurée. Il a conclu, dans un rapport du 25 octobre 2010 adressé au médecin traitant de l'assurée, que les douleurs dont se plaignait cette dernière, localisées sur le dos du pied droit et en regard du nodule de la jambe gauche, n'étaient pas d'origine veineuse. Il a émis l'hypothèse que le nodule pouvait correspondre à un résidu d'hématome associé à une lésion neurologique et proposait une consultation neurologique et éventuellement une IRM.

Le 2 février 2011, le Dr W._____ a adressé au Dr Q._____ une demande d'évaluation de la prise en charge chirurgicale d'une exérèse d'une masse sous cutanée de la jambe gauche. Il a notamment précisé qu'une participation psychologique sous la forme d'un syndrome de stress post-traumatique était à considérer dans l'appréciation des plaintes émises.

B. Par décision du 22 février 2011, L._____ a mis un terme à ses prestations avec effet au 23 novembre 2010, retenant les éléments suivants :

"Vous nous avez annoncé le 24 juin 2009 avoir consulté le Centre H._____ en raison de divers troubles. Il ressort de la déclaration d'accident remplie par votre employeur que, le 21 juin 2009, vous avez eu un accident de la circulation en Serbie.

Le 2 novembre 2009, un examen auprès de notre médecin-conseil a été réalisé.

Une IRM de la cheville droite et des radiographies de la colonne lombaire ont été réalisées le 18 octobre 2010 ainsi qu'une IRM de la jambe gauche le 22 novembre 2010.

Le 2 février 2011, nous avons été informés par le Dr W._____ qu'une nouvelle intervention allait être réalisée à la jambe gauche par le Dr D._____.

[...]

Dans le cas particulier, il apparaît, selon notre médecin-conseil, que vos troubles persistants ne peuvent être mis en relation de causalité vraisemblable avec l'événement du 21 juin 2009. Le rapport de l'IRM de la jambe gauche qui a été réalisée le 22 novembre 2010 fait notamment état de problèmes extra-traumatiques.

Les diverses autres investigations effectuées à la cheville et à la colonne n'ont pas permis de mettre en évidence des lésions traumatiques.

Par conséquent, au vu des pièces médicales et de l'accident en cause, la relation de causalité entre vos troubles et ledit accident ne peut être admise que jusqu'au 22 novembre 2010, date à laquelle les conséquences de l'accident avaient au plus tard définitivement pris fin. L'octroi des prestations peut donc être garanti par L._____ Assurances SA jusqu'à la date précitée.

Les soins donnés dès le 23 novembre 2010 relèvent par conséquent de la garantie de votre assurance-maladie qui nous lit en copie [...]"

En réaction à la décision précitée, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a adressé une lettre à L._____ le 7 mars 2011, expliquant qu'il avait

procédé, le 17 février 2011, "à l'exérèse d'un nodule de la région antéro-interne de la jambe gauche à type de nécrose de tissu adipeux enkysté" chez l'assurée. Cette lésion était "possiblement à mettre en rapport avec l'événement traumatique incriminé". Le Dr D._____ avait ordonné une reprise du travail en plein le 7 mars 2011. Le traitement était terminé en ce qui le concernait.

Les 7 mars et 8 avril 2011, l'assurée, par l'intermédiaire de sa protection juridique, a fait opposition à la décision du 22 février 2011.

A la demande de L._____ Assurances SA, le Dr Q._____ s'est à nouveau prononcé sur le cas de l'assurée, sur la base du dossier médical, le 3 août 2011. Son appréciation est la suivante :

"Je rejoins l'avis du Dr D._____, c'est-à-dire que la relation causale entre, l'événement incriminé et, la lésion du tissu adipeux qui nous occupe, est tout au plus possible, mais certainement pas probable.

En effet, l'hématome initialement objectivé à la jambe gauche, avait évolué favorablement, dans le sens où il n'y avait plus trace lors de mon examen de novembre 2009.

