

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 février 2016

Composition : M. DÉPRAZ, président
Mmes Thalmann, juge, et Moyard, assesseure
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Me Philippe Chaulmontet,
avocat, à Lausanne,

et

VAUDOISE GÉNÉRALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, à Lausanne,
intimée.

Art. 4 LPGA ; art. 6 LAA ; art. 9 al. 2 OLAA.

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1994, a poursuivi un apprentissage d'assistante en pharmacie dès juillet 2010 auprès de la Pharmacie C. _____ Sàrl.

Elle était assurée à ce titre contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles par la Vaudoise Générale Compagnie d'Assurances SA (ci-après : la Vaudoise ou l'intimée).

B. En date du 26 janvier 2011, elle s'est blessée au genou droit en rangeant des médicaments sur son lieu de travail.

Cet événement a été annoncé à la Vaudoise par déclaration de sinistre du 31 janvier 2011, cosignée par l'assurée et son employeur. Il était précisé que l'assurée avait été victime d'une « chute en rangeant la commande de médicaments dans le local de réception des commandes », ce qui avait entraîné des « déchirures ligamentaires » du genou traitées au sein de la Policlinique D. _____.

Le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie auprès de ladite clinique, a complété un rapport médical initial à l'adresse de la Vaudoise le 20 avril 2011, diagnostiquant une « luxation externe de la rotule droite ». Il a prescrit un traitement anti-inflammatoire, la pose d'une attelle, puis des séances de physiothérapie, ainsi que prononcé une incapacité totale de _____ travail _____ du 27 janvier 2011 au 13 mars 2011, ramenée à 50% dès le 14 mars 2011 et à 33% du 28 mars 2011 au 4 avril 2011.

La Vaudoise a servi ses prestations des suites de l'événement du 26 janvier 2011, en assumant le paiement d'indemnités journalières et le

remboursement des frais de traitement, lequel a pris fin en juin 2011 (cf. communications de la Vaudoise du 11 août 2011).

C. Au mois d'octobre 2014, l'assurée a annoncé une « rechute » de l'événement du 26 janvier 2011 et précisé, par réponses du 19 octobre 2014 à un questionnaire de la Vaudoise, avoir toujours « eu des douleurs » depuis son accident, celles-ci étant devenues « insupportables » à partir du 29 octobre [recte : septembre] 2014 « dans la partie intérieure du genou droit ». Elles se manifestaient durant la journée par un « blocage du mouvement du genou » et une boiterie. Elle a signalé ne pas avoir subi de nouvel accident et poursuivre un traitement anti-inflammatoire, ainsi que des séances de physiothérapie.

Dans l'intervalle, soit à compter du 8 octobre 2014, l'assurée a consulté le Dr F._____, lequel a attesté une incapacité de travail totale du 13 octobre 2014 au 28 octobre 2014, puis partielle à hauteur de 50% du 29 octobre 2014 au 9 novembre 2014, réduite à 30% dès le 10 novembre 2014.

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) réalisée le 16 octobre 2014 par la Dresse M._____, spécialiste en radiologie au sein de la Clinique G._____, n'a mis en évidence aucune anomalie majeure du genou droit.

Sur recommandation du Dr F._____, l'assurée s'est rendue à la consultation du Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui a rendu un rapport le 27 janvier 2015. Il a fait état des éléments suivants :

« [...] Le genou droit est calme, sec, librement mobile sans signes méniscaux, ni laxité antéro-postérieure ou latérale. Présence en revanche d'une translation externe augmentée de la rotule avec un test d'appréhension positif.
[...] La patiente présente donc une instabilité de rotule dans un contexte d'instabilité globale des membres inférieurs sur un pied pronateur dans un contexte d'hallux valgus. [...] »

Elle a subséquemment consulté le Dr K._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation au sein de la Clinique J._____. Ce

dernier a établi un rapport à l'attention de la Vaudoise le 18 février 2015, libellé en ces termes :

« [...] Concernant le **genou droit**, je note une lame d'épanchement intra-articulaire, une hyper-mobilité rotulienne (bilatérale mais prédominante à droite), avec un test d'appréhension positif. Il n'y a pas de laxité frontale, ni sagittale du genou. La flexion-extension est à 150°-0-10°. Il y a une douleur à la palpation en regard de la facette rotulienne interne, ainsi qu'un discret trouble proprioceptif et une insuffisance de stabilisation du bassin. Les tests méniscaux sont non contributifs, il n'y a pas de raccourcissement des chaînes musculaires antérieures et postérieures, et je ne note pas de trouble vasculaire.

