

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 juin 2014

---

Présidence de M. MERZ

Juges : Mme Berberat et M. Gutmann, assesseur

Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

X. \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

**VAUDOISE GENERALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA**, à Lausanne,  
intimée.

---

**Art. 6, 10 et 36 LAA ; art. 43 et 44 LPG.**

**E n f a i t :**

**A.** X.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1965, exerce une activité lucrative de correspondante informatique à 80% auprès de M.\_\_\_\_\_ et est assurée à ce titre contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Vaudoise Générale Compagnie d'Assurances SA (ci-après : la Vaudoise ou l'intimée).

**B.** Elle a été victime d'un accident le 4 août 2010 dans les escaliers de la gare d'[...], où elle a fait une chute sur les deux genoux, plus particulièrement sur le genou gauche.

Elle a consulté le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin généraliste auprès du Centre médical V.\_\_\_\_\_, lequel a préconisé un arrêt de travail complet à compter du 4 août 2010.

En date du 10 août 2010, l'assurée a déposé, conjointement avec son employeur, une déclaration d'accident LAA auprès de la Vaudoise, précisant ce qui suit sur les circonstances de l'accident du 4 août 2010 :

« J'ai loupé une marche et fait un vol plané puis j'ai atterri sur mes genoux, surtout sur le genou gauche. »

Elle a fait parvenir à la Vaudoise un tirage du rapport d'imagerie réalisé le 11 août 2010 par le Dr Z.\_\_\_\_\_, lequel relate les constats suivants :

« [...] Pas de lésion osseuse traumatique récente visible.  
Genum varum gauche et pincement de l'espace femoro-tibial à hauteur de sa loge interne.  
L'espace femoro-patellaire gauche est discrètement plus large que celui du côté droit.  
A ceci vient s'ajouter une tuméfaction des parties molles prérotuliennes du côté gauche aussi.

**Conclusion :**

Probabilité à la fois d'un épanchement intra-articulaire et d'une lésion méniscale interne du côté gauche, sans fracture décelable autrement. [...] »

Sur questions de la Vaudoise, l'assurée a indiqué le 28 août 2010 ne pas avoir été blessée au genou préalablement à l'accident du 4 août 2010 et poursuivre un traitement médical sous forme de médicaments et de séances de physiothérapie.

Le Dr L. \_\_\_\_\_ a complété un rapport médical initial à l'attention de la Vaudoise le 7 septembre 2010, attestant que sa patiente souffrait d'« éraflures et tuméfactions [des] genoux » et de « douleurs à la palpation et à la mobilisation », retenant les diagnostics de « contusions des genoux et entorse [du] genou gauche. » Il a indiqué que le traitement et l'incapacité totale de travail s'étaient poursuivis jusqu'au 7 septembre 2010, l'assurée étant en mesure de reprendre complètement son activité dès le lendemain.

La Vaudoise a pris en charge les indemnités journalières et les frais de traitement découlant de l'accident du 4 août 2010, selon communications à l'assurée et à son employeur du 13 septembre 2010.

Un nouveau rapport d'imagerie, établi le 6 octobre 2010 par le Dr P. \_\_\_\_\_, a été transmis à la Vaudoise. Ce document mentionne les éléments ci-dessous :

« [...] Mise en évidence d'une anomalie de signal au niveau du compartiment externe intéressant aussi bien le condyle fémoral que l'os tibial sous forme d'un hypersignal en T2 mal défini : status après contusion.

Aspect normal du cartilage et pas d'argument pour une chondromalacie fémoro-patellaire.

Les ménisques interne et externe sont d'aspect normal sans évidence de déchirure.

Le ligament croisé antérieur et le ligament croisé postérieur sont d'aspect normal.

Les ligaments latéraux externe et interne sont d'aspect normal.

Aspect normal des tendons du quadriceps et du rotulien. Absente de bursite pré et infrarotulienne.

Les muscles sont d'aspect normal.

Discret épanchement intra-articulaire aspécifique.

Il n'a pas été noté de masse au niveau du creux poplité.