De plus, de tels nodules graisseux, pouvant évoluer jusqu'à la nécrose, ne sont pas exceptionnels, en particulier chez les personnes obèses, souffrant de surcroît de troubles circulatoires (veineux ou lymphatiques).

Certains éléments se retrouvent chez Mme K._____.

Dès lors, je n'ai aucun argument susceptible de faire modifier le refus de la part du Groupe R._____ de prendre en charge l'opération de février 2011 et ses suites."

Une radio de la cheville gauche et de l'avant-pied droit de l'assurée a été effectuée à l'Institut Y._____ le 8 novembre 2011 par le Dr N._____ qui a conclu ce qui suit :

"Léger remodellement dégénératif de l'extrémité distale des deux malléoles de la cheville droite, sans altération des rapports articulaires des os de la cheville ni du tarse. Pas de lésion de l'avant-pied droit. Pas de lésion significative de la cheville gauche pouvant expliquer la symptomatologie de la patiente."

Le Dr N._____ a également fait, le 8 novembre 2011, une IRM de la cheville droite et en a conclu ce qui suit :

"Remodèlement géodique actif de la base du 1^{er} cunéiforme, associé à une discrète ténosynovite des tendons fléchisseurs, du tendon court péronier latéral et jambier antérieur, ainsi qu'à un remaniement cicatriciel marqué des structures ligamentaires collatérales externes. Pas d'autre lésion pouvant expliquer la symptomatologie de la patiente."

L._____ a confirmé sa position par décision sur opposition du 24 février 2012. Elle a nié un lien de causalité entre l'accident et les troubles constatés au-delà du 22 novembre 2011, relevant notamment que l'assurée avait un indice de masse corporelle de 29 et souffrait de troubles veineux et que selon le Dr Q._____, il n'était pas exceptionnel qu'une personne présentant ces caractéristiques souffre de nodules graisseux, pouvant évoluer jusqu'à une nécrose.

C. K._____, désormais représentée par Me Anne-Sylvie Dupont, a recouru contre la décision précitée le 28 mars 2012, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 22 novembre 2010, dans la mesure que justice dira, subsidiairement à son annulation et au renvoi de l'affaire à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire neutre (orthopédique, neurologique, angiologique et psychiatrique). Elle reproche à L._____ Assurances SA une instruction insuffisante de son cas. Selon elle, le Dr Q._____ n'avait posé aucun diagnostic sur le plan somatique. Il ne s'était en particulier prononcé sur le diagnostic de Sudeck. Or, la recourante relève que dans l'appréciation du lien de causalité, il est particulièrement important de connaître exactement le diagnostic, puisque l'appréciation du lien de causalité naturelle obéit, en cas de Sudeck, à des critères propres. Selon elle, une partie des conditions permettant d'admettre l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et le Sudeck est remplie en l'espèce (lésion physique après l'accident ou apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ; absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique), tandis que la condition de la courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie n'a pas été investiguée à satisfaction. En outre, si le diagnostic n'est pas celui d'un Sudeck, la recourante estime que des

informations complémentaires sont alors nécessaires afin de déterminer de quoi elle souffre exactement. Elle constate à ce propos que les examens neurologiques réclamés par le Dr E._____ (rapport du 25 octobre 2010) n'ont jamais été réalisés.

La recourante note par ailleurs qu'elle n'a pas pu être prise en charge sur les lieux de l'accident. Elle a été embarquée à bord d'un car de remplacement pour la suite du voyage jusqu'en Suisse. Selon elle, on peut dès lors légitimement douter du fait qu'elle ait reçu un traitement adéquat, contrairement à ce soutient le Dr Q._____, et il y a lieu d'instruire sur l'impact que cette absence de prise en charge immédiate a pu avoir sur l'évolution de l'atteinte. En outre, elle estime que la présence d'un trouble de nature psychique et sa causalité éventuelle avec l'accident du 21 juin 2009 doit également être instruite, vu le rapport d'entretien de la SUVA du 12 août 2009 – dont il ressort, selon elle, qu'elle a été selon toute vraisemblance victime d'un "TCC" (traumatisme crânio-cérébral) –, ainsi que l'état de stress post-traumatique mentionné par les Drs Z._____ et W._____. La recourante relève encore qu'elle a repris son poste de travail essentiellement par crainte de perdre son emploi et devant la nécessité financière. Au vu de l'ensemble des éléments médicaux du dossier, il est vraisemblable selon elle qu'elle travaille au-dessus de ses forces, ne respectant pas les limitations fonctionnelles décrites par le service G._____ du Centre H._____. En effet, elle a produit trois lettres de ce service, du 21 janvier, 22 mars et 14 juin 2010, déclarant qu'au vu de son état de santé, elle devait éviter les tâches nécessitant de pousser ou tirer des charges lourdes. Elle observe que ces limitations fonctionnelles sont assez vagues et estime qu'elles auraient dû être complétées par l'intimée. Elle considère qu'au vu des contradictions présentes au dossier, il y avait lieu de procéder à des investigations complémentaires pour clarifier la question d'une éventuelle incapacité de gain, voir baisse de rendement. A défaut, il convient de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire dans le cadre de la présente procédure et d'admettre dans tous les cas que la prise en charge par l'intimée du traitement médical, en particulier de physiothérapie, est impérative pour qu'elle puisse maintenir une capacité de travail pleine et entière.

Dans sa réponse du 30 avril 2012, L. _____ Assurances SA a conclu au rejet du recours. Elle a allégué en substance que le Dr Q. _____ avait investigué le syndrome de Sudeck, puisque c'était lui qui avait organisé la scintigraphie du 11 novembre 2009. Son rapport remplissait par ailleurs toutes les conditions pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Concernant la relation de causalité entre les troubles des jambes pour lesquels la recourante consultait au-delà du 22 novembre 2010 et l'accident, l'intimée a précisé que ce n'était pas la question de la relation de causalité entre le Sudeck en soi et l'accident qui était litigieuse, les troubles dont se plaignait la recourante, soit le syndrome de Sudeck, ayant été pris en charge par l'intimée jusqu'au 22 novembre 2010. La question litigieuse se posait par rapport aux plaintes non objectivées en novembre 2010. Or, au vu du fait que le Sudeck avait été considéré comme discret par les médecins et qu'il n'avait pas empêché la reprise du travail six mois après l'accident et au vu du résultat des investigations au niveau de la cheville droite en octobre 2010, force était de conclure que les douleurs dont la recourante se plaignait à la cheville droite n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident. Les investigations faites en novembre 2011 ne mentionnaient pas de lésion de l'avant-pied droit et aucune lésion significative n'avait été mise en évidence pouvant expliquer les douleurs à la cheville gauche. Quant aux troubles du mollet gauche, l'intimée a relevé que la présence de nodules n'avait été signalée qu'en septembre 2010. L'étiologie veineuse n'ayant pas été retenue par le Dr E. _____, ce dernier avait proposé un examen neurologique. Le Dr D. _____ était toutefois intervenu pour procéder à l'exérèse de ce nodule et l'examen anatomo-pathologique du 23 février 2011 avait confirmé le diagnostic de stéatonécrose. Le Dr D. _____ avait dès lors conclu que cette lésion n'était que "possiblement à mettre en relation avec l'accident du 21 juin 2009". L'examen neurologique n'était ainsi plus nécessaire. Concernant la problématique d'un éventuel état de stress post-traumatique, l'intimée a retenu en substance qu'il n'était pas en relation de causalité naturelle avec l'accident et encore moins en relation de causalité adéquate, au vu des circonstances de l'accident, en

rapport avec les critères objectifs posés par le Tribunal fédéral pour reconnaître un tel lien de causalité en cas d'accident de gravité moyenne.