Au final, la patiente présente une instabilité rotulienne droite, dans un contexte de troubles statiques et de status post-luxation rotulienne en 2011. Ce traumatisme a probablement péjoré une hypermobilité rotulienne préexistante. [...] Sur le plan thérapeutique, j'ai proposé à la patiente de mettre en place des supports plantaires dans le but de corriger le trouble statique des membres inférieurs, et d'augmenter ainsi la stabilisation rotulienne. Dès que ces supports plantaires seront en place, nous pourrions alors reprendre un traitement de physiothérapie active. Si cette prise en charge ne devait pas être suffisante, il conviendrait alors de discuter d'une éventuelle intervention chirurgicale de stabilisation rotulienne. [...] »

L'assurée s'est entretenue avec un collaborateur de la Vaudoise le 16 mars 2015, exposant notamment comme suit les circonstances de l'événement du 26 janvier 2011 :

« [...] Le 26 janvier 2011 en travaillant à la Pharmacie C. _____ Sàrl, en rangeant la commande en position debout, je me suis « sorti » le genou droit en étant sans doute déséquilibrée, mais je ne pourrais plus trop vous dire comment. Il n'y a pas eu de chute avant la douleur ; j'ai ressenti une vive douleur lorsque le genou est sorti, et je me suis mise assise par terre un moment. La pharmacienne et une collègue sont venues m'aider à me relever. J'ai consulté le médecin et ai arrêté de travailler selon les certificats en votre possession. Depuis 2011, j'ai eu régulièrement des douleurs supportables dans le genou, surtout en marchant (blocage). Au mois d'octobre 2014, sans événement particulier, ce genou a de nouveau été l'objet de douleurs de plus en plus fortes, m'obligeant à reconsulter le médecin. Il m'a prescrit de la physiothérapie et des semelles à mettre dans les chaussures. Actuellement, il n'y a pas d'amélioration, mon genou me fait toujours régulièrement mal avec des épisodes de blocage, au moins une fois par semaine. Mon incapacité de travail est de 30% car le genou devient douloureux (si je travaille en position debout) déjà après une heure de temps. A part le travail, je ne fais pas de sport. Je précise que les douleurs sont assez importantes, à l'intérieur du genou avec un léger

gonflement. Je prends des anti-inflammatoires. [...] Je pense qu'il y a eu mauvaise compréhension avec les employeurs, car je n'ai pas parlé de chute. [...] »

Le collaborateur précité a pour sa part consigné les éléments ci-dessous dans une note rédigée le même jour :

« L'assurée me dit être surprise de voir qu'il a été noté « chute » dans les déclarations. Elle pense que cela est dû au fait que les personnes venues l'aider (dont la pharmacienne) l'ont trouvée assise par terre après que son genou soit « sorti ». Par contre, elle n'arrive pas à expliquer clairement le déroulement de l'événement... Elle rangeait des médicaments qui venaient d'être livrés, se tournant et se penchant, voire s'agenouillant parfois, mais elle a senti son genou sortir d'un coup dans une grande douleur, sans pouvoir préciser ce qui a pu se passer pour que cela arrive... [...] »

D. Par décision du 27 mars 2015, la Vaudoise a refusé d'assumer les conséquences financières de la « rechute » annoncée en octobre 2014, considérant que l'événement du 26 janvier 2011 ne constituait pas un cas d'accident, en l'absence de tout facteur extérieur extraordinaire. La lésion du genou droit n'était au surplus pas assimilable à un accident, de sorte que la prise en charge du cas en janvier 2011 s'avérait erronée. La Vaudoise a renoncé à reconsidérer ses communications antérieures, mais décliné toutes nouvelles prestations des suites de l'événement du 26 janvier 2011.

