

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 juillet 2021

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
M. Bidiville et Mme Feusi, assesseurs  
Greffière : Mme Huser

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne,

et

**L.** \_\_\_\_\_ **Assurances SA**, Service juridique, à [...].

---

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

**E n f a i t :**

**A.** G.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1950, travaillait comme secrétaire d'unité en radiologie au sein du Centre hospitalier L.\_\_\_\_\_ (Centre hospitalier L.\_\_\_\_\_) et était à ce titre assurée obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles auprès de L.\_\_\_\_\_ Assurances SA (ci-après : L.\_\_\_\_\_ Assurances SA ou l'intimée).

Le 11 mars 2012, l'assurée a marché sur une aiguille à coudre qui s'est cassée dans la plante de son pied droit.

Le jour-même, elle s'est rendue à la Clinique Q.\_\_\_\_\_ où une extraction de l'aiguille a été réalisée aux urgences par le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique. Il n'a pas été administré d'antibiotique à l'assurée lors de cette intervention.

Une déclaration d'accident a été établie le 23 avril 2012.

Le 14 mars 2012, l'assurée a consulté la Dre O.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, en raison de douleurs au genou gauche. Celle-ci l'a adressée au Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique.

Les 19 et 26 mars, le Dr T.\_\_\_\_\_ a revu la patiente. L'évolution était parfaitement satisfaisante, localement la cicatrice n'était pas encore complètement fermée, notamment avec la couche cornée, raison pour laquelle un arrêt de travail avait été prescrit jusqu'au 12 avril 2012 (cf. rapport du 15 novembre 2012).

Le 30 mars 2012, l'assurée a consulté le Dr Z.\_\_\_\_\_ pour faire connaissance avant une éventuelle arthroplastie totale du genou gauche. Lors de cette consultation, son genou gauche a été examiné et le Dr Z.\_\_\_\_\_ a confirmé l'indication à telle intervention. Dès lors qu'il n'y

avait pas d'urgence, celle-ci pouvait être réalisée deux ans plus tard, à l'âge de la retraite de l'assurée (cf. rapport du 13 avril 2012).

En date du 7 avril 2012, l'assurée s'est présentée aux urgences de la Clinique Q.\_\_\_\_\_ en raison, depuis quatre jours, d'une toux, d'un malaise généralisé, de rhinorrhée, de crachats verts, de maux de gorge et de céphalées. Le diagnostic de rhino-sinusite avec écoulement postérieur et de toux sur syndrome descendant ont été posés et il lui a été prescrit de l'ibuprofène et du Nasobol inhalo.

Le 9 avril 2012, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, s'est rendu au domicile de l'assurée en raison d'un état fébrile et de suspicion d'une infection pulmonaire ou abdominale. Lors de sa visite, il a diagnostiqué un probable érysipèle au niveau du membre inférieur droit, raison pour laquelle un traitement antibiotique lui a été prescrit. Dans son rapport du 2 septembre 2013 au Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, il a précisé qu'il n'avait pas visualisé de plaie faisant évoquer la présence d'un corps étranger au niveau de la jambe ou du pied.

Le 10 avril 2012, l'assurée a été hospitalisée au Centre hospitalier L.\_\_\_\_\_, dans un état comateux, en raison d'une dermo-hypodermite du membre inférieur droit. Elle a séjourné dans le service de médecine intensive jusqu'au 19 avril 2012.

Le 12 avril 2012, une intervention consistant en une fasciotomie jambe médiale et latérale de la jambe droite a été réalisée sur la patiente. Dans le protocole opératoire du 30 avril 2012, il a été constaté une rougeur de la jambe qui dépassait légèrement le démarquage fait la veille.

Dans la nuit du 13 au 14 avril 2012, devant une suspicion de fasciite nécrosante à streptocoques pyogènes du membre inférieur droit et d'un status après fasciotomie interne et externe, une fasciotomie étendue des 4 loges de la jambe droite, un débridement et un lavage sans

fermeture ont été effectués par le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique (cf. protocole opératoire du 20 avril 2012).

Le 18 avril 2012, une fermeture de la fasciotomie de la jambe gauche [recte : droite] interne et une fermeture partielle de la fasciotomie externe de la jambe droite ont été réalisées (cf. protocole opératoire du 24 avril 2012).

Dans un rapport du 25 avril 2012, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine intensive et infectiologie, a posé le diagnostic principal de « choc septique sur fasciite nécrosante du membre inférieur droit (corps étranger au pied droit) à *Streptococcus pyogenes* ». Il a mentionné que la patiente avait présenté un érysipèle de la jambe droite évoluant depuis le 5 avril 2012 avec, comme point de départ, une plaie de la plante du pied droit.

Au vu de l'évolution défavorable, l'assurée a dû être amputée du membre inférieur droit le 9 mai 2012.

Dans un rapport du 21 juin 2012, le Prof. X.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a mentionné que la patiente avait séjourné dans le service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier L.\_\_\_\_\_ du 8 juin au 21 juin 2012. Il a indiqué comme diagnostic « choc septique sur probable fasceite (sic) nécrosante à *Streptococcus pyogenes* jambe droite - état après excision corps étranger pied D [droit] en mars 2012 ».

Il est mentionné, dans un avis d'entrée au Centre de traitement et de réadaptation de l'Hôpital J.\_\_\_\_\_ du 11 juillet 2012, signé par le médecin de l'établissement, le diagnostic d'amputation du membre inférieur droit à la suite d'une blessure au pied compliquée par des infections et par un choc septique.

Dans un rapport du 7 février 2013 au Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de L.\_\_\_\_\_Assurances SA,

la Dre W.\_\_\_\_\_ a exposé que l'assurée était une patiente amputée au niveau du membre inférieur droit, depuis mai 2012, dans les suites d'une fasciite nécrosante due à un épisode accidentel (corps étranger pied droit).

Dans un rapport du 26 avril 2013, le Dr S.\_\_\_\_\_, a écrit ce qui suit :

« Je rappelle que les germes déclenchant une fasciite nécrosante sont des germes très agressifs, dans le cas présent des streptocoques pyogènes, qui développent la maladie dans les 24-48h, et non pas 2 ou 3 semaines après. A moins que, dans le cas présent, la cicatrice du pied se soit ouverte et infectée secondairement.

Nous avons tenté d'obtenir le premier protocole opératoire, afin de connaître le descriptif de cette plaie, sans succès. Idem pour un éventuel rapport histo-pathologique.

Sans ces éléments, la relation de cause à effet est, à mon avis, tout au plus possible, ce d'autant plus que les fasciites des membres inférieurs ne sont pas toujours le fruit d'effractions cutanées distales.

Je corrobore donc l'indication à une expertise bi-disciplinaire. Les experts auront peut-être plus de chances pour obtenir les documents nécessaires pour une appréciation plus nuancée du cas. Ils devront aussi se prononcer sur la relation de cause à effet entre, la problématique concernant le membre inférieur droit et la pose de la PTG [prothèse totale du genou] controlatérale, chez une patiente qui a (ou a eu) manifestement beaucoup de troubles arthrosiques. »

Dans un rapport du 15 novembre 2012 adressé au Dr S.\_\_\_\_\_, le Dr T.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il lui était impossible de répondre à la question de savoir si les opérations des 14 avril et 9 mai 2012 étaient à mettre en relation avec l'accident du 11 mars 2012, dès lors que, pour lui, le traitement s'était terminé le 26 mars 2012.

