

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 septembre 2017

Composition : M. PIGUET, président
Mme Röthenbacher, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

X._____, à [...], recourante, représentée par Me Yero Diagne, avocat à
Lausanne,

et

C._____, à [...], intimée.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1961, travaillait à mi-temps comme garde d'enfant depuis mai 2015 chez un particulier. De par cet emploi, elle était assurée à titre obligatoire contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles auprès de C._____ (ci-après également : l'intimée).

Le 14 novembre 2015, elle a été victime d'un accident alors qu'elle se trouvait dans un bus. En raison d'un freinage d'urgence, elle a été projetée en avant, sa tête venant frapper la barre transversale du siège situé devant elle, tandis que son genou droit venait s'encaster dans la fente qui sépare le dossier du siège. Cet accident a été annoncé à C._____ par déclaration du 28 novembre 2015.

L'assurée s'est rendue aux urgences du [...], où une contusion faciale et au genou droit ont été constatées (rapport médical du 16 novembre 2015).

Une IRM du genou droit effectuée le 24 novembre 2015 s'est avérée dans la norme, sans lésion traumatique identifiée.

Le 29 décembre 2015, C._____ a communiqué à l'assurée qu'il allouait les prestations légales d'assurance en rapport avec l'accident déclaré.

L'assurée s'est retrouvée en totale incapacité de travail jusqu'au 10 janvier 2016. Elle a ensuite tenté de reprendre son emploi à temps partiel à partir du 11 janvier 2016, tentative qui a échoué, son incapacité de travail ayant de nouveau été totale à partir du 22 janvier 2016.

Le contrat de travail de l'assurée a été résilié pour fin février 2016.

Dans un rapport du 11 mars 2016, la Dresse P._____ et le Dr D._____, médecin assistant, ont posé le diagnostic suivant : « Douleurs antérieures du genou droit (DD : origine fonctionnelle dans le cadre d'un déconditionnement musculaire, origine neurologique dans un contexte de neuropathie du n. saphène vs algoneurodystrophie) ». Ils ont relevé la persistance des douleurs malgré de multiples séances de physiothérapie et un traitement antalgique conséquent. Les examens complémentaires réalisés n'avaient pas permis de trouver une cause aux symptômes de la patiente et il n'y avait, du point de vue orthopédique, pas de proposition thérapeutique complémentaire.

Une scintigraphie osseuse a été réalisée le 15 mars 2016 par la Dresse S._____. Il n'y avait pas de signe de dystrophie réflexe. Une discrète activité sous-chondrale du genou droit parlait en faveur de troubles dégénératifs. L'accentuation de l'activité corticale diaphysaire des os longs et de la calotte crânienne devait faire évoquer une ostéomalacie.

L'assurée a été examinée le 10 mars 2016 par le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de C._____. Dans son rapport du 18 mars 2016, il a exposé notamment ce qui suit :

On est à 4 mois d'une contusion du genou, survenant dans le cadre d'un transport [...] avec freinage brusque.

Les plaintes alléguées restent marquées, la patiente se déplaçant en charge partielle, étant obligée d'avoir des cannes et une orthèse articulée.

Pourtant, les examens radiologiques effectués jusqu'à maintenant n'ont rien révélé de pathologique. Le rapport de l'IRM s'avère très rassurant. La scintigraphie osseuse ne fait pas ressortir des éléments en faveur d'une contusion sévère, voire d'un syndrome dystrophique réflexe du genou.

L'examen clinique ne révèle pas de stigmates suggérant une pathologie infra-articulaire, voire péri-articulaire, significative. Tout au plus, constate-t-on une hypersensibilité au toucher qui dépasse les dermatomes. On objective aussi des faits confirmant une sous-utilisation du membre (asymétrie des périmètres), à vrai dire très modérée.

La très nette discordance entre les éléments objectifs, encore une fois rassurants, et les éléments subjectifs, présents de manière floride, ne peut que laisser songeur. Elle doit très certainement faire évoquer une participation de facteurs extra-anatomiques dans l'évolution de ce cas.

Pour la seule contusion supputée du genou droit, le délai d'atteinte du status quo ante/sine ne devait pas dépasser quelques jours, au maximum 4-6 semaines. Une extension de la symptomatologie dans le temps peut être admise en cas de troubles dégénératifs sous-jacents, consécutifs, partant de l'hypothèse d'une fragilité tissulaire accrue, susceptible de ralentir la récupération, extension qui ne doit cependant pas dépasser 1-2 mois.

Au-delà, et sans autre élément anatomo-pathologique probant, ayant un lien pour le moins probable avec l'événement assuré, les plaintes doivent être mise[s] sur le compte d'une pathologie extra-traumatique (éventuellement extra-anatomique dans le cas présent).

Par décision du 24 mars 2016, C._____ a mis fin aux prestations de l'assurance-accidents au 31 mars 2016, au motif que les troubles persistants n'étaient pas en relation de causalité naturelle avec l'accident.

Selon un rapport médical non daté, l'assurée a été vue à la [...] le 15 avril 2016. Elle présentait un probable trouble somatoforme douloureux du membre inférieur droit. Le bilan électroclinique effectué ne retrouvait pas d'argument pour une lésion sous-jacente pouvant expliquer la symptomatologie.

Dans une attestation médicale du 18 avril 2016, la Dresse Z._____, de la [...], a certifié que l'assurée - qu'elle suivait depuis un an - n'avait jamais eu de plaintes au niveau du genou droit avant son accident du 14 novembre 2015. Le bilan devait encore être complété par une consultation en antalgie afin d'évaluer la présence d'une algoneurodystrophie post-accident et d'initier une antalgie efficace.

L'assurée a formé opposition contre la décision du 24 mars 2016, par acte du 27 avril 2016. Elle a reproché à C._____ de s'être basée uniquement sur l'avis de son médecin-conseil sans l'avoir examinée directement et sans prendre en compte l'avis des spécialistes qui la suivaient.

Dans un rapport complémentaire du 2 juin 2016, le Dr J._____ a confirmé avoir effectué un examen orthopédique complet des membres inférieurs de l'assurée. Il a réitéré que ses examens n'avaient pas permis de mettre en évidence de lésion post-traumatique, tout comme le bilan neurologique effectué le 15 avril 2016. Il écartait avec une haute vraisemblance le diagnostic d'algoneurodystrophie en raison de l'absence d'un faisceau de stigmates cliniques typiques et, surtout, de l'absence d'une expression scintigraphique ou encore radiologique d'un tel phénomène.

Par décision sur opposition du 10 août 2016, C._____ a rejeté l'opposition formée par l'assurée et confirmé sa décision du 24 mars 2016, se référant aux avis médicaux du Dr J._____.

B. L'assurée a recouru contre cette décision sur opposition le 14 septembre 2016 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a conclu, principalement, à la réforme de cette décision en ce sens que l'intimée est condamnée à poursuivre le versement des prestations d'assurance-accidents au-delà du 31 mars 2016 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée. Elle a par ailleurs requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Elle a invoqué qu'elle n'avait aucun antécédent médical à son genou droit, qu'elle nécessitait toujours l'utilisation d'une attelle et de béquilles pour se déplacer, qu'il n'y avait aucune amélioration des douleurs malgré les nombreuses séances de physiothérapie et que ses médecins évoquaient une algoneurodystrophie. Elle a reproché à C._____ d'avoir retenu l'existence d'une maladie sans avoir mis en œuvre, par le biais d'un expert indépendant, les mesures d'instruction nécessaires à déterminer l'étiologie de ses symptômes douloureux, évoquant qu'il pouvait éventuellement s'agir d'une lésion corporelle assimilée à un accident. Elle a fait valoir que le Dr J._____ avait fait preuve de prévention à son égard au vu de ses déclarations lors de l'examen ainsi que des formules et du ton utilisés dans ses rapports médicaux, dont elle a critiqué la valeur probante. Elle a invoqué que le bilan scintigraphique n'avait pas pu être

réalisé complètement en raison d'une panne des instruments. Elle estimait que les rapports médicaux au dossier rendaient hautement probable le lien de causalité de son affection au genou avec l'accident et qu'à l'inverse, l'intimée n'avait pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante la disparition du caractère causal de l'accident. Elle a produit une attestation médicale établie le 29 août 2016 par la Dresse K._____, médecin assistante à la [...], qui certifiait qu'elle ne s'était jamais plainte de douleurs au niveau de son genou droit avant l'accident du 14 novembre 2015. La recourante a également versé en cause un rapport médical du 6 septembre 2016 du Dr B._____ et de la Dresse F._____, du centre d'antalgie du [...], qui précisaient que suite à l'accident, il n'y avait pas de fracture, pas de déchirure ligamentaire, mais uniquement une déchirure musculaire. Ils relevaient le soulagement seulement partiel des douleurs grâce aux divers traitements entrepris et proposaient de solliciter l'avis spécialisé de confrères quant à l'étiologie et la prise en charge de la patiente. Enfin, elle a transmis une prescription de physiothérapie datée du 12 septembre 2016, non signée, émanant du [...], dans laquelle une probable algoneurodystrophie du genou droit était évoquée.

Dans sa réponse du 9 novembre 2016, l'intimée a conclu au rejet de recours, rappelant que les résultats des quatre examens effectués étaient dans la norme et que les différents médecins consultés avaient conclu à une contusion du genou. Elle estimait qu'une algoneurodystrophie pouvait être exclue sur la base de l'auscultation du médecin-conseil et de la scintigraphie, notamment en raison de l'absence d'un faisceau de stigmates cliniques typiques. S'agissant de la critique de prévention du médecin-conseil, C._____ a relevé que les motifs de récusation devaient être invoqués le plus tôt possible, ce qui n'avait pas été le cas, et que les reproches concernaient des faits objectivement constatés par le Dr J._____. Enfin, l'intimée a invoqué que le rapport d'examen de la scintigraphie était complet et ne mentionnait pas de panne.

Par réplique du 2 mars 2017, la recourante a allégué que le diagnostic d'algoneurodystrophie avait été confirmé par les investigations complémentaires réalisées et que cette affection avait été causée par l'accident du 14 novembre 2015. Elle a produit les documents médicaux suivants :

- Dans un rapport médical du 20 octobre 2016, les Drs L._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, et N._____, médecin assistant, du Service de rhumatologie du [...], ont conclu à un syndrome douloureux régional complexe du genou droit (SDRC). Ils ont constaté les critères de Budapest suivants : un œdème, une différence de température, une douleur au toucher, des troubles de la marche et une trophie musculaire diminuée. Ils ont mentionné une IRM du genou effectuée le 17 août 2016, qui n'avait pas montré de signe d'algoneurodystrophie ni d'anomalie ménisco-ligamentaire ou cartilagineuse. Se référant à la scintigraphie osseuse de janvier 2016, qui n'avait pas montré d'hypercaptation, ils ont estimé qu'il s'agissait « d'une probable SDRC de type froide ».
- La Dresse F._____ a confirmé le diagnostic de SDRC dans un rapport du 21 février 2017, syndrome qui pouvait être secondaire à un traumatisme même mineur sans lésion objectivable sur les imageries.
- Dans un rapport non daté, la Dresse Z._____ posait le même diagnostic, tout en précisant que celui-ci n'avait actuellement pas été objectivé par les examens complémentaires. Elle estimait que cette affection avait été causée par l'accident puisqu'il n'y avait pas eu de plainte auparavant et que tant le status que la marche étaient normaux. Elle a en outre mentionné qu'en raison de l'évolution étonnamment défavorable, un diagnostic de douleur chronique avait également été évoqué.
- Dans un rapport médical du 17 février 2017, les Dresses R._____ et H._____ du Service de rhumatologie du [...] ont indiqué que l'accident subi consistait en un traumatisme assez violent du genou, qui pouvait expliquer l'apparition de l'algoneurodystrophie et que la relation de causalité restait très probable.

Dans sa duplique du 24 mars 2017, l'intimée a considéré que le diagnostic d'algoneurodystrophie n'avait pas réellement été objectivé et que le lien de causalité avec l'accident n'avait pas été établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Elle a également retenu que dans le rapport médical du 11 mars 2016, il était fait mention d'une douleur de type brûlure apparaissant plutôt à l'effort, ce qui n'était pas compatible avec une allodynie liée à la maladie de Sudeck et qu'il n'y avait par ailleurs pas d'enraidissement puisque les amplitudes articulaires étaient conservées. Elle a relevé que lors de la consultation du 8 janvier 2016 (rapport médical du 24 février 2016), aucun des symptômes typiques de l'algoneurodystrophie n'avait été mentionné, si bien que ces symptômes n'étaient pas apparus dans les huit semaines après l'accident.

Dans ses déterminations du 5 avril 2017, la recourante a mentionné que dans un tiers des cas, la scintigraphie pouvait être normale même en présence d'algoneurodystrophie et que cet examen n'était plus déterminant s'il était effectué plus de six mois après le traumatisme. Elle a fait valoir que si le diagnostic avait été posé plusieurs mois après l'accident, les premiers symptômes de l'algoneurodystrophie étaient apparus rapidement. Elle a produit deux rapports établis par la Dresse Z. _____ le 7 mars 2017, dans lesquels ce médecin a résumé les constatations anamnestiques et cliniques puis exposé, s'agissant des critères de Budapest, que dès le 21 novembre 2015, la patiente avait mentionné des douleurs importantes qui n'étaient pas en adéquation avec le traumatisme mineur subi, qu'une douleur exquise à la palpation, compatible avec une hyperesthésie voire une allodynie, était décrite lors de tous les contrôles, que les troubles vasomoteurs n'avaient pas été testés lors des consultations et qu'un œdème ainsi qu'une diminution de la motricité étaient présents lors de tous les contrôles cliniques.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; 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. Le litige a pour objet le point de savoir si la recourante peut prétendre à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 mars 2016.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurances sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette

exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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 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. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b, et les références).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 s. ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s. consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181 ; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 p. 406 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 3^e éd., Bâle 2016, n° 104 p. 929).

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. 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 ; 129 V 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 6a ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

c) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine ; cf. RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b et 1992 n° U 142 p. 75; TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). 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 (cf. TF 8C_32/2014 du 22 décembre 2014 consid. 2.2). En d'autres termes, lorsque des douleurs apparaissent consécutivement à un accident et qu'il faut partir de l'hypothèse que l'accident a seulement activé un état dégénératif (auparavant muet) sans l'avoir causé, l'assureur est tenu de fournir les prestations pour le syndrome douloureux directement en lien avec l'accident aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli (TF 8C_816/2009 du 21 mai 2010 consid. 4.3) même si l'atteinte à la santé

est en très grande partie la conséquence d'une maladie (TF 8C_423/2012 du 26 février 2013 consid. 5.3). Il en va différemment, si l'accident est uniquement une cause occasionnelle ou une cause aléatoire qui a rendu manifeste un risque actuel dont la réalisation devait être escomptée en tout temps, sans que l'accident ait une portée propre dans le cadre du rapport entre la cause et l'effet (TF 8C_423/2012 précité consid. 5.3 ; TF 8C_380/2011 du 20 octobre 2011 consid. 4.2.1).

d) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des conséquences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 8C_135/2016 du 23 décembre 2016 consid. 5.1).

4. a) Dans le cas d'espèce, C._____ s'est basée sur les rapports médicaux de son médecin-conseil pour retenir qu'au-delà du 31 mars 2016, les troubles du genou droit de la recourante n'étaient manifestement pas en relation de causalité naturelle avec l'événement du 14 novembre 2015. Le Dr J._____ a examiné la recourante le 10 mars 2016 et estimé, en l'absence d'élément anatomo-pathologique probant ayant un lien pour le moins probable avec l'événement assuré, que les plaintes de la recourante devaient être mises sur le compte d'une pathologie extra-traumatique, voire extra-anatomique. Dans son rapport complémentaire du 2 juin 2016, il a précisé que le bilan neurologique

détaillé du 15 avril 2016 ne révélait aucune lésion susceptible d'être taxée de post-traumatique. Il a en outre écarté le diagnostic d'algoneurodystrophie en raison de l'absence d'un faisceau de stigmates cliniques typiques et, surtout, de l'absence d'une expression scintigraphique ou radiologique d'un tel phénomène.

b) Suite à son accident, la recourante a été suivie par les médecins du Service d'orthopédie et traumatologie du [...], qui ont d'abord conclu à une contusion du genou (rapport médical du 24 février 2016), puis ont mis les douleurs sur le compte d'un déconditionnement musculaire, d'une origine neurologique dans un contexte de neuropathie du nerf saphène ou d'une algoneurodystrophie (rapport médical du 11 mars 2016). Le médecin traitant de l'assurée, la Dresse Z._____ de la [...], a quant à elle évoqué une algoneurodystrophie post-accident dans son rapport médical du 18 avril 2016. Dans un rapport médical du 20 octobre 2016, les Drs L._____ et N._____ du Service de rhumatologie du [...] ont finalement posé le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe (SDRC) du genou droit, diagnostic qui a été confirmé par les Dresses F._____ (rapport du 21 février 2017), Z._____ (rapport non daté, produit le 2 mars 2017), ainsi que R._____ et H._____ du [...] (rapport du 17 février 2017).

c) Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC), également appelé algo(neuro)dystrophie, reflex sympathetic dystrophy, Morbus (ou maladie de) Sudeck ou causalgie, est caractérisé par une douleur régionale, continue, spontanée ou provoquée, qui paraît disproportionnée en intensité ou en durée par rapport à l'évolution attendue du traumatisme ou de la lésion ; cette douleur régionale ne se limite pas à un territoire nerveux périphérique ou à un dermatome spécifique et est généralement associée à des signes cliniques moteurs, sensitifs, sudomoteurs, vasomoteurs et/ou trophiques qui peuvent être inconstants et variables dans le temps (cf. R. N. Harden et al., Complex regional pain syndrome : Practical diagnostic and treatment guidelines, 4^e édition, in : Pain Medicine 2013, vol. 14, p. 182).

Des critères de diagnostic insistant sur le caractère disproportionné des troubles par rapport à l'événement déclenchant ainsi que sur l'existence de certains symptômes (œdème, troubles vasculaires et troubles sudomoteurs) ont été adoptés en 1994, puis revus et adaptés ultérieurement (cf. C. Spicher/J.-P. Estebe/E. Létourneau/T.L. Packham/P. Rossier/J.-M. Annoni, Critères diagnostiques du syndrome douloureux régional complexe [SDRC], in : Douleur et Analgésie, 2014, vol. 27/1, p. 62ss ; R. N. Harden et al., op. cit., p. 180ss ; W. Jänig/R. Schaumann/W. Vogt, SDRC Syndrome douloureux régional complexe, Suva 2013, p. 17ss). Ces nouveaux critères, dits de « Budapest », qui font dorénavant foi sont les suivants :

- 1) Douleur continue disproportionnée par rapport à l'événement initial
- 2) Le patient décrit au minimum un symptôme dans trois des quatre catégories ci-dessous :
 - Somatosensorielle : hypersensibilité
 - Vasomotrice : température asymétrique, changement de couleur de peau ou couleur de peau asymétrique
 - Sudomotrice/œdème : sudation asymétrique, œdème
 - Motrice/trophique : raideur articulaire, dystonie, tremblement, manque de force, changements de la pilosité ou des ongles
- 3) Au minimum un signe d'examen clinique dans deux de ces catégories :
 - Somatosensorielle : allodynie, hyperalgésie
 - Vasomotrice : température asymétrique, changement de couleur de peau ou couleur de peau asymétrique
 - Sudomotrice/œdème : sudation asymétrique, œdème
 - Motrice/trophique : diminution de la mobilité articulaire, dystonie, tremor, faiblesse, changements trophiques de la pilosité ou des ongles
- 4) Aucun autre diagnostic ne rend mieux compte des signes et des symptômes

Ces critères sont exclusivement cliniques et ne laissent aucune place aux examens radiologiques (radiographie, scintigraphie, IRM). L'utilisation de l'imagerie fait l'objet d'une controverse dans le milieu médical, mais garde un rôle notamment dans la recherche de diagnostics différentiels, ou lorsque les signes cliniques sont discrets ou incomplets ainsi que dans certaines formes atypiques (cf. F. Luthi/M. Konzelmann, Le syndrome douloureux régional complexe [algodystrophie] sous toutes ses formes, in : Revue Médicale Suisse, 29 janvier 2014, p. 271s.; S. Sampath et al., Usefulness of asymmetry score on quantitative three-phase bone scintigraphy in the evaluation of complex regional pain syndrome, in : Indian Journal of Nuclear Medicine, 2013, vol. 28, p. 11ss).

Le SDRC appartient aux maladies neurologiques, orthopédiques et traumatologiques et constitue ainsi une atteinte à la santé physique, respectivement corporelle (cf. TF 8C_955/2008 du 29 avril 2009 consid. 6).

d) Dans leur rapport médical du 20 octobre 2016, les Drs L._____ et N._____ se sont basés sur les critères de Budapest pour retenir la présence d'un SDRC. Dans l'anamnèse, ils ont décrit que les douleurs de la recourante, évaluées à 6/10 sur une échelle visuelle analogique, n'avaient pas d'horaire précis, mais augmentaient au cours de la journée et que la patiente présentait des tuméfactions du genou de façon passagère et récidivante. Au status, ils énuméraient, comme critères de Budapest, la présence d'un œdème, une différence de température, une douleur au toucher, des troubles de la marche et une trophie musculaire diminuée. Ils ont relevé que la scintigraphie de 2016 n'avait pas montré d'hypercaptation et conclu à la présence d'un probable SDRC de type froid.

Dans son rapport médical du 7 mars 2017, la Dresse Z._____ a relevé les différents éléments du dossier médical de la recourante pertinents au regard des critères de Budapest. Elle s'est ainsi référée aux douleurs importantes dont s'est plainte la recourante dès sa consultation de contrôle en traumatologie le 21 novembre 2015, qui n'étaient pas en

adéquation avec le traumatisme mineur qu'elle avait subi et qui l'avaient amenée à consulter deux fois en urgence dans les huit premières semaines après son traumatisme. La Dresse Z._____ a ensuite fait référence aux troubles sensoriels présents, rappelant que lors des contrôles cliniques, une douleur exquise à la palpation était décrite, laquelle était compatible avec une hyperesthésie voire une allodynie (cf. également rapport médical des Drs P._____ et D._____ du 11 mars 2016). Les contrôles cliniques des 14 et 21 novembre 2015, 4 et 15 décembre 2015 et 26 janvier 2016 avaient mis en évidence la présence d'un œdème ou tuméfaction. Une diminution de la motricité avait été constatée, en particulier lors des examens cliniques des 21 novembre et 15 décembre 2015 (cf. également le rapport d'IRM du 24 novembre 2015 mentionnant une limitation de la flexion du genou à 90°). Finalement, la Dresse Z._____ a noté que les troubles vasomoteurs n'avaient malheureusement pas été testés lors des consultations.

S'agissant des rapports du Dr J._____, il faut, d'une part, relever qu'il retient l'absence d'un faisceau de stigmates cliniques typiques du SDRC sans toutefois discuter de l'importante hyperesthésie qu'il a lui-même constatée ni des autres signes cliniques typiques relevés par les différents médecins. D'autre part, ses conclusions se fondent avant tout sur l'absence de mise en évidence d'un SDRC par scintigraphie ou radiologie. Or, comme déjà mentionné, l'imagerie n'est pas décisive pour poser le diagnostic de SDRC, lequel est un diagnostic uniquement clinique sur la base des critères de Budapest. A cet égard, une étude a démontré qu'une scintigraphie n'est positive que pour 80 % des SDRC et une scintigraphie négative n'écarte le diagnostic de SDRC que dans 73 % des cas (cf. R. Ringer et al., Concordance of qualitative bone scintigraphy results with presence of clinical complex regional pain syndrome 1 : Meta-analysis of test accuracy studies, in : European Journal of Pain, 2012, vol. 16, p. 1347ss). Le Tribunal fédéral a d'ailleurs déjà eu l'occasion de relever que si certains examens paracliniques peuvent être des aides au diagnostic précieuses, aucun examen paraclinique ne saurait être plus fiable que la clinique et constituer un critère d'exclusion automatique ou d'inclusion nécessaire. Il a en particulier noté que l'examen

scintigraphique au stade préradiologique peut s'avérer d'un réel intérêt diagnostique, mais doit être interprété dans le contexte clinique (TF U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 4.2).

Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre, au regard de la vraisemblance prépondérante, que la recourante présente un SDRC comme le soutiennent notamment les Drs L._____ et N._____, ainsi que la Dresse Z._____, dont les rapports médicaux sont détaillés et motivés, de sorte qu'il y a lieu de leur reconnaître une pleine valeur probante.

e) Cela étant, il n'est pas nécessaire d'examiner le grief de la recourante selon lequel le médecin-conseil de C._____ aurait nourri une forme de prévention à son égard (cf. à ce sujet ATF 132 V 93 consid. 7.1 et l'arrêt cité; TF 9C_519/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.1).

f) Il convient en revanche de déterminer s'il existe un lien de causalité entre le SDRC dont souffre la recourante et l'événement du 14 novembre 2015.

Pour admettre un lien de causalité entre l'accident et une algodystrophie, le Tribunal fédéral a considéré que 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 (par 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_807/2014 du 22 décembre 2015 consid. 5.3 ; 8C_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2 ; 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1).

En l'occurrence, les rapports médicaux établissent clairement l'apparition d'une tuméfaction au genou droit de la recourante suite à l'accident (cf. les rapports cités par la Dresse Z._____ dans son rapport médical du 7 mars 2017). Il n'apparaît pas qu'un facteur autre que l'événement du 14 novembre 2015 ait pu causer le SDRC dont souffre l'assurée. Dans leur rapport médical du 20 octobre 2016, les Drs L._____ et N._____ font uniquement référence à l'accident du 14 novembre 2015 et n'évoquent aucune autre cause potentielle du SDRC qu'ils diagnostiquent. De leur côté, les Dresses R._____ et H._____ estiment que la relation de causalité est très probable, puisque le traumatisme du genou, assez violent, pouvait expliquer l'apparition de l'algoneurodystrophie (rapport médical du 17 février 2017). Dans son rapport médical du 21 février 2017, la Dresse F._____ confirme pour sa part que le SDRC peut être secondaire à un traumatisme même mineur sans lésion objectivable sur les imageries. En ce qui concerne la période de latence, même si le diagnostic de SDRC n'a été posé qu'en octobre 2016, il ressort des différents rapports médicaux que les symptômes et signes cliniques du SDRC sont apparus rapidement après l'accident du 14 novembre 2015 (cf. les rapports médicaux mentionnés ci-dessus, consid. 4c ; TF 8C_233/2013 du 9 octobre 2013 consid. 6.2). Par ailleurs, l'existence éventuelle de ce syndrome avait déjà été évoquée le 11 mars 2016 par les Drs P._____ et D._____, ainsi que le 18 avril 2016 par la Dresse Z._____. En outre, l'ensemble des rapports médicaux ont retenu la présence de douleurs continues disproportionnées, qui ne s'étaient pas améliorées au fil des mois et n'avaient pas trouvé d'autres explications médicales. Il y a ainsi lieu de reconnaître, au vu des pièces médicales du dossier, que le SDRC est apparu dans le délai de six à huit semaines posé par la jurisprudence, même si le diagnostic n'a pu être posé que plus tard.

Il existe par conséquent un lien de causalité naturelle entre le SDRC dont souffre la recourante et l'événement assuré. S'agissant d'un trouble somatique, la causalité adéquate est également donnée.

g) Dès lors, au vu de la persistance des troubles présentés par la recourante en lien avec le SDRC, c'est à tort que l'intimée a décidé de

mettre un terme au versement de ses prestations (soins médicaux et indemnités journalières), le statu quo sine n'étant manifestement pas atteint à la date du 31 mars 2016.

5. Il convient par conséquent d'admettre le recours et d'annuler la décision sur opposition litigieuse, en ce sens que l'intimée est tenue de prendre en charge les frais résultant du SDRC au genou droit de la recourante au-delà du 31 mars 2016.

6. Compte tenu de l'issue de la procédure, les mesures d'instruction requises par la recourante, en particulier la mise en œuvre d'une expertise, n'apparaissent pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peuvent dès lors être écartées par appréciation anticipée des preuves (cf. ATF 137 III 208 consid. 2.2; ATF 135 II 286 consid. 5.1).

7. a) La procédure étant gratuite, il ne sera pas perçu de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA).

b) La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire, a droit à une indemnité de dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; cf. également art. 11 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'000 fr. à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition du 10 août 2016 est réformée, en ce sens que C._____ est tenue de prendre en charge au-delà du 31 mars 2016 les suites de l'événement accidentel survenu le 14 novembre 2015.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV. C._____ versera à X._____ la somme de 2'000 fr. (deux mille 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 à :

- Me Yero Diagne (pour la recourante),
- C._____,
- 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 :