L'assurée s'est opposée à cette décision par correspondance datée du 21 janvier [recte : avril] 2015, soulignant que la luxation de sa rotule droite avait été causée sur son lieu de travail en raison d'une « glissade sur un couvercle de bac de commande ». Elle a en conséquence sollicité l'annulation de la décision du 27 mars 2015 et le versement des prestations de l'assurance-accidents depuis octobre 2014.

La Vaudoise a rendu sa décision sur opposition le 13 mai 2015, rejetant les arguments de l'assurée et confirmant sa décision du 27 mars 2015. Elle a réitéré qu'aucun facteur extérieur extraordinaire n'avait concouru à l'événement du

26 janvier 2011, ce qui excluait la réalisation de la notion d'accident. Elle a derechef nié que la luxation de la rotule subie par l'assurée fût une lésion assimilée à un accident, précisément en l'absence de facteur extérieur d'une importance significative ou présentant un risque spécial de lésion. Elle a également relevé que cette lésion ne ressortait pas davantage à une maladie professionnelle.

E. L'assurée, représentée par Me Philippe Chaulmontet, a déféré la décision sur opposition du 13 mai 2015 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 11 juin 2015, concluant à son annulation et à la prise en charge par la Vaudoise de l'ensemble des conséquences de l'événement du 26 janvier 2011. Elle a exposé une nouvelle fois avoir « glissé sur le couvercle d'un conteneur de médicaments » et « perdu l'équilibre » sur son lieu de travail, ce qui était propre à interrompre le mouvement naturel du corps et constituait un facteur extérieur extraordinaire. Si le caractère extraordinaire venait à être exclu, il n'en demeurerait pas moins que l'atteinte à la santé résultant de l'événement du 26 janvier 2011 devrait être considérée comme une lésion assimilable à un accident. En dépit d'une certaine confusion quant au déroulement précis des faits, les conditions mises à la reconnaissance d'un accident, respectivement d'une lésion assimilée à un accident s'avérant à son sens réalisées, l'assurée a déduit que la Vaudoise devait servir ses prestations pour la totalité des suites de l'événement incriminé.

Par requête préalable du 3 juin 2015, complétée les 12 et 24 juin 2015, la recourante a sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire, laquelle lui a été accordée par décision du juge instructeur du 18 août 2015 avec effet dès le 11 juin 2015, en ce sens qu'elle a été exonérée de frais judiciaires et que Me Philippe Chaulmontet a été désigné en tant qu'avocat commis d'office.

L'intimée a produit sa réponse au recours le 16 juillet 2015, en proposant le rejet et renvoyant aux développements contenus dans la décision sur opposition litigieuse.

La recourante a répliqué le 23 septembre 2015, proposant l'audition d'un témoin indirect de la « glissade à l'origine de la luxation de son genou » et la mise en place d'une expertise destinée à démontrer que l'atteinte subie à ce genou ne pouvait que résulter d'un événement traumatique particulier, ainsi que l'avait observé son médecin traitant.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale 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).

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

c) Le recours a été interjeté devant le tribunal compétent en temps utile par l'assurée qui a qualité pour agir (cf. art. 59 LPGA). Il respecte en outre les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

Les différents aspects de la motivation d'une décision font partie de l'objet du litige sur lequel le juge peut être appelé à se prononcer, quand bien même ils ne seraient pas formellement contestés, pour autant que cette motivation concerne l'un des rapports juridiques tranchés dans le dispositif de la décision et contestés par le recourant. Le tribunal ne se prononce toutefois sur les éléments qui forment l'objet du litige, mais qui n'ont pas été contestés, que s'il a des motifs suffisants de le faire en raison des allégations des parties ou d'autres indices ressortant du dossier (ATF 125 V 413 cité et 110 V 48 consid. 4a in fine ; Meyer/von Zwehl, op. cit., p. 443 ss.).

b) Est en l'espèce litigieuse la qualification de l'événement du 26 janvier 2011, soit la question de savoir s'il réunit les conditions posées à l'art. 4 LPGA pour être considéré comme un accident.

Singulièrement, il y a lieu de déterminer si un facteur extérieur extraordinaire peut être admis après analyse du déroulement de l'événement incriminé.