**Conclusion :**

Données IRM révélant une anomalie de signal au niveau du compartiment externe : possibilité d'une contusion post-traumatique ?  
Pas de lésion ménisco-ligamentaire significative.  
Epanchement intra-articulaire aspécifique. »

Aux termes d'un rapport intermédiaire du 20 décembre 2010,  
le  
Dr L. \_\_\_\_\_ a indiqué que sa patiente présentait toujours des « douleurs à la marche, à la palpation et à la flexion externe dans la région infra et suprapatellaire ». Il a précisé que l'assurée avait en définitive repris le travail dès le 11 octobre 2010.

Sur questions de la Vaudoise, l'assurée a signalé en date du 10 août 2011 que son état de santé connaissait « des hauts et des bas ». Elle se trouvait à nouveau en arrêt de travail du fait d'importantes douleurs et de l'enflure de son genou.

**C.** Elle a formulé une seconde déclaration d'accident, co-signée par son employeur, en date du 11 août 2011 précisant être victime d'une « rechute de l'accident du 04.08.2010 » et produit un certificat du Dr L. \_\_\_\_\_, établi le 16 août 2011, par lequel un arrêt de travail complet était prononcé du 9 août 2011 au 21 août 2011 inclus.

Ce praticien a fait parvenir un rapport intermédiaire à la demande de la Vaudoise en date du 7 décembre 2011, précisant que l'assurée souffrait d'un « syndrome rotulien » des suites de la contusion du 4 août 2010.

Le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a confirmé ce diagnostic dans un rapport médical du 23 décembre 2011 adressé à la Vaudoise, après avoir rencontré l'assurée le 26 août 2011 et préconisé à cette occasion un traitement sous forme de renforcement musculaire.

Par rapport non daté, parvenu à la Vaudoise le 25 janvier 2012, le

Dr L.\_\_\_\_\_ a exposé que l'assurée présentait toujours des douleurs au genou depuis l'accident du 4 août 2010, lesquelles s'étaient péjorées alors qu'elle faisait « du ménage à domicile ». Le Dr F.\_\_\_\_\_ a corroboré ces éléments le 15 février 2012.

Par courrier électronique du 6 février 2012, l'assurée a fait part des explications suivantes à la Vaudoise :

« [...] Et donc, je devais recontacter [un rhumatologue], mais mon genou allait bien et donc, il ne m'a pas semblé utile de refixer un rendez-vous. Par contre 8 mois plus tard environ, j'avais utilisé un karcher pour nettoyer la terrasse et là, les douleurs ont recommencé comme au début. Ce sont les vibrations fortes qui déclenchent entre autre ces douleurs. [...] J'ai donc vu le rhumatologue fin août 2011 et il a bien confirmé que les vibrations et autres peuvent me donner de terribles douleurs, car la rotule est un peu trop lâche et frictionne contre l'os, le muscle...[...] »

La Vaudoise a poursuivi la prise en charge du cas, allouant notamment des indemnités journalières pour la période du 9 août 2011 au 21 août 2011, selon communications du 10 mai 2012, soulignant toutefois que le versement corrélatif s'effectuait sans reconnaissance d'une quelconque obligation dans la mesure où le lien de causalité entre les troubles persistants présentés par l'assurée et l'accident du 4 août 2010 n'était pas clairement établi.

**D.** A la même date, soit le 10 mai 2012, l'assurée a cependant déposé une troisième déclaration de sinistre des suites de l'accident du 4 août 2010, alléguant une nouvelle rechute.

Elle a fait parvenir un certificat du Dr L.\_\_\_\_\_ du 29 mai 2012, lequel attestait un arrêt total de travail à compter du 7 mai 2012, ainsi qu'un rapport d'imagerie médicale du Dr K.\_\_\_\_\_, également établi le 29 mai 2012 et libellé en ces termes :

« [...] Hypersignal spontané mal limité, intra-osseux dans le compartiment externe intéressant le condyle et l'épiphyse tibiale en rapport avec de l'œdème.  
Il n'y a pas de fracture sous-jacente.  
Pas d'anomalie du signal osseux au niveau des compartiments internes.

Il n'y a pas d'épanchement articulaire significatif.  
Intégrité du tendon quadricipital et du ligament rotulien.  
Intégrité également des ligaments croisés antérieur et postérieur ainsi que des ligaments latéraux.  
Il n'y a pas de signe de lésion méniscale interne ou externe.  
Il n'y a pas de kyste poplité.

**Conclusion :**

Œdème osseux du compartiment externe intéressant le condyle fémoral et l'épiphyse tibiale témoignant d'une vraisemblable contusion osseuse sans fracture.  
Il n'y a pas de lésion méniscale ou ligamentaire par ailleurs. »

Le Dr F.\_\_\_\_\_, dans un rapport du 11 juin 2012, adressé au Dr L.\_\_\_\_\_, a relaté ce qui suit :

« [...] Je revois [l'assurée] fin mai 2012. Elle décrit des douleurs au niveau du compartiment externe du genou gauche. L'examen clinique met en évidence une douleur à la palpation de ce compartiment et une absence d'épanchement.  
Un IRM montre un œdème osseux du compartiment externe intéressant le condyle fémoral et l'épiphyse tibiale.  
Je conclus à une contusion osseuse, mais je m'étonne de la durée des symptômes. Elle déclare n'avoir pas eu d'autres accidents depuis 2010.  
Je te propose d'attendre la fin des douleurs et de refaire une IRM à ce moment.  
Je n'ai pas d'autres conseils à te donner. »

Sur questions de la Vaudoise, le Dr L.\_\_\_\_\_ a signalé, en date \_\_\_\_\_ du 20 juillet 2012, que l'assurée présentait toujours des « douleurs à la marche au niveau du compartiment externe du genou gauche », toutefois en diminution, mettant en exergue un pronostic favorable sous suite de reprise \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_ travail \_\_\_\_\_ dès \_\_\_\_\_ le 23 juillet 2012.

A l'issue d'un avis du 4 septembre 2012, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de la Vaudoise, a fait part de ses conclusions, à savoir :

« A la suite d'une chute sur les 2 genoux, donc une chute probablement antérieure dans les escaliers le 4.8.10, est réalisée une IRM du genou gauche le 5.10.10 qui montre, d'après le radiologue, le Dr Z.\_\_\_\_\_, une anomalie de signal au compartiment externe intéressant aussi bien le condyle fémoral que le plateau tibial. Le radiologue estime que cette anomalie de

signal est compatible avec une contusion. Il est curieux que la contusion soit toute externe, alors que la chute est antérieure sur les 2 genoux et qu'elle soit non seulement localisée au condyle fémoral, mais aussi au plateau tibial, ce qui ne correspond pas à une contusion. D'autre part, la même anomalie de signal est retrouvée au 2<sup>e</sup> examen IRM réalisé le 29.5.12, il ne peut donc s'agir d'une contusion, mais bien d'anomalies en rapport avec une gonarthrose fémoro-tibiale externe. »

**E.** Fondée sur les éléments ci-dessus, la Vaudoise a rendu une décision le 26 septembre 2012, aux termes de laquelle elle a nié – au degré de la vraisemblance prépondérante – l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 4 août 2010 et les troubles présentés au genou gauche à partir de l'année 2012. Elle a en conséquence renvoyé l'assurée à sa caisse-maladie s'agissant de la prise en charge des examens et frais de traitement en découlant.

Par écriture du 21 octobre 2012, l'assurée s'est opposée à la décision précitée, rappelant ne jamais avoir présenté de pathologie du genou gauche avant l'accident du 4 août 2010. Elle a exposé que les douleurs étaient réapparues en 2012, tandis qu'elle cassait simplement du petit bois, et mis en exergue les rapports d'imagerie médicale des 29 mai 2012 et 21 septembre 2012, ce dernier faisant état d'une situation inchangée. Considérant à son sens que le lien de causalité entre ledit accident et la symptomatologie douloureuse persistante de son genou gauche était certaine, elle a requis la poursuite de la prise en charge des investigations et frais médicaux par la Vaudoise.

Aux termes d'une décision sur opposition du 26 février 2013, la Vaudoise a rejeté l'opposition de l'assurée, se fondant sur la jurisprudence fédérale rendue en lien avec l'art. 6 LAA. Elle a estimé que le lien de causalité entre l'accident du 4 août 2010 et la symptomatologie développée dès 2012 n'était ni certain, ni même probable et expliqué que le raisonnement « post hoc ergo propter hoc » n'était pas susceptible de démontrer la vraisemblance d'un tel lien. Elle a en définitive attribué à un processus dégénératif les douleurs affectant l'assurée, renvoyant derechef cette dernière à son assurance-maladie.

**F.** L'assurée a déféré la décision sur opposition susmentionnée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par acte daté du 25 mars 2013, déposé le 30 mars 2013, réitérant en substance ses précédents arguments pour conclure à la poursuite de la prise en charge de son cas par la Vaudoise.

Cette dernière a communiqué sa réponse le 6 mai 2013, maintenant la teneur de sa décision sur opposition du 26 février 2013 et concluant au rejet du recours.

L'assurée a répliqué le 7 août 2013, persistant dans ses précédentes conclusions et fournissant des photographies de ses genoux pour illustrer l'évolution inquiétante résultant à son sens de l'accident du 4 août 2010, soit une coloration et des bosses survenues sur son genou gauche. Elle a renvoyé aux remarques orales du Dr F.\_\_\_\_\_, consulté le 5 juillet 2013, lequel aurait évoqué une « bursite, suite à l'accident, qui va et vient » et une « dépigmentation de la peau autour du genou » consécutive à deux injections de cortisone.

Par duplique du 13 septembre 2013, la Vaudoise a indiqué avoir soumis les observations et clichés de la recourante à son médecin-conseil, le Dr J.\_\_\_\_\_. Ce spécialiste aurait exclu tout lien de causalité d'une bursite avec l'accident du 4 août 2010, dans la mesure où une telle affection apparaîtrait nécessairement dans ses suites immédiates, ce qui n'était pas le cas en l'occurrence. En outre, il aurait observé, à l'examen des photographies, une « atrophie sous-rotulienne gauche probablement secondaire - ainsi que la dépigmentation de la peau - aux injections de cortisone ». L'intimée a au surplus sollicité la production du rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ du 5 juillet 2013, se réservant expressément le droit de se déterminer sur ce document.

La recourante a signalé, par écriture du 2 novembre 2013, « arrêter les frais » vu la position de la Vaudoise.

Sur demande expresse du juge instructeur, l'assurée a déclaré maintenir son recours en date du 3 décembre 2013, sans envisager la production de nouvelles pièces éventuellement destinées à appuyer ses conclusions.

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

### **1.**

1.1 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 al. 1 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).

1.2 Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment 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 al. 1 let. a LPA-VD).

1.3 S'agissant d'une contestation relative aux prestations de l'assurance-accidents d'un montant indéterminé, il n'est pas exclu que la valeur litigieuse soit supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats et non par un juge unique (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01] ; art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD).

1.4 En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile (art. 60 LPGGA) devant le tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents dès l'année 2012, singulièrement sur le point de savoir s'il existe un rapport de causalité entre les troubles existant à compter de cette année et l'événement du 4 août 2010. En particulier, la recourante requiert la prise en charge par l'intimée des conséquences de la rechute annoncée le 10 mai 2012, les frais assumés antérieurement par celle-ci n'étant pas contestés.

2.1 Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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 LPGGA).

2.2 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 [Tribunal fédéral] 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 précité ; 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. 2 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). 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 (TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 149/04 du 6 septembre 2004 consid. 2.3 et TFA U 266/99 du 14 mars 2000 ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75).

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 (non-application du raisonnement «post hoc ergo propter hoc» ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_42/2009 du 1<sup>er</sup> octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec

d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, la non-applicabilité de l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006).

2.3 En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique 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 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et les références ; 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 (TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

2.4 L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

2.5 La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202]). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. Il incombe à l'assuré d'établir, au

degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. La jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C\_92/2010 du 6 octobre 2010 consid. 2 et la référence). Toutefois, cela ne veut pas dire que l'administration est libérée de son devoir d'instruire d'office selon l'art. 43 al. 1 LPGA susmentionné. En définitive, c'est le fardeau de la preuve qui incombe à l'assuré : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3 in fine ; TF 9C\_400/2012 du 4 avril 2013 consid. 5.2). Cette règle du fardeau de la preuve entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire (cf. art. 43 LPGA), d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de la vraisemblance prépondérante, correspond à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b in fine ; TF 9C\_468/2011 du 12 décembre 2011 consid. 4.3).

2.6 D'après l'art. 36 LAA (concours de diverses causes de dommages), les prestations pour soins, les remboursements pour 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 (al. 1).

**3.** Dans le domaine médical, l'administration et le juge doivent examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, ils ne peuvent trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion médicale plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a).

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

**4.** In casu, les rapports médicaux versés au dossier de la recourante par ses médecins traitants évoquent différents diagnostics susceptibles d'expliquer les troubles allégués. Ces praticiens ne se prononcent toutefois pas clairement sur le lien de causalité éventuel entre la symptomatologie présentée par leur patiente et l'accident du 4 août 2010.

L'on relèvera d'ailleurs que l'intimée ne les a pas questionnés spécifiquement eu égard à cette problématique, ayant rendu la décision du 26 septembre 2012 et la décision sur opposition du 26 février 2013 uniquement sur la base de l'avis de son médecin-conseil, le Dr J.\_\_\_\_\_.

S'agissant de la détermination de ce dernier, contenue pour l'essentiel dans l'avis du 4 septembre 2012, force est de constater que ce document, pour le moins succinct, ne saurait remplir les réquisits jurisprudentiels rappelés supra au considérant 3 pour se voir accorder pleine valeur probante.

Quand bien même le Dr J.\_\_\_\_\_ s'est prononcé en pleine connaissance des pièces du dossier, ce spécialiste n'a pour sa part procédé à aucun examen de l'assurée.

Il s'est borné à mettre en doute le lien de causalité entre la pathologie dont se plaint la recourante et l'accident de 4 août 2010, sur la base des observations de ses confrères et des rapports d'imagerie médicale. Ses conclusions laissent au demeurant subsister de nombreuses interrogations sur l'origine des problèmes allégués par l'assurée sans emporter la conviction quant à l'exclusion d'un tel lien.

Eu égard plus particulièrement aux symptômes réapparus en été 2011, ainsi que dès l'année 2012, alors que l'assurée accomplissait a priori des activités ordinaires de nettoyage et de jardinage, le Dr J.\_\_\_\_\_ n'expose pas en quoi une pathologie dégénérative serait davantage susceptible d'expliquer leur survenance et leur intensité.

Il en va de même de la bursite annoncée par la recourante postérieurement à la décision litigieuse.

Compte tenu des doutes et des interrogations subsistant quant à l'origine malade ou accidentelle de la symptomatologie présentée par la recourante, il s'impose en conséquence de procéder à un complément d'instruction, destiné à clarifier cette question au degré de la vraisemblance prépondérante.

## **5.**

5.1 Comme exposé, dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). 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). 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 (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (cf. TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPG).

Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (TFA C 206/00 du 17 novembre 2000, in : DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par

l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5 ; 138 V 318).

5.2 En l'espèce, au vu des carences dont souffre encore le dossier de la présente cause, la Cour de céans considère justifié, conformément à la jurisprudence fédérale citée supra, de renvoyer la cause à la Vaudoise pour en compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise auprès d'un médecin spécialiste indépendant en vertu de l'art. 44 LPGA.

Une telle expertise devra se prononcer au degré de la vraisemblance prépondérante sur la question du lien de causalité entre l'accident du 4 août 2010 et les troubles présentés par l'assurée, après avoir fixé précisément les diagnostics à l'origine des symptômes constatés.

A l'issue de ce complément diligenté par l'intimée, il lui incombera de rendre une nouvelle décision statuant sur son éventuelle obligation de prendre en charge le cas dès l'année 2012.

**6.** Des considérants qui précèdent, il résulte que le recours, bien fondé, doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision attaquée sous suite de renvoi à l'intimée pour complément d'instruction avant nouvelle décision.

La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens dès lors que la recourante n'est pas représentée par un mandataire qualifié (cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision sur opposition du 26 février 2013, rendue par l'intimée, est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- X. \_\_\_\_\_, à [...],
- Vaudoise Générale Compagnie d'Assurances SA, à Lausanne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne.

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 :