

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 décembre 2014

---

Présidence de M. MERZ

Juges : Mme Röthenbacher et M. Reinberg, assesseur

Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**U.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Monique Gisel, avocate, à Le Mont,

et

**CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat, à Lausanne.

---

**Art. 6, 10, 16, 18 et 36 LAA.**

**E n f a i t :**

**A.** U.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante kosovare née en 1970, mère de quatre enfants, n'a pas acquis de formation professionnelle. Depuis son entrée en Suisse en 1999, elle a exercé des activités de nettoyeuse à temps partiel.

Elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels, par le biais de la Caisse de chômage F.\_\_\_\_\_, auprès de la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

En date du 20 février 2009, elle a fait l'objet d'une cure d'hallux valgus gauche par ostéotomie en chevron du premier métatarsien et névrectomie des deuxième et troisième espaces intermétatarsiens gauches, dont les suites ont été prises en charge par son assureur contre la maladie.

Elle a par ailleurs été victime d'un accident le 29 juillet 2010 avec lésions de la cheville et de l'orteil gauches, sans conséquences durables, le cas ayant pu être clôturé.

**B.** En date du 5 juillet 2011, l'assurée s'est tordu le pied en montant un escalier, tandis que son genou a heurté le bord de ce même escalier. Elle s'est rendue au Centre médical C.\_\_\_\_\_ le 6 juillet 2011, où le Dr X.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, a prononcé une incapacité totale de travail et prescrit un traitement antalgique. Dite incapacité de travail a été renouvelée pour une durée indéterminée par la Dresse K.\_\_\_\_\_, médecin interne auprès du même centre.

La Caisse de chômage F.\_\_\_\_\_ a annoncé le sinistre à la CNA par dépôt du formulaire ad hoc, complété le 8 juillet 2011, laquelle a assumé les conséquences financières liées à cet événement.

A l'instigation de la Dresse K.\_\_\_\_\_, l'assurée a consulté le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin-chef de l'unité orthopédique du Centre hospitalier N.\_\_\_\_\_. Après un examen réalisé le 8 septembre 2011, ce dernier a adressé l'assurée auprès du Prof. L.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, afin de déterminer l'opportunité d'une révision chirurgicale en lien avec l'intervention du 20 février 2009, compte tenu de l'évolution défavorable de la symptomatologie douloureuse présentée par la patiente. Il a précisé ne pas avoir « ordonné d'arrêt de travail concernant la cheville. »

Le 27 septembre 2011, le Dr X.\_\_\_\_\_ a fait parvenir un rapport médical à la CNA, retenant le diagnostic de « contusion du pied, de la cheville et du genou droits ». Il a précisé que les constatations radiologiques ne démontraient aucune lésion.

La Dresse K.\_\_\_\_\_ a également complété un rapport à l'attention de la CNA en date du 14 octobre 2011 où elle a fait état d'une « entorse du pied gauche et du genou gauche », ainsi que de la « persistance [des] douleurs » dans le contexte d'un « status post opération [des] Morton du pied gauche ». Elle a envisagé un traitement de physiothérapie d'environ trois mois et des consultations régulières auprès du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique. L'incapacité totale de travail était au surplus maintenue.

Le 29 novembre 2011, l'assurée a fait l'objet d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) de son genou gauche, réalisée par le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie auprès du B.\_\_\_\_\_. Ce praticien a conclu son rapport à l'attention du Dr G.\_\_\_\_\_ en ces termes :

« Dysplasie fémoro-patellaire avec aspect d'une subluxation latérale de la rotule et importante gonarthrose fémoro-patellaire externe avec chondromalacie (grade III-IV). Surcharge modérément acutisée sans déchirure sur l'origine et la jonction tendino-musculaire du gastrocnémien interne. Lame d'épanchement avec discrète synovite aspécifique diffuse accompagnant plusieurs petites calcifications groupées intra-articulaires : arguments en faveur d'une éventuelle ostéo-chondromatose synoviale ? »

A l'occasion d'un entretien avec la fille de l'assurée le 8 décembre 2011, la CNA a obtenu la confirmation que l'accident du 5 juillet 2011 avait entraîné des lésions des cheville et genou gauches, à l'exclusion du côté droit. Le procès-verbal de cet entretien mentionne qu'il n'y a « pas eu de lésions du côté droit. Simplement au moment où [l'assurée] a consulté le Dr X. \_\_\_\_\_ en urgences, elle lui a demandé de contrôler également le pied droit puisqu'elle s'était fait mal quelques jours auparavant, accident sans conséquences. »

A la requête de la CNA, le Dr G. \_\_\_\_\_ a adressé un rapport intermédiaire, daté du 4 janvier 2012, où il a retenu les diagnostics suivants :

- entorse du genou gauche avec décompensation consécutive d'une gonarthrose fémoro-patellaire externe sur dysplasie, avec subluxation externe de la rotule pré-existante au traumatisme inaugural ;
- entorse en varus de la cheville gauche dans le cadre de traumatismes à répétition et d'un status après cure d'hallux valgus par une ostéotomie en chevron et névrectomie de Morton des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> espaces intermétatarsiens par voie plantaire en février 2009 avec métatarsalgies médianes séquellaires.

