

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 avril 2014

---

Présidence de M. MÉTRAL  
Juges : Mmes Brélaz Braillard et Berberat  
Greffière : Mme Preti

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Alexandre Guyaz, avocat  
à Lausanne,

et

**Q.**\_\_\_\_\_ **SA**, à Lausanne, intimée,

---

**Art. 29 al. 2 Cst. ; 6 al. 1 LAA ; 4, 43 et 44 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** K.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait à 80% depuis le 1<sup>er</sup> avril 2007 en qualité d' [...] auprès de B.\_\_\_\_\_. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Q.\_\_\_\_\_SA (ci-après : la Q.\_\_\_\_\_SA ou l'intimée).

Par déclaration d'accident LAA du 22 décembre 2010, l'employeur a informé la Q.\_\_\_\_\_SA qu'en date du 18 décembre 2010, l'assurée s'était tapée le pied droit sur une équerre métallique en montant le cadre de son nouveau lit. En raison de douleurs, l'assurée a consulté le lendemain à l'Hôpital I.\_\_\_\_\_. Les examens pratiqués ont permis de constater l'absence de fracture et de poser le diagnostic de contusion de l'avant-pied droit. Un traitement antalgique a été prescrit (cf. déclaration d'accident LAA remplie par la Dresse P.\_\_\_\_\_, médecin assistante, le 12 janvier 2011). L'assurée a travaillé pendant les quatre jours suivant l'accident (du 20 au 24 décembre 2010), puis était en vacances une semaine en raison de la fermeture annuelle de l'entreprise (du 27 au 31 décembre 2010). Elle a consulté le Dr W.\_\_\_\_\_, chiropraticien, le 21 décembre 2010, puis le 3 janvier 2011. Celui-ci a posé le diagnostic de sévère contusion des métatarso-phalangiennes II et III en l'absence de lésion osseuse. Il a attesté une incapacité de travail totale du 3 au 6 janvier, puis de 50% dès le 7 janvier 2011. L'évolution était lentement favorable, avec abandon des cannes anglaises. Une douleur élective des métatarso-phalangiennes III à la palpation, un appui douloureux de la voûte antérieure et des troubles trophiques discrets persistaient, étant précisé que le traitement se prolongerait probablement encore pendant deux à trois semaines (rapport médical intermédiaire à la Q.\_\_\_\_\_SA du 22 janvier 2011).

La Q.\_\_\_\_\_SA a pris en charge le cas en garantissant le versement des prestations légales.

Dans un rapport du 16 février 2011 faisant suite à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de l'avant-pied droit du 15 février, le Dr C.\_\_\_\_\_, radiologue auprès du Département [...] à l'Hôpital I.\_\_\_\_\_, a retenu qu'hormis un peu de liquide intra-articulaire au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du premier rayon, il existait des plages hypersignal T2 et hyposignal T1 d'œdème avec éventuellement même constitution d'un peu de fibrose dans le plan graisseux sous-cutané en regard de la jonction métatarso-phalangienne des trois premiers rayons avec une prédominance sur le deuxième. Il précisait qu'il ne s'agissait pas d'une image évocatrice d'un éventuel névrome de Morton et qu'il n'y avait pas d'image de fracture lente.

L'assurée a subi une nouvelle période d'incapacité de travail à 100% dès le 12 juillet 2011 et à tout le moins jusqu'au 8 novembre 2011, laquelle a été régulièrement attestée par son médecin traitant, la Dresse L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie (cf. certificats médicaux des 11 août, 2 septembre et 7 octobre 2011).

Le 13 juillet 2011, une nouvelle IRM du pied droit de l'assurée a été réalisée. Le Dr S.\_\_\_\_\_, radiologue auprès de l'E.\_\_\_\_\_SA, a indiqué ce qui suit dans la rubrique « description » de son rapport :

« Petit Morton mesurant à peine plus de 3 mm au niveau de la 2<sup>ème</sup> commissure. Discrète bursite intermétatarsienne des commissures 1, 2 et 3. Léger épanchement des MTP 1 à 5 à la limite du significatif, sans érosion ni œdème spongieux.