La recourante soutient pour sa part avoir été déséquilibrée avant de ressentir le lâchage de son genou, expliquant subséquemment avoir glissé sur le couvercle d'un bac de commandes. L'événement en cause devait donc être considéré comme un accident, tandis que la lésion de son genou constituerait à son sens de toute façon une lésion assimilable à un accident.

Quant à l'intimée, elle retient des propos tenus par l'assurée le 16 mars 2015 au cours d'un entretien avec un de ses collaborateurs qu'il ne se serait strictement rien passé de particulier de nature à justifier la luxation de la rotule diagnostiquée en janvier 2011. La Vaudoise a en conséquence nié aussi bien la réalisation d'un cas d'accident au sens de l'art. 4 LPGA que l'applicabilité éventuelle de l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), en l'absence de tout facteur extérieur qui serait survenu dans le déroulement de l'incident du 26 janvier 2011.

Le droit aux prestations de l'assurance-accidents est au surplus querellé uniquement à compter du mois d'octobre 2014 dans la mesure où l'intimée a expressément renoncé à reconsidérer sa prise en charge antérieure des suites immédiates de l'événement en cause. Le bien-fondé de la prise en charge du cas par la Vaudoise en 2011, soit le versement d'indemnités journalières et le paiement des frais de traitement, ne constitue dès lors pas l'objet de la présente contestation.

3. Préalablement, on rappellera que dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires

de la loi, 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a ; TF 8C_513/2011 du 22 mai 2012 consid. 5.1).

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).

Enfin, de jurisprudence constante, il convient, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, d'accorder la préférence à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a et références citées ; RAMA 2004 n° U 515 p. 420 consid. 1.2 ; VSI 2000 p. 201 consid. 2d).

En l'espèce, la recourante a proposé l'audition d'une ancienne collègue, témoin indirect de l'incident du 26 janvier 2011, ainsi que la

mise en œuvre d'une expertise destinée à déterminer l'origine éventuellement traumatique de la symptomatologie l'affectant à nouveau depuis octobre 2014.

Cela étant, s'agissant de cette dernière mesure, elle apparaît superflue dans le contexte d'un examen limité à la qualification de l'événement incriminé, tandis que l'audition d'un témoin indirect - n'ayant donc pas assisté à cet incident - ne permettrait vraisemblablement pas d'apporter un éclairage pertinent par rapport aux déclarations de la recourante.

Une appréciation anticipée des preuves justifie en conséquence d'écarter les mesures d'instruction requises par la recourante.

4. Doit en premier lieu être déterminé si l'événement du 26 janvier 2011 remplit les conditions mises à la reconnaissance d'un accident.

a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA).

Par accident, on entend 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).

Selon la jurisprudence, la notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur à l'atteinte et enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident

(ATF 129 V 402 consid. 2.1 et les références ; 122 V 230 consid. 1 ; TF [Tribunal fédéral] 8C_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1).

b) Le facteur doit être extérieur en ce sens qu'il doit s'agir d'une cause externe et non interne au corps humain (cf. Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, [SBVR] vol. XIV, 2^{ème} éd., Bâle/Genève/Munich 2007, p. 859 n° 66 ; ATF 139 V 327 consid. 3.3.1).

c) Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, le cas échéant, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 134 V 72 consid. 4.3.1, ainsi que la référence citée ; TF 8C_292/2014 du 18 août 2014 consid. 5.1).

Pour les mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de « mouvement non coordonné », à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de s'encoupler, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute ; le facteur extérieur - modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (Frésard/Moser-Szeless, op.cit., p. 861 ss, n° 74 ; ATF 134 V 72 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2 ; TF 8C_194/2015 du 11 août 2015 consid. 3)

Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des

circonstances particulièrement évidentes (RAMA 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b et les références).

Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, on ajoutera que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance (TF 8C_184/2012 du 21 février 2013 consid. 4).

4. a) In casu, eu égard aux conditions posées par l'art. 4 LPGA, l'intimée ne conteste pas la survenance d'une atteinte à la santé dommageable, ni son caractère involontaire, pas plus que son caractère soudain.

En revanche, elle a retenu l'absence de tout facteur extérieur extraordinaire pour dénier la qualification d'accident à l'événement survenu le 26 janvier 2011. Ce faisant, elle s'est exclusivement fondée sur les déclarations de la recourante, telle que consignées le 16 mars 2015 par son inspecteur de sinistres, relevant dans la décision sur opposition entreprise qu'il ne se serait « absolument rien produit de particulier le 26 janvier 2011, ni choc, ni chute, ni glissade », soit « pas le moindre facteur déclenchant déterminé ».

b) S'agissant précisément de la condition querellée du facteur extérieur extraordinaire concourant à l'événement du 26 janvier 2011, il faut certes convenir avec l'intimée que la description des faits correspondants communiquée par l'assurée est peu claire, voire fluctuante.

La déclaration d'accidents initiale, datée du 31 janvier 2011, mentionne en effet une chute, alors que l'assurée a expressément nié être tombée dans ses explications ultérieures, soit en particulier celles communiquées le 16 mars 2015.

Cela étant, quoi qu'en dise l'intimée, la version des faits relatée le 16 mars 2015, n'apparaît – au degré de la vraisemblance prépondérante – nullement incompatible avec la survenance d'un facteur extérieur interrompant le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel, au sens entendu par la jurisprudence rappelée supra sous considérant 3c.

Le rapport d'entretien du 16 mars 2015 fait à ce sujet sans équivoque état d'un probable déséquilibre, quand bien même la recourante a indiqué ne plus se souvenir précisément du contexte corrélatif. Elle a néanmoins exposé ultérieurement, tant dans son acte d'opposition que dans ses écritures à la Cour de céans, avoir « glissé sur le couvercle d'un bac de médicaments ». Si ces déclarations peuvent être sujettes à caution au regard de la jurisprudence rendue en lien avec des versions divergentes d'un même état de fait (cf. considérant 3d supra), il n'en demeure pas moins qu'elles concordent avec la notion d'un déséquilibre susceptible d'avoir causé la luxation de la rotule observée auprès de la recourante. Au surplus, l'événement décrit, soit une « glissade », peut avoir été perçu comme une « chute » telle que mentionnée dans la déclaration de sinistre initiale du 31 janvier 2011.

Compte tenu de ces éléments, ainsi que de la présomption de vraisemblance attachée aux propos de l'assurée dans l'examen de la survenance d'un facteur extérieur, il y a lieu de retenir que la recourante a très probablement été déséquilibrée en manipulant des médicaments le 26 janvier 2011, soit en glissant ou en s'encoublant sur le couvercle d'un bac de commandes.

Un tel « mouvement non coordonné » implique au demeurant la reconnaissance de la survenance d'un facteur extérieur extraordinaire au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral sur cette question.

c) En conséquence, contrairement à ce que soutient l'intimée, vu la réalisation de l'ensemble des conditions mises à la reconnaissance

d'un cas d'accident au sens de l'art. 4 LPGA, l'événement du 26 janvier 2011 doit être considéré comme tel.

5. Il convient en second lieu d'examiner les arguments de la recourante en lien avec la présence d'une lésion assimilable à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA. Cette dernière soutient que cette disposition s'applique à la luxation de son genou équivalant à son avis à un déboîtement d'articulation et entraîne ipso facto la prise en charge de l'ensemble des conséquences financières résultant de l'événement du 26 janvier 2011.

a) A teneur de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, selon lequel certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes :

- let. a. les fractures ;
- let. b. les déboîtements d'articulations ;
- let. c. les déchirures du ménisque ;
- let. d. les déchirures de muscles ;
- let. e. les élongations de muscles ;
- let. f. les déchirures de tendons ;
- let. g. les lésions de ligaments ;
- let. h. les lésions du tympan.

b) La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2

OLAA – dont la liste est exhaustive (ATF 123 V 43 consid. 2b) – sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; 129 V 466 et 123 V 43 consid. 2b).

c) La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPGA). En particulier, en l'absence d'une cause extérieure – soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance –, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (ATF 129 V 466 ; TFA U 96/05 du 20 mai 2006 consid. 2.2).

d) Dans le cas particulier, on peut certes concéder que la luxation de la rotule droite diagnostiquée auprès de la recourante s'apparente a priori au déboîtement d'une articulation au sens de l'art. 9 al. 2 let. b OLAA.

Quand bien même la survenance d'un facteur extérieur concourant à l'événement incriminé a été admise (cf. considérant 4 supra), cet élément n'est pas à lui seul suffisant pour imposer à la Vaudoise de prendre en charge les prestations engendrées par la symptomatologie affectant la recourante depuis octobre 2014.

En l'état actuel du dossier, ainsi qu'il sera exposé infra au considérant 6, il n'est en effet pas possible de se prononcer sur les autres conditions mises à l'obligation de prester de l'assurance-accidents, contrairement à la conclusion en ce sens prise par la recourante.

6. a) A teneur de l'art. 11, première phrase, OLAA, les prestations d'assurance sont versées en cas de rechutes et de séquelles tardives. Dans ces hypothèses, l'assuré peut donc à nouveau prétendre à la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, au paiement d'indemnités journalières.

b) Selon la jurisprudence, il y a rechute ou séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé est guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les arrêt cités ; TF 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009 consid. 5.3).

Les rechutes et les séquelles tardives se rattachent par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références ; RAMA 1994 n°U 206 p. 327 consid. 2). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident.

c) In casu, on ignore si les troubles présentés par l'assurée à compter d'octobre 2014 sont effectivement en lien de causalité avec l'événement du 26 janvier 2011 et s'ils peuvent être qualifiés de rechute au sens entendu par l'art. 11, première phrase, OLAA.

Aucun des médecins spécialistes consultés par l'assurée ne s'est clairement prononcé à cet égard. Alors même qu'un traumatisme a été pris en compte pour expliquer - à tout le moins partiellement - la

péjoration des troubles affectant l'assurée, il n'en demeure pas moins qu'une instabilité ou hypermobilité rotulienne, ainsi que des troubles statiques ont été relevés dans le contexte d'une instabilité globale des membres inférieurs (cf. rapports des Drs H._____ et K._____, datés respectivement des 27 janvier 2015 et 18 février 2015). En outre, on rappellera que les rapports d'IRM du 16 octobre 2014 n'ont mis en évidence aucune anomalie majeure du genou droit de l'assurée.

Contrairement au raisonnement soutenu par la recourante, on ne saurait déduire à ce stade que la Vaudoise serait dans l'obligation de fournir ses prestations dès octobre 2014 au seul motif de l'allégation de douleurs du genou droit, ce même si la luxation de la rotule diagnostiquée des suites de l'événement du 26 janvier 2011 devait être assimilée à un déboîtement d'articulation.

Le dossier n'étant pas suffisamment instruit sur l'ensemble des conditions du droit aux prestations, singulièrement sur les conditions imposées par l'art. 11, première phrase, OLAA, il s'impose de renvoyer la cause à l'intimée pour en compléter l'instruction, en tenant compte du caractère accidentel reconnu à l'incident du 26 janvier 2011, avant de statuer sur son éventuelle obligation de prester.

7. En définitive, le recours peut être admis et la décision sur opposition litigieuse annulée, sous suite de reconnaissance du caractère accidentel de l'événement du 26 janvier 2011 au sens de l'art. 4 LPGGA.

La cause est au surplus renvoyée à la Vaudoise pour statuer sur les autres conditions du droit à la prise en charge des prestations revendiquées dès octobre 2014.

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

b) Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés in casu à 2'000 fr.
(art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

Cette indemnité permet de couvrir les honoraires de l'avocat d'office désigné aux termes de la décision du 18 août 2015, compte tenu de la nature et de la complexité du litige, de sorte qu'il apparaît superflu de fixer précisément la rémunération de Me Chaulmontet au titre de l'assistance judiciaire.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 13 mai 2015 par la Vaudoise Générale Compagnie d'Assurances SA est annulée, la cause lui étant renvoyée pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

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

- IV. La Vaudoise Générale Compagnie d'Assurances SA versera à la recourante une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Philippe Chaulmontet, à Lausanne (pour B. _____),
- Vaudoise Générale Compagnie d'Assurances SA, à Lausanne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne.

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

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :