

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 juillet 2012

Présidence de M. JOMINI
Juges : Mme Magnin, juge suppléante et M. Perdrix, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

L._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

SWICA ASSURANCES SA, à Lausanne, intimée.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après: l'assurée), née le 25 août 1974, a été victime d'un accident professionnel le 19 juin 2008 dans le restaurant B._____ à Genève, où elle était serveuse depuis le 1^{er} janvier 2008. Elle était assurée obligatoirement contre les accidents professionnels et les accidents non professionnels auprès de Swica Assurances SA (ci-après: Swica; l'assurance) par le contrat du 26 novembre 2007 conclu avec son employeur.

Selon la déclaration LAA établie le 23 juin 2008, c'est en portant une caisse de bouteilles vides du bar que l'assurée a glissé dans les escaliers menant à la cave. Elle s'est plainte de douleurs lombaires, de l'épaule gauche, des cervicales et, au niveau de la jambe, principalement du genou gauche.

Selon le rapport médical initial LAA du 25 juin 2008, le Dr H._____, médecin traitant de l'assurée, a posé le diagnostic d'un polytraumatisme avec traumatisme crânio-cérébral (contusion) et a proposé un CT-scan.

Un CT-scan cérébral a été effectué le 1^{er} juillet 2008 par le Dr T._____ dont la conclusion fut « CT cérébral dans les limites de la norme. Pas de lésion décelée ».

Une IRM du genou gauche a été pratiquée le 7 juillet 2008. Le Dr M._____ du Centre d'imagerie Q._____ à Lausanne a conclu à:

- une déchirure horizontale de la corne postérieure du ménisque interne,
- une lésion mucoïde de grade II des cornes antérieure et postérieure du ménisque externe,
- une chondropathie rotulienne de grade II à III. Plica synoviale.

Dans sa réponse du 3 septembre 2008 au questionnaire de Swica, le Dr H. _____ a indiqué une « cécité fugace » comme autre symptôme consécutif à l'accident. Il a adressé l'assurée au Dr G. _____, médecin-adjoint à l'unité de neuro-ophtalmologie de l'Hôpital ophtalmique X. _____. Ce dernier a indiqué, dans son rapport du 15 octobre 2008, que « le status neuro-ophtalmologique de Mme L. _____ est absolument normal. Il n'existe aucune dysfonction des voies visuelles ni des voies oculomotrices. Les épisodes récidivants d'amaurose totale transitoire bilatérale font évoquer une atteinte vasculaire postérieure ». Il a préconisé une IRM cérébrale.

L'IRM cérébrale a été pratiquée le 5 novembre 2008. Le Dr N. _____, spécialiste en radiologie, a conclu à une IRM cérébrale « dans les limites de la norme pour l'âge ».

Se basant sur son appréciation médicale du 23 décembre 2008, le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique mandaté par Swica, a relaté dans son rapport du 3 janvier 2009 les propos de l'assurée selon lesquels elle avait été retrouvée sans connaissance au pied de l'escalier, la perte de connaissance ayant duré quelques minutes. L'intéressée a déclaré avoir constaté « une perte totale de sa vision dès sa reprise de conscience, ceci durant environ une minute, puis ensuite elle a recouvré la vue, ce de façon subite et complète ». Ces épisodes de perte de vision seraient survenus dans les proches suites de l'accident environ cinq à sept fois par jour sans prodromes, durant une à deux minutes au terme desquelles la vision se rétablissait de manière subite. Le Dr C. _____ a encore précisé ce qui suit à ce sujet: « actuellement, ils [les épisodes de perte de vision, réd.] sont moins fréquents et surviennent surtout lors d'épisodes d'énervement, principalement provoqués dans le cadre familial avec les six enfants dont elle a la charge (trois enfants d'elle et trois neveux dont les parents sont décédés. [...]) » L'assurée a en outre décrit des troubles psychiques et somatiques, les plaintes somatiques concernant uniquement le genou gauche. Au status, le genou gauche ne présentait ni épanchement, ni laxité. L'interligne interne était très sensible à la palpation, le « test d'Appley +++ et la flexion-extension 120/10/0°, un

Smillie ++ sur les 2 versants de la rotule, des 2 côtés. Discrète limitation de la rotation cervicale gauche. Hypoesthésie non systématisée du membre inférieur gauche sans signes radiculaires par ailleurs ».

Le Dr C. _____ a posé les diagnostics suivants:

- traumatisme crânio-cérébral et perte de connaissance brève,
- trauma du genou gauche et lésion méniscale interne à l'IRM,
- contusions diverses,
- épisodes récurrents d'amaurose transitoire totale bilatérale d'origine à ce jour indéterminée.

Le Dr C. _____ a corrélié les troubles subjectifs et l'image IRM évocatrice d'une lésion méniscale interne et a préconisé qu'il était « urgent de procéder à une arthroscopie du genou gauche ». Pour les troubles visuels, « les diverses investigations conduites (CT cérébral du 7 juillet 2008 et IRM cérébrale avec injection de gadolinium du 5 novembre 2008) n'ont pas permis d'en expliquer l'origine. Les plaintes de la patiente restent néanmoins pleinement crédibles et il me paraît impératif de poursuivre les consultations d'ophtalmologie [...] ».

Sur la question de la causalité naturelle, il s'est exprimé en ces termes:

« L'accident du 19 juin 2008 représente un traumatisme important. [...]. On peut donc considérer que la relation de causalité, sous réserve de la confirmation du diagnostic de lésion méniscale à l'intervention, est pleinement établie entre l'accident du 19 juin et les troubles actuels. En l'absence de confirmation, il y aura lieu de verser les troubles au dossier maladie de la patiente en considérant que les douleurs sont imputables à la chondropathie fémoro-patellaire et qu'une lésion traumatique mineure peut être considérée comme guérie après 6 mois d'évolution ».

Quant à la capacité de travail de l'assurée, il a proposé une reprise du travail à 50% environ un mois après l'arthroscopie afin d' « apprécier la tolérance de la patiente à une activité telle que celle qu'elle exerçait auparavant ».