S'agissant de l'état actuel de l'assurée, il a relaté ce qui suit :

« [...] L'examen clinique a révélé une marche asymétrique, avec un varus des arrière-pieds bilatéral à très nette prédominance gauche sur un mécanisme d'épargne de l'avant-pied homolatéral douloureux après prise en charge chirurgicale multisites. Déroulement sur le bord externe du pied du côté gauche, avec un varus de l'ordre de 5 à 10° du côté droit, 20° du côté gauche. En décubitus dorsal, absence de dysmétrie ou de troubles significatifs du morphotype ; l'arrière-pied gauche, disposé en varus, est fortement enraidit, avec une très forte restriction de son amplitude en valgus. La mobilité des articulations MTP [réf. : métatarso-phalangiennes] est peu restreinte, avec une sensibilité douloureuse à la palpation de la face plantaire de l'avant-pied. Du côté gauche, l'examen du genou révèle un épanchement modéré, une palpation et une mobilisation sensibles, essentiellement au condyle fémoral externe. L'examen de la laxité ou la recherche des signes méniscaux n'est pas fiable en raison de la forte appréhension et des mécanismes de protection.

Le bilan radiologique à disposition, effectué le 6 juillet 2011, révèle au genou gauche une gonarthrose débutante, avec formations ostéophytaires disposées en miroir au compartiment interne, respectivement au condyle fémoral externe, avec effilement du massif des épines. [...] »

Il a précisé qu'un dommage permanent était à craindre, exposant que « le genou gauche [était] déjà le siège de troubles dégénératifs importants au bord externe de l'articulation fémoro-patellaire, susceptible de décompensation douloureuse persistante. La cheville gauche [était] chroniquement disposée en varus, avec un déroulement sur le bord externe du pied favorisé par d'importantes métatarsalgies médianes séquellaires à la prise en charge chirurgicale précitée. La sollicitation chronique des tendons péroniers latéraux et des haubans externes passifs [était] susceptible de participer à des phénomènes inflammatoires douloureux chroniques. »

La CNA a consulté son médecin d'arrondissement, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, lequel a estimé dans un avis \_\_\_\_\_ du 27 janvier 2012 que l'accident du 5 juillet 2011 avait aggravé passagèrement un état antérieur et que le statu quo ante devait être fixé cinq mois plus tard, soit le 5 décembre 2011.

**C.** Fondée sur cette appréciation, la CNA a établi une décision le 10 février 2012 par laquelle elle a considéré que les troubles présentés par l'assurée au-delà de cette date n'étaient consécutifs ni à l'accident du 29 juillet 2010, ni à celui du 5 juillet 2011, mais exclusivement d'origine malade. Elle a ainsi mis un terme au paiement des frais de traitement et des indemnités journalières allouées en l'espèce.

Par courrier non daté parvenu à la CNA le 6 mars 2012, l'assurée a contesté la décision précitée, concluant à la mise en œuvre d'une instruction complémentaire, soit un examen spécialisé du genou et du pied, compte tenu de la persistance de ses douleurs. Elle a au surplus fait part de l'apparition de symptômes dépressifs.

La CNA a dès lors fait procéder à un examen de l'assurée par son médecin d'arrondissement, le Dr V.\_\_\_\_\_, en date du 11 avril 2012.

A cette occasion, l'assurée a produit un rapport établi le 5 mars 2012 par le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, à l'attention du Dr G.\_\_\_\_\_, où a été diagnostiqué un « status après entorse de la cheville gauche » et une « maladie de Südeck ».

Pour sa part, le Dr V.\_\_\_\_\_ a constaté que « le genou gauche [avait] une mobilité complète, il [était] stable et [n'était] pas le siège d'un quelconque épanchement » lors du nouvel examen du 11 avril 2012. Quant à la cheville gauche, il a relevé l'absence de « tuméfaction et de signe clinique évident de Südeck ». Il a préconisé un séjour au sein de la Clinique D.\_\_\_\_\_, afin de fixer « le statu quo sine au niveau du genou gauche, cette articulation étant le siège de troubles dégénératifs non consécutifs à l'accident du 5 juillet 2011 » et d'éclaircir « un éventuel Südeck au niveau du pied et de la cheville gauche ».

L'assurée s'est rendue à la consultation du Dr J.\_\_\_\_\_ le 18 avril 2012, lequel a préconisé une IRM de la cheville gauche, effectuée le 8 mai 2012, dont les conclusions sont les suivantes :

« Chondropathie avancée du versant interne du dôme du talus. Ligament talo-fibulaire antérieur épaissi et détendu à mettre en relation [avec] le status après entorse. Pas de tendinopathie, notamment concernant le tendon achilléen et les tendons des muscles fibulaires. »

Le Dr J.\_\_\_\_\_ a rendu un rapport le 25 mai 2012 sur la base de ces éléments, libellé notamment en ces termes :

« [...] L'IRM n'a mis finalement que peu de chose en évidence si ce n'est une tendinopathie avec une lacération longitudinale discrète du court péronier. Il existe également quelques remaniements à l'insertion du tendon d'Achille mais sans œdème significatif d'accompagnement. Les proportions articulaires de la cheville sont maintenues.

[...] D'autre part, les douleurs développées par la patiente me semblent disproportionnées si on les met en relation avec le traumatisme et aussi avec le bilan radio-clinique, y compris l'IRM actuelle.

Je me demande s'il n'existe pas, greffée sur tout ceci, une polyneuropathie liée au diabète.

Quoiqu'il en soit, sur le plan orthopédique, je n'aurai rien de plus à proposer à [l'assurée] [...].