L.\_\_\_\_\_Assurances SA a confié l'expertise bi-disciplinaire aux Drs B.\_\_\_\_\_, spécialiste en infectiologie, et H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique.

Dans son rapport du 25 juillet 2013, le Dr B.\_\_\_\_\_ a répondu comme suit à la question de savoir si le traitement prodigué à partir du 10 avril 2012 était en relation de causalité avec l'accident du 11 mars 2012 de façon certaine, probable (>50%), seulement possible ou exclue :

« Les éléments suivants parlent en faveur d'une causalité entre l'accident du 11 mars 2012 et les événements survenus dès le 9 avril 2013 :

- La fascite (sic) nécrosante d'avril 2012 est survenue au niveau de la même région corporelle que la blessure de mars 2012. En effet la blessure initiale est survenue au niveau du talon droit et la fascite (sic) nécrosante a touché la partie inférieure de la jambe droite. Cet élément est important car les fascites (sic) nécrosantes sont des infections qui se propagent par continuité et non pas de manière hématogène.
- Lors de la dernière visite du 26 mars 2012, le Dr T. \_\_\_\_\_ écrit que « l'évolution était parfaitement satisfaisante, localement la cicatrice n'était pas encore complètement fermée, notamment la couche cornée ». Ce pied n'était donc pas complètement guéri le 26 mars. Cet élément est d'importance, car même des lésions mineures de la barrière cutanée peuvent être la porte d'entrée pour des *Streptococcus pyogenes*.
- La fascite (sic) nécrosante est habituellement un processus aigu, mais rarement l'infection peut se présenter sous forme d'un processus subaigu (Mandell et al. Principles and Practice of infectious diseases, 7th edition, 2020 ; page 1307).
- Le Dr V. \_\_\_\_\_ a constaté le 9 avril 2012 lors d'une visite à domicile une rougeur du talon droit et des cloques du dos du pied droit. Ceci suggère que le point de départ de cette fascite nécrosante était bien le pied droit.

Les éléments suivant (sic) font planer un doute sur la causalité directe entre l'accident du 11 mars 2012 et les événements survenus dès le 9 avril 2013 :

- La patiente n'est pas très précise dans ses indications. A de nombreuses reprises elle indique qu'elle a des troubles importants de la mémoire et ses indications sont parfois incohérentes et contradictoires. Par exemple elle dit qu'il persistait un écoulement noirâtre de son pied droit lors des consultations chez le Dr T. \_\_\_\_\_. Dans le rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ il n'est jamais fait mention d'un écoulement de la plaie.
- Les infections à *Streptococcus pyogenes* sont en principe des infections aiguës. Une revue de la littérature ne m'a pas permis de trouver un case report d'infections avec un temps d'incubation prolongé. Seul le textbook susmentionné de Mandell mentionne la possibilité de cas subaigus, mais sans mentionner des temps d'incubation précis.
- Dans aucun rapport ou notice manuscrite des médecins du Centre hospitalier L. \_\_\_\_\_ l'état du talon droit n'est décrit. Il faut cependant également préciser qu'aucune autre lésion cutanée du pied ou de la jambe droite n'est décrite dans ces documents non plus.

Sur la base de ces arguments je conclus (sic) que la causalité entre l'accident survenu le 11 mars 2012 et la fascite (sic) nécrosante ultérieure est probable avec une probabilité >50%. »

Le Dr H. \_\_\_\_\_ a, quant à lui, rendu son rapport le 27 janvier 2014. Il a notamment mentionné ce qui suit en rapport avec l'appréciation du cas :

« [...] Si l'on reprend la lettre du Centre hospitalier L. \_\_\_\_\_ du 3 juillet 2013, il est intéressant de voir que Madame G. \_\_\_\_\_ a consulté le service de chirurgie orthopédique le 30 mars 2012, qu'elle a été vue par le Dr. Z. \_\_\_\_\_ pour l'indication à une éventuelle prothèse de son genou gauche. Il n'est pas mentionné de plaie ou d'érythème d'une jambe dans cette lettre, et la patiente s'est certainement déshabillée et le chirurgien a certainement regardé ses deux jambes, et en particulier palpé ses pouls à la recherche d'éventuels problèmes artériels, une consultation d'orthopédie pour l'évaluation d'une prothèse de genou ne pouvant se faire sans examiner les genoux et les pieds d'un patient. On peut donc en déduire que la plaie était fermée, propre, vingt jours après l'incision chirurgicale.

Il s'ensuit alors un intervalle libre d'environ une semaine, où Madame G. \_\_\_\_\_ vaque à ses activités professionnelles habituelles. Elle a toutefois consulté le 7 avril 2012 à Clinique Q. \_\_\_\_\_, pour selon ses dires transcrits dans la consultation du 7 avril 2012, « malaise, une rhinorrhée, des crachats verts et un mal de gorge, céphalées. etc. » évoluant depuis quatre jours. [...] A nouveau, Madame G. \_\_\_\_\_ ne s'est pas plainte de son pied lors de cette consultation, mais clairement d'un problème ORL [oto-rhino-laryngologique]. A nouveau pas d'antibiothérapie.

Deux jours plus tard, l'assurée a présenté un état fébrile pour lequel elle appelle la garde médicale. J'ai retrouvé après recherches le médecin de garde, le Dr. V. \_\_\_\_\_, qui a vu l'assurée le 9 avril 2012. [...] Lors de la consultation, il a clairement vu un érysipèle au niveau du membre inférieur droit, pour lequel il l'a mise sous Ciproxine. Il n'a pas visualisé de plaie faisant évoquer la présence d'un corps étranger au niveau de la jambe ou du pied.

Ceci confirme la guérison sans particularité de la plaie du pied droit, sans antibiotiques, avec l'absence à trois reprises de consultations de plaintes parlant pour une plaie suppurante, non fermée, infectée, ou alors un abcès du pied. Il s'agit donc d'une guérison per primam sans particularité.

[...] La présente expertise pluridisciplinaire a pour but de déterminer la causalité entre le (sic) l'évènement du 11 mars 2012 et la fasciite nécrosante de la jambe droite.

[...]

Les facteurs favorisant une fasciite nécrosante sont notamment le diabète, l'obésité, l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, l'insuffisance rénale chronique, l'alcoolisme, une intervention chirurgicale, un traumatisme et une lésion cutanée. Ces dernières

peuvent être minimes, surtout pour le type II, par exemple une piqure d'insecte. [...]

Si l'on en revient au cas de Madame G.\_\_\_\_\_, il s'agit d'une femme de 60 ans, présentant une obésité de longue date, avec un IMC [indice de masse corporelle] aux environs de 40kg/m<sup>2</sup> lors de son hospitalisation, qui présente des antécédents septiques, en particulier « infections urinaires à répétition, des antécédents d'infections dans la sphère ORL, et surtout d'une infection de la prothèse totale de hanche droite en 2007, avec un sepsis à MSSA [maladies infectieuses et parasitaires], nécessitant un changement de sa prothèse totale de sa hanche droite en deux temps. »

[...]