Une arthroscopie du genou gauche a été réalisée le 26 janvier 2009 par le Dr C._____. Dans son appréciation médicale y relative du 2 février 2009, il a indiqué ce qui suit:

« [...] absence de lésion méniscale interne telle que décrite dans le rapport d'IRM du 7 juillet 2008. Cet examen n'a mis en évidence qu'une volumineuse plica synoviale supra-patellaire interne qui a été réséquée par voie arthroscopique; une telle plica correspond à un reliquat d'origine embryologique, fréquent, parfois symptomatique mais en tout état de cause sans relation avec l'accident. [...]. En résumé, l'arthroscopie de Mme L._____ n'a pas permis de mettre en évidence de lésion macroscopiquement visible permettant d'expliquer les douleurs dont elle se plaint; on ne peut exclure une hypothétique chondropathie (« sensibilité » du cartilage de la face postérieure de la rotule) fémoro-patellaire post-traumatique pour laquelle aucun traitement spécifique ne s'impose [...] et dont on sait qu'elle guérit avec le temps, parfois au terme de quelques années, sans être réellement invalidante. Mme L._____ ne présente actuellement pas de lésion objectivable au niveau du genou gauche qui permette d'établir un lien de causalité entre l'accident du 19 juin 2008 et les plaintes qu'elle formule. Sur le plan strictement orthopédique, les prestations de la Swica ne sont à mon avis plus justifiées en rapport avec l'accident mentionné. Une reprise du travail devrait être tentée dans les plus brefs délais, au plus tard à mi-février, délai moyen de la récupération après arthroscopie du genou ».

Mandaté par Swica, le Dr G._____ lui a remis son rapport daté du 11 mars 2009. Il a conclu que « le status neuro-ophtalmologique de Mme L._____ est normal [...]. La symptomatologie de cette patiente est compatible avec des phénomènes vasospastiques. [...]. Sur un plan strictement neuro-ophtalmique, les épisodes d'amaurose transitoire de cette patiente pourraient être compatibles avec une incapacité totale de travail (par exemple si elle était obligée de conduire un véhicule durant son travail) mais pourrait être aussi compatible avec un emploi à 100% (pas de travail sur une échelle ou sur un échafaudage, pas d'interaction avec le trafic routier etc.) ».

B. Selon le rapport dressé le 4 février 2008 (recte: 2009) par le gestionnaire de soins de Swica, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'Office AI) le 23 janvier 2009.

A la demande de Swica, l'Office AI lui a transmis le 30 mars 2009 le rapport sur formulaire AI du Dr H. _____ du 16 février 2009. Succédant au Dr P. _____ en qualité de médecin traitant depuis 2001, le Dr H. _____ a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de cécité fugace et d'arthropathie du genou gauche, existant depuis le 19 juin 2008. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu une cardiopathie dilatée, de l'asthme ainsi qu'une algoneurodystrophie. Il a rappelé que l'assurée avait chuté dans un escalier, ce qui avait provoqué des contusions, notamment de nature céphalique, ainsi qu'une perte de conscience de quelques minutes. Il a relevé une douleur du genou ainsi qu'une cécité paroxystique, ce qui l'a conduit à réserver son pronostic, compte tenu de la personnalité pathologique (borderline) ainsi que des multiples problèmes de santé. Il a enfin estimé que l'incapacité de travail était totale, relevant notamment une capacité de concentration limitée depuis l'accident, en raison d'une éventuelle anxiété ou dépression depuis l'accident.

Dans le dossier AI figurent également les pièces suivantes:

- une lettre des Drs F. _____ et W. _____ du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation de l'Hôpital K. _____ adressée le 5 janvier 1997 (recte: 1998) au Dr P. _____, ancien médecin traitant de l'assurée. Il en ressort notamment ce qui suit:

L'assurée a séjourné dans ce service du 3 au 24 décembre 1997.

DIAGNOSTICS:

- algoneurodystrophie parcellaire du membre inférieur gauche,
- troubles somatoformes douloureux,
- personnalité borderline.

RAPPEL ANAMNESTIQUE: l'assurée présente des douleurs mixtes du pied gauche depuis 1996. Une algoneurodystrophie est évoquée à la

scintigraphie osseuse de novembre 1996. Une nouvelle scintigraphie effectuée le 18 novembre 1997 montre des images en phase vasculaire et de captation osseuse compatible avec une algodystrophie du pied gauche. A l'entrée, la patiente se plaint d'une douleur lombaire basse du côté gauche, irradiant à la face postérieure de la cuisse puis de façon distale jusqu'au deuxième orteil.

STATUS A L'ENTREE: patiente en bon état général n'arrivant pas à fléchir les orteils du côté gauche suite aux douleurs; décharge l'avant-pied en station debout et ne déroule pas le pas.

RADIOGRAPHIE DES PIEDS: intégrité de la morphologie des articulations ainsi que de la structure osseuse hormis la présence d'un os tibial externe fusionné des deux côtés. Il n'y a pas de signe d'algodystrophie ni d'enthésophyte.

DISCUSSION ET EVOLUTION: nous n'avons pas de signe manifeste pour une algoneurodystrophie au stade aigu ou séquellaire. Nous n'avons pas d'argument pour une fracture lente ou un syndrome du canal tarsien. En conclusion, il existe une discordance entre l'examen clinique et la scintigraphie osseuse du 18 novembre 1997. Si algoneurodystrophie il y a, celle-ci n'est que très parcellaire et n'explique qu'en partie l'incapacité de la patiente. Les plaintes de Mme L. _____ sont à intégrer dans un tableau complexe. Cette patiente présente vraisemblablement une personnalité de type borderline antérieure à l'apparition des symptômes. La situation est actuellement décompensée faisant suite à un important conflit conjugal. Les douleurs décrites par Madame L. _____ pourraient être une façon d'exprimer son incapacité à assumer la situation actuelle.

- un rapport des Drs S. _____ et D. _____ de la Policlinique R. _____ du 9 juin 2000, dont on extrait ce qui suit:

L'assurée a été hospitalisée du 15 au 18 mai 2000.