Sur le plan orthopédique strict je ne modifie pas l'arrêt de travail à 100% débuté le 06.07.2011 puisque d'autres investigations sont en route, néanmoins le bilan radio-clinique ne justifie pas à lui seul d'arrêt de travail à mon sens. »

L'assurée a été examinée sur les plans somatique et psychique lors d'un séjour à la Clinique D.\_\_\_\_\_ qui s'est déroulé du 6 juin 2012 au 3 juillet 2012. Le rapport corrélatif, établi le 17 juillet 2012, par les Drs W.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique adjoint et médecin-assistant, fait état des diagnostics ci-après :

- thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs chroniques du genou et de la cheville gauches ;
- probable algodystrophie du genou et de la cheville gauches, au décours ;
- gonarthrose fémoro-patellaire externe sur dysplasie avec subluxation latérale de la rotule ;
- chute dans les escaliers le 05.07.2011 avec entorse externe cheville et contusion du bord externe du genou gauche ;
- trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée ;
- diabète de type II non-insulino-requérant ;
- antécédent de cure d'hallux valgus gauche le 20.02.2011 (recte : 2009).

Sous rubrique « appréciation et discussion », les spécialistes de la Clinique D.\_\_\_\_\_ précités ont communiqué leurs conclusions en ces termes :

« [...] Les clichés comparatifs des deux genoux en charge du 11.06.2012 montrent une légère déminéralisation diffuse du genou gauche, des rotules dysplasiques des deux côtés, avec à gauche un pincement fémoro-rotulien externe avec ostéophytose et légère sclérose. Sur les clichés de face, on note de discrets signes dégénératifs débutants du compartiment interne avec discrète ostéophytose, effilochement des épines tibiales avec, sur le Schuss, présence de deux calcifications postérieures des épines tibiales. Les clichés des chevilles et des pieds montrent une très discrète déminéralisation diffuse à gauche sans signe de résorption sous-chondrale ou d'aspect moucheté.

La scintigraphie osseuse triphasique du 15.06.2012 montre une hypo-captation diffuse lors des 3 phases au genou, à la jambe et à la cheville gauches, évocatrice d'une décharge prolongée de la jambe gauche ou d'une algoneurodystrophie en phase froide.

Sur la base des observations faites avant le séjour, de l'examen clinique répété durant le séjour et de la scintigraphie actuelle, nous retenons le diagnostic de probable algodystrophie de la jambe

gauche au décours. Tant cliniquement que sur la scintigraphie il n'y a pas de signe d'activité actuellement.

Sur le plan psychiatrique, le consilium du 12.06.2012 retient le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Les troubles de l'humeur paraissent en lien direct avec la perte de fonctionnalité, d'autonomie et les douleurs, se traduisant par une agitation psycho-motrice et un sentiment de tristesse avec irritabilité croissante. Il n'y a pas d'indication à un traitement médicamenteux.

[...] En résumé, un an après une entorse externe de la cheville et une contusion du genou gauches, il persiste des douleurs diffuses. Il est probable qu'une réaction algoneurodystrophique ait ralenti l'évolution, mais est actuellement au décours sur la base de la scintigraphie du 15.06.2012 et de la clinique qui ne montre aucun signe dystrophique ni d'épanchement au genou ou à la cheville gauches. Le bilan radiologique (IRM du 29.11.2011 et RX comparatives des genoux du 11.06.2012) montre une gonarthrose fémoro-patellaire externe sur dysplasie et des calcifications postérieures aux épines tibiales. Le consilium psychiatrique retient le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, chez une patiente irritable, hermétique aux tentatives de réassurance qui ont été faites durant le séjour avec un traducteur. Au terme du séjour il n'y a pas d'évolution. La patiente annonce des douleurs en augmentation et a repris la marche avec des cannes. L'importance de la symptomatologie ne peut entièrement être expliquée par les constatations radiologiques. L'incapacité de travail dans son activité de nettoyeuse est prolongée. Sur le plan théorique, on peut s'attendre à ce que [l'assurée] récupère une capacité de travail d'ici l'automne. Le retour dans le monde du travail s'annonce très difficile. »

Suite à un entretien avec un inspecteur de la CNA, l'assurée a formulé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) le 11 septembre 2012.

Elle a par ailleurs derechef consulté le Dr M. \_\_\_\_\_ le 18 septembre 2012, lequel a fait état d'une situation strictement superposable à celle constatée lors de son premier examen du 29 février 2012 (cf. rapport du 5 mars 2012). Il a en outre conclu sur les éléments ci-après :

« [...] La patiente présente un Südeck déjà chronique avec tout le cercle vicieux que cela peut produire. La patiente m'explique qu'elle ne peut pas faire mieux et qu'elle ne peut pas s'améliorer. Si la consultation \_\_\_\_\_ chez \_\_\_\_\_ le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste du pied, ainsi qu'un séjour de 4 semaines à la clinique de rééducation de [...] n'ont pas porté leurs fruits, je ne vois pas ce que je pourrais amener de plus moi-même. J'ai expliqué

ceci à la patiente. J'invite la Suva à prendre une décision quant à un traitement ultérieur, soit à une clôture du dossier. »

La Dresse K.\_\_\_\_\_ a relaté un état de santé stationnaire dans des rapports à la CNA des 20 septembre 2012 et 19 octobre 2012.

Le Dr V.\_\_\_\_\_ a réexaminé l'assurée le 7 novembre 2012 et rédigé son rapport final, daté du même jour, où il a communiqué ses conclusions comme suit, après rappel des constats objectifs et des différents avis médicaux spécialisés versés au dossier :

«[...] En conclusion, on note que l'importance de la symptomatologie alléguée par la patiente ne peut pas être expliquée par les constatations cliniques et radiologiques. Subjectivement, la patiente et son mari annoncent les mêmes plaintes de douleurs du bord externe du pied et de la cheville G [réd. : gauche] sous forme de brûlures et picotements irradiant proximale dans la jambe. Objectivement, le MIG [réd. : membre inférieur gauche] n'est le signe d'aucune trace d'un quelconque état inflammatoire. Les circonférences équivalentes des mollets et des cuisses parlent d'ailleurs en défaveur d'une sous-utilisation du MIG. A 16 mois du traumatisme, on doit admettre que celui-ci a cessé de déployer ses effets. Concernant le pied et la cheville G, on peut reconnaître un statu quo ante à l'examen de ce jour. Concernant le genou G, celui-ci étant le siège de troubles dégénératifs, non consécutifs à l'accident du 05.07.2011, on peut reconnaître un statu quo sine à l'examen de ce jour. En conséquence de ce qui précède, une pleine capacité de travail peut être reconnue à notre assurée. Les suites de l'accident du 05.07.2011 ne donnent droit à aucune IPAI [réd. : indemnité pour atteinte à l'intégrité]. »

**D.** Compte tenu de l'appréciation de son médecin d'arrondissement, la CNA a rendu une nouvelle décision le 12 novembre 2012, par laquelle elle a mis fin à la prise en charge des conséquences de l'événement du 5 juillet 2011 avec effet dès le 8 novembre 2012, considérant que le statu quo sine vel ante avait été atteint à la date retenue par le Dr V.\_\_\_\_\_ et que la symptomatologie présentée par l'assurée ressortait désormais exclusivement de la maladie. Par ailleurs, les troubles psychogènes l'affectant ne se trouvaient pas en lien de causalité adéquate avec l'accident précité.

Par écriture du 3 décembre 2012 de son mandataire, Me Urbain Lambercy, l'assurée a formé opposition contre la décision du 12 novembre 2012, arguant des traitements encore en cours. Elle a souligné la péjoration de son état de santé, indiquant notamment être « ressortie de la [Clinique D.\_\_\_\_\_] avec des cannes anglaises » au vu de ses difficultés à se déplacer. Elle a requis un délai pour compléter ses griefs à réception d'un exemplaire du dossier constitué par la CNA.

En date du 10 décembre 2012, l'assureur-maladie de l'assurée, Z.\_\_\_\_\_, a également interjeté opposition, à titre provisoire, contre la décision du 12 novembre 2012, sollicitant la possibilité de consulter le dossier concerné avant de faire part de sa détermination définitive. Il a finalement communiqué le retrait de son opposition aux termes d'une correspondance du 10 janvier 2013.

L'assurée a pour sa part complété l'acte du 3 décembre 2012 par courrier du 16 janvier 2013, faisant valoir les traitements inappropriés dispensés par la Clinique D.\_\_\_\_\_, lesquels auraient aggravé son état de santé, ce dont la CNA devrait répondre « au titre de la responsabilité civile ordinaire ». Elle a en outre signalé que la maladie de Südeck, diagnostiquée dans son cas, avait pour origine l'événement accidentel en cause, en l'absence de tout état maladif préexistant. Elle a conclu à la mise en œuvre d'une expertise destinée à vérifier, cas échéant démontrer, ses allégués.

La CNA a rendu sa décision sur opposition le 30 janvier 2013, rejetant l'opposition de l'assurée. Elle a derechef nié la persistance - au-delà \_\_\_\_\_ du 8 novembre 2012 - d'un lien de causalité naturelle entre les troubles physiques présentés au genou et à la cheville gauches et l'accident du 5 juillet 2011, rappelant que la jurisprudence fédérale ne permettait pas de retenir un tel lien sur la base d'un raisonnement « post hoc ergo propter hoc ». Elle a mis en exergue les divergences entre les constats cliniques objectivés par les différents spécialistes consultés, y inclus son médecin d'arrondissement, et les douleurs alléguées. Elle a enfin relevé que le

trouble de l'adaptation avec réaction dépressive présenté par l'assurée ne pouvait être en relation de causalité adéquate avec l'événement du 5 juillet 2011.

**E.** L'assurée a déféré cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 1<sup>er</sup> mars 2013, requérant la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire destinée à déterminer le lien de causalité entre les troubles allégués et l'accident incriminé, ainsi que sa capacité résiduelle de gain. Elle a souligné ne pas être en mesure de fournir des détails sur son état physique et psychique antérieur à l'événement du 5 juillet 2011, dans la mesure où elle ne consultait précédemment pas de médecin, précisément en l'absence de problèmes de santé. Elle a par ailleurs invoqué une péjoration de l'état de son membre inférieur gauche suite au séjour à la Clinique D.\_\_\_\_\_, les médecins au sein de celle-ci n'ayant à son sens pas dispensé les traitements appropriés à son cas. Se prévalant d'un « état d'invalidité professionnelle » au vu des difficultés et douleurs aux genou et cheville gauches, elle a conclu en définitive à l'annulation de la décision sur opposition litigieuse.

Par correspondance du 18 avril 2013, Me Monique Gisel a informé la Cour de ceans du mandat confié par l'assurée en vue de la défense de ses intérêts.