Dans sa réplique du 29 juin 2012, la recourante a en substance confirmé sa position et produit un rapport du Dr M._____, du 24 mai 2012, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dont la teneur est la suivante :

"Mme K._____ a pris contact avec moi début mai 2012 pour un problème dépressif. En juin 2009 Mme K._____ a été victime d'un accident de voiture ou elle s'est blessée sur le côté gauche de son corps. Depuis lors elle souffre d'un problème de douleurs chroniques persistantes malgré une prise en charge médicale adéquate. Progressivement comme ça arrive très souvent chez des personnes souffrant de douleurs chroniques elle a développé un trouble dépressif avec affect triste, pleures, perte d'estime de soi, angoisses, difficultés de sommeil et sentiment de culpabilité. Cet état dépressif est apparu après l'accident et en grande partie à cause de la souffrance et limitation subis. Avant l'événement il n'y a aucune anamnèse de problèmes thymiques. J'ai vu Mme K._____ deux fois le 8.5 et 21.5 et j'ai pu constater la présence de symptômes dépressifs nets confirmés par un test d'Hamilton (17 questions) qui a donné le résultat de 21 points situant la dépression comme moyen à sévère. J'ai posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique F32.11, et mis en route un traitement avec du Cymbalta à des doses croissantes. En conclusion je peux confirmer que le lien entre l'accident subi et l'état dépressif est indiscutable [...]."

L'intimée a maintenu sa position par duplique du 21 août 2012, considérant notamment que le dossier était parfaitement bien documenté pour permettre de se déterminer sur la question litigieuse, même s'il ne contenait pas d'expertise pluridisciplinaire.

La recourante s'est déterminée le 11 septembre 2012, ajoutant notamment que "la soudaine disparition du diagnostic de Sudeck devrait être instruite, dès lors qu'il paraît peu probable qu'une affection de ce type guérisse ainsi spontanément."

L'intimée a répondu le 25 septembre 2012, considérant notamment que le syndrome de Sudeck avait été de peu d'importance, qu'il avait été traité de manière adéquate et pris en charge alors même qu'aucun élément ne permettait de prouver l'apparition du Sudeck dans les huit semaines à compter de l'accident, et finalement, qu'il n'avait pas disparu, mais était guéri.

La recourante a réitéré sa demande d'expertise dans une ultime écriture du 11 octobre 2012.

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, sous réserve de dérogations expresses (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 (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 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, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent contre une décision sur opposition, est recevable. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, composées de trois magistrats, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a et 94 al. 4 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173. 36]).

2. Le litige porte sur la prise en charge par l'intimée du traitement des atteintes à la santé de la recourante au-delà du 22 novembre 2010, au regard du lien de causalité naturel et adéquat entre ces atteintes et l'accident dont elle a été victime le 21 juin 2009. En effet, après avoir pris en charge dans un premier temps les suites de l'accident, l'intimée a mis un terme à ses prestations avec effet au 23 novembre 2010, au motif que les troubles persistants ne pouvaient être mis en relation de causalité vraisemblable avec l'accident.

3. a) En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une

cause extérieure extraordinaire, qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurances 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 d'abord, 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. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique 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 ; 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1 ; TF U 64/07 du 23 janvier 2008 consid. 2 ; TF 8C_87/2007 du 1^{er} février 2008 consid. 2.2).

Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose également, outre un lien de causalité naturelle, un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1). La question de la causalité adéquate ne se pose que si la causalité naturelle est établie (ATF 119 V 335 précité consid. 4). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher (ATF 115 V 403 consid. 4a). Selon la jurisprudence, la causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 précité consid. 3.2 ; 402 précité consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, 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 consid. 5d/bb ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

b) 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 tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, 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 a été causé ou aggravé par l'accident (TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; TF 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75).

Cela veut dire que si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prester (TF U

136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3 ; TFA U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206 précité).

c) 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. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît certes possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 précité consid. 3.1 ; 126 V 353 consid. 5b ; 117 V 359 précité consid. 4a ; 117 V 369 consid. 3a).

De manière générale, 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

4. En l'espèce, il convient en premier lieu de s'intéresser aux atteintes de la recourante aux deux jambes.

a) Un syndrome de Sudeck, appelé aussi algoneurodystrophie, algodystrophie ou encore dystrophie sympathique réflexe, a été diagnostiqué pour la première fois le 23 septembre 2009 par le Centre H. _____ concernant le pied droit de la recourante.

Le Dr J. _____, qui a effectué la scintigraphie osseuse et les radiographies des chevilles demandées par le Dr Q. _____, a conclu ce qui suit dans son rapport du 11 novembre 2009 :

"En seule phase ostéoblastique, captation inhomogène modérée diffuse touchant essentiellement le tarse et le tibia distal droit, sans activité significative en phase vasculaire et interstitielle précoce. Sur les radiographies standards, cette zone se manifeste par une ostéopénie inhomogène diffuse, sans lésion focale circonscrite suspecte de nature post-traumatique. Eléments cliniques en faveur d'une algoneurodystrophie fruste ?"

Le Dr Q. _____ a repris ces conclusions et a admis dans son rapport du 2 novembre 2009 que le syndrome douloureux présenté par la recourante faisait suspecter le développement d'un "syndrome dystrophique réflexe". Il a relevé que l'examen clinique parlait aussi en faveur d'une telle pathologie, avec persistance d'une hyperthermie régionale modeste et une nette hypersensibilité au toucher. Il n'y avait cependant pas de troubles trophiques significatifs, ni raideur articulaire. Ce tableau était rassurant selon lui et allait de pair avec la phase tardive d'un tel syndrome, qui était suggéré par la scintigraphie. Il a ainsi considéré que la poursuite du traitement physiothérapeutique, ainsi que l'antalgie restait justifiée. Il a rappelé que la reprise du travail par paliers faisait partie intégrante de la rééducation en cas de syndrome dystrophique réflexe et qu'une telle reprise pouvait être tentée dès le 1^{er}

décembre 2009. A terme, la recourante devait retrouver une capacité de travail normale.

Dans leur rapport du 17 novembre 2009, les Drs T. _____ et B. _____ parlent d'un probable Sudeck du pied droit sur un status poste entorse du Lisfranc et du ligament latéral externe de la cheville droite. Ils ont relevé que la scintigraphie effectuée le 11 novembre 2009 montrait des signes discrets d'une algoneurodystrophie.

La Caisse a pris en charge les frais de traitement et l'allocation d'indemnités journalières dans un premier temps. Elle a par la suite à nouveau interrogé les Drs T. _____ et B. _____, qui ont rappelé le 26 février 2010 le diagnostic de syndrome de Sudeck, bilanté le 11 novembre 2009.

Le Dr Z. _____ a quant à lui noté une évolution mitigée de l'état de santé de la recourante le 14 septembre 2010.

Suite à l'opposition de la recourante à la décision de refus de prestations de l'assurance-accidents du 22 février 2011, le Dr Q. _____ s'est à nouveau prononcé sur le cas, sans toutefois mentionner le syndrome de Sudeck.

b) Concernant la jambe gauche en particulier, une exérèse d'un nodule a été pratiquée en février 2011.

Dans son rapport du 2 novembre 2009, le Dr Q. _____ avait relevé que la recourante continuait de se plaindre de douleurs au bas du mollet gauche. Il n'avait quant à lui constaté aucune séquelle d'hématome de la jambe gauche, mais une "très nette hypersensibilité à la pression du versant postéro-interne de la jambe distale".

Dans son rapport du 14 septembre 2010, le Dr Z. _____ avait relevé que sa patiente se plaignait "de petits nodules douloureux", que

l'on retrouvait "effectivement, sensibles à la palpation" et il avait suggéré une IRM en cas d'augmentation de taille.

Le Dr W._____ avait demandé la réalisation d'un examen angiologique veineux des membres inférieurs de la recourante en raison d'une insuffisance veineuse. Le Dr E._____ avait ainsi examiné l'intéressée et conclu à une insuffisance veineuse superficielle des membres inférieurs. Pour lui, les douleurs dont elle se plaignait, localisées sur le dos du pied droit et en regard du nodule de la jambe gauche, n'étaient pas d'origine veineuse. En particulier, le nodule pouvait correspondre à un résidu d'hématome associé à une lésion neurologique.

Le Dr D._____ a procédé à l'exérèse du nodule et conclu que cette lésion était "possiblement à mettre en rapport avec l'événement traumatique incriminé."

Dans son deuxième rapport, le Dr Q._____ a conclu que la relation causale entre l'événement incriminé et la lésion du tissu adipeux était tout au plus possible, mais certainement pas probable. Il a retenu en effet que l'hématome initialement objectivé à la jambe gauche avait favorablement évolué, dans le sens où il n'y en avait plus trace lors de son examen en novembre 2009. De plus, de tels nodules n'étaient pas exceptionnels chez les personnes obèses, souffrant de surcroît de troubles circulatoires.

c) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que la présence d'un syndrome de Sudeck consécutif à l'accident était suffisamment vraisemblable pour être reconnu par l'intimée et pris en charge dans un premier temps. Il était constaté déjà à ce moment là que le syndrome semblait léger. L'on peine dès lors à comprendre pourquoi l'intimée a d'abord considéré, sur la base des conclusions du 1^{er} rapport du Dr Q._____, que les éléments au dossier suffisaient pour admettre l'existence d'un tel syndrome et considéré ensuite que puisqu'il était léger, il avait disparu au 23 novembre 2010, ceci sans motiver cette conclusion

et alors que le Dr Q._____, dans son deuxième rapport, ne se prononce pas du tout sur la question du syndrome de Sudeck.

Les questions de l'évolution du syndrome de Sudeck et de la nécessité de sa prise en charge au-delà du 22 novembre 2010 auraient dû être investiguées plus avant par l'intimée, dans la mesure où les documents au dossier ne permettent pas d'y apporter de réponses satisfaisantes. Il apparaît utile à ce stade de rappeler que l'intimée ne conteste pas le lien de causalité entre le syndrome de Sudeck qu'elle a pris en charge jusqu'au 22 novembre 2010 et l'accident du 21 juin 2009.

Concernant le nodule de la jambe gauche, il sied de relever que le fait que le Dr D._____ ait dit que le nodule était "possiblement à mettre en rapport" avec l'accident ne dispensait pas l'intimée d'instruire sur la cause de ce nodule. En effet, le Dr D._____ n'a fait que procéder à l'exérèse du nodule, mais ne s'est pas véritablement prononcé sur son étiologie, ce qui ne lui était d'ailleurs pas demandé. En particulier, il ne pouvait en aucun cas se prononcer sur une éventuelle étiologie neurologique, ceci n'entrant pas dans son champ de compétences. Contrairement à ce que laisse entendre le Dr Q._____ dans son rapport du 3 août 2011, le Dr D._____ n'a pas déclaré que la relation causale entre l'accident et la lésion du tissu adipeux n'était "certainement pas probable". Si cela avait été la conviction du Dr D._____, ce dernier n'aurait probablement pas adressé sa lettre du 7 mars 2011 à l'intimée en réaction à sa décision du 22 février 2011. Ce n'est qu'une fois instruite la question de l'origine du nodule et pour autant que l'instruction ait mené à la conclusion que le lien de causalité avec l'accident n'était effectivement que possible et non probable, que l'intimée aurait pu ainsi refuser la prise en charge de l'exérèse du nodule de la jambe gauche sur la base de la jurisprudence du Tribunal fédéral. En outre, le fait que la recourante soit obèse et atteinte de problèmes veineux ne peut justifier en soi le refus de prise en charge. En effet, le Dr Q._____ ne présente ce raisonnement que comme une hypothèse, ce qui ne saurait satisfaire l'exigence de vraisemblance prépondérante, ni la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de disparition du caractère causal de l'accident (cf. supra consid.

3b). De plus, l'origine veineuse des troubles de la recourante a été exclue par le Dr E._____.

Il convient dès lors de retenir que l'instruction menée par la recourante est lacunaire et les hypothèses posées par le Dr Q._____ ne sont pas assez étayées pour être suivies en l'état. Dans la mesure où l'intimée n'a pas instruit le cas sous l'angle neurologique, il convient de lui renvoyer la cause pour qu'elle mette en œuvre une expertise indépendante sur ce plan (cf. art. 44 LPGA ; ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Dans la mesure où il convient également d'instruire plus avant la question du syndrome de Sudeck et par économie de procédure, il incombera également à l'intimée de mettre en œuvre une expertise sur le plan orthopédique. Vu les examens, non contestés par la recourante, du Dr E._____, il n'est toutefois pas nécessaire de procéder à une expertise angiologique, à moins d'un avis contraire des experts en neurologie et orthopédie à mandater.

6. a) Concernant l'état psychique de la recourante, cette dernière a indiqué le 12 août 2009 (rapport d'accident de la SUVA) qu'elle avait de la peine à dormir à cause des douleurs, qu'elle n'avait pas de peur, mais qu'il arrivait cependant qu'elle sursaute tout à coup dans son lit.

Le Dr Z._____ a noté dans son rapport du 14 septembre 2010 que la recourante n'avait "pas du tout digéré l'épisode de l'accident", qui était source de multiples cauchemars et d'angoisses. Il se demandait si la pathologie orthopédique n'était pas qu'un épiphénomène de ce syndrome post-traumatique. Dans la mesure où il n'était pas compétent en la matière, il priait le Dr W._____ de creuser cette piste.

Dans son courrier au Dr Q._____ du 2 février 2011, le Dr W._____ a indiqué qu'une participation psychologique sous la forme d'un syndrome de stress post-traumatique était à considérer dans l'appréciation des plaintes émises par la recourante.

Le Dr Q._____ avait relevé dans son rapport du 2 novembre 2009 que la "mimique faciale" de la recourante montrait des "traits dépressifs". L'intimée n'a pas instruit sur ce plan.

En cours de procédure, la recourante a produit un rapport médical du 24 mai 2012 du Dr M._____, qui fait état d'un suivi psychiatrique depuis début mai et pose le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique F32.11 nécessitant un traitement avec du Cymbalta. Selon lui, le lien entre l'accident du 21 juin 2009 et l'état dépressif est indiscutable.

b) Les diverses pièces du dossier de l'intimée auraient dû mener cette dernière à s'interroger sur une éventuelle atteinte psychique de la recourante, consécutive à l'accident. Le rapport médical du Dr M._____ confirme cette nécessité. L'intimée a justifié sa décision de ne pas instruire sur ce plan au motif que même si la recourante devait souffrir, des suites de l'accident, d'atteinte à sa santé psychique nécessitant un traitement médical, ce dernier ne pouvait être pris en charge par l'assurance-accidents dans la mesure où ces troubles n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident.

c) En ce qui concerne les troubles d'ordre psychique, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même, en fonction de son déroulement.

L'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques consécutifs à

l'accident doit, en règle générale, être niée d'emblée tandis qu'elle doit être admise en cas d'accident grave.

En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Dans les autres cas d'accident de gravité moyenne, il importe que plusieurs des critères objectifs développés par la jurisprudence se trouvent réunis ou revêtent une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (cf. ATF 129 V 402 consid. 4.4 ; 115 V 133 consid. 6c/aa et bb, 403 consid. 5c/aa et bb).

Le Tribunal fédéral a jugé qu'un accident automobile survenu la nuit sur une route nationale à une vitesse vraisemblablement élevée et qui a entraîné la mort d'une personne – la passagère du véhicule accidenté qui se trouvait être la mère de la conductrice – doit être qualifié d'accident de gravité moyenne, à la limite des accidents graves (TF U 18/07 du 7 février 2008). Il a jugé de même d'un accident de la circulation

dans un tunnel ayant impliqué trois véhicules, provoquant le décès d'une personne et blessant plusieurs autres (RAMA 1999 n° U 335 p. 207 ; pour d'autres exemples cf. TFA U 161/01 du 25 février 2003 consid. 3.3, in RAMA 2003 n° U 481 p. 203 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : SBVR XIV-Meyer, Soziale Sicherheit, 2^e éd. 2007, F n° 92 p. 870).

d) En l'espèce, l'accident doit être qualifié, au vu de l'ensemble des circonstances et de la jurisprudence précitée, d'accident de gravité moyenne.

En l'état, les éléments du dossier ne permettent toutefois pas de se prononcer sur les critères d'admission de la causalité adéquate. En effet, la plupart de ces critères ont trait aux atteintes physiques entraînées par l'accident et, comme il a été démontré plus haut, les documents au dossier ne permettent pas de faire la lumière sur les atteintes persistantes au-delà du 22 novembre 2010 et leur lien de causalité avec l'accident. Ainsi, les critères tels que les douleurs physiques persistantes ou la durée du traitement médical ne peuvent être analysés en l'état. Il convient dès lors de constater qu'un lien de causalité adéquate entre les éventuelles atteintes psychiques de la recourante et l'accident survenu le 21 juin 2009 ne peut être d'emblée exclu. Il conviendra pour l'intimée de revenir sur cet examen après avoir instruit à satisfaction tant sur le plan somatique, que sur le plan psychique, afin de déterminer de quelles affections la recourante souffre encore et si elles sont en relation de causalité naturelle avec l'accident.

7. La recourante estime finalement que l'intimée aurait dû instruire la question des limitations fonctionnelles et celle d'une éventuelle perte de gain, voire baisse de rendement. Elle retient en effet comme vraisemblable qu'elle travaille au-dessus de ses forces, ne respectant pas les limitations fonctionnelles décrites par le service G._____ du Centre H._____.

La recourante a en effet produit avec son recours trois courriers adressés par le service précité au service des ressources humaines du Centre H._____, les 21 janvier, 22 mars et 14 juin 2010, mentionnant qu'elle devait éviter les tâches nécessitant de pousser et de tirer des charges lourdes, ceci afin d'éviter une rechute prématurée de son état de santé. Ces courriers ne figurent pas au dossier de l'intimée et il ne ressort pas des courriers adressés par la recourante à cette dernière qu'elle aurait soulevé durant la procédure administrative la question d'éventuelles limitations fonctionnelles. Les divers documents médicaux figurant au dossier de l'intimée ne font quant à eux pas état de limitations fonctionnelles. Il ne saurait dans ces circonstances être reproché à l'intimée de ne pas avoir instruit sur ce point. Dans la mesure toutefois où la cause doit être renvoyée à cette dernière pour la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, il lui appartiendra également de faire la lumière sur la question d'éventuelles limitations fonctionnelles, ainsi que sur la question d'une baisse de rendement qui en découlerait. La question d'une éventuelle perte de gain ne se posera toutefois que si les experts estiment que la capacité de travail de la recourante n'est pas entière et que cette dernière réduit effectivement son taux d'activité en conséquence.

8. a) Il découle de ce qui précède que le recours doit être admis, la décision sur opposition rendue par L._____ Assurances SA le 24 février 2012 étant annulée et la cause renvoyée à cet assureur pour complément d'instruction, en particulier la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire orthopédique neurologique et psychiatrique, ainsi que la mise en œuvre de tout examen que l'intimée jugera pertinent pour faire la lumière sur les atteintes persistant chez la recourante au-delà du 22 novembre 2010 et leur lien de causalité avec l'accident du 21 juin 2009.

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 2'500 fr. à 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
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 24 février 2012 par L. _____ Assurances SA est annulée, la cause étant renvoyée à cet assureur pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- III. L. _____ Assurances SA versera à la recourante une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

- IV. Le présent arrêt est rendu sans frais.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Anne-Sylvie Dupont, avocate (pour K. _____),
- L. _____ Assurances 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 :