Il est intéressant de constater que le 7 avril 2012, l'assurée présentait depuis quatre jours, soit depuis le 3 avril 2012, un malaise, une rhinorrhée, des crachas (sic) verts, un mal de gorge, des céphalées pour lesquels il a été posé un diagnostic de rhino sinusite. On ne peut exclure un début d'infection à streptocoques au vu de l'absence de streptotests, et en particulier d'un streptocoque pyogène qui peut faire de (sic) pharyngites et des angines. Streptocoques qui a (sic) pu proliférer compte tenu de l'absence d'antibiothérapie d'emblée à l'aveugle.

Si l'infection ORL n'était pas bactérienne, elle était alors certainement virale, bien que les infections virales ne fassent pas des crachas (sic) verts, mais ceci n'est qu'une supposition au vu, je le répète, de l'absence de mise en évidence du germe dans ses sécrétions.

Toujours est-il que deux jours plus tard, elle a présenté clairement un érysipèle de la jambe droite, jambe droite dont la plaie était guérie.

Je rappellerais également que l'érysipèle de même que la fasciite nécrosante est une infection superficielle du tissu sous-cutané, puis rapidement dans la fasciite nécrosante des tissus musculo-tendineux profonds. [...] La fasciite nécrosante est rare, et souvent il n'est pas trouvé clairement de porte d'entrée. Par contre les lésions cutanées sont extrêmement fréquentes, aboutissant rarement à un érysipèle qui est une maladie peu fréquente, et surtout encore moins à une fasciite nécrosante, qui est elle une maladie extrêmement rare mais extrêmement grave.

Pour ces raisons, selon la vraisemblance prépondérante qui régit la LAA [loi sur l'assurance-accidents], il ne m'est pas possible d'affirmer de façon probante que la plaie qui était fermée et guérie, ceci vu et confirmé par différents intervenants thérapeutiques, ait été la cause de façon probante de la fasciite nécrosante. S'il y avait clairement eu une guérison insuffisante, rougeur marginale de la plaie, qui perdure voire augmente, avec un trajet de lymphangite, des douleurs, il y aurait clairement des signes pour une infection par continuité. Ceci n'a pas été le cas, la plaie a guérie (sic). La porte d'entrée peut tout à fait être une lésion cutanée, banale, comme la plupart du temps.

Je rappellerais que les infections de plaies postopératoires à streptocoques du groupe A, se manifestent très rapidement, entre 6h et 48h après l'intervention (tout comme la gangrène gazeuse), alors qu'une infection postopératoire à staphylocoques ne survient que quelques jours plus tard.

Les facteurs locaux doivent être recherchés, ulcère, plaie, peau gercée, dermatite chronique, mycose des pieds, ongle incarné.

La simple peau gercée peut suffire à être une porte d'entrée à streptocoques bêta hémolytique du groupe A.

Pour ces raisons, selon la vraisemblance prépondérante qui régit la LAA, la porte d'entrée de la fasciite nécrosante pouvant autant être une lésion cutanée du pied minime voire infra-clinique, la causalité naturelle entre la fasciite nécrosante et la plaie du 11 avril [recte : mars] 2012 est possible, mais pas probable. »

Dans un rapport du 15 octobre 2014, le Dr S.\_\_\_\_\_ a relevé notamment que le fait que la plaie cutanée, lors de la consultation du 26 mars 2012, n'était pas complètement guérie, ne présupposait nullement qu'elle fut à l'origine de la fasciite nécrosante, puisqu'elle avait manifestement complètement guéri par la suite et qu'à cet égard, le Dr B.\_\_\_\_\_ avait donné une importance capitale à un élément anamnestique qui n'était pas vérifié. Il s'est référé au rapport du 2 septembre 2013 du Dr V.\_\_\_\_\_ qui spécifiait qu'il n'avait pas visualisé, lors de son examen du 9 avril 2012, de plaie faisant évoquer la présence d'un corps étranger au pied ou à la jambe concernée. Il avait tout au plus objectivé un probable érysipèle de la jambe et mis la patiente sous antibiothérapie. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a mentionné que ni le Dr Z.\_\_\_\_\_, lors de sa consultation du 30 mars 2012, ni les protocoles opératoires du Centre hospitalier L.\_\_\_\_\_ n'avaient fait état d'une plaie quelconque au pied droit de l'assurée. Il a conclu, avec le Dr H.\_\_\_\_\_, que si une relation causale devait être retenue entre l'accident et la fasciite nécrosante, elle ne pouvait être que tout au plus possible, mais certainement pas probable.

Par décision du 2 février 2015, L.\_\_\_\_\_Assurances SA a considéré, en se fondant sur le rapport d'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_ du 27 janvier 2014, ainsi que sur l'avis de son médecin-conseil du 15 octobre 2014, qu'il n'était pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante,

que les troubles traités dès le 9 avril 2012, et plus particulièrement la fasciite nécrosante, étaient en relation de causalité naturelle avec l'accident du 11 mars 2012. Elle a ainsi indiqué que les traitements entrepris dès le 9 avril 2012 relevaient de l'assurance-maladie.

Le 4 mars 2015, l'assurée a formé opposition à la décision précitée, en invoquant notamment le fait que L.\_\_\_\_\_Assurances SA aurait dû suivre l'avis du Dr B.\_\_\_\_\_ plutôt que celui du Dr H.\_\_\_\_\_ au vu des incohérences et des erreurs contenues dans le rapport de ce dernier. Elle aurait à tout le moins dû demander l'avis d'un troisième expert, en présence de deux expertises contradictoires.

Dans un rapport complémentaire du 3 juin 2015, le Dr S.\_\_\_\_\_ a rappelé le fait que le Dr V.\_\_\_\_\_ avait précisé, le 9 avril 2012, n'avoir pas mis en évidence de plaie au pied droit de l'assurée. Ainsi, selon lui, la plaie en question était cicatrisée à ce moment-là. Il a également rappelé le fait que l'assurée avait consulté un médecin orthopédiste le 30 mars 2012 pour son genou gauche et qu'il était étonnant que ce spécialiste n'ait pas examiné les extrémités des membres inférieurs avant de poser l'indication à la pose d'une prothèse de genou. Il en a conclu qu'aucune pathologie, en particulier infectieuse ou potentiellement infectieuse (par exemple une plaie) susceptible d'entraver la pose de cette prothèse et intéressant les deux extrémités, n'avait été révélée. Il a également renvoyé aux protocoles opératoires qui ne faisaient aucunement mention d'une plaie quelconque du pied droit. Enfin, il a considéré que le rapport d'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_ était très incomplet, voire sommaire, contrairement à celui du Dr H.\_\_\_\_\_.

Par courrier du 28 juillet 2015 adressé au Dr S.\_\_\_\_\_, le Dr H.\_\_\_\_\_ a déclaré maintenir son avis d'expertise du 27 janvier 2014, en précisant qu'il avait pu démontrer que la plaie avait été clairement guérie puisque trois intervenants thérapeutiques différents n'avaient jamais parlé de cette plaie du pied et qu'il n'avait ainsi aucun élément probant lui permettant de dire qu'il y avait eu une relation de causalité naturelle probable, celle-ci étant uniquement possible.

Par courriers des 2 mars et 11 avril 2018, L. \_\_\_\_\_ Assurances SA a informé l'assurée de la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, confiée cette fois-ci au Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en infectiologie.

Le Dr R. \_\_\_\_\_ a rendu un rapport le 1<sup>er</sup> juin 2018, dont on extrait ce qui suit :

« Si l'on s'en tient aux faits objectifs, le début des symptômes est documenté la première fois le 09.04 lors de la visite du Dr V. \_\_\_\_\_ (sic). Dans le document d'entrée aux urgences du Centre hospitalier L. \_\_\_\_\_, il est toutefois fait mention d'un début des symptômes 4 jours plus tôt. Cette notion est reprise dans la lettre de sortie des soins intensifs et dans les différents rapports de consultation spécialisée (infectiologique, orthopédique) que je me suis procurés. Ces documents ne donnent toutefois pas d'indication sur la source de cette information, qui ne peut pas venir de la patiente, qui était semi-consciente au moment de son admission au Centre hospitalier L. \_\_\_\_\_ (Glasgow Coma Scale à 12 sur la feuille d'entrée). On ne sait donc pas s'il s'agit d'une information fiable qui provient de la compagne de la patiente ou s'il s'agit d'une déduction faite par les médecins du Centre hospitalier L. \_\_\_\_\_ sur la base de la date de consultation à Clinique Q. \_\_\_\_\_ le 07.04. Toutefois, même si les médecins de Clinique Q. \_\_\_\_\_ n'ont pas examiné la jambe droite, il semble difficile d'imaginer que la patiente ne se soit pas plainte d'une infection débutante au niveau de ce membre si tel avait été le cas, un élément qui serait ressorti dans le rapport de consultation. En effet, ce type d'infection est très douloureux et ne passe en général pas inaperçu. De plus, il évolue en général très rapidement, en quelques heures, et une durée de symptômes de 4 jours avant l'hospitalisation semble très longue. Un début des symptômes le 09.04, soit 24h avant le développement du choc septique, est plus plausible avec la virulence du pathogène incriminé. En effet, le Dr V. \_\_\_\_\_ (sic) parle d'un probable érysipèle, laissant entendre que le diagnostic n'était pas tout à fait certain, alors que l'érythème et les phlyctènes semblaient évidents à l'entrée du Centre hospitalier L. \_\_\_\_\_, suggérant que l'infection a évolué rapidement sur la nuit. En résumé, je pense que l'infection cutanée a débuté aux alentours du 09.04.2018 [recte : 2012]. »

Le Dr R. \_\_\_\_\_ a écarté les facteurs de risque de l'obésité morbide de l'assurée, de diabète et d'athérosclérose, ces diagnostics ne figurant pas comme comorbidités dans les différentes lettres de sortie du Centre hospitalier L. \_\_\_\_\_.

S'agissant du rapport de causalité naturelle entre l'accident du 11 mars 2012 et l'infection ayant nécessité un traitement à partir du 10 [recte : 9] avril 2012, le Dr R. \_\_\_\_\_ a expliqué ce qui suit :

« Pour évaluer le lien de causalité entre l'accident et l'infection, il faut évaluer à la fois le lien temporel et le lien anatomique.

Le lien temporel est présent puisque l'infection, objectivée pour la première fois le 09.04, est survenue un mois après l'accident du 11.03. Dans la définition des infections du site opératoire, on utilise le délai de 30 jours après l'intervention pour considérer qu'une infection de cicatrice est possiblement liée au geste chirurgical. On sait par ailleurs, par le rapport du Dr T.\_\_\_\_\_, que la couche cornée de la peau n'était pas fermée le 26.03, soit deux semaines avant le début de l'infection. Jusqu'au 09.04, aucune observation fiable et documentée ne permet de connaître l'évolution de la fermeture de cette plaie. Les cicatrices de la plante du pied sont connues pour mettre plus de temps à se fermer que d'autres sites anatomiques et il serait surprenant que cette plaie se soit fermée dès le lendemain de la consultation du Dr T.\_\_\_\_\_. Toutefois, même si une fermeture complète de la plaie avait pu être objectivée le 30.03 ou le 07.06, le processus de cicatrisation permettant une restauration adéquate de l'intégrité microscopique de la peau peut prendre jusqu'à 6 semaines après l'intervention. Une plaie chirurgicale récente représente donc une porte d'entrée possible pour un pathogène cutané, qu'elle soit ouverte macroscopiquement ou non. Les plaies chirurgicales peuvent s'infecter au moment de l'intervention ou secondairement dans les jours ou semaines suivantes, en raison de la rupture de l'intégrité de la barrière cutanée. Compte tenu de la virulence du pathogène incriminé et de la fulgurance de ce type de maladie, il est exclu que l'infection ait évolué à bas bruit sur plusieurs semaines depuis l'accident du 11.03. On peut dans certains cas rares assister à des fasciites nécrosantes subaiguës, évoluant sur plusieurs jours, mais il s'agit en général de fasciites se développant secondairement sur un terrain de dermo-hypodermes simples. Je n'ai connaissance d'aucun cas de fasciite nécrosante évoluant sur 4 semaines. En revanche, l'effraction de la couche cornée sur une plaie qui met du temps à se refermer constitue une porte d'entrée tout à fait plausible pour une fasciite nécrosante à *S. pyogenes*. L'infection peut alors survenir de façon brutale à distance du traumatisme initial, même en l'absence de signes infectieux de la plaie jusque-là.

Le lien anatomique ne peut quant à lui pas être prouvé de façon formelle. En effet, la patiente a bien présenté une infection au niveau du tiers inférieur de la jambe droite, du côté où elle s'est plantée (sic) l'aiguille. Toutefois, sur la base des documents médicaux à disposition, il n'est pas possible de déterminer si la plaie plantaire était le point de départ de l'infection. Selon les dires de la patiente, l'infection cutanée a commencé au niveau de la plante du pied et a remonté le long de la jambe, un élément qui est repris dans l'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_ (sic). Toutefois, il n'existe aucun document objectif permettant de confirmer cette déclaration puisque la localisation exacte de la rougeur n'est décrite dans aucun des rapports médicaux à disposition, de même que la description de la cicatrice opératoire au niveau de la plante. Le rapport du Dr V.\_\_\_\_\_ (sic) fait état d'un érysipèle du membre inférieur, sans argument pour une plaie faisant évoquer la présence d'un corps étranger au niveau de la jambe ou du pied. Cette déclaration ne permet toutefois pas de savoir si la plante du pied

présentait des signes d'infection ou non. Il est par ailleurs étonnant que le Dr V. \_\_\_\_\_ (sic) n'ait pas vu la cicatrice, qui devait pourtant être encore bien visible 4 semaines après l'accident. De même, le document d'entrée aux urgences du Centre hospitalier L. \_\_\_\_\_ décrit un érythème du membre inférieur droit avec la présence de phlyctène mais ne rapporte pas précisément la localisation de cet érythème. Le protocole opératoire du 11.04.2012 fait état quant à lui d'une rougeur qui dépasse les limitations, sans que celles-ci soient précisée (sic). L'incision est effectuée du côté interne sur le bord médial du tibia en direction de la malléole interne et du côté externe entre le tibia et le péroné proximatement en direction de la malléole externe, c'est-à-dire dans la région de la cheville. La plante du pied n'est pas mentionnée. Comme la localisation de l'infection, et notamment l'aspect de la plaie de la plante, est un élément crucial, j'ai contacté le Centre hospitalier L. \_\_\_\_\_, avec l'autorisation de la patiente, pour savoir si une imagerie (CT-scan) de la jambe avait été effectuée à l'admission, ce qui n'a pas été le cas. J'ai donc demandé au Centre hospitalier L. \_\_\_\_\_ de me fournir les rapports des consultations infectiologique et orthopédique effectuées le jour de l'admission pour avoir une idée du status de la jambe. En effet, les médecins de ces deux spécialités sont intervenus très tôt dans la prise en charge de la patiente et sont formés à l'examen minutieux des plaies. Le rapport de la consultation d'infectiologie du 10.04 de la Drsse [...] décrit : « Erythème (délimité) depuis la cheville droite jusque sous le genou avec chaleur et induration + douleurs à la palpation. Présence de phlyctènes et placards violacés. Pas de trajet lymphangitique ». Le rapport de la consultation d'orthopédie du 10.04 de la Dre [...] décrit : « Dermo-hypodermite de la jambe droite dans le tiers inférieur, externe, postérieur et interne, avec présence de taches de type hémorragiques au niveau des phlyctènes ». Ces documents ne rapportent donc pas de signes d'infection au niveau de la plaie de la plante du pied.

Environ 50 % des fasciites nécrosantes à *S. pyogenes* se développent sans porte d'entrée visible. Comme mentionné plus haut, on pense qu'elles surviennent en général par dissémination hématogène à partir d'un foyer oropharyngé asymptomatique (colonisation de la gorge) ou symptomatique (angine à streptocoque). Toutefois, ce type d'infection se développe en général sur des zones présentant des traumatismes fermés (contusion, crampe, hématome), ce qui n'était pas le cas de la patiente. De façon intéressante, la patiente a présenté une infection des voies respiratoires 2 jours avant le diagnostic de l'infection cutanée. Toutefois, les symptômes pour lesquels elle a consulté le 07.04 ne sont pas vraiment typiques d'une angine à streptocoque. En effet, même si la patiente se plaignait de maux de gorge, la présence d'une rhinorrhée et d'une toux parlent plutôt en faveur d'une virose que d'une angine à streptocoque, qui fait seulement des maux de gorge. De plus, le fond de gorge est décrit comme calme, ce qui parle contre une angine. Dans ce contexte, je pense qu'il n'y a d'argument solide pour retenir ce type de fasciite nécrosante dans le cas présent.

Dans la lettre de sortie des soins intensifs du Centre hospitalier L. \_\_\_\_\_, les médecins qui ont pris en charge la patiente durant ses premiers jours d'hospitalisation ont retenu la plaie de la plante du

ped comme porte d'entrée de la fasciite nécrosante. Cette notion apparaît dans le diagnostic principal et dans la deuxième ligne de la discussion. Je partage également cet avis. En effet, même si aucun signe d'infections au niveau de la plaie du pied n'est documenté dans les différents rapports à disposition, imaginer qu'une infection aussi rare soit survenue par pure coïncidence dans une région du corps aussi proche de la plaie, et dans un intervalle de temps aussi court après la fermeture incomplète de la cicatrice, est hautement improbable. Dans ce contexte, je pense qu'il y a un lien causal probable entre l'accident du 11.03 et l'infection ayant entraîné l'hospitalisation le 10.04.2012. »

Le Dr R.\_\_\_\_\_ s'est ainsi rallié aux conclusions du Dr B.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport du 24 janvier 2019, le Dr S.\_\_\_\_\_ a contesté les conclusions du Dr R.\_\_\_\_\_. Il a en particulier relevé que le Dr R.\_\_\_\_\_ listait des arguments probants et quelques suppositions qui faisaient écarter la probabilité que l'infection soit en lien avec la plaie du pied, mais concluait que le lien était probable pour une raison d'ordre chronologique ou géographique en optant pour un argument non avéré, soit celui d'une cicatrisation incomplète de la plaie. Le médecin-conseil a énuméré les éléments objectifs du dossier et a estimé, sur la base de ces éléments listés, que la relation de causalité naturelle entre l'évènement survenu le 11 mars 2012 et la fasciite nécrosante de la jambe droite de l'assurée était tout au plus possible, mais certainement pas probable.

Après avoir pris connaissance du rapport du Dr S.\_\_\_\_\_, le Dr R.\_\_\_\_\_ a mentionné, dans un courrier du 21 février 2019 à L.\_\_\_\_\_Assurances SA, que ce rapport ne modifiait en rien les conclusions de son rapport d'expertise et qu'il ne comprenait pas la position du Dr S.\_\_\_\_\_ qui ne retenait qu'un lien de causalité possible. En effet, c'était bien parce que dans le cas de l'assurée, il n'y avait pas de preuve formelle de la non-fermeture de la plaie initiale ni la présence de signes infectieux touchant cette plaie au moment de l'apparition de la fasciite nécrosante qu'il concluait à un lien de causalité probable entre les deux évènements. Pour l'expert, les éléments temporels et géographiques étaient déterminants dans l'appréciation du lien de causalité, tout en rappelant qu'imaginer que cette complication infectieuse rarissime

surviene par coïncidence dans un délai aussi rapproché et dans une zone aussi proche anatomiquement de la plaie plantaire lui semblait être totalement invraisemblable.

Dans un rapport complémentaire du 9 mars 2019, le Dr S.\_\_\_\_\_ a réitéré ses arguments et maintenu sa position.

Par décision sur opposition du 30 avril 2019, L.\_\_\_\_\_Assurances SA a rejeté l'opposition formée par l'assurée le 4 mars 2015 et maintenu la décision du 2 février 2015, refusant la prise en charge des traitements entrepris dès le 9 avril 2012.

**B.** Par acte du 29 mai 2019, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens qu'il est reconnu que ses troubles traités dès le 9 avril 2012 sont en lien de causalité naturelle avec l'accident survenu le 11 mars 2012, L.\_\_\_\_\_Assurances SA étant tenue de verser toutes les prestations légales au sens de la LAA relatives aux troubles traités dès le 9 avril 2012. Elle fait en substance valoir que l'avis des experts infectiologues doit primer celui de l'expert orthopédiste. Elle élève un certain nombre de griefs à l'encontre du rapport d'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_ et de l'avis du Dr S.\_\_\_\_\_ et considère que l'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_ n'a pas pleine valeur probante et ne peut être retenue pour déterminer le lien de causalité dans le cas d'espèce. Elle écarte les critiques faites par le Dr S.\_\_\_\_\_ à l'encontre du rapport d'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_ et estime que le rapport d'expertise du Dr R.\_\_\_\_\_ a pleine valeur probante et qu'il y a lieu de suivre l'avis de cet expert qui rejoint celui du Dr B.\_\_\_\_\_ quant à l'existence d'un lien de causalité probable entre l'accident du 11 mars 2012 et l'hospitalisation du 9 avril 2012.

Par réponse du 8 août 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle énumère les pièces au dossier et relève que celles-ci ne permettent pas de penser que la plaie du pied se serait ouverte à nouveau et/ou infectée après le 26 mars 2012. Elle met en doute la valeur probante de l'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_ et s'appuie sur les avis des Drs H.\_\_\_\_\_

et S. \_\_\_\_\_ auxquels elle renvoie. Tout en admettant que le rapport d'expertise du Dr R. \_\_\_\_\_ est complet et détaillé, l'intimée considère qu'il ne peut lui être accordé une pleine valeur probante dans la mesure où l'appréciation finale du Dr R. \_\_\_\_\_ entrerait en contradiction avec les développements faits plus avant dans son rapport. En définitive, la relation de causalité entre la fasciite nécrosante et l'évènement du 11 mars 2012 ne serait pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante.

La recourante a fourni des explications complémentaires datées du 2 octobre 2019, par lesquelles elle expose notamment que le Dr B. \_\_\_\_\_, contrairement à ce que soutient l'intimée, s'est positionné en faveur de l'existence du lien de causalité en toute connaissance de cause, en pondérant les divers éléments présents au dossier, dont les déclarations de la recourante. Elle fait valoir que le Dr H. \_\_\_\_\_ s'est en revanche basé sur plusieurs suppositions et l'absence d'informations pour déterminer notamment que le pied droit de la recourante était cicatrisé de manière certaine en date du 7 avril 2012. Elle relève que le Dr R. \_\_\_\_\_ a pris en compte cette absence d'informations et retient, dans ces conditions, la seule hypothèse - soit le fait que la plaie n'était pas complètement fermée et qu'elle s'est infectée aux alentours du 9 avril 2012 - qui est confortée par tous les éléments médicaux au dossier. Pour la recourante, les conclusions du Dr R. \_\_\_\_\_ sont très claires et ne prêtent pas à confusion. Si l'état de fait ne permet pas d'établir de manière certaine que l'accident du 11 mars 2019 est bien la cause des événements du 9 avril 2012 et des jours suivants, il suffit à déterminer qu'il est probable que cet accident soit bien la cause des événements survenus dès le 9 avril 2012, ce qui remplit les exigences en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales. Ainsi, les conclusions des Drs B. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ doivent être suivies.

Par déterminations du 21 novembre 2019, l'intimée a maintenu sa position, considérant que les explications complémentaires de la recourante du 2 octobre 2019 n'apportaient pas d'arguments nouveaux.

Le 25 mars 2020, la recourante a produit un courrier de l'intimée du 10 juillet 2019, par lequel cette dernière avait déclaré prendre en charge les frais de traitement liés à l'accident. Elle a en outre confirmé maintenir ses conclusions.

Par courrier du 24 juillet 2020, l'intimée a répondu que le courrier du 10 juillet 2019 correspondait à une lettre-type envoyée automatiquement lors de l'acceptation d'un sinistre et qu'il s'agissait en l'espèce d'une erreur. Elle a renvoyé pour le surplus à ses précédentes écritures et a maintenu sa position.

La recourante s'est encore déterminée le 25 août 2020, en relevant que le courrier en question n'avait pas été adressé peu après l'annonce du sinistre mais plus de sept ans après sa survenance.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'intimée était fondée à refuser de prendre en charge les frais des traitements suivis par la recourante à partir du 9 avril 2012, au motif que le lien de causalité

entre l'accident du 11 mars 2012 et les événements survenus dès le 9 avril 2012 n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante.

**3. a)** 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. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

**b)** 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. 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 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

**c)** 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 ; TF 8C\_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

**4. a)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause

le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1, 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C\_323/2015 du 25 janvier 2016 consid. 5.1, 9C\_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

**b)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; 135 V 39 consid. 6.1 et les références; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). En droit des assurances sociales, il n'existe pas un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (RAMA 1999 no U 349 p. 478 consid. 2b); le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 322 consid. 5a).

**c)** Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit entre seulement en

considération s'il n'est pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF 8C\_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2).

**5.** En l'occurrence, trois experts se sont prononcés dans ce dossier, dont deux experts infectiologues (les Dr B.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_) et un expert orthopédiste (le Dr H.\_\_\_\_\_). Si l'on reprend la chronologie des faits, le médecin-conseil de l'intimée a estimé nécessaire la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire (orthopédique et infectiologique), dès lors qu'il n'était pas à même, sur la base des pièces du dossier, de se prononcer sur le lien de causalité entre l'accident survenu le 11 mars 2012 et les événements à partir du 9 avril 2012 (cf. rapport du 26 avril 2013). Les deux experts mandatés ayant des avis divergents, le Dr S.\_\_\_\_\_ s'est rallié à l'appréciation du Dr H.\_\_\_\_\_, expert orthopédiste, qui a conclu à un lien de causalité possible. L'avis du Dr H.\_\_\_\_\_ est à la base de la décision du 2 février 2015, par laquelle L.\_\_\_\_\_ Assurances SA a refusé à la recourante la prise en charge des traitements à partir du 9 avril 2012. A la suite de l'opposition à cette décision formée par la recourante le 4 mars 2015, l'intimée a décidé, trois ans plus tard, soit en mars 2018, de mettre en œuvre une nouvelle expertise qu'elle a confiée au Dr R.\_\_\_\_\_, expert infectiologue. C'est donc bien parce que les deux premiers experts qui se sont prononcés avaient un avis contradictoire que l'intimée a estimé nécessaire de procéder à une nouvelle expertise. Si l'intimée a reconnu que le rapport d'expertise du Dr R.\_\_\_\_\_, lequel était parvenu à la même conclusion que le Dr B.\_\_\_\_\_ - à savoir un lien probable entre l'accident et les traitements à partir du 9 avril 2012 - était

détaillé, elle s'en est écartée et a maintenu sa position dans une décision sur opposition du 30 avril 2019.

L'intimée a donc rendu sa décision sur la base de l'appréciation du Dr H.\_\_\_\_\_, à laquelle s'est rallié son médecin-conseil, le Dr S.\_\_\_\_\_. Le Dr H.\_\_\_\_\_, dans son rapport d'expertise du 27 janvier 2014, a conclu à un lien de causalité possible entre l'accident du 11 mars 2012 et les traitements à partir du 9 avril 2012, dès lors que, selon lui, la plaie du pied de la recourante était fermée et propre, vingt jours après l'incision chirurgicale, en d'autres termes guérie, et ne pouvait être ainsi la cause de l'infection qui a débouché sur une fasciite nécrosante nécessitant au final une amputation de la jambe droite de la recourante. Pour parvenir à cette conclusion, il s'est basé sur les rapports médicaux à disposition entre le 30 mars 2012 et le 9 avril 2012 qui ne faisaient pas état de la plaie en question. En effet, tout d'abord, il a évoqué la consultation du 30 mars 2012 que la recourante avait eue auprès du Dr Z.\_\_\_\_\_ pour l'indication à une prothèse de son genou gauche et a relevé que ce médecin n'avait pas fait mention de plaie ou d'érythème de la jambe droite. L'expert a fait des suppositions en précisant que *«la patiente [s'était] certainement déshabillée et le chirurgien [avait] certainement regardé ses deux jambes, et en particulier palpé ses pouls à la recherche d'éventuels problèmes artériels, une consultation d'orthopédie pour l'évaluation d'une prothèse de genou ne pouvant se faire sans examiner les genoux et les pieds d'un patient. »*. Or cela ne ressort pas du rapport du 13 avril 2012 relatif à cette consultation. Celle-ci avait pour objectif de faire connaissance avec la patiente avant une éventuelle arthroplastie (laquelle aurait lieu deux ans plus tard) et il ne s'agissait manifestement pas d'un examen orthopédique à proprement parler. Dans ces conditions, le Dr Z.\_\_\_\_\_ n'avait pas à examiner spécifiquement la jambe et le pied droits de la recourante. On ne peut ainsi rien déduire de ce document quant à l'état de la plaie au pied droit de la recourante. Le Dr H.\_\_\_\_\_ a également fondé son appréciation sur le fait que la recourante ne s'était pas plainte de son pied droit lors de la consultation du 7 avril 2012 pour malaise, rhinorrhée, crachats verts, mal de gorge, céphalées, etc. Or force est d'admettre que l'on ne peut rien

déduire non plus quant à l'état de la plaie du pied droit de la recourante d'un rapport de consultation pneumologique et ORL. Enfin, le Dr H. \_\_\_\_\_ s'est référé au rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ du 2 septembre 2013, dans lequel ce médecin indiquait qu'il n'avait pas visualisé de plaie faisant évoquer la présence d'un corps étranger au niveau de la jambe ou du pied droit de la patiente. Comme l'a relevé la recourante, c'est pour le moins curieux que le Dr V. \_\_\_\_\_ n'ait pas remarqué la présence d'une cicatrice dans la plante du pied droit de la recourante alors que l'incision avait été réalisée moins d'un mois avant. On ne peut là encore rien déduire du rapport du Dr V. \_\_\_\_\_, si ce n'est qu'il avait diagnostiqué un probable érysipèle au niveau du membre inférieur droit et avait prescrit un traitement antibiotique à la patiente. Ainsi, lorsque le Dr H. \_\_\_\_\_ affirme de manière péremptoire qu'il a pu démontrer que la plaie était fermée et guérie « ceci vu et confirmé par différents intervenants thérapeutiques. », on ne peut le suivre. Ces éléments suffisent à faire douter de la valeur probante de son rapport d'expertise.

Le Dr S. \_\_\_\_\_, dans ses rapports des 15 octobre 2014 et 3 juin 2015, a élevé un certain nombre de griefs à l'encontre du rapport d'expertise du 25 juillet 2013 du Dr B. \_\_\_\_\_ qu'il a considéré comme très incomplet, voire sommaire. Pourtant, le Dr B. \_\_\_\_\_ a pris la peine de lister les éléments (objectifs), au nombre de quatre, parlant en faveur d'une causalité entre l'accident du 11 mars 2012 et les événements survenus dès le 9 avril 2012 et les éléments, au nombre de trois, faisant planer un doute sur dite causalité. Il a notamment relevé deux points qu'il considérait comme importants dans la détermination de l'existence du lien de causalité, à savoir le fait que la blessure initiale soit survenue au niveau du talon droit et que la fasciite nécrosante ait touché la partie inférieure de la jambe droite, étant précisé que les fasciites nécrosantes étaient des infections qui se propageaient par continuité et non pas de manière hématogène, et le fait que le pied droit de la recourante n'était pas complètement guéri le 26 mars (cf. rapport du 26 mars 2012 du Dr T. \_\_\_\_\_), relevant que même des lésions minimales de la barrière cutanée pouvaient être la porte d'entrée pour des *Streptococcus pyogenes*. L'appréciation de chaque élément listé mis dans la balance a fait conclure

au Dr B. \_\_\_\_\_ à l'existence d'une causalité probable (supérieure à 50%) entre l'accident et la fasciite nécrosante. Le reproche du Dr S. \_\_\_\_\_ quant au fait que le Dr B. \_\_\_\_\_ s'est fondé sur des suppositions ne saurait être retenu. C'est bien plutôt le médecin-conseil qui a procédé de cette manière lorsqu'il affirme, en suivant les conclusions du Dr H. \_\_\_\_\_, que la plaie était guérie avant le 9 avril 2012 sans aucun rapport médical se prononçant sur la question. Si l'on peut constater que le rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ est relativement succinct en ce qui concerne l'examen du lien de causalité, cela ne suffit pas à lui ôter toute valeur probante. Cela étant, face à deux expertises aboutissant à des conclusions contradictoires, sans que les experts ne soient parvenus à se mettre d'accord sur la question cruciale du lien de causalité entre l'accident du 11 mars 2012 et les événements à partir du 9 avril 2012, il apparaissait nécessaire de s'adjoindre l'avis d'un troisième expert. C'est donc à juste titre que l'intimée a ordonné une nouvelle expertise, confiée cette fois-ci au Dr R. \_\_\_\_\_.

Dans son rapport du 1<sup>er</sup> juin 2018, le médecin précité a conclu à l'existence d'un lien de causalité probable entre l'accident du 11 mars 2012 et les événements survenus dès le 9 avril 2012, rejoignant ainsi les conclusions du Dr B. \_\_\_\_\_. Après avoir listé les pièces médicales sur lesquelles son expertise a été fondée, rappelé le contexte médical, exposé les données scientifiques propres au domaine de la fasciite nécrosante, établi l'anamnèse de la recourante, tenu compte des plaintes de celle-ci et posé des diagnostics clairs, le Dr R. \_\_\_\_\_ a répondu de manière circonstanciée aux questions qui lui ont été posées, en particulier s'agissant du lien de causalité naturelle, tout en apportant un nouvel éclairage pour déterminer l'existence ou non de ce lien. L'expert s'est fondé sur les éléments objectifs du dossier pour dire à quelle date remontaient les premiers signes de l'infection. Selon lui, l'infection cutanée avait débuté aux alentours du 9 avril 2012, rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ relatif à la consultation effectuée à cette date à l'appui. Il a en particulier expliqué pour quelles raisons il ne retenait pas le début des symptômes quatre jours avant, dès lors que l'origine de cette information n'était pas déterminée et qu'il était difficile d'imaginer que la recourante

ne se soit pas plainte de douleurs lors de la consultation du 7 avril 2012. Il a également exclu le début quatre jours auparavant dans la mesure où une fasciite nécrosante évoluait en général de manière très rapide et où une durée de quatre jours semblait très longue pour ce type d'infection. Le Dr R.\_\_\_\_\_ a exposé de manière exhaustive quelles étaient les différentes phases de cicatrisation des plaies, tout en relevant que les plaies de la plante du pied, comme dans le cas d'espèce, pouvaient mettre plus de temps à se fermer que d'autres sites anatomiques, indiquant un délai de six semaines après l'intervention. Il a exclu l'obésité morbide de la recourante comme facteur de risque dès lors qu'elle ne souffrait pas de maladies liées à l'obésité qui pouvaient entraîner des troubles circulatoires des jambes.