Le 8 mai 2013, la CNA, par l'intermédiaire de son conseil, Me Didier Elsig, a suggéré de se prononcer ultérieurement sur le fond du litige dans l'attente de nouvelles déterminations de la recourante. Elle s'est néanmoins en l'état référée aux considérants de sa décision sur opposition du 30 janvier 2013.

L'assurée a persisté dans les conclusions précédemment communiquées aux termes d'une écriture du 4 juillet 2013, à laquelle elle a joint un rapport médical établi le 3 juillet 2013 par un spécialiste de la médecine du sport, le Dr T.\_\_\_\_\_. Elle a relevé que ce praticien mettait en doute l'appréciation de la CNA en évoquant des possibilités de

traitement de la maladie de Südeck, telles que l'acupuncture ou une analyse nutritionnelle, non sans rappeler l'origine post-traumatique de cette atteinte.

La CNA a produit sa détermination le 26 août 2013, estimant que l'assurée n'avait fait état d'aucun élément nouveau depuis l'introduction de la procédure de recours. Soulignant les constats médicaux objectifs retenus dans le cas de la recourante, l'intimée s'est référée aux conclusions des médecins de la Clinique D.\_\_\_\_\_ et de son médecin d'arrondissement, à son sens dotés d'une pleine valeur probante, pour réitérer le défaut de lien de causalité entre les troubles présentés au-delà du 8 novembre 2012 et l'accident du 5 juillet 2011. S'agissant de l'avis du Dr T.\_\_\_\_\_, la CNA a observé que ce dernier ne faisait que s'en remettre aux différents avis médicaux émis dans le cas de l'assurée et procéder à un raisonnement « post hoc ergo propter hoc » impropre à la reconnaissance d'un lien de causalité. Elle a enfin fait valoir que son dossier était complet de sorte qu'une instruction complémentaire ne se justifiait à son avis aucunement.

Par écriture du 26 septembre 2013, la recourante a réitéré que l'algodystrophie diagnostiquée dans son cas était liée aux traitements administrés au sein de la Clinique D.\_\_\_\_\_, tandis que l'appréciation optimiste de sa situation ne s'était pas vérifiée par la suite. Elle a derechef suggéré l'organisation d'une expertise pluridisciplinaire qui inclurait une évaluation psychiatrique.

L'OAI a rendu une décision de refus de rente et de mesures professionnelles en date du 9 décembre 2013, considérant que l'assurée, dotée d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à son état de santé, présentait un degré d'invalidité de 6,15%. L'assurée ayant déposé un recours contre cette décision le 24 janvier 2014 (cause AI 17/14), la procédure en assurance-invalidité a été suspendue à sa demande jusqu'à droit jugé en matière d'assurance-accidents. A la requête du juge instructeur du 28 janvier 2014, l'OAI a adressé un tirage de son dossier à l'attention de la Cour de céans, dont les parties à la

présente procédure ont pu prendre connaissance avant de se déterminer à nouveau.

Par courrier du 28 février 2014, l'assurée a observé que le Service médical régional AI (ci-après : le SMR) avait écarté le diagnostic d'état dépressif sévère, avancé par son nouveau médecin généraliste traitant, le Dr E.\_\_\_\_\_, en retenant l'appréciation communiquée le 17 juillet 2012 par la Clinique D.\_\_\_\_\_ à cet égard. Cela étant, compte tenu de l'aggravation de sa situation depuis son séjour dans cette clinique, une nouvelle évaluation médicale, notamment psychique, s'avérait à son avis clairement nécessaire.

L'intimée s'est prononcée dans une correspondance du 11 mars 2014, constatant que le dossier AI ne contenait pas d'éléments susceptibles de douter de l'absence de lien de causalité des troubles présentés au-delà du 8 novembre 2012 avec l'accident du 5 juillet 2011 et que les conclusions des médecins de la Clinique D.\_\_\_\_\_, de la CNA et du SMR s'avéraient superposables. Elle a relevé au surplus que selon les dires de l'assurée, consignés dans une enquête ménagère du 4 juillet 2013, son incapacité à travailler résulterait davantage d'impératifs familiaux vis-à-vis de ses quatre enfants que de problèmes de santé. Au surplus, la CNA a maintenu qu'une détérioration de l'état de l'assurée n'était en l'état pas démontrée et qu'une instruction complémentaire de la situation se trouvait superflue.

La recourante a pour sa part persisté dans l'intégralité de ses conclusions par écriture du 2 avril 2014, réitérant le défaut d'actualité du rapport établi le 17 juillet 2012 au sein de la Clinique D.\_\_\_\_\_.

En date du 6 novembre 2014, l'assurée a fait parvenir à la Cour de céans un rapport émanant du Centre P.\_\_\_\_\_, daté du 20 février 2014, faisant état de sa prise en charge mensuelle, ainsi que notamment d'un suivi spécialisé auprès d'un psychiatre. Les Drs Q.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, spécialistes en anesthésie, ont par ailleurs relaté ce qui suit :

« [...] **A l'examen clinique :**

On note un léger érythème du membre inférieur gauche jusqu'au genou. Présence d'allodynie au toucher fin de tout le pied gauche. Pas d'œdème, d'hypoesthésie ou de déformation. A la marche, il existe une boiterie avec rotation externe du membre inférieur gauche de 20 degrés environ. Les mouvements de la cheville sont d'amplitude normale et non douloureux. Les mouvements des orteils sont limités en flexion et sont douloureux. Pas de changement des ongles ou des poils sur le pied gauche. L'examen du membre inférieur droit et du rachis lombaire est tout à fait normal.

**A l'imagerie :**

Une scintigraphie osseuse effectuée en juin 2012 démontre une hypo-captation diffuse à la jambe gauche.

La radiographie simple de la cheville gauche démontre une très discrète déminéralisation. [...] »

L'intimée ne s'est pas déterminée plus avant, de sorte que la cause a été gardée à juger.

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

### **1.**

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

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

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

1.4 En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile (cf. art. 60 LPGA) devant le tribunal compétent, respecte les autres conditions de

forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le litige est circonscrit par les décisions du 12 novembre 2012 et décision sur opposition du 30 janvier 2013. Il porte en conséquence exclusivement sur le droit de la requérante aux prestations de l'intimée postérieurement à la date du 8 novembre 2012, singulièrement sur le point de savoir s'il existe un rapport de causalité entre la symptomatologie somatique et psychique présentée au-delà de cette date et l'accident du 5 juillet 2011.

Il s'agira en premier lieu de déterminer si le statu quo sine vel ante a été atteint sur le plan somatique. Quant à l'aspect psychologique, pour autant que des troubles de ce registre puissent être admis, il conviendra en second lieu de se prononcer sur le degré de gravité de l'accident incriminé, cas échéant sur la réalisation éventuelle des critères dégagés par la jurisprudence fédérale à cet égard.

**3.** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

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

D'après l'art. 36 LAA (concours de diverses causes de dommages), les prestations pour soins, les remboursements pour frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne

sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident (al. 1).

Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité.

Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1 LAA).

L'invalidité est définie à l'art. 8 al. 1 LPGA comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

#### **4.**

4.1 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; TF [Tribunal fédéral] 8C\_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être

tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 précité ; TF 8C\_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1).

Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C\_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références).

Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine ; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident

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

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (non-application du raisonnement «post hoc ergo propter hoc» ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_42/2009 du 1<sup>er</sup> octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, la non-applicabilité de l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de

recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006).

4.2 En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1).

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\_718/2010 du 20 octobre 2010 consid. 3.1 in fine ; 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

4.3 Il en va différemment en matière de troubles psychiques. La jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et de tels troubles développés ensuite par la victime.

Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C\_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2 ; voir également : Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : SVBR 2<sup>ème</sup> éd. 2007, n° 89 ss). Le Tribunal fédéral a encore récemment précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C\_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1.1 et les références citées ; 8C\_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2).

Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération sept critères exhaustifs, au regard des seuls aspects physiques, à l'exclusion des aspects psychiques de l'état de santé (ATF 129 V 402 consid. 4.1.1 ; TF 8C\_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3 et 8C\_312/2007 du 5 juin 2008 consid. 3.2) :

**5.** In casu, préalablement, il y a lieu de déterminer si un complément d'instruction médicale, soit une expertise pluridisciplinaire, se justifie, ainsi que le requiert la recourante aux termes de ses différentes écritures.

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

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

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

5.2 Dans le domaine des assurances sociales, l'administration et le juge doivent examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

Si les rapports médicaux sont contradictoires, ils ne peuvent trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion médicale plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a).

5.3 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée).

5.4 En l'espèce, l'intimée a fondé l'appréciation de la situation somatique de l'assurée essentiellement sur les conclusions communiquées le 7 novembre 2012 par son médecin d'arrondissement, le Dr V.\_\_\_\_\_, ainsi que sur les observations consignées par les spécialistes de la Clinique D.\_\_\_\_\_ aux termes du rapport du 17 juillet 2012.

L'analyse de ces documents permet d'ailleurs de les qualifier de probants au sens de la jurisprudence citée supra.

Singulièrement, les médecins ont procédé à des investigations extrêmement fouillées du cas, opérant une analyse complète des pièces du dossier, ainsi que requérant des bilans radiologiques complémentaires. Les éléments pertinents de l'anamnèse et les plaintes alléguées ont par ailleurs été relevés exhaustivement, tant par le Dr V.\_\_\_\_\_ qu'au sein de la Clinique D.\_\_\_\_\_. Ils ont en outre discuté l'ensemble des diagnostics

évoqués dans le cas particulier, tandis que leurs conclusions s'avèrent tout à fait convaincantes, au vu de la pauvreté des constats cliniques relatés.

Demeurent certes des doutes sur les diagnostics précis pouvant être retenus en l'occurrence. Eu égard au genou gauche, les spécialistes s'accordent à prendre en considération une gonarthrose fémoro-patellaire, préexistante à l'entorse subie le 5 juillet 2011 (cf. rapports du Dr G.\_\_\_\_\_ du 4 janvier 2012, de la Clinique D.\_\_\_\_\_ du 17 juillet 2012 et du Dr V.\_\_\_\_\_). Quant à la cheville gauche, a été retenue une « algodystrophie au décours » par la Clinique D.\_\_\_\_\_, pathologie que le Dr M.\_\_\_\_\_ dénomme « maladie de Südeck », alors que le Dr J.\_\_\_\_\_ avait évoqué le 25 mai 2012, sur la base de l'IRM du 8 mai 2012, « une chondropathie » ou « une tendinopathie avec une lacération longitudinale discrète du court péronier ». A ce stade, ni le Dr T.\_\_\_\_\_, ni les médecins du Centre P.\_\_\_\_\_ n'apportent d'alternative susceptible d'expliquer les symptômes allégués par la recourante.

Les divergences diagnostiques minimales, mentionnées ci-dessus, peuvent rester en suspens à l'issue de la présente procédure, dans la mesure où l'ensemble des spécialistes consultés par l'assurée elle-même convergent pour relever que la symptomatologie douloureuse ne saurait s'expliquer par les constats cliniques, ce à l'instar de l'opinion exprimée par le Dr V.\_\_\_\_\_ et les médecins de la Clinique D.\_\_\_\_\_. A cet égard, le Dr J.\_\_\_\_\_ a clairement mentionné les « douleurs disproportionnées » développées par l'assurée et a mis fin à sa prise en charge faute de solution thérapeutique, selon son rapport du 25 mai 2012, tout en relevant qu'une incapacité de travail ne se justifiait pas. Le Dr M.\_\_\_\_\_ a concédé ne pas pouvoir préconiser de nouveaux traitements aux termes de son rapport final du 18 septembre 2012, indiquant avoir invité la CNA à « une clôture du dossier ».

Par ailleurs, quoi qu'en dise la recourante, l'on ne saurait retenir une aggravation substantielle de sa situation consécutive à son séjour à la Clinique D.\_\_\_\_\_, les observations du Dr V.\_\_\_\_\_ du 7 novembre 2012 s'avérant pour l'essentiel superposables à celles de ses

confrères, ainsi d'ailleurs qu'à ses précédents constats. Au demeurant, le Dr M.\_\_\_\_\_ n'a fait état d'aucun élément nouveau à l'occasion de son examen du 18 septembre 2012, en comparaison à celui du 5 mars 2012, alors que le séjour à la Clinique D.\_\_\_\_\_ a eu lieu de juin à juillet 2012. De même, la Dresse K.\_\_\_\_\_ a mentionné une situation parfaitement stationnaire depuis le début de l'année 2012 dans ses rapports des 20 septembre 2012 et 19 octobre 2012.

Dès lors, force est de souligner qu'aucune appréciation médicale postérieure au séjour effectué à la Clinique D.\_\_\_\_\_ ne relate d'élément en faveur d'une aggravation de la situation de l'assurée consécutive audit séjour.

Les pièces médicales, versées par la recourante au stade de la présente procédure, ne permettent pas une conclusion différente, le Dr T.\_\_\_\_\_ s'étant limité à envisager de possibles approches thérapeutiques sans discuter les appréciations antérieures de ses confrères et sans préciser quels documents médicaux lui avaient permis de se forger une opinion sur le cas de l'assurée.

Quant aux constats objectifs communiqués le 20 février 2014 par la Centre P.\_\_\_\_\_, de toute façon largement postérieurs à la décision sur opposition litigieuse, ils corroborent tout au plus l'appréciation d'une situation parfaitement figée, telle que décrite par le Dr V.\_\_\_\_\_ et les médecins de la Clinique D.\_\_\_\_\_ ; ils ne remettent pas en cause, voire ne discutent pas, les appréciations de ces derniers. Ils ne retiennent pas non plus le diagnostic de maladie de Südeck, tout en constatant que les mouvements de la cheville gauche sont d'amplitude normale et non douloureux.

Aussi, en l'absence d'élément concret susceptible de faire douter de l'exhaustivité des examens opérés et d'ébranler les observations convaincantes du Dr V.\_\_\_\_\_, ainsi que les conclusions retenues au sein de la Clinique D.\_\_\_\_\_, l'on ne voit pas à ce stade

qu'une mesure d'instruction complémentaire puisse fournir un éclairage nouveau sur l'état de santé somatique de la recourante.

5.5 L'aspect psychique ou psychologique ne justifie pas davantage d'instruction complémentaire, en particulier sous forme d'expertise, malgré les arguments avancés par la recourante.

Il convient en effet de constater que l'assurée n'a fait état d'aucun suivi spécialisé durable et régulier à la date de la décision sur opposition entreprise en dépit du trouble de l'adaptation avec réaction dépressive, observé au sein de la Clinique D.\_\_\_\_\_ lequel ne requérait toutefois aucun traitement spécifique.

En outre, indépendamment de ces éléments, il serait de toute façon superfétatoire d'investiguer plus avant cette problématique, ainsi qu'il sera exposé infra sous considérant 6.2.

En conséquence, il y a lieu de considérer que le présent litige est en l'état d'être tranché sans mesure d'instruction complémentaire, sur la base notamment des conclusions communiquées sur le plan somatique par le Dr V.\_\_\_\_\_ dans son rapport d'examen final du 7 novembre 2012.

**6.** A ce stade, reste à se prononcer sur le lien de causalité éventuel entre la symptomatologie présentée par la recourante au-delà du 8 novembre 2012 et l'accident du 5 juillet 2011.

6.1 Du point de vue physique, il y a lieu de se référer aux conclusions \_\_\_\_\_ du Dr V.\_\_\_\_\_, lequel a considéré que le statu quo sine vel ante avait été atteint au plus tard le 7 novembre 2012, les séquelles somatiques de l'accident du 5 juillet 2011 devant être considérées comme amendées au plus tard depuis lors.

Un tel résultat concorde d'ailleurs avec les autres avis médicaux versés au dossier de l'intimée, étant rappelé que les spécialistes

consultés par l'assurée n'ont pas prononcé d'incapacité de travail au-delà de la date déterminante pour des raisons somatiques, voire ont considéré que les problèmes de la cheville et du genou n'étaient pas de nature à restreindre la capacité de travail (cf. par exemple rapport du Dr J. \_\_\_\_\_ du 25 mai 2012).

En outre, ainsi qu'il a été souligné au considérant 5.4 ci-dessus, les divergences diagnostiques restent de toute façon sans incidence sur l'issue du présent litige, vu la discrédance entre les douleurs alléguées par l'assurée et les constats cliniques objectifs, relatée tant par la Clinique D. \_\_\_\_\_ et le Dr V. \_\_\_\_\_ que par les spécialistes ayant assumé le suivi de la recourante. Le défaut de substrat organique susceptible d'expliquer la symptomatologie douloureuse, en présence de lésions purement dégénératives, permet sans conteste d'exclure tout lien avec l'événement du 5 juillet 2011.

Il ne fait en effet pas de doute que les problématiques dégénératives observées, telles que la gonarthrose fémoro-patellaire, postulent en défaveur d'une quelconque influence accidentelle dans l'évolution défavorable relatée par la recourante.

Au niveau du genou gauche, il existe en effet incontestablement des lésions dégénératives, soit une dysplasie fémoro-patellaire avec érosions ostéo-sous-chondrales, mises en évidence par l'IRM du 29 novembre 2011 et les examens subséquents, lesquelles sont sans lien avec l'accident du 5 juillet 2011 en dépit de leur exacerbation passagère (cf. à cet égard avis du Dr G. \_\_\_\_\_ du 4 janvier 2012, partagé par le Dr V. \_\_\_\_\_ le 26 janvier 2012).

Quant aux douleurs alléguées au pied gauche, l'on rappellera que l'assurée a fait l'objet d'une intervention antérieure à l'accident incriminé du fait d'une maladie de Morton. Les conséquences douloureuses de cette problématique sont manifestement susceptibles d'expliquer les symptômes décrits par l'assurée, ainsi que l'ont d'ailleurs

relevé les Drs J.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ (cf. rapports de ces praticiens, respectivement datés des 12 septembre 2011 et 4 janvier 2012).

Enfin sur le plan global, l'on ajoutera que le Dr V.\_\_\_\_\_ a expressément observé « les circonférences équivalentes des mollets et des cuisses [parlant] en défaveur d'une sous-utilisation du membre inférieur gauche » (cf. rapport d'examen du 7 novembre 2012).

Force est dès lors de considérer que la CNA a nié à bon droit tout lien de causalité entre les symptômes présentés et l'incident en cause à \_\_\_\_\_ compter \_\_\_\_\_ du 8 novembre 2012, mettant en conséquence légitimement fin à l'allocation de prestations d'assurance.

6.2 Eu égard au registre psychique, l'on réitérera le peu d'éléments permettant de prendre en compte une véritable pathologie in casu, alors que les médecins de la Clinique D.\_\_\_\_\_ n'ont pas jugé nécessaire de mettre en place un traitement spécifique.

Cela étant, il ne fait pas de doute qu'un lien de causalité adéquate entre les symptômes psychiques présentés par la recourante et l'incident du 5 juillet 2011 doit être de toute manière exclu, compte tenu des considérations ci-après.

Procédant à la qualification préalable du degré de gravité de l'accident, l'on peut convenir, à l'instar de l'intimée, que l'accident en cause revêt objectivement un caractère insignifiant et doit être en conséquence qualifié de peu gravité. Ce constat n'est pas remis en cause par la recourante. L'assurée a en effet été victime d'une chute en se tordant la cheville à la montée d'un escalier, ensuite de quoi elle a heurté son genou sur le bord de ce même escalier, sans toutefois tomber au bas de celui-ci, ce qui constitue somme toute un événement relativement banal du quotidien.

Or, ainsi que l'a rappelé le Tribunal fédéral dans une jurisprudence constante, énoncée sous considérant 4.3 plus haut, un lien de causalité adéquate entre des troubles psychiques et un accident de peu de gravité doit être nié d'emblée, qui plus est en l'absence de toutes circonstances particulières entourant l'événement, ce que l'assurée n'allègue d'ailleurs pas.

Dès lors, compte tenu du défaut de lien de causalité adéquate entre les troubles psychologiques relatés et l'accident du 5 juillet 2011, l'examen de la causalité naturelle s'avère parfaitement superflu in casu.

**7.** Vu l'exposé qui précède, l'intimée était fondée à considérer que le statu quo sine vel ante a été atteint au plus tard le 8 novembre 2012 et, partant, à refuser de prendre en charge les conséquences financières des troubles présentés par la recourante au-delà de cette date.

Le recours, en tous points mal fondé, doit dès lors être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

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

7.2 Par ailleurs, la recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens. Quoique l'intimée obtienne en revanche gain de cause, elle ne saurait prétendre des dépens de la part du recourant. En effet, selon la jurisprudence, l'assureur social qui obtient gain de cause devant une juridiction de première instance n'a pas droit à des dépens, sous réserve du cas où le demandeur a agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (cf. art. 61 let. g LPGA ; ATF 126 V 143 consid. 4), ce qui n'est pas réalisé en l'espèce.

En outre, la CNA, en sa qualité d'assureur social, dispose d'un service juridique interne susceptible de la représenter dans l'accomplissement de ses tâches de droit public (cf. ATF 134 V 340).



**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision sur opposition, rendue le 30 janvier 2013 par la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents, est confirmée.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Monique Gisel, à Le Mont (pour U. \_\_\_\_\_),
- Me Didier Elsig, à Lausanne (pour la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique, à Berne.

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

La greffière :