

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 5 mars 2015

---

Présidence de M. NEU

Juges : Mmes Thalmann et Di Ferro Demierre

Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante,

**I.**\_\_\_\_\_ **SÀRL**, à [...], recourante,

représentées par Me Alain Sauter, avocat à Lausanne,

et

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

---

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

**E n f a i t :**

**A.** D. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante italienne née en 1962, est coiffeuse de formation et a exploité plusieurs salons de coiffure à titre indépendant.

Au cours de l'année 1992, elle a été victime d'une chute dans son jardin, laquelle a entraîné une torsion de la cheville droite. Évoquant une déchirure du ligament latéral externe et un arrachement de la pointe de la malléole interne, son médecin traitant a préconisé la pause d'un plâtre durant six semaines, sous suite de physiothérapie.

Au vu de la persistance d'une relative instabilité ligamentaire et de douleurs de la malléole, l'assurée a subi en 1995 une plastie du ligament latéral externe de sa cheville droite.

Compte tenu de l'apparition d'autres atteintes à la santé d'origine dégénérative, à savoir un syndrome lombo-vertébral et cervical entravant également sa capacité de travail, l'assurée a requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI) par dépôt du formulaire ad hoc le 4 mars 1997 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, après réception des rapports médicaux des médecins traitants de l'assurée, l'OAI a mis en œuvre un examen clinique au sein du service médical régional AI (ci-après : le SMR), réalisé par les Drs Z. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_, respectivement spécialiste en chirurgie plastique et spécialiste en rhumatologie. Au terme de leur rapport d'examen du 18 octobre 2001, ils ont relevé la persistance de douleurs de la malléole interne droite et retenu notamment en termes diagnostiques une « suspicion d'enclavement d'un rameau nerveux au niveau de la cicatrice située en regard de la malléole interne ». Ils ont considéré que la « situation au niveau lombaire [pouvait] être considérée comme

consécutives aux troubles de la marche, eux-mêmes consécutifs à la lésion traumatique de la cheville droite », ce qui contre-indiquait la poursuite d'une activité de coiffeuse à plein temps. Dans une activité adaptée, en position essentiellement assise et sans port de charges, l'assurée était jugée en mesure de travailler à plein temps.

L'assurée a de son propre chef transformé son salon de coiffure en atelier de confection de perruques et de prothèses et pris en charge les cours afférents à sa reconversion. Elle a indiqué à l'OAI renoncer à sa demande de prestations à l'occasion d'une conversation téléphonique du 2 mars 2004, ce dont l'OAI a pris acte par décision du 18 mai 2004 lui niant le droit à une rente et à des mesures professionnelles.

Dans l'intervalle, l'assurée a créé la société I. \_\_\_\_\_ Sàrl, inscrite au registre vaudois du commerce le 6 mai 2004, dont elle est l'unique associée gérante et dont le but est l'exploitation d'un espace beauté et santé.

En sa qualité de salariée de ladite société, elle est assurée contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la Vaudoise Générale Compagnie d'Assurances SA (ci-après : la Vaudoise ou l'intimée).

**B.** En date du 17 juillet 2009, l'assurée a chuté dans les escaliers de son domicile, se blessant à la cheville droite, ensuite de quoi elle s'est rendue en consultation aux urgences de l'Hôpital X. \_\_\_\_\_. Une incapacité de travail de 50% a été prononcée, tandis que la prise en charge thérapeutique a été poursuivie par le médecin généraliste traitant de l'assurée, le Dr B. \_\_\_\_\_.

Le sinistre a été annoncé à la Vaudoise au moyen d'une déclaration d'accident complétée le 20 août 2009.

Sollicité pour produire un rapport médical initial, le Dr B. \_\_\_\_\_ a communiqué en date du 18 septembre 2009 à titre de

diagnostics une « entorse de la cheville droite » et des « séquelles d'une opération à la cheville droite », précisant que l'assurée devait être examinée à la consultation d'un spécialiste en chirurgie orthopédique, le Dr S.\_\_\_\_\_. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a signalé un état de santé stationnaire par rapport intermédiaire du 23 novembre 2009, l'incapacité de travail partielle, à hauteur de 50%, étant maintenue.

Le Dr S.\_\_\_\_\_ a fait parvenir un rapport médical initial à la Vaudoise le 1<sup>er</sup> décembre 2009, constatant des « douleurs de la malléole interne et sur les ligaments externes » des suites de « séquelles d'une instabilité de la cheville droite » et précisant que des investigations complémentaires étaient en cours.

La Vaudoise a brièvement présenté le dossier de l'assurée à son médecin-conseil, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, en date du 15 décembre 2009. Le procès-verbal de l'entretien corrélatif est libellé en ces termes :

« Le Dr V.\_\_\_\_\_ fait en effet état d'une instabilité des 2 chevilles présente avant la présente chute. Le Dr V.\_\_\_\_\_ pense que la guérison en sera par conséquent ralentie et admet à vue de nez dans l'immédiat une prise en charge de 3 mois avant de connaître les conclusions du Dr S.\_\_\_\_\_ qu'il interroge par courrier de ce jour [...]. »

En date du 11 février 2010, le Dr S.\_\_\_\_\_ a fait parvenir au Dr V.\_\_\_\_\_ un tirage du rapport de l'Institut de radiologie U.\_\_\_\_\_, suite aux radiographies du rachis et des chevilles de l'assurée, réalisées le 22 janvier 2010. Ce rapport daté du 25 janvier 2010 relate les éléments suivants :

« [...] Chevilles : Minuscule éperon osseux sur le bord supérieur du Lisfranc à droite. Petite fossette radiotransparente dans l'extrémité distale du péroné ddc [réf. : des deux côtés], évoquant une variante anatomique. Pas d'autre lésion décelable. »

Le Dr S.\_\_\_\_\_ a précisé ce qui suit eu égard audit rapport :

« [...] Ce bilan montre les suites opératoires externes de plastie ligamentaire de 1995 et laisse supposer un conflit malléole interne et astragale, qui devait être présent lors de l'indication opératoire à la stabilisation de la cheville, puisque l'on observe les traces d'une arthrotomie interne sous-malléolaire.

Je me propose de poursuivre les investigations par un arthro-scanner ordonné lors de la dernière consultation du 10 février.

Je n'ai actuellement pas de proposition chirurgicale, mais on pourrait imaginer peut-être une nouvelle arthrotomie interne dans la mesure où, depuis l'entorse de juillet 2009, les douleurs évoluent peu. [...] »

L'arthro-scanner évoqué a eu lieu le 18 février 2010 auprès de l'Institut de radiologie U. \_\_\_\_\_ qui a communiqué son rapport à la même date, faisant état des constats suivants :

« [...] Conclusions : Pas de signe dégénératif de l'articulation talo-tibiale, ni de lésion ostéocondrale à ce niveau.

Sustentaculum tali volumineux vers l'arrière montrant des signes évocateurs d'un conflit avec la tubérosité postérieure du talus.

Remaniement de la malléole externe secondaire à une plastie ligamentaire. »

Le Dr B. \_\_\_\_\_ a communiqué à la Vaudoise le 22 février 2010 que sa patiente souffrait toujours de douleurs et d'une enflure de la cheville droite, précisant que « seul le spécialiste [pouvait] faire une évaluation de la part des choses et de l'incapacité de travail suite à l'accident du 18 [recte : 17] juillet 2009 ».

Par rapport du 22 mars 2010, le Dr V. \_\_\_\_\_ a fait part de son appréciation du cas en ces termes à la Vaudoise :

« [...] En résumé, je pense qu'il est tout à fait correct que l'assureur LAA accepte une relation de causalité avec l'accident du 17.7.09. Comme il s'agit d'une distorsion de la cheville sans gravité, sans lésion traumatique mise en évidence sur les radiographies, l'arthro-scanner, il est clair qu'après 2-3 mois d'évolution, il n'y a plus de rapport de causalité avec les douleurs résiduelles présentées par [l'assurée], d'autant moins que la cheville droite présente des séquelles de distorsions antérieures à celles de juillet 09, un status après plastie du ligament latéral externe de la cheville, après arthrotomie interne de cette cheville.

Dans des documents AI datés de mai 99, il est entre autres signalé des cervicalgies, des lombalgies, une fibromyalgie, un status après distorsion, après déchirure ligamentaire et opération, des tarsalgies.

Dans un rapport de l'AI daté du 28.8.00, il est bien mentionné une instabilité de la cheville droite depuis 95, limitant son activité de coiffeuse. Dans un rapport daté du 25.6.01, il est aussi mentionné une instabilité des 2 chevilles, une opération à la cheville droite en

95 et des douleurs séquellaires. Ces séquelles expliquant en partie l'incapacité de travail dans l'activité de coiffeuse. Il est mentionné une première distorsion en 92 de la cheville droite, la plastie ligamentaire datant de 95, une lésion nerveuse sur la cicatrice interne de cette même cheville. La première distorsion de cheville droite remonte à 92. En plus de la déchirure du ligament latéral externe, il y a un arrachement à la pointe de la malléole interne. En raison de quelques chutes sur l'instabilité de la cheville, la plastie du ligament latéral externe est réalisée en 95, avec un « nettoyage » au bord interne de la cheville. Les douleurs à la pointe de la malléole interne persistent après cette opération. Les douleurs irradient au talon, avec des troubles de la sensibilité. A l'examen clinique pluridisciplinaire, au service médical régional AI, d'octobre 01, il est bien mentionné une limitation de la fonction de la cheville droite d'1/3 par rapport à la cheville gauche, avec une cicatrice interne douloureuse. En avril 97, le Dr K.\_\_\_\_\_ mentionne la confection de formes plantaires. Il persiste des douleurs internes et externes à la cheville droite, il y a une incapacité de travail résiduelle comme coiffeuse. »

Le Dr S.\_\_\_\_\_ a adressé un bref commentaire au Dr B.\_\_\_\_\_ le 30 mars 2010, dont copie a été remise au Dr V.\_\_\_\_\_, où est remarqué ce qui suit :

« Comme vous pourrez le constater, les différents examens radiologiques ne mettent pas en évidence de lésion que l'on puisse aborder de manière chirurgicale. Nous sommes en présence de séquelles douloureuses d'une entorse de cheville. L'impotence fonctionnelle est relative et correctement décrite. Les douleurs paraissent articulaires surtout et je ne crois pas qu'il s'agisse d'un syndrome du canal tarsien fruste.

Pour l'instant, je n'ai pas de proposition thérapeutique. Dans le cadre de ses activités professionnelles, les positions debout prolongées ne sont pas possibles, raison pour laquelle l'incapacité de travail relative de 50% reste d'actualité. [...] »

**C.** Fondée sur les conclusions de son médecin-conseil, la Vaudoise a établi une décision le 15 avril 2010, mettant fin au versement de ses prestations avec effet au 31 octobre 2009. Elle a considéré que le lien de causalité entre l'accident du 17 juillet 2009 et les troubles présentés à la cheville droite dès le 1<sup>er</sup> novembre 2009 faisait défaut, la bénignité du cas ne justifiant pas à son sens une prise en charge excédant deux à trois mois à compter du sinistre en cause.

Par écriture du 12 mai 2010, l'assurée, représentée par DAS Protection juridique SA, a déposé une opposition formelle contre la

décision du 15 avril 2010, complétée en date du 17 juin 2010. Elle a fait grief à la Vaudoise de s'être basée exclusivement sur l'avis du Dr V.\_\_\_\_\_, lequel n'avait procédé à aucune investigation et s'était prononcé uniquement sur dossier, pour rendre la décision litigieuse. Concédant avoir précédemment été victime d'une première distorsion de la cheville droite en 1992, opérée en 1995, elle a néanmoins observé que la Vaudoise n'avait pas été en mesure d'établir l'évolution de sa cheville, asymptomatique jusqu'à l'événement du 17 juillet 2009. Elle a conclu à la poursuite du paiement de ses frais de traitement et des indemnités journalières jusqu'au recouvrement intégral de sa capacité de travail, ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise médicale destinée à éclaircir les doutes afférents au lien de causalité des troubles présentés avec le sinistre incriminé.

**D.** En date du 16 août 2010, l'assurée a formulé une seconde demande de prestations auprès de l'OAI, consécutivement à laquelle elle a été mise au bénéfice de mesures d'ordre professionnel dès le 22 avril 2013, à savoir une orientation professionnelle et une mesure de reclassement sous forme de cours et d'une formation en médecine académique.

Dans l'intervalle, le Dr B.\_\_\_\_\_ a sollicité un examen de sa patiente auprès du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine du sport, lequel a produit son rapport le 15 octobre 2010. Ce dernier a relevé les éléments ci-dessous :

« [...] **Status**

Patiente à l'état général conservé, marchant sans boiterie, morphotype des membres inférieurs normo-axés, affaissement de la voûte plantaire transverse avec début d'hallux bilatéral prédominant à droite. Bassin équilibré, épaules à niveau. [...] Il n'y a pas d'altération fonctionnelle de la mobilité des grosses comme des petites articulations périphériques, il n'y a pas d'arthrite ni de synovite. Il n'y a pas de troubles neuromoteurs ni vasculaires des membres. Pour ce qui est de la cheville droite, on retrouve une cicatrice interne, sensible à la palpation et des douleurs intéressant la malléole sur sa version postérieure et inférieure s'accompagnant d'un empatement global de cette cheville, sans qu'il n'y ait de douleurs à la mobilisation tant tibio-tarsienne que sous-astragalienne.

[...]

Les radiographies des pieds en charge du 22 janvier 2010 ne montrent pas d'arthrose significative.

### **Appréciation du cas**

[...]

Pour ce qui est de sa cheville droite, il ressort des douleurs chroniques séquellaires sans que l'examen clinique ne soit contributif quant à l'étiologie des symptômes au-delà de douleurs péri-cicatricielles et péri-malléolaires internes s'accompagnant d'un empâtement de cette cheville. J'ai préconisé le port d'une chevillière de soutien afin d'éviter autant se peut l'instabilité et favoriser la proprioception.

La patiente se pose par ailleurs la question quant à l'adéquation de la mise en place de supports plantaires que je ne peux que confirmer dans le contexte de son trouble statique des pieds bilatéral alliant affaissement de la voûte plantaire, hallux valgus débutant et fasciite plantaire secondaire prédominant du côté droit. [...]

L'assurée a également fait l'objet d'une expertise réalisée à la demande de son assurance-maladie auprès du Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine physique et réadaptation. Ce dernier a établi son rapport le 6 juin 2011, mentionnant notamment les remarques suivantes eu égard à l'état des chevilles :

« [...] Chevilles : flexion dorso-plantaire à gauche 10/0/50, à droite 10/0/40. L'avant-pied est rond à droite. La sous-astragaliennne gauche est libre. La sous-astragaliennne droite est diminuée de mobilité d'un tiers. A la cheville droite, je note la présence d'une cicatrice interne-externe de plastie ligamentaire. Présence d'un signe de Tinel sous-malléolaire interne (tunnel tarsien). Présence d'un hallux valgus bilatéral prédominant à droite. La palpation déclenche des douleurs dans la zone sous malléolaire interne droite. La force des releveurs et des fléchisseurs plantaires est normale. Le signe de Babinsky est négatif. Les ROT g [réd. : réflexes ostéo-tendineux gauche] sont normaux au niveau achilléen alors qu'à droite ils sont diminués. Je constate également une hyposensibilité dans les territoires L5 et S1 à droite. Le diapason est ressenti 8/8 à gauche, 6/8 à droite au niveau malléolaire interne et au niveau du gros orteil. Les artères distales sont palpables. La manoeuvre de Lasègue est négative.[...] »

Il a en outre posé plusieurs diagnostics susceptibles d'influer globalement sur la capacité de travail de l'assurée, à savoir :

- Douleur de l'épaule droite sur déchirure quasi complète transfixiante du tendon du susépineux avec rétraction tendineuse et du sous-scapulaire dans sa partie antérieure. Tendinite du long chef du biceps. Slap [réd. : superior labral tear from anterior to posterior] lésion. Arthrose acromio-claviculaire.

- Douleur résiduelle de la cheville droite sur entorse à répétition ayant abouti à une plastie ligamentaire en 1995. Discret trouble dégénératif tibio-astragalien. Vraisemblable syndrome du tunnel tarsien d'accompagnement.
- Rachialgie dans le cadre de trouble statique et dégénératif mineur (cyphose dorsale, ostéophytose C6-C7, spondylose L3-L4-L5).

Sous rubrique « Discussion », il a relevé ce qui suit s'agissant des troubles de la cheville droite :

« [...] Des douleurs chroniques résiduelles de la cheville droite. L'assurée a subi une grave entorse en 92 avec une plastie ligamentaire externe pour instabilité en 95. Elle a depuis lors toujours gardé des douleurs séquellaires. En juillet 09, elle a fait une nouvelle entorse de cette cheville qui n'a pas aggravé l'instabilité mais a réactivé les douleurs.

Actuellement je constate une cheville enflée diffusément avec une douleur très vive à la partie sous-malléolaire interne accompagnée d'un Tinel évident ; l'ensemble de l'observation parle pour un syndrome du tunnel tarsien qu'il convient de traiter par désenclavement. En effet, diverses injections locales ont déjà eu lieu par le passé sans amélioration de cette situation. Au préalable, cependant il me paraît utile de qualifier par un ENMG [réf. : électro-neuro-myogramme] et un examen neurologique l'importance de ce tunnel tarsien.

Il me paraît justifié d'admettre une incapacité de l'ordre de 20% à charge de l'assurance accident pour l'affection de la cheville.

[...]

Les séquelles de la cheville sont incontestablement liées à un accident. Avant de définir l'incapacité de travail propre à cette affection, il convient d'avoir le bilan neurologique avec ENMG et de voir l'importance du syndrome tarsien. [...] »

**E.** L'assurée, par le biais de Me Alain Sauter, nouvellement constitué pour la défense de ses intérêts, ainsi que ceux de I. \_\_\_\_\_ Sàrl, a mis en demeure la Vaudoise Assurances SA de rendre une décision sur opposition par acte du 5 juin 2013. A défaut, elle a mentionné ses intentions de recourir pour déni de justice, après avoir constaté que de nombreux rappels à l'assureur précité étaient demeurés infructueux.

Le 13 septembre 2013, la Vaudoise s'est exécutée et a établi une décision sur opposition, confirmant sa précédente décision du 15 avril 2010. Rappelant la jurisprudence fédérale relative à la question du rapport de causalité, elle a relevé que les examens effectués par l'assurée et commentés par son médecin-conseil en date du 22 mars 2010 ne

démontraient « aucune lésion traumatique récente, ni au niveau ligamentaire, ni au niveau osseux » et considéré que l'événement du 17 juillet 2009 avait dû revêtir une faible gravité, n'ayant entraîné aucune séquelle objectivable. Elle a relevé que les « seules anomalies détectées [s'avéraient] séquellaires aux interventions des années 1990 » qui ne la concernaient pas. Dès lors, des investigations supplémentaires lui apparaissaient superflues.

**F.** L'assurée, assistée de Me Sauteur, représentant également I. \_\_\_\_\_ Sàrl, a déféré la décision sur opposition précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 18 octobre 2013. Mettant en exergue la jurisprudence fédérale en matière de lien de causalité naturelle et d'appréciation des preuves, elle a souligné que le Tribunal fédéral considérait justifié d'organiser une expertise auprès d'un médecin indépendant, lorsque la décision de l'assureur ne reposait que sur l'appréciation de son médecin-conseil, au demeurant contredit par un avis probant émanant d'un médecin traitant ou un expert privé. Elle a concédé en l'occurrence avoir subi une première entorse de la cheville droite en 1992 et nécessité une intervention de stabilisation en 1995, laquelle n'avait toutefois pas entravé la reprise à plein temps d'une activité lucrative aménagée pour faire face aux douleurs. Cela étant, la recourante a relevé que l'événement du 17 juillet 2009 avait aggravé sensiblement et durablement son état de santé, ainsi qu'en avaient attesté les différents médecins et spécialistes consultés, ce quand bien même d'autres problématiques d'origine dégénérative affectaient également son état général et sa capacité de travail. S'agissant en particulier de l'appréciation du Dr V. \_\_\_\_\_ fondant la décision sur opposition querellée, elle a observé que ce dernier ne s'était prononcé qu'au regard d'anciennes pièces médicales ressortant au dossier AI, sans se déterminer précisément sur les fondements de son incapacité de travail et l'étiologie de la symptomatologie présentée à la cheville droite. Elle a conclu en conséquence à la mise en œuvre d'une expertise médicale, sous suite de paiement des frais de traitement et des indemnités journalières par l'intimée. Elle a également envisagé l'octroi d'une éventuelle rente

d'invalidité selon les conclusions de l'expertise requise à titre principal. Elle a joint à l'appui de ses arguments les pièces médicales du dossier constitué par la Vaudoise, un tirage des rapports d'examen du Dr G. \_\_\_\_\_ du 15 octobre 2010 et d'expertise du Dr J. \_\_\_\_\_ du 6 juin 2011, de même qu'un courrier du Dr B. \_\_\_\_\_ à DAS Protection juridique SA, daté du 1<sup>er</sup> mai 2013 et récapitulant l'ensemble de ses pathologies.

Par mémoire de réponse du 13 janvier 2014, l'intimée a préavisé le rejet du recours, se référant pour l'essentiel aux considérants de sa décision sur opposition du 13 septembre 2013. Eu égard au rapports communiqués \_\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_ les Drs G. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_, elle a remarqué que les constats décrits par ces praticiens étaient superposables à ceux relevés par les spécialistes du SMR en date du 1<sup>er</sup> octobre 2001. La Vaudoise a considéré au surplus que ces observations devaient être rapportées à l'accident de 1992 et non pas à « l'événement mineur de 2009 » qui n'avait entraîné à son avis aucune lésion objective nouvelle.

La recourante a répliqué le 19 février 2014 persistant dans les conclusions précédemment formulées. Elle a fait valoir que l'appréciation du Dr V. \_\_\_\_\_ quant au lien de causalité ne pouvait se voir accorder quelconque valeur probante, ce document ne remplissant pas les conditions requises par la jurisprudence fédérale. Elle a souligné que ce praticien ne s'était prononcé que sur dossier et que son avis était empreint de contradictions quant à l'origine éventuellement dégénérative de ses troubles de la cheville droite, ce qui plus est eu égard aux constats éloquents des radiographies et scanners réalisés. En outre, elle a estimé que l'avis du Dr V. \_\_\_\_\_ était insuffisamment motivé quant au rétablissement du statu quo ante, sans quelconque mention de la persistance de l'incapacité de travail. Déplorant que le Dr V. \_\_\_\_\_ n'ait pas eu l'occasion de se prononcer sur les rapports des Drs G. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_, elle a mis en exergue les conclusions contradictoires de ces différents spécialistes pour réitérer sa requête de mise en œuvre d'une expertise médicale, sous l'égide de la Cour de céans.

La Vaudoise a signalé par écriture du 3 mars 2014 ne pas avoir de remarque complémentaire à formuler, remarquant l'absence d'éléments nouveaux produits par la recourante, et s'est référée à ses précédentes conclusions.

L'assurée en a fait de même le 11 août 2014.

## **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 a été interjeté en temps utile (cf. art. 60 LPGGA) devant le tribunal compétent suite à la notification de la décision sur opposition querellée le 18 septembre 2013. Il respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. 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 au-delà du 31 octobre 2009, singulièrement sur le point de savoir s'il existe un rapport de causalité entre les troubles existant à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2009 et l'événement du 17 juillet 2009. La recourante requiert en particulier la prise en charge par l'intimée des frais de traitement et des indemnités journalières, voire le versement d'une rente d'invalidité, selon les conclusions d'une expertise médicale qui devrait préalablement être mise en œuvre.

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).

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).

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).

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).

**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).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

Cela étant, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

**4.** In casu, les rapports médicaux versés au dossier de la recourante par les différents spécialistes consultés ne sont pas sans ambiguïté quant à l'origine des douleurs alléguées par l'assurée à la cheville droite. Ils font certes tous état des séquelles de l'entorse de cette cheville subie en 1992 et de la plastie ligamentaire consécutive, réalisée en 1995, soit notamment d'une certaine instabilité ligamentaire. L'on ignore toutefois à ce stade quelles ont été précisément les conséquences de l'entorse dont a été victime la recourante le 17 juillet 2009. A cet égard, si le Dr S.\_\_\_\_\_ n'a pas mis en évidence de lésions manifestes, au regard des bilans radiologiques effectués, il demeure néanmoins sceptique quant à la présence d'un « syndrome du canal tarsien fruste » (cf. rapport du 30 mars 2010 à l'attention du Dr B.\_\_\_\_\_). Le Dr G.\_\_\_\_\_ a pour sa part concédé que l'examen clinique ne permettait pas de déterminer « l'étiologie des symptômes au-delà de douleurs péri-cicatricielles et péri-malléolaires » sans être en mesure d'expliquer précisément « l'empâtement » constaté à la cheville droite (cf. rapport d'examen du 15 octobre 2010 sous rubrique « Appréciation du cas », p. 2). Enfin, le Dr J.\_\_\_\_\_ préconise manifestement un examen complémentaire, soit un ENMG dans le contexte d'un bilan neurologique, avant de se prononcer plus avant sur « l'importance du syndrome tarsien » (cf. rapport du 6 juin 2011 sous rubrique « Discussion », p. 8). Ce spécialiste a en outre

clairement constaté une « cheville enflée diffusément avec une douleur très vive [...] accompagnée d'un Tinel évident » (cf. ibidem, p. 8).

Par ailleurs, ces praticiens ne se prononcent aucunement sur le lien de causalité éventuel entre la symptomatologie présentée par l'assurée et l'accident du 17 juillet 2009. A ce sujet, seul le Dr J. \_\_\_\_\_ a évoqué un lien incontestable avec un accident, sans toutefois préciser s'il se référait à l'entorse de la cheville de 1992 ou de juillet 2009.

Quant à l'intimée, elle n'a pas jugé utile de soumettre les rapports des Drs G. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ au Dr V. \_\_\_\_\_ et s'est fondée exclusivement sur l'appréciation communiquée le 22 mars 2010 par ce dernier pour rendre la décision sur opposition querellée.

S'agissant de ce document, il convient de considérer, à l'instar de la recourante, qu'il ne peut se voir attribuer quelque valeur probante.

En premier lieu, le Dr V. \_\_\_\_\_ n'a pas exposé quels étaient les diagnostics pouvant être attribués à l'événement du 17 juillet 2009 et n'a guère élucidé l'origine de la symptomatologie douloureuse alléguée par l'assurée. Il s'est uniquement basé à cet égard sur des considérations générales, tout en partant du postulat que l'accident du 17 juillet 2009 était de peu de gravité et en attribuant - sans plus ample justification - l'essentiel des douleurs aux conséquences de l'événement de 1992, compte tenu des documents mis à disposition par l'OAI.

Qui plus est, il faut relever en second lieu que le Dr V. \_\_\_\_\_ n'a pas eu connaissance des examens subséquents réalisés par ses deux confrères, \_\_\_\_\_ les Drs G. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_, ce qui implique manifestement de qualifier son appréciation du 22 mars 2010 de lacunaire et d'obsolète.

Enfin, l'on ajoutera que l'origine éventuellement dégénérative des troubles entravant la cheville droite de l'assurée, telle que déduite par

le Dr V.\_\_\_\_\_, est contredite à tout le moins par le Dr J.\_\_\_\_\_, sans qu'il ne soit possible à ce stade de la procédure de privilégier un avis de spécialiste plutôt qu'un autre.

Dès lors, au vu des doutes subsistant quant à l'origine malade ou accidentelle de la symptomatologie présentée par la recourante, ainsi que des interrogations eu égard aux diagnostics effectifs découlant de l'événement du 17 juillet 2009, il s'impose de procéder à un complément d'instruction, destiné à clarifier ces questions.

## **5.**

5.1 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 LPGa).

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 17 juillet 2009 et les troubles présentés par l'assurée, après avoir fixé précisément les diagnostics en découlant, cas échéant à l'origine des symptômes constatés.

Il convient de noter que l'expert à désigner devra faire procéder au bilan neurologique suggéré par le Dr J.\_\_\_\_\_ avant de communiquer ses conclusions définitives sur les questions litigieuses.

A l'issue de ce complément diligenté par l'intimée, il incombera à cette dernière de rendre une nouvelle décision statuant sur son éventuelle obligation de prendre en charge le cas au-delà du 31 octobre 2009.

**6.** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1).

Aux termes de son écriture de recours du 18 octobre 2013, l'assurée revendique également, en fonction des conclusions de l'expertise médicale demandée, que soit éventuellement tranché son droit à une rente de l'assurance-accidents.

Cette question, en sus d'être prématurée du fait que l'on ignore si le statu quo sine vel ante a été atteint des suites de l'événement du 17 juillet 2009, excède manifestement l'objet de la contestation, la Vaudoise ne s'étant pas prononcée à cet égard aux termes de ses décisions du 15 avril 2010 et décision sur opposition du 13 septembre 2013. La conclusion de la recourante en lien avec cette prestation est donc irrecevable.

**7.** Des considérants exposés plus haut, 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.

7.1 La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice.

7.2 Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés in casu à 1'500 francs (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision sur opposition du 13 septembre 2013, rendue par la Vaudoise Générale Compagnie d'Assurances SA, 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.
  
- IV. La Vaudoise Générale Compagnie d'Assurances SA versera aux recourantes le montant de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre 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 :

- Me Alain Sauter, à Lausanne (pour D. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_ Sàrl),
- 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 :