Pas de fracture par insuffisance des métatarsiens.

Au niveau de la phalange distale du gros orteil, présence d'une lésion intra-spongieuse ovalaire fortement hyperintense T2 prenant le contraste d'abord sur sa périphérie, puis de façon plus centripète probablement par diffusion, suggérant une lésion plutôt kystique. Distalement, œdème spongieux prenant le contraste de l'extrémité de la phalange distale. Ces anomalies n'étaient pas bien visibles sur une IRM réalisée à la I.\_\_\_\_\_ il y a quelques mois. Oedème spongieux post-traumatique assez intense, prenant le contraste, de la phalange distale du 2<sup>ème</sup> orteil, également non présente à l'époque. Ces altérations posent une alternative diagnostique entre un remaniement microtraumatique peut-être associé à des troubles de la sensibilité, et une algodystrophie focale distale (inhabituelle).

Pas de tendinopathie ni de ténosynovite des axes tendineux

visibles. »

Le 7 septembre 2011, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine nucléaire, a rédigé un rapport à la suite d'une scintigraphie osseuse effectuée le 5 septembre 2011. Ce médecin a conclu à une asymétrie globale d'activité en défaveur du pied et de la cheville à droite, moins marquée en phase tardive, probablement en relation avec la décharge antalgique de ce membre et à l'absence d'élément caractéristique d'une algodystrophie de Sudeck en phase floride. Il précisait à ce sujet que la scintigraphie pouvait être négative jusque dans un tiers des cas d'algodystrophie et que la symptomatologie décrite par la patiente restait évocatrice de ce diagnostic. Enfin, il notait quelques altérations d'aspect plutôt dégénératif tant au niveau du pied droit que du côté controlatéral avec également une discrète activité à la limite de la signification en regard de la tête du troisième métatarsien droit. Pour le reste, il n'y avait pas d'anomalie notable si ce n'était une activité hétérogène atypique de l'humérus distal droit, à confronter au status radio-clinique.

Dans un rapport médical du 16 septembre 2011, la Dresse L.\_\_\_\_\_, a indiqué que l'assurée l'avait consultée le 11 juillet 2011 pour d'importantes douleurs quantifiée à 6-7 sur 10 sur l'échelle visuelle analogique de la douleur, prédominant au niveau de la zone médiane de l'avant-pied droit avec des sensations de crampes lancinantes, parfois avec des lancées et des paresthésies à type d'électricité, perturbant fortement la marche. Ce médecin posait les diagnostics de syndrome douloureux régional complexe (algoneurodystrophie) de l'avant-pied droit subséquent à un traumatisme (choc violent du pied) le 18 décembre 2010. Elle notait encore que l'évolution n'était jusqu'à présent pas favorable et que l'assurée était dans l'impossibilité de rester en position debout compte tenu des douleurs, l'œdème apparaissant rapidement en position déclive. Elle estimait que les plaintes émises par sa patiente et les troubles constatés étaient dus de façon certaine à l'accident du 18 décembre 2010. Compte tenu des circonstances, elle retenait que l'arrêt de travail à 100% devait être poursuivi jusqu'au prochain contrôle le 3 octobre 2011.

Selon une attestation du 25 octobre 2011 de la Pharmacie [...], à [...], cette dernière confirmait le prêt de cannes anglaises à l'assurée pour la période du 29 décembre 2010 au 30 mai 2011, date à laquelle elle s'était procurée une paire personnelle.

Dans un rapport du 8 novembre 2011 adressé à la Dresse L.\_\_\_\_\_, le Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a notamment indiqué ce qui suit :

«[...]

Sur les radios effectuées le jour de sa consultation nous avons un signe qui prouve la survenue du Sudeck. La disparition de l'image des sésamoïdes sous la tête du 2<sup>ème</sup> métatarse témoigne d'une décalcification massive, ces sésamoïdes sont visibles sur les têtes des autres métatarses.

Actuellement la mobilité est maintenue et il n'y a pas de signe d'arthrose. Par contre deux facteurs favorisent la longévité de l'évolution qui sont la forme des pieds creux, éventail avec un talus varus et une sorte d'instabilité de la cheville qui peut être d'origine lombaire d'ailleurs accompagnés d'une symptomatologie L5 droite.

Je lui ai prescrit des semelles sur mesure en matière souple, becozym forte et un phlebotonique et je lui ai conseillé d'effectuer un jour une IRM lombaire pour compléter le bilan.

[...]»

Le 14 novembre 2011, la Dresse L.\_\_\_\_\_ a retenu, dans son rapport, que le pronostic restait favorable vu l'état actuel des choses et que la patiente était informée qu'elle avait de grandes chances de recommencer une activité professionnelle bientôt.

Dans un rapport du 7 décembre 2011 adressé à la Dresse L.\_\_\_\_\_, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en angiologie, a posé les diagnostics de douleurs neuropathique post-traumatique du pied avec dysrégulation neurovégétative (suspicion de syndrome de Sudeck), d'absence d'artériopathie significative des membres inférieurs, d'absence d'insuffisance veineuse profonde ou superficielle des membres inférieurs et d'absence de thrombose veineuse profonde proximale ou distale des membres inférieurs. Il mentionnait, dans l'anamnèse, qu'à la suite de l'accident les douleurs et l'œdème

n'avaient jamais complètement disparus. Le Dr V.\_\_\_\_\_ a notamment conclu en ces termes :

«[...]»

Madame K.\_\_\_\_\_ est toujours fort gênée par des douleurs violentes lorsque le pied est mis en charge, de sorte qu'elle se déplace uniquement avec des cannes pour une décharge partielle.

[...]

Le tableau clinique, aussi bien lors de la consultation que d'après les photos qui m'ont été montrées, évoque une dysrégulation neurovégétative avec des vasospasmes inappropriés des micro vaisseaux, en particulier au niveau des veinules, ce qui piège le sang dans les capillaires, avec une cyanose. En plus de cela, une vasodilatation pré capillaire entraîne des rougeurs et des oedèmes. Cette dysrégulation de la vasomotricité au niveau de la microcirculation est à mettre en relation avec les douleurs neuropathiques. Je partage donc ton avis, à savoir que ce tableau clinique est très évocateur d'une algodystrophie de type Sudeck. Je ne puis malheureusement me prononcer sur l'importance du névrome de Morton dans ce contexte. Il est tout à fait possible que sa présence puisse exacerber les douleurs et ainsi maintenir un certain cercle vicieux.

[...]»

Dans un rapport du 12 janvier 2012 rédigé à la suite d'une IRM lombaire, la Dresse X.\_\_\_\_\_, radiologue auprès de l'E.\_\_\_\_\_SA, a indiqué qu'il n'y avait pas de hernie discale des différents niveaux lombaires, mais qu'il existait de discrètes discopathies étagées de L2 à L5.

Une IRM de l'avant-pied droit a été réalisée le 18 janvier 2012. Le Dr M.\_\_\_\_\_, radiologue auprès de l'E.\_\_\_\_\_SA, a observé, dans son rapport du même jour, les éléments suivants (cf. rubrique « conclusions » de son rapport) :

« Comparativement à l'examen antérieur, l'infiltration oedémateuse précédemment décrite de part et d'autre de la 2<sup>ème</sup> commissure est mieux délimitée qu'auparavant, elle rejoint la plaque plantaire des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> rayons dont le signal est altéré et s'associe à une possible déchirure focale de la plaque du 2<sup>ème</sup> rayon. Pas d'autre lésion pouvant expliquer la symptomatologie de la patiente, en particulier pas d'altération significative du signal des métatarsiens dans la zone symptomatique. Persistance d'altérations de signal de l'extrémité distale de la dernière phalange des 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> rayons. »

Dans un rapport du 18 février 2012, la Dresse L.\_\_\_\_\_ s'est adressée au médecin-conseil de la Q.\_\_\_\_\_SA, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Elle a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : la marche, même sur de courtes distances, le maintien en position statique debout prolongée (nécessité de pouvoir s'asseoir et de surélever le pied droit), la montée ou la descente d'escaliers, le port de charge supérieur à 5 kg et la conduite automobile. Elle a joint à son envoi le rapport du Dr U.\_\_\_\_\_ du 8 novembre 2011 et celui du Dr V.\_\_\_\_\_ du 7 décembre 2011, ainsi que les rapports rédigés à la suite des IRM des 12 et 18 janvier 2012.

Le 20 février 2012, le Dr U.\_\_\_\_\_ a estimé que le traitement entrepris assurait, à cette époque, une reprise de travail devenue confortable à 50%. Il indiquait également que l'assurée visait une reprise à 100% moyennant l'aménagement des horaires et du port de charges, d'entente avec son employeur.

Par décision du 16 mars 2012, la Q.\_\_\_\_\_SA a relevé que selon l'appréciation de son médecin-conseil, les troubles qui avaient justifié la reprise d'un traitement à partir du 8 juin 2011 n'étaient plus dus à l'accident du 18 décembre 2010 et que dès lors, le cas relevait exclusivement de l'assurance-maladie.

Par courrier du 4 avril 2012, l'assurée, désormais représentée par Assista TCS, a demandé à ce qu'il lui soit transmis une copie de son dossier. Le 12 avril 2012, la Q.\_\_\_\_\_SA a faite suite à cette requête.

Dans un rapport du 25 avril 2012, le Dr W.\_\_\_\_\_ a notamment précisé ce qui suit :

« [...] »

Après la période initiale de décharge partielle, de soins antalgiques et antiphlogistiques, la patiente en phase de consolidation a pu reprendre son activité professionnelle le 13 janvier 2011.

Dans le courant du 1<sup>er</sup> trimestre 2011, on constate toutefois progressivement l'apparition de discrets signes trophiques. Le traitement toujours en cours est dès lors orienté vers une kinésithérapie active et passive soutenue. Il n'a pas été interrompu (contrairement à ce qui ressort du rapport de décision du 16.03.2012) entre celui pris en charge par la Q. \_\_\_\_\_ SA jusqu'au 25 mai 2011 sous couvert de l'accident qui a fait l'objet d'une première facture et les soins prodigués dans la continuité du 8 juin au 7 juillet 2011.

Une étroite corrélation est classiquement reconnue entre traumatisme, immobilisation et algodystrophie. Le lien de causalité avec l'événement du 18 décembre est non seulement possible, mais plus que vraisemblable à mes yeux et je ne partage pas le doute du médecin-conseil sur ce point.

[...]»

Le 3 mai 2012, l'assurée a fait opposition à la décision du 16 mars 2012, estimant que l'assureur-accidents devait poursuivre le versement de ses prestations au-delà du 8 juin 2011.

Par décision sur opposition du 29 mai 2012, la Q. \_\_\_\_\_ SA a confirmé sa décision du 16 mars 2012 et a rejeté l'opposition formée par l'assurée. Elle s'est référée à l'avis du Dr F. \_\_\_\_\_, en précisant lui avoir soumis le dossier les 29 février et 15 mars 2012. Celui-ci avait soutenu que les premières plaintes en rapport avec une algodystrophie avaient été exprimées après l'expiration d'un délai de huit semaines à compter de l'accident. Un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'algodystrophie ne pouvait donc pas être établi, de sorte que la prise en charge des frais de traitement à compter du 8 juin 2011 avait été refusée à juste titre.

**B.** Par acte du 3 juillet 2012, K. \_\_\_\_\_, représentée par Me Alexandre Guyaz, a recouru contre la décision sur opposition du 29 mai 2012 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à l'octroi des prestations légales au-delà du 8 juin 2011. Dans un premier temps, elle fait valoir une violation du droit d'être entendu, l'intimée s'étant basée uniquement sur l'avis de son médecin-conseil, le Dr F. \_\_\_\_\_, alors même qu'aucun rapport médical de ce médecin ne figurait au dossier communiqué par l'intimée. La recourante estime que la divergence d'opinion entre le Dr F. \_\_\_\_\_ et les

autres médecins aurait dû faire l'objet d'un avis médical écrit et circonstancié soumis à l'appréciation des autres médecins ou d'un expert neutre. Elle souligne également, dans un deuxième temps, que d'après les éléments figurant dans la décision sur opposition du 29 mai 2012, le Dr F.\_\_\_\_\_ aurait apprécié la situation juridique, alors même qu'il devait se limiter à apprécier la situation médicale. Elle maintient en outre que le lien de causalité naturelle et adéquate entre la maladie de Sudeck et l'accident du 18 décembre 2010 est établi. A l'appui de son recours, elle a notamment produit plusieurs photos de son pied droit et a demandé qu'elles soient soumises à un expert ou à tout le moins aux Drs L.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_. Enfin, elle a requis l'audition du Dr W.\_\_\_\_\_.

Dans un courrier du 5 septembre 2012 au Dr F.\_\_\_\_\_, le Dr W.\_\_\_\_\_ a expliqué que les manifestations atypiques itératives étaient apparues six semaines après l'accident, avec des épisodes de rémissions. Il considérait, à l'instar du Dr L.\_\_\_\_\_, que les arguments convergeaient en faveur d'un CRPS (complex regional pain syndrome) post-traumatique.

Dans un rapport du 24 septembre 2012, le Dr F.\_\_\_\_\_ s'est prononcé sur les photos du pied droit de l'assurée datant de janvier et février 2011, estimant qu'elles ne permettaient pas de retenir la présence d'une algoneurodystrophie de Sudeck. Dans un autre rapport daté du même jour, le Dr F.\_\_\_\_\_ – après avoir étudié les IRM du pied droit réalisées les 15 février et 13 juillet 2011 – a conclu que ces images n'étaient pas compatibles avec une algodystrophie.

L'intimée a répondu au recours le 1<sup>er</sup> octobre 2012, en concluant à son rejet.

Par courrier du 20 septembre 2013, le tribunal a imparti un délai à l'intimée pour produire un dossier complet, y compris le rapport du médecin-conseil auquel se réfère la décision sur opposition litigieuse, celui-ci ne figurant pas dans les pièces du dossier qui lui avait été remis.

Le 8 octobre 2013, l'intimée a expliqué que les avis du Dr F.\_\_\_\_\_ des 29 février et 15 mars 2012 dont il était fait mention dans la décision litigieuse, étaient en réalité deux notes internes rédigées par le gestionnaire du dossier à l'issue d'indications orales données par le Dr F.\_\_\_\_\_. Ces documents ont été produits. Le premier procès-verbal du 29 février 2012 exposait ce qui suit :

« A la lecture de tous les rapports le Dr F.\_\_\_\_\_ fixe la fin de causalité. Les consultations depuis le mois de juin 2011 en rapport avec un Sudeck survenu à plus de 6 mois de l'événement accidentel ne sont pas pris en accident LAA .»

Le deuxième procès-verbal du 16 mars 2012 mentionnait les éléments

suivants :

« A l'IRM du 15.02.11, on ne note aucune plainte ou constatation parlant en faveur d'un Sudeck. Il n'y a pas d'anomalie de signal au niveau des os et l'œdème est normal, consécutif à la contusion.

Donc, à deux mois de l'accident nous n'avons pas de Sudeck, ce qui nous permet effectivement, selon la jurisprudence, de nier le lien de causalité car il faut une courte période de latence entre l'accident et l'apparition du Sudeck, au maximum six à huit semaines.

Donc, dès le 08.06.11, les frais médicaux sont à charge de l'assurance maladie, de même l'incapacité de travail à partir du 12.07.11. »

Par courrier du 14 octobre 2013, le tribunal a informé la Q.\_\_\_\_\_SA, que dans l'optique d'éventuelles autres procédures devant la Cour des assurances sociales, il paraissait utile de préciser que les rapports du médecin-conseil ou les procès-verbaux d'entretiens téléphoniques avec ce médecin ne constituaient pas de simples notes internes, mais faisaient partie intégrante du dossier dont la production était requise.

La recourante s'est déterminée le 23 octobre 2013, en maintenant ses conclusions. Elle a requis à nouveau l'audition du Dr W.\_\_\_\_\_ et celle des Drs L.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_.

Le 4 novembre 2013, la recourante s'est à nouveau déterminée, en observant que pour rendre sa décision sur opposition du 29 mai 2012, l'intimée s'était basée sur deux avis oraux du Dr F. \_\_\_\_\_ sans que ce dernier n'ait fourni un rapport médical détaillé et circonstancié sur son cas et que, dès lors, ce procédé violait son droit d'être entendu.

Le 17 mars 2014, la recourante a renoncé à requérir la tenue d'une audience.

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

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; 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). Un tel recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA).

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Sur le plan formel, la recourante fait grief à l'intimée d'avoir violé son droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la

Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), au motif que les avis émis par le Dr F.\_\_\_\_\_, auxquels se réfère la décision sur opposition litigieuse, ne lui ont pas été communiqués.

**a)** L'art. 29 al. 2 Cst. garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues. La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 132 V 368 consid. 3.1 et les références).

S'agissant d'une garantie constitutionnelle de caractère formel, la violation du droit d'être entendu doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée - à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 135 I 279 consid. 2.6.1 et les références ; TF 8C\_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2 et les références).

**b)** Le 4 avril 2012, la recourante, par son mandataire, a requis que le dossier complet de l'intimée lui soit communiqué. Cette dernière a transmis son dossier, dans lequel aucun avis du Dr F.\_\_\_\_\_ ne figurait. Le 3 mai 2012, la recourante s'est formellement opposée à la décision du 16 mars 2012. Elle n'a finalement appris l'existence de deux avis du Dr F.\_\_\_\_\_, des 29 février et 15 mars 2012, qu'à la lecture de la décision sur opposition. Le Tribunal a, par la suite, exigé le dossier complet de l'intimée. Cette dernière a produit un dossier dans lequel ne figuraient pas les avis émis par le Dr F.\_\_\_\_\_. Ce n'est que sur requête expresse du Tribunal, le 20 septembre 2013, que l'intimée a produit ces avis, en précisant qu'il s'agissait en réalité de simples notices téléphoniques

relatant deux avis exprimés oralement par le Dr F.\_\_\_\_\_, les 29 février et 15 mars 2012. En omettant de verser d'emblée ces notices téléphoniques, l'intimée a violé le droit d'être entendu de la recourante. Ce grief est dès lors bien fondé. Il n'y a pas lieu de guérir le vice en procédure de recours. En effet, il s'agissait d'un vice grave, l'avis du médecin-conseil constituant un élément déterminant ayant conduit à la décision contestée. Par ailleurs, la cause doit de toute façon être renvoyée en raison de l'instruction très insuffisante du dossier par l'intimée, conformément à ce qui suit.

**3.** Sur le plan matériel, le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme au droit de la recourante à des prestations d'assurance à partir du 8 juin 2011.

**a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, et sous réserve de dispositions spéciales de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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 (art. 4 LPGA). En relation avec les art. 10 et 16 LAA, cette disposition implique, pour l'ouverture du droit aux prestations, l'existence d'un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident, d'une part, et le traitement médical et l'incapacité de travail de la personne assurée, d'autre part. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en présence de troubles physiques consécutifs à un accident, 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)** Un rapport de causalité naturelle doit être admis si le dommage ne se serait pas produit du tout, ou ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement assuré. Il n'est pas nécessaire que cet événement soit la cause unique, prépondérante 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. 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 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3 ; 8C\_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1).

**c)** Pour admettre un lien de causalité entre l'accident et une algodystrophie, trois critères cumulatifs doivent être remplis, à savoir: a) la preuve d'une lésion physique après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident; b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (p. ex. état après infarctus du myocarde, après une apoplexie, etc.); c) une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (TF 8C\_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2 ; 8C\_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1 ; U 436/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.4.2.1).

**d)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé, laquelle ne joue toutefois pratiquement pas de rôle en cas d'atteintes physiques comme mentionné ci-dessus. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2, 125 V 456 consid. 5a et les références citées ; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

**4. a)** Pour pouvoir se prononcer sur le droit à des prestations, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des

documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). 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 du médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et qu'il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1, 135 V 465 ; TF 8C\_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3).

**b)** Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Conformément au principe inquisitoire (art. 61 let. c LPGA) régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (cf. TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

**5.** En l'espèce, l'intimée a considéré que le traitement de la recourante avait été interrompu en avril, puis repris le 8 juin 2011. Par ailleurs, les IRM réalisées en début d'année ne permettaient pas de conclure à une maladie de Sudeck, qui ne serait donc apparue que bien après une période de six à huit semaines après l'accident, soit une période de latence trop longue pour reconnaître un lien de causalité entre cette atteinte et l'accident.

En réalité, le Dr W. \_\_\_\_\_ a précisé qu'il n'y avait pas eu d'interruption de traitement (cf. rapport médical du 25 avril 2012). Il a en effet exposé, le 22 janvier 2011, que l'évolution était lentement favorable, mais que des douleurs persistaient, avec un traitement devant encore se prolonger probablement pendant deux à trois semaines. Toutefois, le 15 février 2011, une nouvelle IRM a été pratiquée, signe que l'amélioration n'avait pas perduré et que les douleurs persistaient. Le traitement s'est

ensuite poursuivi. De discrets troubles trophiques sont apparus dans le courant du premier trimestre 2011, de sorte que le traitement a été orienté vers une kinésithérapie active et passive soutenue (cf. rapport médical du 25 avril 2012 du Dr W.\_\_\_\_\_). L'assurée a par ailleurs continué à marcher avec des béquilles. Le Dr V.\_\_\_\_\_ a en outre précisé, dans un rapport du 7 décembre 2011, que les douleurs et l'œdème n'avaient jamais complètement disparu à la suite de l'accident.

Dans ces conditions, l'intimée ne pouvait pas déduire de deux avis communiqués oralement par le Dr F.\_\_\_\_\_, et dont le compte rendu est particulièrement succinct, que l'algoneurodystrophie n'était apparue que plus de six à huit semaines après l'accident et qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre cette atteinte et l'accident. Dès lors que la plupart des médecins consultés par l'assurée avait exposé, dans des rapports relativement détaillés et motivés, qu'ils considéraient que l'assurée avait développé une maladie de Sudeck en lien de causalité avec l'accident, dont les symptômes n'étaient pas apparus en juin 2011 seulement, mais dans les semaines qui avaient suivi l'accident, il appartenait à l'intimée de désigner un expert pour clarifier ces questions. En se référant uniquement aux deux avis oraux de son médecin-conseil, qui se limitent pour l'essentiel à l'affirmation de l'absence de lien de causalité, l'intimée n'a quasiment pas instruit la cause. En l'absence de réelle instruction menée par l'intimée, il n'appartient pas au Tribunal cantonal de s'y substituer. Il convient, par conséquent, de la lui retourner pour qu'elle procède conformément à son obligation d'instruire la cause, qu'elle désigne un expert selon la procédure prévue par l'art. 44 LPGA et qu'elle statue à nouveau. Il reviendra notamment à l'expert de se prononcer sur le diagnostic posé et, cas échéant, sur la date la plus probable à partir de laquelle l'algoneurodystrophie s'est développée. Il se déterminera notamment sur l'argumentation du Dr F.\_\_\_\_\_ relative aux constatations réalisées lors de l'IRM pratiquée le 15 février 2011.

**6. a)** En définitive, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimée afin qu'elle en complète l'instruction par une expertise au sens de l'art. 44 LPGA et rende une nouvelle décision.

**b)** Vu l'admission du recours, la recourante, qui a agi avec le concours d'un mandataire professionnel, 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]).

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 29 mai 2012 par la Q.\_\_\_\_\_SA, est annulée, la cause étant renvoyée à cette autorité pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
  
- III.** La Q.\_\_\_\_\_SA versera à K.\_\_\_\_\_ une indemnité de 2'200 fr. (deux mille deux cents francs) à titre de dépens.
  
- IV.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Guyaz (pour K. \_\_\_\_\_),
- Q. \_\_\_\_\_ 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 :