MOTIF D'ADMISSION: hématurie microscopique de longue date, syndrome inflammatoire avec vitesse de sédimentation entre 20 et 50 mm/heure, des arthralgies variées et fluctuantes, douleurs costales gauches et hémicorps gauche et une fatigue de longue date.

DISCUSSION ET EVOLUTION: l'examen clinique actuel n'apporte pas d'éléments nouveaux susceptibles d'expliquer la problématique. En dépit des investigations effectuées jusqu'ici, aucune origine à l'élévation de la vitesse de sédimentation n'a pu être mise en évidence. Nous ne proposons pas de complément d'investigation. Une nouvelle scintigraphie osseuse a été réalisée, ne révélant qu'une discrète hypercaptation du tarse dorsal gauche, en diminution par rapport à 1996, ne parlant pas pour une pathologie évolutive à ce niveau. Enfin, après plusieurs entretiens avec la patiente durant son hospitalisation, elle mentionne une anxiété importante quant à l'origine de ses plaintes et se déclare prête à reprendre un suivi psychiatrique ou psychologique.

- un rapport du 27 janvier 2003 du Dr A._____, spécialiste en cardiologie, dont il ressort notamment ce qui suit:

DIAGNOSTICS:

- extrasystolie ventriculaire de haute incidence, symptomatique,
- discrète dilatation du ventricule gauche,
- fonction du ventricule gauche satisfaisante, fraction d'éjection 55%,
- discrète hypocalcémie d'étiologie indéterminée.

ANAMNESE: patiente en bonne santé habituelle, ne présentant pas de facteur de risque cardiovasculaire particulier. Elle se plaint depuis quelques mois de douleurs précordiales atypiques s'accompagnant de lancées et de dyspnée accentuée surtout lors d'énervements ainsi que d'une fatigue inexplicée. A l'examen clinique, la patiente apparaît en bon état général. En conclusion, cette patiente présente une symptomatologie protéiforme de palpitations, douleurs atypiques et fatigue dont l'étiologie n'est pas clairement déterminée. Cette symptomatologie pourrait parfois s'inscrire dans

le contexte d'une importante extrasystolie monomorphe qui a été mise en évidence lors d'un enregistrement Holter. La morphologie des extrasystoles ventriculaires semble suggérer une origine au niveau de l'apex ventriculaire gauche. L'échocardiographie quant à elle révèle une cavité ventriculaire gauche légèrement dilatée avec une contractilité qui se situe à la limite inférieure de la norme. Il est ainsi difficile de dire s'il s'agit d'une réaction vagale ou d'une cardiopathie débutante.

Le Dr A._____ a prescrit, sur le plan thérapeutique, une supplémentation en calcium et en magnésium.

- Un rapport du Dr G._____, de l'Hôpital ophtalmique X._____, du 30 décembre 2008, qui relève en particulier ce qui suit [se référant à son rapport IRM du 15 octobre 2008]:

« L'IRM cérébrale de cette patiente est absolument normale. Il n'y a donc aucune séquelle détectable de son accident du 19.6.2008. Je retiens donc la possibilité de phénomènes vasospastiques, comme étant responsables des pertes visuelles bilatérales transitoires qu'elle présente de manière quotidienne ».

Il a proposé « un traitement de Verapamil (Izoptin) 3x40 mg/j en augmentation jusqu'à au maximum 3x120 mg/j ».

C. Dans son rapport du 16 avril 2009 faisant suite à la requête de Swica, le Dr G._____ a indiqué ce qui suit: « les symptômes de Mme L._____ sont compatibles avec des phénomènes vasospastiques. De tels phénomènes pourraient survenir suite à une lésion artérielle [...], mais en l'absence de toute lésion anatomiquement objectivable, il ne m'est pas possible d'établir un lien de relation causale net. Il existe toutefois un lien de relation temporelle très net puisque ces symptômes étaient absents avant l'accident du 19.06.2008. Un complément d'examen cardiovasculaire a notamment été demandé à son médecin-traitant, le Dr H._____ ».

Le Dr A._____, dans son rapport du 7 mai 2009, a posé les diagnostics suivants:

- enregistrement Holter normal,
- profil tensionnel normal avec tendance hypotensive.

Le Dr H. _____ a informé Swica par courrier reçu le 12 mai 2009 que l'assurée était suivie par le Dr J. _____ et le Dr A. _____ et qu'il était dans l'attente de leurs conclusions.

Le Dr J. _____, médecin-adjoint à l'Hôpital I. _____, a communiqué au Dr H. _____, avec copie au Dr C. _____, son rapport du 22 juin 2009, lequel fait suite à sa consultation du 16 juin précédent. Il a diagnostiqué des « douleurs antérieures décompensées à une violente contusion, un traumatisme et une arthroscopie ». Ce rapport contient en outre les éléments suivants:

Eléments d'anamnèse:

L'IRM du genou gauche pratiqué au mois de juillet dernier [2008, réd.] a démontré une déchirure horizontale de la corne postérieure du ménisque interne, des lésions mucoïdes de grade II des cornes antérieure et postérieure du ménisque externe ainsi qu'une chondropathie de grade II à III et une Plica Synovialis. La patiente a bénéficié dans un deuxième temps, en janvier 2009, d'une arthroscopie. Cet examen a conclu à l'absence de lésion méniscale, ce que l'on pouvait suspecter sur la description IRM et à l'examen des images, la présence d'une plica bien connue et à l'absence de lésions significatives au niveau du cartilage fémoro-patellaire. Actuellement, la patiente continue à avoir mal. Elle ne peut plus travailler, elle est gênée à la montée et à la descente avec un genou qui gonfle régulièrement.

A l'examen clinique, c'est une patiente qui marche effectivement avec une boiterie d'esquive. Elle a un tout petit flexum de genou, un déficit d'extension hanche fléchie de 40° contre 15 à 20° du côté droit. Discret épanchement intra-articulaire, douleurs périrotuliennes, pas de laxité ligamentaire notable.

Sur le plan radiologique, pas de lésion osseuse visible.

Attitude:

Cette patiente fait une chute, est victime d'une contusion dont les suites au niveau du genou sont parfois longues avec persistance de douleurs antérieures et qui s'exacerbent par l'inactivité engendrée par cette contusion. Une IRM montre des lésions finalement totalement banales et effectivement qui ne sont pas en rapport avec le traumatisme en dehors peut-être de l'atteinte fémoro-patellaire. On rappelle que l'IRM est plus sensible que l'arthroscopie pour ce diagnostic. Une arthroscopie est alors réalisée et cet examen conclut à l'absence de lésion traumatique mais profite en passant de réséquer la Plica synovialis qui, par ailleurs, comme le dit bien le chirurgien, n'interférait pas du tout avec la fonction du genou.

Le Dr J._____ a préconisé une reprise en physiothérapie intensive. Il a revu l'assurée le 8 septembre 2009. Dans son rapport du 15 septembre 2009, il a relevé que cette dernière n'avait fait en Suisse que trois séances de physiothérapie et que, bien qu'elle eût poursuivi ces séances au Kosovo, elle avait toujours des douleurs aussi importantes. Il a proposé une hospitalisation pour une physiothérapie intensive. Il a par ailleurs indiqué que la consultation était un peu difficile et qu'il avait des doutes sur le fait qu'elle ait effectué des séances de physiothérapie au Kosovo. A son avis, « il y a 2 possibilités: ou Mme L._____ se débrouille de son côté ou elle accepte, ainsi que son assurance, une hospitalisation pour une physiothérapie intensive ».

L'assurée a été hospitalisée du 12 au 30 octobre 2009 à l'unité de rééducation du Département de l'appareil locomoteur (DAL) de l'Hôpital K._____. Dans sa lettre de sortie du 10 novembre 2009, la Dresse E._____, médecin associée, a mentionné ce qui suit:

DIAGNOSTIC PRINCIPAL: rééducation pour gonalgies gauches à caractère invalidant / épisodes récurrents d'amaurose / trouble dépressif récurrent, avec épisode léger actuel.

EVOLUTION: la prise en charge multidisciplinaire (physique et psychologique) a été bénéfique. La patiente a pu regagner une

marche fluide sans boiterie. Cependant, son endurance à la marche est encore limitée et sa musculature se fatigue rapidement pouvant entraîner à nouveau une discrète boiterie. Sur le plan algique, la douleur a quasiment disparu à la sortie, se situant à une intensité de 3-4/10 à la fatigue. La mobilité du genou est en flexion-extension de 120-0-0 passivement. Activement, il persiste un discret flexum de 5 degrés. La force musculaire du quadriceps et des ischio-jambiers est de 4/5.

CONCLUSION: on peut considérer que Madame L._____ a beaucoup profité de ce type de prise en charge. Sa motivation et sa participation aux traitements ont été excellentes. Cependant, son état actuel ne permet pas une reprise de travail dans son activité antérieure de serveuse et des démarches de reclassement professionnel sont urgentes.

PROPOSITIONS A LA SORTIE: mises à part les mesures de réadaptation professionnelle, nous proposons la poursuite de la physiothérapie ambulatoirement deux fois par semaine.

TRAITEMENT A LA SORTIE: Triptyzol 10 mg 1x/j et Oxycontin 5 mg 2x/j [il s'agit d'un analgésique dérivé de la morphine, réd.].

Selon le rapport du 11 novembre 2009 du gestionnaire de soins de Swica, l'assurée a indiqué que dès qu'elle avait quitté l'hôpital, les douleurs s'étaient de nouveau manifestées. Le rapport indique comme mesures de continuer la physiothérapie et de se soumettre aux mesures de l'Al.

Faisant suite à la demande de Swica, le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a répondu aux questions de l'assurance le 24 novembre 2009. Il a, dans son rappel anamnestique, repris les appréciations et les conclusions des médecins s'étant prononcés sur le cas de l'assurée. En outre, on extrait en particulier ce qui suit de ce rapport:

- Le CT-scan cérébral du 1^{er} juillet 2008 ne montre pas de lésion.
- L'IRM du genou gauche du 7 juillet 2008 met en évidence une déchirure horizontale de la corne postérieure du ménisque interne, une lésion mucoïde de grade II des cornes antérieure et postérieure du ménisque externe et une chondropathie rotulienne de grade II à III.
- Il semblerait que suite à l'accident la patiente ait eu des épisodes d'amaurose fugace et une gonalgie persistante.
- Le Dr G. _____ (ophtalmologue) constate dans son rapport du 15 octobre 2008 que le status neuro-ophtalmologique est absolument normal mais évoque une atteinte vasculaire postérieure. La nouvelle IRM cérébrale du 5 novembre 2008 demandée par le Dr G. _____ est déclarée normale.
- Dans l'expertise du 3 janvier 2009 faite par le Dr C. _____, on apprend que la patiente s'occupe de six enfants dont trois sont les siens et trois des neveux dont les parents sont décédés. La patiente décrit des troubles psychiques et somatiques. Au status, le genou gauche ne présente pas d'épanchement, ni de laxité. L'interligne interne étant sensible à la palpation, les signes méniscaux positifs, un smillie positif des deux côtés, une hypoesthésie non systématisée du membre inférieur gauche, par ailleurs sans signe radiculaire sont observés. Le Dr C. _____ corrèle les troubles subjectifs et l'image d'IRM évocatrice d'une lésion méniscale interne. Il propose et réalise une arthroscopie le 26 janvier 2009, qui ne met pas de lésion méniscale en évidence. Dans son rapport du 2 février 2009, le Dr C. _____ mentionne que, sur le plan strictement orthopédique, les prestations de Swica ne sont plus justifiées en rapport avec l'accident mentionné, l'arthroscopie ne mettant en évidence qu'une chondromalacie sur la face postérieure de la rotule.
- Dans son rapport du 30 décembre 2008, le Dr G. _____ retient la possibilité du phénomène vasospastique responsable des pertes de la vision bilatérale transitoire que présente la patiente.

- Un examen cardiologique a été effectué le 27 janvier 2003 [Dr A. _____] qui proposait également, en raison de troubles cardiaques, une supplémentation au calcium.
- Le Dr G. _____ mentionne [dans son rapport médical du 16 avril 2009] que les troubles actuels ont un lien de causalité naturelle possible avec l'événement du 19 juin 2008.
- Selon le rapport du Dr H. _____ du 12 mai 2009, l'assurée a des gonalgies persistantes, et des troubles visuels continuent de la gêner.
- Elle est également suivie par le Dr J. _____ à l'Hôpital I. _____ et par le Dr A. _____ pour confirmer la thèse d'une origine cardio-vasculaire aux troubles visuels. Le Dr J. _____ préconise la reprise d'une physiothérapie intensive. Le Dr A. _____ mentionne dans son rapport du 7 mai 2009 que le bilan est rassurant. Le Dr J. _____ a revu Madame L. _____, qui n'a pas fait de physiothérapie mais est partie en vacances et propose une hospitalisation pour physiothérapie intensive. Après trois semaines d'hospitalisation [octobre 2009], une nette diminution des douleurs est constatée; la patiente peut marcher correctement avec un meilleur équilibre; les troubles visuels n'ont pas eu lieu pendant l'hospitalisation sauf deux fois en raison d'une tension nerveuse.
- Dans la lettre de sortie de l'Hôpital K. _____ [Dresse E. _____], il est indiqué que, lors de son hospitalisation, l'assurée a bénéficié d'Oxycontin (morphine) ainsi que d'une prise en charge multidisciplinaire physique et psychologique qui ont été bénéfiques. Sur le plan algique, la douleur a quasiment disparu à sa sortie et n'est présente que lors de fatigue. Une réadaptation professionnelle et la poursuite de la psychothérapie sont suggérées.

Les réponses du Dr Z. _____ à propos de la causalité naturelle peuvent être résumées comme il suit:

- La chute n'a pas provoqué de lésion mais seulement une contusion du genou. Les gonalgies résiduelles sont séquellaires d'une contusion violente mais bénigne (sans lésion) et l'oedème intra-osseux vu lors de l'IRM est la

traduction de cette contusion sans lésion ostéo-articulaire. Les problèmes d'amaurose sont dus au stress exclusivement et n'ont pas de rapport avec l'événement du 19 juin 2008. Il est également probable que les problèmes familiaux aient favorisé une décompression psychologique.

- Les troubles, c'est-à-dire les gonalgies, sont dues à l'événement du 19 juin 2008 d'une façon fort vraisemblable; cependant, le facteur de guérison, soit la prise en charge par la patiente de son état, le traitement de physiothérapie bien effectué et bien suivi, manque certainement.
- Les troubles psychologiques devaient certainement préexister à l'état actuel; il est probable que tel était le cas de l'amaurose également.
- L'accident du 19 juin 2008 n'a en principe pas entraîné une aggravation déterminante ou durable d'un état de santé préexistant car il n'y a pas de lésion osseuse.
- Quant à la détermination du pourcentage relatif à l'accident et du pourcentage relatif aux facteurs étrangers, il faut exclure de l'assurance-accidents tous les éléments hormis les gonalgies. On a vu que malgré un traitement tardif bien suivi, les douleurs ont bien diminué. En dehors du milieu médical, il n'est pas exclu que les douleurs récidivent, celles-ci auraient certainement une origine psychogène.
- Du point de vue strictement orthopédique, on doit admettre un statu quo ante au plus tard à la sortie de l'hôpital, sachant que s'il y a de nouveau des plaintes alors que les douleurs ont totalement disparu pendant le séjour hospitalier, elles auraient une origine psychogène liée aux divers problèmes, en particulier familiaux, rencontrés par la patiente, mais ne seraient plus séquellaires de l'événement du 19 juin 2008.

Selon le rapport du gestionnaire de soins de Swica du 30 novembre 2009 relatif à la rencontre avec l'assurée et le coordinateur emploi de l'AI, l'Office AI envisageait la mise en œuvre d'un processus de réorientation professionnelle avec l'assurée. La nécessité du devoir de collaboration est rappelé à l'assurée ainsi que la possibilité de suppression des prestations de Swica en cas de manque de collaboration.

Par lettre du 19 janvier 2010, Swica a reconnu à l'assurée le droit d'être entendue quant à la décision qu'elle entendait lui notifier.

Il ressort du courrier adressé le 3 février 2010 à l'assurée par Swica que cette dernière a prolongé jusqu'à fin février 2010 à bien plaisir l'octroi des indemnités journalières afin de permettre à l'assurée de faire les démarches nécessaires auprès de l'Office AI. Il est également mentionné que l'assurée a refusé la proposition du gestionnaire de soins et la collaboration avec l'Office AI.

Le 4 février 2010, l'assurée a indiqué que si elle n'avait presque plus de douleur à la sortie de l'hôpital, c'était parce qu'elle était sous morphine durant son séjour mais que ses douleurs étaient réapparues lorsqu'elle a arrêté la morphine. Elle a contesté être capable de travailler et a imputé cet état de fait à l'accident du 19 juin 2008.

Par décision du 5 février 2010, l'Office AI a mis fin à l'aide au placement en raison du manque de collaboration de l'assurée.

D. Par décision du 9 février 2010, Swica a fait savoir à l'assurée qu'à compter du 1^{er} novembre 2009, cette dernière n'avait plus droit aux prestations (traitement médical et indemnités journalières) pour les suites de l'accident du 19 juin 2008. Swica a considéré que, s'agissant du genou gauche, le statu quo ante avait été atteint au plus tard à la sortie de l'hôpital, soit le 30 octobre 2009. L'assurance a renoncé à solliciter le remboursement des prestations relatives au traitement médical versées au-delà de cette date.

Le 26 février 2010, l'assurée a formé opposition à la décision précitée par l'intermédiaire de son mandataire. Elle s'est fondée sur le rapport de la Dresse E. _____ du 10 novembre 2009, dont elle a inféré qu'elle était aujourd'hui encore lourdement handicapée par les séquelles de son accident et que son problème psychique en découlait également. Elle a demandé la poursuite de la prise en charge des suites de l'accident par l'assurance.

Le conseil de l'assurée a adressé à Swica copie du « nouveau rapport médical » de la Dresse E. _____ daté du 8 mars 2010 dans lequel le médecin a rappelé les termes de son évaluation médicale du 10 novembre 2009. Par ailleurs, elle a notamment indiqué ce qui suit:

« La patiente n'est pas apte à retourner dans son ancienne activité professionnelle de serveuse mais elle pourra sans doute travailler dans une activité adaptée qui n'impose pas la station debout ou la marche prolongée. [...]. Madame L. _____ vit cette situation très mal, son état de stress et de dépression post-traumatique s'aggravant. En plus, sur le plan physique, je constate un défaut plus important de l'extension avec un flexum de 10° (il était à 5° à la sortie). Il est tout à fait clair à mes yeux que cette patiente présente des séquelles algiques et fonctionnelles après son accident. [...]. La façon de procéder de la Swica est, à mes yeux, incorrecte. En effet, j'ai l'impression que le cas a été mal géré depuis le début et il y a eu des erreurs d'évaluation avec un examen IRM qui aurait montré des lésions du ménisque et une arthroscopie qui infirme cette lésion. Cette situation a accentué le stress et l'incertitude de cette patiente, éléments qui sont responsables en grande partie de la chronification des douleurs. Je déplore également que l'avis final de la Swica se base uniquement sur l'examen du dossier. Même si cette évaluation est réalisée par un médecin, elle ne peut jamais être complète et correcte s'il n'a pas examiné la patiente. A mon sens, une expertise auprès d'un orthopédiste devrait être demandée avec éventuellement la réalisation d'une nouvelle imagerie par IRM ».

Le 8 mars 2010, le mandataire de l'assurée a transmis à l'assurance la lettre du Dr H. _____ du 2 mars précédent et les rapports du Dr J. _____ des 22 juin et 15 septembre 2009. Selon le Dr H. _____:

« [...] suite à une intervention pressante de l'assureur, la patiente a accepté d'être prise en charge par un collègue de choix de l'assureur. Je ne m'y suis pas opposé et elle a été opérée dans une clinique de Genève par le Dr C. _____ qui par la suite a émis un rapport assez arrangeant pour l'assureur mais contesté par moi-même et par le Dr J. _____, médecin adjoint de l'Hôpital I. _____. [...]. Dans mon opinion, il existe une incapacité de la patiente de reprendre son activité professionnelle du moment de l'accident. Néanmoins, je crois qu'il s'agit d'une affaire d'experts indépendants. Ni le Dr Z. _____, mandaté par l'assureur, ni moi-même, ne pourrions offrir une évaluation [...] d'un expert indépendant ».

D'une note d'entretien téléphonique du 18 mars 2010 entre la Dresse E. _____ et un collaborateur de Swica, il ressort ce qui suit:

« Mme L. _____ a eu divers entretiens avec notre care manager et l'office AI en vue d'une nouvelle recherche d'emploi dans une autre activité. Finalement, elle n'a rien voulu faire du tout. L'histoire s'est mal terminée, avec un entretien houleux qui a amené l'AI à clore le dossier. Mme L. _____ nous a dit téléphoniquement qu'elle attendait que nous versions pour trois années supplémentaires l'indemnité journalière. Aussi, il est regrettable de ne pas avoir pu continuer sur le positif qui avait été dégagé lors de l'hospitalisation, mais nous ne pouvons pas accompagner les assurés plus loin qu'ils ne le souhaitent ».

Par décision sur opposition du 12 août 2010, Swica a confirmé sa décision du 9 février 2010 et rejeté l'opposition du 26 février 2010. Selon l'assurance, l'existence du lien de causalité naturelle entre l'accident du 19 juin 2008 et l'état de santé de l'assurée n'existe plus, le statu quo ante ayant été atteint au plus tard à la sortie de l'hôpital le 30 octobre 2009. L'assurance a donné toute valeur probante au rapport du Dr Z. _____. Quand bien même ce dernier n'a pas examiné l'assurée, il n'en demeure pas moins que le dossier - contenant suffisamment d'appréciations médicales - lui a été remis, ce qui lui a permis de prendre position en connaissance de cause en étayant son avis sur la base des pièces au dossier. Swica a également invoqué le fait que l'assurée n'ait pas tout mis en œuvre afin de satisfaire à son obligation de réduire le dommage.

E. Par acte du 6 septembre 2010, L. _____ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme dans le sens que Swica soit tenue de prendre en charge les suites de l'accident du 19 juin 2008 pour les périodes également ultérieures au 1^{er} novembre 2009, respectivement au 1^{er} mars 2010. A titre subsidiaire, elle a conclu à l'annulation de cette décision, le dossier de la cause étant renvoyé pour complément d'instruction et/ou décision dans le sens des considérants. L'assurée fait valoir que les Drs H. _____ et E. _____ ont attesté la présence de séquelles algiques et fonctionnelles incapacitantes résultant de l'accident. Elle soutient par ailleurs que l'avis fondant la décision attaquée a été prononcé sans que le médecin, le Dr Z. _____, ne l'ait personnellement examinée. Cette dernière a également sollicité la mise en œuvre d'une expertise, à titre de mesure d'instruction.

Dans sa réponse du 29 octobre 2010, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a considéré que les troubles ressentis par la recourante n'étaient plus en relation de causalité naturelle avec l'accident et que le rapport du Dr Z._____, qui en attestait, devait se voir reconnaître une entière valeur probante.

Invitée à répliquer, la recourante a maintenu, par écriture du 19 novembre 2010, les conclusions formulées dans son recours.

L'intimée a pris position sur les observations de la recourante par écriture du 7 décembre 2010 et a maintenu les conclusions de sa réponse au recours.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile (art. 60 LPGA) auprès du tribunal compétent et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), est donc recevable.

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision, que le

recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

En l'espèce, le présent litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accident au-delà du 1^{er} novembre 2009, respectivement du 28 février 2010.

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. Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment le traitement médical (art. 10 LAA), les prestations en espèces sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA) et de survivants (art. 28 LAA), ainsi que les prestations en espèces versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA) et pour impotence (art. 26 LAA).

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 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 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 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 et les références; 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); le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre 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 précité consid. 3.2; ATF 125 V 456 consid. 5a et les références; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des

règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; cf. TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5). Par ailleurs, un rapport médical établi uniquement sur la base d'un dossier n'a de valeur probante que pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (arrêts U 492/00 du 31 juillet 2001 consid. 3 in RAMA 2001 n° U 438 p. 345 et U 194/00 du 15 mars 2001 consid. 3c/ee, non publié in ATF 127 V 106).

d) En ce qui concerne le droit de faire administrer des preuves pertinentes, on rappellera que l'art. 6 par. 1 CEDH (Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales; RS 0.101) n'offre pas une protection plus étendue que celle de l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101) (cf. TF 5A_804/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1 et les références).

Le droit à un procès équitable garanti par l'art. 6 par. 1 CEDH, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, ne confère pas un droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3; cf. aussi ATF 137 V 210 rendu en matière d'assurance-invalidité qui précise les

conditions de mise en œuvre d'une expertise, notamment sous l'angle de l'art. 6 CEDH).

4. a) En l'espèce, la recourante a subi le 19 juin 2008 un polytraumatisme avec traumatisme crânio-cérébral, avec un trauma du genou gauche, des épisodes récurrents d'amaurose étant de surcroît signalés. Le CT-scan cérébral pratiqué le 1^{er} juillet 2008 n'a pas montré de lésion. L'IRM du genou gauche du 7 juillet 2008 a évoqué une lésion méniscale interne, ce qu'a infirmé l'arthroscopie pratiquée le 26 janvier 2009 par le Dr C._____, mandaté par l'intimée. Dans son rapport du 2 février 2009, le Dr C._____ a indiqué que la recourante ne présentait pas de lésion objectivable au niveau du genou gauche permettant d'établir un lien de causalité avec l'accident du 19 juin 2008. Les prestations n'étaient selon lui plus justifiées. Seule une « hypothétique chondropathie (sensibilité du cartilage de la face postérieure de la rotule) fémoro-patellaire post-traumatique » a été évoquée par ce médecin, lequel a précisé qu'elle n'était pas réellement invalidante. Par ailleurs, la plica synoviale patellaire, laquelle n'interférait d'ailleurs pas avec la fonction du genou selon les Drs J._____ (cf. rapport du 22 juin 2009) et C._____, a été réséquée par voie arthroscopique. Il ressort également du rapport du 3 janvier 2009 du Dr C._____ que la recourante a la charge de six enfants et qu'elle a fait état de troubles psychiques.

Le Dr J._____ relève dans son rapport du 22 juin 2009 que l'IRM montre des lésions totalement banales sans rapport avec le traumatisme et préconise une physiothérapie intensive. Il revoit sa patiente le 8 septembre 2009 et fait état d'une consultation un petit peu difficile, l'intéressée n'ayant effectué que trois séances de physiothérapie avant de partir au Kosovo (rapport du 15 septembre 2009).

La lettre de sortie de la Dresse E._____ du 10 novembre 2009 ainsi que son courrier du 8 mars 2010 indiquent que la prise en charge multidisciplinaire, physique et somatique, a été bénéfique; sur le plan algique, la douleur a quasiment disparu et la recourante a pu recouvrer une marche fluide sans boiterie. Elle précisait toutefois que

cette dernière pouvait réapparaître en cas de fatigue. La Dresse E. _____ prescrit la poursuite de la physiothérapie en ambulatoire et la prise de médicaments, notamment un médicament contenant de la morphine. Ce médecin estime que la recourante n'est pas apte à retourner dans son ancienne activité mais relève qu'elle pourra sans doute travailler dans une activité adaptée et souligne que la rééducation intensive n'a pas permis une récupération totale. Elle attribue les séquelles algiques et fonctionnelles à l'accident, ainsi que son état de stress et de dépression post-traumatique.

A aucun moment, la Dresse E. _____ ne se prononce de manière circonstanciée sur le rapport de causalité naturelle entre l'accident du 19 juin 2008 et les plaintes de la patiente. Elle se limite à indiquer que la recourante ne pourra reprendre son activité antérieure et suggère la mise en œuvre d'une expertise. Pour sa part, en revanche, le Dr J. _____ nie un tel rapport de causalité entre ces lésions banales et le traumatisme (rapport du 22 juin 2009). Le Dr H. _____, médecin traitant de la recourante, n'a quant à lui pas non plus argumenté sur ce point.

b) Par ailleurs, il ressort des pièces du dossier AI que le Dr H. _____ a, dans son rapport du 16 février 2009 destiné à l'Office AI, réservé son pronostic compte tenu de la « personnalité pathologique (borderline) et les multiples problèmes de santé » présentés par la recourante. En 1998 déjà, les Drs F. _____ et W. _____ avaient diagnostiqué une algoneurodystrophie parcellaire du membre inférieur gauche, des troubles somatoformes douloureux et une personnalité borderline. Selon ces médecins, « les plaintes de Mme L. _____ sont à intégrer dans un tableau complexe. Cette patiente [...] présente vraisemblablement une personnalité de type borderline antérieure à l'apparition des symptômes. La situation est actuellement décompensée faisant suite à un important conflit conjugal. [...]. Les douleurs décrites par Madame L. _____ pourraient être une façon d'exprimer son incapacité à assumer la situation actuelle ». Les médecins S. _____ et D. _____, après hospitalisation de la recourante pour des arthralgies variées et fluctuantes, des douleurs costales gauches et hémicorps gauche,

indiquent que la recourante leur a fait part d'une anxiété importante quant à l'origine de ses plaintes et qu'elle se déclare prête à reprendre un suivi psychiatrique ou psychologique (rapport du 9 juin 2000).

c) En ce qui concerne les épisodes d'amaurose, la seconde IRM cérébrale pratiquée le 5 novembre 2008, a été considérée dans les limites de la norme et, selon le Dr G._____, il n'y a aucune séquelle détectable de l'accident du 19 juin 2008 (rapport du 30 décembre 2008). Selon ce médecin, le status neuro-ophtalmique de la recourante est normal (rapport du 15 octobre 2008). Le 16 avril 2009, il indique qu'il lui est impossible d'établir un lien de relation causale net. Le médecin traitant de la recourante adresse cette dernière au Dr A._____, lequel confirme le 7 mai 2009 que l'enregistrement Holter est normal. D'autre part, il ressort du dossier AI que le Dr A._____ avait, en 2003 déjà, reçu la recourante pour des palpitations et des douleurs atypiques. Il avait à cette occasion déclaré qu'il lui était difficile de dire s'il s'agissait de réactions vagales ou d'une cardiopathie débutante. Enfin, dans son rapport du 3 janvier 2009, le Dr C._____ a indiqué que les épisodes d'amaurose survenaient surtout lors d'épisodes d'énervement, principalement provoqués dans le cadre familial avec les six enfants dont elle a la charge.

S'appuyant sur les conclusions des rapports des médecins prénommés, le Dr Z._____ s'est prononcé le 24 novembre 2009 sur la question de la causalité naturelle. A ses yeux, la chute n'a pas provoqué de lésion, les problèmes d'amaurose sont dus au stress, familial notamment, les troubles psychologiques doivent préexister à l'état actuel ou ont été aggravés par les problèmes familiaux. Selon ce médecin, seules les gonalgies sont dues à l'événement du 19 juin 2008. Correctement soignées, elles ont quasiment disparu. En cas de récurrence toutefois, il n'est pas exclu qu'elles aient une origine psychogène.

On peut conclure de ce qui précède qu'il n'est pas établi avec une vraisemblance prépondérante que les gonalgies soient encore en relation de causalité naturelle avec l'accident du 19 juin 2008. En effet, l'historique médical de la recourante, soit les troubles psychiques, les

troubles somatoformes douloureux et les douleurs de l'hémicorps gauche, ont pu, comme l'ont indiqué tant le médecin traitant de l'assurée que les Drs C._____ et Z._____, influencer la capacité de récupération de la recourante après l'accident. Il y a dès lors lieu de retenir que le statut quo ante vel sine a été atteint lorsque la recourante est sortie de l'hôpital fin octobre 2009.

Par ailleurs, il semblerait que la recourante n'ait pas effectué les séances de physiothérapie prescrites initialement, alors que durant l'hospitalisation, elles ont permis la disparition quasi complète des douleurs et des problèmes fonctionnels. Il incombe pourtant à l'assuré de tout entreprendre pour réduire le dommage (art. 21 al. 4 LPGA). Il n'est toutefois pas certain qu'à la sortie de l'hôpital elle ait poursuivi ce traitement alors même qu'il avait pourtant été prescrit (cf. lettre de sortie du 10 novembre 2009). Il semblerait également que son manque de collaboration avec l'Office AI ait mis fin à l'aide au placement et que dès lors, le reclassement professionnel souhaité par l'intimée et l'assurance-invalidité n'a pu avoir lieu. En ce qui concerne les épisodes d'amaurose, aucun rapport médical au dossier ne permet de soutenir que ceux-ci aient été, à la fin du mois d'octobre 2009, en relation de causalité naturelle avec l'accident du 19 juin 2008. Mais si tel était le cas, au vu de ce qui précède, le statu quo ante aurait également été atteint au plus tard au 31 octobre 2009.

5. Cela étant, outre l'IRM du genou gauche et les deux IRM cérébrales, la recourante a été vue à plusieurs reprises personnellement, entre le moment de l'accident, soit le 19 juin 2008 et la date de la décision de l'intimée, le 9 février 2010, par les Drs H._____, J._____ et E._____ ainsi que C._____ (mandaté par l'intimée) pour ce qui est du genou gauche, et par les Drs G._____ et A._____ pour ce qui est de l'amaurose. Les rapports de ces médecins sont autant de pièces médicales établies sur la base d'examens personnels de la recourante. Par ailleurs, on ne peut nullement leur dénier, au vu de leur contenu et de leur nombre, le fait qu'ils constituent une étude circonstanciée et complète de l'évolution de l'état de la patiente sous l'angle médical. Contrairement à

ce qu'affirme la recourante, ils ne contiennent pas de contradictions quant à son état de santé. Ils ne s'expriment par contre pas tous sur le lien de causalité adéquate entre les douleurs ressenties par la patiente et l'accident du 19 juin 2008. Les Drs C._____ et Z._____ nient tous deux, de manière circonstanciée, l'existence d'un lien de causalité naturelle, ce que renforcent les propos du Dr J._____ selon lequel les lésions de la recourante ne sont pas en rapport avec le traumatisme.

Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a basé sa décision sur l'appréciation du Dr Z._____. Faute de doutes sur la pertinence de ses constatations, il convient de lui reconnaître une pleine valeur probante, si bien qu'il n'y a pas lieu de mettre en oeuvre une expertise. On relèvera au demeurant que si le trouble algique devait être assimilé à un trouble psychique, les conditions jurisprudentielles pour retenir un lien de causalité adéquate ne seraient de toute manière pas remplies (accident de gravité moyenne, voire peu grave; cf. à ce sujet ATF 115 V 133).

Il résulte donc des considérants que l'assureur n'a pas violé le droit fédéral en mettant fin à ses prestations le 28 février 2010, cette date ayant été fixée en application des règles sur la causalité et aussi en fonction d'une allocation à bien plaisir de quelques indemnités journalières supplémentaires.

6. a) Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) Le présent arrêt sera rendu sans frais, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni allocation de dépens vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

**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 12 août 2010 par Swica Assurances SA est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat (pour L. _____),
- Swica 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).

Le greffier :