S'agissant en particulier du lien de causalité entre l'accident et l'infection (fasciite nécrosante), le Dr R.\_\_\_\_\_ a mentionné que pour l'évaluer, il fallait examiner à la fois le lien temporel et le lien anatomique. C'est ainsi qu'il a retenu que le lien temporel était présent puisque l'infection, objectivée pour la première fois le 9 avril 2012, était survenue un mois après l'accident du 11 mars 2012. Il a relevé en particulier que la couche cornée de la peau n'était pas fermée le 26 mars 2012, soit deux semaines avant le début de l'infection et que jusqu'au 9 avril 2012, aucune observation fiable et documentée ne permettait de connaître l'évolution de la fermeture de la plaie. Cependant, l'effraction de la couche cornée sur une plaie qui mettait du temps à se refermer constituait une porte d'entrée tout à fait plausible pour une fasciite nécrosante à *Streptococcus pyogenes* et l'infection pouvait alors survenir de façon brutale à distance du traumatisme initial, même en l'absence de signe infectieux de la plaie jusque-là. Quant au lien anatomique, le Dr R.\_\_\_\_\_ a précisé qu'il ne pouvait pas être prouvé de façon formelle, dès lors que la patiente avait bien présenté une infection au niveau du tiers inférieur de la jambe droite, du côté où elle s'était planté l'aiguille mais que sur la base des documents médicaux à disposition, il n'était pas possible de déterminer si la plaie était le point de départ de l'infection. Etant donné que la localisation de l'infection était un point crucial, le Dr R.\_\_\_\_\_ a contacté le Centre hospitalier L.\_\_\_\_\_ pour obtenir les rapports des

consultations infectiologique et orthopédique effectuées le jour de l'admission de la recourante afin d'avoir une idée du status de la jambe. Ces documents ne rapportaient pas de signes d'infection au niveau de la plaie de la plante du pied. Dans la suite de son raisonnement, le Dr R.\_\_\_\_\_ a encore expliqué pourquoi il excluait, dans le cas de la recourante, une fasciite nécrosante à *Streptococcus pyogenes*, sans porte d'entrée visible et retenait, à l'instar des médecins du Centre hospitalier L.\_\_\_\_\_, que la plaie de la plante du pied était la porte d'entrée de la fasciite nécrosante, soulignant qu'imaginer qu'une infection aussi rare soit survenue par pure coïncidence dans une région du corps aussi proche que la plaie, et dans un intervalle de temps aussi court après la fermeture incomplète de la cicatrice, était hautement improbable.

Le rapport d'expertise du Dr R.\_\_\_\_\_, qui remplit en tous points les réquisits jurisprudentiels pour lui accorder une pleine valeur probante, contient une argumentation claire et convaincante. En outre, les conclusions auxquelles est parvenu l'expert sont confortées par d'autres rapports médicaux présents au dossier. En particulier, le Dr P.\_\_\_\_\_ a rapporté que le point de départ de l'érysipèle correspondait à une plaie de la plante du pied droit de l'assurée (cf. rapport du 25 avril 2012). Le Prof. X.\_\_\_\_\_ a abouti à la même conclusion, à savoir qu'il s'agissait d'un état après excision d'un corps étranger au pied droit de la recourante en mars 2012 (cf. rapport du 21 juin 2012). Il est également mentionné, dans l'avis d'entrée à l'Hôpital J.\_\_\_\_\_, que la patiente avait subi une amputation à la suite d'une blessure du pied compliquée par des infections et un choc septique (cf. rapport du 11 juillet 2012). La Dre W.\_\_\_\_\_ a aussi exposé que la recourante était une patiente amputée au niveau du membre inférieur droit, depuis mai 2012, dans les suites d'une fasciite nécrosante due à un épisode accidentel (corps étranger au pied droit ; cf. rapport du 7 février 2013). Les critiques formulées le 24 janvier 2019 par le Dr S.\_\_\_\_\_ à l'encontre du rapport d'expertise du Dr R.\_\_\_\_\_ ne permettent pas de remettre en cause la valeur probante de ce rapport. En effet, contrairement à ce que soutient le Dr S.\_\_\_\_\_, l'expert ne s'est pas fondé sur des suppositions mais sur les éléments objectifs présents au dossier de la recourante. Le Dr R.\_\_\_\_\_ a encore indiqué, dans un

courrier de février 2019, que c'était bien parce que dans le cas de la recourante, il n'y avait pas de preuve formelle de la non-fermeture de la plaie initiale, ni la présence de signes infectieux touchant cette plaie au moment de l'apparition de la fasciite nécrosante, qu'il avait conclu à un lien de causalité probable et que si ces éléments avaient été objectivés, il aurait conclu à un lien de causalité certain entre les deux événements, tout en relevant que, pour lui, les éléments temporels et géographiques étaient déterminants dans l'appréciation du lien de causalité. Son appréciation convaincante et ses conclusions motivées ne prêtent pas le flanc à la critique. A cet égard, on comprend mal pour quelles raisons l'intimée s'est obstinée à suivre les conclusions du Dr H.\_\_\_\_\_, auxquelles s'est rallié son médecin-conseil, alors qu'elle a ordonné une expertise auprès du Dr R.\_\_\_\_\_ précisément pour lui permettre de trancher la question de la causalité et qu'elle a reconnu elle-même, dans sa réponse au recours du 8 août 2019, le caractère détaillé et complet du rapport d'expertise de ce médecin.

En définitive, il y a lieu de suivre l'avis du Dr R.\_\_\_\_\_ et de considérer qu'il existe, au degré de la vraisemblance prépondérante applicable en matière d'assurances sociales, un lien de causalité naturelle probable entre l'accident du 11 mars 2012 et les événements survenus à partir du 9 avril 2012. Dans ces conditions, il appartient à l'intimée de prendre en charge tous les frais de traitement à partir de cette date.

On relèvera encore, à toutes fins utiles, que le courrier du 10 juillet 2019 envoyé par L.\_\_\_\_\_Assurances SA à la recourante procède manifestement d'une erreur, au vu de la position adoptée par l'intimée tout au long de la procédure.

**6. a)** Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision sur opposition entreprise réformée, en ce sens que l'intimée est tenue de prendre en charge tous les frais de traitements pour les troubles de la recourante survenus dès le 9 avril 2012.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 83 LPGA).

**c)** Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée qui succombe.

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

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision sur opposition rendue le 30 avril 2019 par L.\_\_\_\_\_Assurances SA est réformée, en ce sens que L.\_\_\_\_\_Assurances SA est tenue de prendre en charge tous les frais de traitement relatifs aux troubles de G.\_\_\_\_\_ survenus dès le 9 avril 2012, consécutifs à l'accident du 11 mars 2012.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
  
- IV.** L.\_\_\_\_\_Assurances SA versera à G.\_\_\_\_\_ le montant de 3'000 fr. (trois mille francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour la recourante),
- L. \_\_\_\_\_ Assurances SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :