

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 mars 2015

Présidence de M. NEU
Juges : Mme Di Ferro Demierre et M. Métral
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

U._____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

SWICA ASSURANCES SA, à Lausanne, intimée.

Art. 6, 10, 16 et 36 LAA ; art. 9 al. 2 let. c et g OLAA.

E n f a i t :

A. U. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante serbe née en 1956, a été engagée en qualité de collaboratrice polyvalente par E. _____ SA dès le 15 août 2001.

A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de SWICA Assurances SA (ci-après également : l'intimée).

A compter du 1^{er} mai 2007, elle a subi une incapacité de travail totale pour cause de maladie, en raison de lombalgies et de douleurs des membres inférieurs. La perte de gain consécutive à cette incapacité a été indemnisée par l'assureur perte de gain en cas de maladie de son employeur, soit également SWICA Assurances SA.

B. Alors qu'elle se trouvait toujours en incapacité de travail au motif de maladie, l'assurée a été victime le 8 octobre 2007 d'une chute dans un trolleybus suite à un freinage brusque.

Le sinistre a été annoncé le 24 octobre 2007 à SWICA Assurances SA par l'intermédiaire du médecin généraliste traitant de l'assurée, le Dr Y. _____, lequel a indiqué que sa patiente souffrait de « contusions aux membres inférieurs » et d'une « thrombophlébite résiduelle ». Dans un rapport médical du même jour, il a précisé avoir constaté de « fortes douleurs », accompagnées d'un « hématome important dans la région du sous-poplité » et d'une « volumineuse phlébite superficielle ». Il a prescrit des anti-coagulants per os et des antalgiques sous suite d'arrêt de travail du 11 octobre 2007 au 11 novembre 2007.

Sur mandat délivré par SWICA Assurances SA en sa qualité d'assurance perte de gain en cas de maladie, le Dr C. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, a expertisé l'assurée le 4 décembre

2007 et communiqué son rapport le 5 décembre 2007. Il a notamment relevé ce qui suit sous rubrique « Affections actuelles » :

« [...] [L'assurée] annonce une aggravation de son état de santé depuis le début de cette année, soit l'aggravation de la fatigue généralisée et des troubles de la marche de même que l'apparition de lombalgies inférieures irradiant aux membres inférieurs sur un trajet postéro-externe. Elle signale par ailleurs l'impression de lâchage des membres inférieurs qui ont occasionné des chutes sur son lieu de travail en mars et avril sans qu'elle puisse exactement en préciser les périodes. Cette aggravation progressive de son état de santé est à l'origine d'une incapacité de travail à 100% dès le 1^{er} mai 2007.

L'instauration de mesures conservatrices alliant de la physiothérapie, la prise de médicaments antalgiques et anti-inflammatoires, de même que la modification de certaines médications, soit une supplémentation en calcium et l'adaptation de son traitement thyroïdien, n'ont pas globalement modifié les symptômes qui, quoique fluctuants en fonction des périodes, sont restés stationnaires jusqu'au jour de l'expertise.

Des radiographies de la colonne lombaire face et profil ont été réalisées

le 24 juillet 2007, le Dr P. _____, retenant des troubles statiques de la colonne lombaire, des discopathies étagées L2-L3, L3-L4, de même qu'une discarthrose et arthrose postérieure en L4-L5 et L5-S1.

Le 8 octobre 2007, elle est victime de contusions et d'hématomes à la suite d'une chute dans un bus. En raison d'un volumineux hématome interne de la jambe gauche, accompagné d'un érythème, elle a été consulter le 12 octobre 2007 le Dr M. _____, angiologue FMH, qui retient pour diagnostic un hématome diffus interne de la jambe gauche, une thrombophlébite post-traumatique interne de la jambe et de la grande saphène droite jusqu'à mi-cuisse sans TVP [réf. : thrombose veineuse profonde] associée. Depuis cette date, [l'assurée] bénéficie d'une anti-coagulation par Sintrom. »

S'agissant des membres inférieurs, singulièrement des genoux, l'expert a fait état d'une « large déformation adipeuse des genoux sans épanchement », en l'absence de « signes méniscaux ou ligamentaires », précisant que « la flexion-extension du genou [était] complète, entravée toutefois par l'adiposité des cuisses ». Quant aux chevilles et aux pieds, il a observé le défaut de « synovite », un « pied plat longitudinal avec hallux valgus à gauche ». Il a en définitive retenu les diagnostics suivants :

- Lombo-pseudo-sciatalgies chroniques.
- Troubles dégénératifs sévères du rachis lombaire.
- Obésité.
- Hypothyroïdie.

- Syndrome d'apnée du sommeil.

A titre d'appréciation du cas, il a conclu son expertise en ces termes :

« [L'assurée] est une assurée de 51 ans, travaillant comme aide de cuisine à 100% auprès de la société E. _____ SA depuis 2001. Elle est en incapacité de travail totale depuis le 1^{er} mai 2007 en raison de lombalgies accompagnées d'irradiations douloureuses intéressant les membres inférieurs, une fatigue généralisée, des douleurs mal systématisées des membres inférieurs s'accompagnant de pseudo-lâchages.

Les mesures conservatrices instaurées principalement de la rééducation physiothérapeutique, la prise d'antalgiques et d'anti-inflammatoires, de même que certaines modifications de son traitement antalgique n'ont pas permis d'améliorer les symptômes de manière durable, l'assurée signalant des symptômes bien que fluctuants en fonction des périodes, restés stationnaires jusqu'au jour de l'expertise.

Se rajoutent divers problème de médecine soit la découverte d'un syndrome d'apnée du sommeil justifiant un appareillage nocturne par CPAP [réd. : continuous positive airway pressure], de même qu'une insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs justifiant la prise de Sintrom prophylactique.

A l'examen clinique de ce jour, il ressort une obésité morbide avec un poids de 113kg pour 163cm, soit un BMI de 42.5kg/m², entravant l'assurée dans ses mouvements et ses déplacements. On note une altération de la mobilité tronculaire avec une distance doigts-sol de 30cm, flexion antérieure marquée par une inversion du rythme lombo-pelvien, l'assurée devant s'aider des bras en s'appuyant sur les membres inférieurs pour se relever. La palpation segmentaire retrouve des douleurs de la charnière lombo-sacrée, s'accompagnant de zones d'insertionnelles intéressant les crêtes iliaques et la musculature fessière des deux côtés. Il n'y a pas d'altération de la mobilité des grosses comme des petites articulations périphériques, il n'y a pas d'arthrite ou de synovite. La manœuvre de Lasègue est négative, l'élévation des jambes tendues peut être portée au-delà de 85° des deux côtés. Les réflexes ostéotendineux sont vifs et symétriques, il n'y a pas de trouble sensitivomoteur. On retrouve des stigmates d'insuffisance veineuse des membres inférieurs marqués par un érythème en chaussette.

Les radiographies pratiquées en juillet 2007 relèvent la présence d'une discarthrose L5-S1 sévère avec spondylarthrose postérieure L4-L5 et de L5-S1 accompagnatrice.

Du point de vue rhumatologique, l'incapacité de travail de [l'assurée] est totale dans son activité professionnelle d'aide de cuisine,

Dans une activité professionnelle légère, sédentaire, autorisant l'alternance de la position assise et debout, excluant les ports de charges au-delà de 15kg et les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, sa capacité de travail serait de 85%, ceci en tenant compte de sa diminution de rendement.

Au-delà de la problématique rhumatologique se rajoutent d'autres problèmes médicaux [comme] l'obésité morbide, le syndrome d'apnée du sommeil et l'hypothyroïdie, facteurs pouvant avoir une

influence négative sur l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée. On note aussi des signes de surcharge fonctionnelle à intégrer plus globalement à une comorbidité psychologique associée et justifiant une prise en charge psychiatrique dès le 31 mai 2007. Par ailleurs, le pronostic reste relativement sombre chez une femme faisant état de douleurs incompatibles avec la reprise d'une activité professionnelle quelconque, âgée de 51 ans et sans qualification professionnelle. Je pense qu'une demande d'AI devrait être effectuée et une expertise multidisciplinaire mise en place avant de décider de mesures professionnelles. »

Par dépôt du formulaire ad hoc le 6 décembre 2007, l'assurée a requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

C. En date du 12 décembre 2007, l'assurée a été accidentée une nouvelle fois, en traversant la chaussée, chutant sur le côté qu'elle avait blessé à l'occasion de l'accident du 8 octobre 2007.

Des radiographies du genou gauche ont été effectuées à deux reprises les 18 décembre 2007 et 28 janvier 2008 du fait des gonalgies annoncées par l'assurée. La Dresse P._____, radiologue au sein de Centre d'imagerie X._____, a relevé ce qui suit dans son rapport du 18 décembre 2007 :

« [...] Les structures ostéo-articulaires du genou gauche sont de morphologie normale. La trame osseuse est conservée.
Mise en évidence d'un liseré radio-transparent du plateau tibial externe s'étendant jusqu'à sa surface corticale pouvant faire suspecter une fracture non déplacée.
L'articulation fémoro-tibiale présente un discret pincement de l'interligne du compartiment interne avec sclérose du plateau tibial interne.
Pincement de l'interligne fémoro-patellaire avec ébauche d'osétophytose du pôle supérieur de la rotule.
Légère tuméfaction diffuse de l'ensemble des parties molles du genou.

Conclusion :

Suspicion de fracture non déplacée du plateau tibial externe.
Signes de gonarthrose débutante du compartiment interne et d'arthrose fémoro-patellaire. »

Le 28 janvier 2008, la Dresse P._____ a mis en exergue les éléments suivants :

« [...] L'examen des articulations fémoro-tibiales montre un pincement du compartiment interne avec sclérose des berges articulaires. Aspect effilé des épines tibiales. Pas d'autre lésion visible. Pas de signe de fracture sur ces clichés.

Au niveau fémoro-patellaire, discret pincement de l'interligne articulaire avec ébauche d'ostéophytose du pôle supérieur et du pôle inférieur de la rotule. Pas d'autre lésion osseuse décelée. Pas d'altération visible dans les parties molles.

Conclusion :

Pas de fracture visible sur ces clichés. Signes de gonarthrose du compartiment interne et d'arthrose fémoro-patellaire débutante. »

Compte tenu de la persistance des douleurs, l'assurée a fait l'objet d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) des deux genoux auprès de la même spécialiste, dont les rapports corrélatifs ont été établis les 23 et 24 avril 2008.

S'agissant du genou droit, la Dresse P. _____ a relaté les éléments suivants dans le rapport du 23 avril 2008 :

« [...] Pas de lésion osseuse identifiée.

L'examen des articulations fémoro-tibiales montre un aspect hétérogène et irrégulier du cartilage de recouvrement du condyle fémoral interne.

Pas de lésion ostéocondrale, ni signe de chondropathie du compartiment externe.

Hypersignal linéaire dans la corne postérieure du ménisque interne arrivant au contact de sa surface postérieure. Hypersignal linéaire dans sa corne antérieure arrivant au contact de sa surface antérieure et de sa surface articulaire supérieure.

Hypersignal linéaire dans la corne antérieure du ménisque externe arrivant au contact de sa surface antérieure et de sa surface articulaire supérieure. Hypersignal linéaire de la corne postérieure du ménisque externe arrivant au contact de sa surface postérieure et de sa surface articulaire supérieure.

Pas de lésion visible du ligament latéral interne ni du ligament latéral externe.

Signal hétérogène du segment proximal du tendon rotulien. Pas de signe de tendinopathie quadricipitale, ni poplitée. Bursite infra-patellaire.

On met en évidence un kyste poplité de 2,3 x 4 cm.

Au niveau fémoro-patellaire, aspect hétérogène des cartilages rotulien et fémoral. Pas de lésion de la rotule ni des ailerons rotuliens. Fine lame d'épanchement intra-articulaire.

L'examen du pivot central ne montre pas de lésion des ligaments croisés.

Conclusion :

Chondropathie fémoro-tibiale de grade II du compartiment interne.

Déchirure horizontale des cornes antérieure et postérieure du ménisque interne.

Déchirure horizontale des cornes antérieure et postérieure du ménisque externe.
Chondropathie fémoro-patellaire de grade II.
Tendinite rotulienne proximale. Bursite infra-patellaire.
Kyste poplité de 2,3 x 4 cm. »

Le rapport du 24 avril 2008 fait état des constats suivants eu égard au genou gauche :

« [...] Pas de lésion osseuse identifiée.
L'examen des articulations fémoro-tibiales montre un amincissement des cartilages au niveau des deux compartiments ainsi qu'un aspect hétérogène et irrégulier du cartilage de recouvrement du condyle fémoral interne.
Hypersignal linéaire dans la corne postérieure du ménisque interne arrivant au contact de sa surface postérieure. Hypersignal linéaire dans sa corne antérieure arrivant au contact de sa surface antérieure.
Hypersignal linéaire dans la corne postérieure du ménisque externe arrivant au contact de sa surface postérieure. Hypersignal linéaire de la corne antérieure du ménisque externe arrivant au contact de sa surface antérieure.
Œdème infiltrant les fibres du ligament latéral interne évoquant une bursite. Pas de lésion visible du ligament latéral externe.
Pas de signe de tendinopathie quadricipitale, rotulienne ni poplitée. Bursite infra-patellaire.
Au niveau fémoro-patellaire, aspect hétérogène et irrégulier du cartilage rotulien. Pas de lésion de la rotule ni des ailerons rotuliens. Epanchement intra-articulaire modéré.
L'examen du pivot central montre un aspect compatible avec un status après déchirure partielle du LCA [réd. : ligament croisé antérieur] dont les fibres proximales sont mal reconnaissables.
Pas de lésion visible du LCP [réd. : ligament croisé postérieur].

Conclusion :

Chondropathie fémoro-tibiale de grade II du compartiment interne et de grade I du compartiment externe.
Déchirure horizontale des cornes antérieure et postérieure du ménisque interne.
Déchirure horizontale des cornes antérieure et postérieure du ménisque externe.
Aspects compatibles avec une bursite du ligament latéral interne.
Chondropathie rotulienne de grade II.
Tendinite rotulienne proximale. Bursite pré-patellaire.
Aspects compatibles avec un status après déchirure partielle du LCA.
Kyste poplité de 2,4 x 4,5 cm. »

Le Dr Y. _____ a répondu à un questionnaire de SWICA Assurances SA du 22 octobre 2008, précisant que sa patiente souffrait des suites d'une probable contusion du genou gauche survenue le 12 décembre 2007 après une chute sur une plaque de glace. Il a souligné que

l'assurée avait été investiguée sur le plan radiologique, tout en reprenant les observations de la Dresse P._____.

Dans le contexte de l'assurance perte de gain en cas de maladie, SWICA Assurances SA a diligenté une expertise rhumatologique et psychiatrique de l'assurée, confiée au centre d'expertise N._____SA. Les Drs F._____, spécialiste en rhumatologie, et D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, au sein dudit centre ont établi leur rapport _____ en _____ date _____ du 17 novembre 2008.

Sous rubrique « Données subjectives », les experts précités ont notamment relevé ce qui suit :

« [...] [L'assurée] se plaint de lombalgies communes depuis environ 2003, d'apparition spontanée, augmentant progressivement d'intensité, déjà présentes le matin avec dérouillage d'environ 10 minutes, irradiant le long de la face externe de la cuisse droite jusqu'au genou. Elle présente parfois des lancées douloureuses brutales, sans événement ou circonstance déclenchants particuliers. Habituellement, la symptomatologie douloureuse apparaît plutôt à la marche avec un périmètre d'environ 300 mètres, elle reste insensible aux manœuvres de Valsalva et ne s'accompagne d'aucun symptôme de déficit neurologique moteur ou sensitif.

Depuis 2007, l'intensité est devenue insupportable, la survenue est maintenant nocturne. L'assurée observe une amélioration passagère avec des traitements conjoints associant médication AINS [réf. : anti-inflammatoires non stéroïdiens] et antalgique, physiothérapie et acupuncture.

Parallèlement, elle se plaint de lâchages à répétition depuis 2003. Ces lâchages ont été suivis de chutes avec contusions et blessures cutanées qui ont fait l'objet d'observations et de soins. Cette symptomatologie, caractéristique d'une souffrance du compartiment antérieur du genou gauche, est rapidement compliquée de gonalgies gauches tenaces intenses depuis 2007. Ces douleurs sont présentes surtout en position assise, inconstantes à la marche sur le plat mais, à leur paroxysme, aux montées et surtout aux descentes. Elle enregistre, de temps en temps des épanchements synoviaux occasionnels.

Selon elle, son état se serait péjoré depuis une opération de la thyroïde en 2003 avec l'apparition progressive de la faiblesse des jambes et des douleurs au niveau du dos et des jambes. Elle évoque également une grande fatigue physique. Elle relate également des insomnies, cauchemars et un état de nervosité vespérale. Elle décrit un sentiment de tristesse accompagnant la péjoration de son état de santé.

Elle estime, qu'actuellement, elle n'est pas en mesure de reprendre une activité professionnelle en raison de sa fatigue, faiblesse et

douleurs musculaires. En incapacité de travail depuis le 1^{er} mai 2007 à 100% [elle] précise que son état s'est péjoré depuis les trois chutes vécues durant le mois de mai 2007, en particulier la 3^{ème} chute plus grave avec hématome notamment au genou droit. Par la suite, elle aurait eu souvent peur de tomber notamment dans les bus et les escaliers, sans pour autant éviter de les utiliser. »

Quant aux « Données objectives », les experts ont consigné les observations ci-après :

« [...] Lors de l'examen clinique, elle prend du temps sans exagération manifeste pour changer de position ou se déplacer. Tout mouvement actif ou passif, toute palpation ou percussion ne sont pas forcément reconnus et exprimés comme une intense douleur et n'engendrent pas automatiquement une réaction d'opposition ou d'esquive. En revanche, lorsqu'on approche soit le genou gauche soit la région lombaire, alors les réactions sont démonstratives engendrant un gesticulé intempestif et des réactions exagérées d'esquive. L'interprétation de l'examen clinique est tout de même possible et adéquate. Le compte-rendu est aussi le fruit d'observation en dehors du contexte de l'examen clinique proprement dit.

[...] Status neurologique

Droitière, bien orientée dans l'espace et dans le temps; se déplace et se meut précautionneusement avec lenteur en flexion antérieure du tronc ; pupilles isochores réagissant bien aux deux modes, pas de nystagmus spontané ou provoqué, motricité et sensibilités de la face conservées, réflexes nauséux et vélo palatin présents sans anomalie, langue bien mobile dans toutes les directions.

Tonus musculaire conservé : les membres supérieurs montrent une circonférence mesurée au bras à 20cm de l'articulation acromio-claviculaire de 35cm des deux côtés ; une circonférence mesurée à l'avant-bras à 15cm de l'épicondyle de 25cm des deux côtés ; force des extrémités supérieures ininterprétable par manque de collaboration (Grip = 0,4 bar des deux côtés) ; les membres inférieurs montrent une circonférence de la cuisse, mesurée à 15cm du rebord supérieur de la rotule, de 73cm à gauche contre 71cm à droite ; à 5cm du rebord supérieur de la rotule, de 62cm à gauche contre 64cm à droite. Les circonférences des mollets, mesurées à 20cm du rebord supérieur de la rotule sont symétriques avec 47cm ; la force est conservée. La marche sur les talons ou celle sur la pointe de pieds n'est finalement pas exécutée (malgré moult préparations) bien qu'avec moult démonstration en raison des douleurs (paradoxalement en flexion antérieure du tronc, posture impossible à prendre ultérieurement). Les sensibilités sont respectées. Les réflexes ostéo-tendineux sont présents et symétriques à tous les niveaux ; les manœuvres de Lasègue ne sont pas douloureuses. Les cutanés plantaires sont en flexion des deux côtés.

Status ostéoarticulaire

Position antalgique en flexion antérieure du tronc avec appui sur le MSD [réd. : membre supérieur droit], ceintures scapulaire et pelvienne, horizontales ; effacement de la lordose lombaire. La mobilité rachidienne est bonne : la flexion antérieure du tronc est

totale (Schobert dorsal 4cm, Schobert lombaire 5cm et distance doigt-sol 0cm) les flexions latérales sont harmonieuses et induisent, à droite une douleur de la charnière lombo-sacrée. Rotation simultanée du bassin et des épaules dans le même sens en évitant toute mobilisation du rachis lombaire (Waddell+). Le rythme lombopelvien est respecté.

[...]

Les coxo-fémorales sont limitées par la douleur avec une résistance active de la patiente avec une flexion de 90° à gauche contre 100° à droite, une extension de 10° des deux côtés, une rotation externe de 30° à droite contre 45° à gauche, une rotation interne de 20° à droite contre 30° à gauche, une abduction de 30° des deux côtés.

Les genoux sont de couleur normale, les axes sont conservés, pas d'épanchement évident (obésité morbide). L'examen de la mobilité montre une extension de 0° et une flexion avec une distance talon-fesse symétrique de 21cm des deux côtés. Les rotules sont bien centrées, parfaitement immobiles, avec rabot douloureux à gauche.

[...]

Platypodie transverse antérieure et longitudinale interne des deux côtés.

Les autres articulations périphériques sont exemptes de tuméfaction inflammatoire, elles sont toutes stables, bien mobiles, indolores à la mobilisation active ou passive.

Conclusion de l'appareil locomoteur seul

Il s'agit d'une femme obèse qui présente une lombalgie commune sur troubles trophostatiques de la post-ménopause (de Sèze) comme en témoignent l'extension douloureuse de la colonne lombaire, les douleurs exquises à la pression des ligaments épi-épineux en L4-L5 et L5-S1.

Il pourrait exister une dissociation entre l'importance des plaintes, les observations objectives à l'insu de la patiente et l'examen clinique proprement dit. Toutefois les signes de non organicité selon Waddell ne sont présents que 2 fois sur 5 et les points douloureux pouvant être associés à des trigger points de fibromyalgie ne sont présents qu'à la ceinture pelvienne droite. [...] »

Les experts ont en définitive retenu les diagnostics suivants :

- Lombalgie commune sur troubles trophostatiques de la post-ménopause.
- Gonalgies bilatérales sur gonarthrose tricompartmentale débutante (encore modifications dégénératives méniscales pour le compartiment tibio-fémoral interne et chondromalacie pour le syndrome douloureux du compartiment antérieur).
- Syndrome des apnées du sommeil.
- Episode dépressif léger avec syndrome somatique.

Ils ont par ailleurs conclu leur examen en ces termes :

« [...] Situation actuelle :

Sur le plan somatique, les douleurs restent superposables au genou gauche et au dos, à savoir qu'elles sont permanentes, tenaces,

facilement exacerbées au moindre effort. L'assurée, qui a exercé plusieurs métiers dans l'hôtellerie (aide de cuisine, femme de chambre, femme de buffet, serveuse, plongeuse, etc...), qui tous nécessitaient la position debout, le port et transport de charges moyennes, et une cadence soutenue, ne pouvait plus assurer aucun d'entre eux.

Actuellement, en raison des gonalgies en position assise (elle a dû se lever deux fois durant l'entretien qui a duré une heure), il ne lui resterait plus beaucoup de possibilités de recyclage. Elle peut faire ses courses, un peu de ménage, mais est beaucoup aidée par son fils et ses copines qui lui font son repassage.

Tous ces symptômes, à l'origine de l'incapacité de travail totale du 1^{er} mai 2007 peuvent être jugulés dans une profession légère (limitation de ports et transports répétitifs de charge de plus de 15 kg les bras proches du corps) en position assise (les gonalgies peuvent être limitées si les changements de positions sont possibles et si la décharge a été respectée dans les autres activités de la journée).

Sur le plan psychique, l'assurée présente un épisode dépressif léger avec un syndrome somatique apparu depuis un an. Il se caractérise par une légère baisse de l'élan vital et de l'intérêt, une baisse de l'humeur variable chez l'assurée et surtout en lien avec le décès de son père, des troubles du sommeil, et une symptomatologie anxieuse dépendant des douleurs. La fatigue peut être expliquée partiellement par la dépression légère et par le syndrome d'apnée du sommeil. Les plaintes de troubles de la mémoire et de la concentration n'ont pas été clairement observées durant l'évaluation. Ils peuvent aussi être en lien avec le syndrome d'apnée du sommeil, celui-ci ne justifie pas cependant pas d'incapacité de travail, il est traitable et ne justifie une incapacité de travail que dans des situations particulières lorsqu'il est très sévère.

L'intensité de l'épisode dépressif est légère et ne nécessite en soi pas de traitement médicamenteux. Cependant, tenant compte du peu de capacité d'élaboration psychique de cette patiente et du contexte social, cette option thérapeutique pourrait être à nouveau envisagée en cas de nécessité avec elle afin d'obtenir la meilleure compliance possible.

Conclusions :

Sur le plan somatique, il n'y a pas de limitation fonctionnelle si les limitations imposées sont

respectées, soit

o pas de port ou transport de charge au-delà de 15 kg les bras au corps non répétitifs

o pas de mouvement répétitif de flexion-extension du tronc

o exigence d'alternance entre les positions assises et debout

o pas de position inconfortable ou immobile prolongée.

Sur le plan psychique, la capacité de travail est complète. [...] »

En date du 16 avril 2009, SWICA Assurances SA a questionné son médecin-conseil, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, quant au lien de causalité entre les troubles présentés par l'assurée et les événements des 8 octobre 2007 et 12 décembre 2007. Ce spécialiste a libellé son avis notamment en ces termes le 22 avril 2009 :

« [...] **1. Les troubles présentés dès le 3 janvier 2008 sont-ils dus uniquement ou partiellement à l'événement du 12 décembre 2007 ou à l'accident du 8 octobre 2007 ?**

La patiente se plaint de gonalgies bilatérales, il s'agit d'une patiente obèse présentant une arthrose tricompartmentale expliquant bien les douleurs de la patiente. Les événements du 8 octobre 2007 et du 12 décembre 2007 sont sans rapport avec les plaintes actuelles.

On peut penser que la thrombophlébite présentée le 8 octobre 2007 a un lien de causalité naturel en dessous de 50% avec l'événement incriminé malgré les hématomes vu l'état préexistant : obésité, immobilité, correspond en plus à l'histoire naturelle de cette thrombophlébite. [...] »

D. Fondée sur les éléments médicaux ci-dessus, SWICA Assurances SA a rendu deux décisions spécifiques le 2 juin 2009, en lien respectivement avec les accidents des 8 octobre 2007 et 12 décembre 2007.

S'agissant du premier événement, SWICA Assurances SA a estimé que le lien de causalité naturelle entre cet accident et les troubles allégués n'était plus réalisé. Elle a mis en exergue l'avis de son médecin-conseil pour relever que la problématique affectant l'assurée, soit une thrombophlébite, résultait vraisemblablement à plus de 50% d'un état préexistant constitué par son obésité et son immobilité. Partant, elle a mis fin « à court terme » aux prestations de l'assurance-accidents et renvoyé le cas à l'examen de l'assurance-maladie.

Eu égard au second accident, SWICA Assurances SA a fait valoir que les gonalgies et lombalgies affectant l'assurée n'étaient pas en lien de causalité naturelle avec celui-ci. Les traitements et la prise en charge de l'incapacité de travail étaient en conséquence du ressort de l'assurance-maladie.

Par écriture du 4 juin 2009, l'assurée, représentée par son mandataire, a formé une opposition conservatoire contre les décisions précitées, se proposant de compléter son écriture après consultation de son dossier.

A l'issue de plusieurs prolongations du délai accordé pour motiver son opposition et produire ses conclusions, l'assurée a fait parvenir à SWICA Assurances SA, en date du 30 juillet 2010, un tirage des réponses du Dr Y._____, consécutives au questionnaire adressé par cet assureur le 22 octobre 2008, ainsi qu'une copie des rapports relatifs aux radiographies du genou gauche des 18 décembre 2007 et 28 janvier 2008.

En outre, par pli du 4 août 2010, à la demande de SWICA Assurances SA, ainsi qu'elle l'avait elle-même préalablement annoncé, elle a fourni un exemplaire du rapport d'expertise psychiatrique établi le 8 janvier 2010 par le centre d'expertises N.____ SA, soit le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, sur mandat de l'OAI.

A teneur de son rapport, le Dr K._____ a retenu que l'assurée présentait un diagnostic de « dysthymie (F34.1) existant depuis 1992 ». Il a conclu son analyse en ces termes :

« [...] *Synthèse et conclusions* :

[L'assurée] s'est installée dans un rôle d'invalidé, mettant en avant divers symptômes somatiques et psychiques. Cependant, la description subjective de ces symptômes psychiques présente quelques incohérences importantes avec les éléments objectifs de l'examen actuel comme décrits ci-dessus.

L'assurée ne souffre pas d'une maladie psychiatrique incapacitante de longue durée et sa capacité de travail exigible est entière dans toute activité respectant des éventuelles limitations fonctionnelles somatiques.

L'effort de surmonter les difficultés sur le plan psychique dues à une dysthymie reste raisonnablement exigible. [...] »

Sur demande de précisions de SWICA Assurances SA, l'assurée a confirmé en date du 10 août 2010 que son opposition du 4 juin 2009 portait sur les décisions afférentes aux accidents des 8 octobre 2007 et 12 décembre 2007.

SWICA Assurances SA a dès lors enjoint l'assurée à compléter cette opposition en fournissant « la preuve de l'incapacité de travail », sous peine d'irrecevabilité, par correspondance du 7 septembre 2010.

En réponse à cette mise en demeure, l'assurée a sollicité la suspension de la procédure par pli du 17 septembre 2010 dans l'attente d'un rapport d'examen requis par l'OAI auprès du Service médical régional AI (ci-après : le SMR), consécutivement à ses objections à un projet de décision de refus de rente du 31 mars 2010.

Ce service a en effet fait procéder à un examen rhumatologique de l'assurée par son collaborateur spécialisé en médecine physique et rééducation, le Dr V._____, lequel a produit son rapport le 27 septembre 2010. Il a retenu les diagnostics suivants avec une influence sur la capacité de travail de l'assurée :

- Lombo-pseudo-sciatalgies chroniques (M54.5) sur troubles statiques et dégénératifs.
- Gonalgies bilatérales sur gonarthrose débutante (M17.0)
- Obésité morbide (classe III avec BMI [réd. : boby mass index] à 41).

Son appréciation du cas est notamment libellée en ces termes :

« [...] L'examen clinique au SMR met en évidence une assurée obèse, présentant une obésité de classe III morbide, accompagnée d'un important déconditionnement musculaire global et focal, associé à un trouble statique manifeste. Les limitations dans les amplitudes articulaires objectivées au niveau des articulations coxo-fémorales sont en relation avec la surcharge pondérale, une attitude oppositionnelle et des phénomènes de contre-pulsions de type antalgique. Il n'a été objectivé aucune autre limitation dans les amplitudes articulaires lors de l'examen clinique au SMR.

A signaler l'absence de trouble neurologique objectif à l'examen clinique.

Le reste de l'examen met en évidence une hypertension artérielle, une insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs avec varices, dermite ocre et cyanose périphérique. A signaler par ailleurs la mise en évidence de signes de non organicité selon Waddell et Kummel avec un phénomène d'amplification verbale des plaintes et un comportement de type démonstratif (histrionique). L'assurée présente une chute au ralenti quand nous lui demandons d'effectuer une station monopodale à peine qu'elle ait transféré tout son poids sur la jambe D [réd. : droite]. Après cette chute au ralenti, l'assurée a été tout à fait capable de se relever seule, elle a présenté une mobilité spontanée quasi complète avec absence de plainte algique au niveau des genoux. A signaler que l'assurée est tout à fait capable de maintenir une position assise pendant environ 45

minutes le temps de l'anamnèse, sans mise en œuvre à aucun moment de signe d'épargne ou de signe algique avec une mobilité complète du rachis en flexion/extension, sans mise en œuvre de signe d'épargne ou de signe algique. L'assurée effectue aussi des transferts de la position assise à la position debout de façon spontanée, sans point d'appui particulier ou sans mise en œuvre de signe d'épargne ou de signe algique. Le passage de la position en décubitus dorsal à la position assise s'effectue à l'équerre sans l'aide de bras et à aucun moment l'assurée ne manifeste un signe d'épargne ou un signe algique quelconque.

La documentation radiologique mise à disposition met en évidence un trouble dégénératif au niveau du rachis lombaire sous la forme de discopathies L4-L5 L5-S1 associées à une arthrose postérieure. L'assurée présente aussi une gonarthrose débutante bilatéralement associée à une dégénérescence méniscale bilatérale.

En conclusion : les atteintes à la santé objectives sur le plan ostéoarticulaire sont à l'origine d'une incapacité de travail à 100% dans son activité habituelle. Les atteintes sur le plan ostéoarticulaire sont potentialisées par une obésité morbide de classe III (BMI à 41) et un important déconditionnement musculaire.

Par ailleurs, l'assurée présente un phénomène d'amplification verbale des plaintes avec un comportement de type démonstratif (histrionique), avec mise en évidence de signes de non organicité selon Waddell et Kummel.

Les atteintes à la santé sur le plan ostéoarticulaire induisent des limitations fonctionnelles. Toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles est théoriquement possible à un taux de 100% avec une diminution de rendement de 15%, en relation avec les limitations fonctionnelles retenues.

[...]

Par rapport à l'évaluation rhumatologique du Dr C. _____ en décembre 2007, l'état de santé peut être considéré comme sensiblement stationnaire, hormis la confirmation d'une gonarthrose bilatérale aux examens complémentaires réalisés en avril 2008.

Anamnesticquement, l'assurée évoque des douleurs des deux genoux présentes déjà lors de l'expertise du Dr C. _____, l'investigation radiologique effectuée au mois d'avril 2008 confirme un processus dégénératif de ses articulations aggravé par la surcharge pondérale.

[...] »

L'OAI a rendu une décision le 14 octobre 2011, confirmant son projet de décision du 31 mars 2010 et niant le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, compte tenu de l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée à 85% et d'un degré d'invalidité de 5,2% obtenu après comparaison des revenus.

SWICA Assurances SA a pris connaissance des développements ci-dessus en matière AI après avoir sollicité en date du 16 mai 2012 le dossier constitué par l'OAI pour consultation.

La décision de l'OAI du 14 octobre 2011 est par ailleurs entrée en force, le recours interjeté par l'assurée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal ayant été déclaré irrecevable pour cause de tardiveté par arrêt du 11 juin 2012 (AI 366/11 - 198/2012).

Vu ces éléments, SWICA Assurances SA s'est adressée à l'assurée par pli du 25 juin 2012 afin de connaître ses intentions dans le cadre de l'opposition pendante en matière d'assurance-accidents.

Constatant que l'assurée requérait de nouvelles prolongations de délai pour motiver son opposition, SWICA Assurances SA lui a accordé un ultime délai au 28 septembre 2012 afin de procéder plus avant sous peine d'irrecevabilité de l'opposition interjetée le 4 juin 2009.

Par écriture du 28 septembre 2012, l'assurée a mis en exergue les avis de ses médecins traitants, les Drs Y. _____ et Z. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour contester le bien-fondé des conclusions du centre d'expertises N. _____ SA et du Dr C. _____. Elle a requis la poursuite du versement d'indemnités journalières « au-delà du 31 mars 2008 » et produit au titre de justificatif, un certificat du Dr Z. _____, non daté, faisant état de ce qui suit :

« [...] je tiens à souligner qu'actuellement [l'assurée] montre toujours les mêmes comportements alimentaires (crises d'hyperphagie boulimique) et au vu de ce qui a pu être traité dans le cadre de nos séances, nous pouvons maintenant dire qu'il s'agit et s'agissait déjà à cette période d'une hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques (code F50.4 dans la CIM-10). En effet, soumise à de nombreuses pertes (son père et le départ de son mari) dans une situation de migration complexe, cette femme mange fréquemment et de façon compulsive pour parer à sa dépression et ce déjà en 2008. [...] »

Elle a par ailleurs proposé que soit effectuée une nouvelle expertise confiée à un somaticien spécialisé, désigné d'entente entre les parties.

SWICA Assurances SA a rendu sa décision sur opposition le 28 novembre 2012, rejetant l'opposition déposée le 4 juin 2009 à

l'encontre de ses deux décisions du 2 juin 2009. Elle a pour l'essentiel réitéré le défaut de lien de causalité naturelle entre les troubles présentés par l'assurée et les accidents des 8 octobre 2007 et 12 décembre 2007. Elle a rappelé avoir pris en charge le cas de l'assurée sous l'angle de la perte de gain en cas de maladie, n'ayant servi aucune prestation en sa qualité d'assurance contre les accidents. Cela étant, elle a considéré, sur la base de l'avis de son médecin-conseil du 22 avril 2009 - au demeurant corroboré par les expertises du Dr C._____ et du centre d'expertises N._____SA - que l'état de santé de l'assurée, soit son obésité et l'immobilité, préexistant aux accidents incriminés était à l'origine de la thrombophlébite observée suite à la chute du 8 octobre 2007, ainsi que des gonalgies l'affectant. SWICA Assurances SA a au surplus relevé que les griefs soulevés à l'encontre des experts mandatés ne permettaient pas de conclure à leur partialité au regard de la jurisprudence fédérale rendue sur cette question. Elle a en outre estimé que les informations communiquées par le Dr Z._____ étaient sans pertinence du point de vue de l'assurance-accidents, les troubles psychiques de l'assurée ressortant au domaine de la maladie. Concluant à l'origine dégénérative des troubles de l'assurée, elle a considéré avoir à bon droit mis fin « à court terme », mais au plus tard dès le 31 mars 2008, aux prestations de l'assurance-accidents des suites de l'accident du 8 octobre 2007 et refusé d'allouer celles-ci en lien avec l'accident du 12 décembre 2007.

E. L'assurée, représentée par son nouveau conseil, Me Jean-Michel Duc, a déféré la décision sur opposition du 28 novembre 2012 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 4 janvier 2013. Elle a conclu à l'annulation de ladite décision sur opposition sous suite de reconnaissance de la prise en charge par l'assurance-accidents des conséquences des accidents des 8 octobre 2007 et 12 décembre 2007. Sollicitant en outre la production des dossiers de SWICA Assurances SA, elle a requis, à titre de moyens de preuve, son audition en audience publique, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise. Elle a relevé, eu égard à l'accident du 8 octobre 2007,

qu'un lien de causalité entre cet événement et la survenance d'une thrombophlébite était évoqué par le Dr H._____, certes au-dessous d'une possibilité de 50%, sans que ce dernier n'eût établi au degré de la vraisemblance prépondérante que son état de santé aurait évolué de la même manière sans l'accident incriminé. Elle a observé que la prise en charge assumée par SWICA Assurances SA sous l'angle de la maladie ne respectait pas le principe de priorité de l'assurance-accidents. S'agissant de l'accident du 12 décembre 2007, elle a rappelé les résultats des radiographies et de l'IRM, lesquels avaient mis en évidence des lésions traumatiques, soit une « fracture du plateau tibial », des « déchirures méniscales » et une « déchirure partielle du LCA » du genou gauche, et considéré que le refus prononcé par l'intimée s'avérait arbitraire. Étaient joints à son écriture les rapports des radiographies et d'IRM du genou gauche établis par la Dresse P._____ en date des 18 décembre 2007 et 24 avril 2008. Elle a enfin sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite.

Par décision du 29 janvier 2013, après avoir réceptionné le formulaire ad hoc dûment complété et accompagné des pièces utiles, le juge instructeur a octroyé à la recourante l'assistance judiciaire gratuite à compter du 4 janvier 2013, désignant Me Jean-Michel Duc au titre d'avocat d'office et assignant l'assurée au paiement d'une franchise mensuelle de 50 fr. en mains du Service juridique et législatif.

L'intimée a produit sa réponse au recours le 6 février 2013, concluant à son rejet. Elle a souligné que le lien de causalité naturelle entre les troubles présentés et les événements en cause devait pouvoir être qualifié de certain ou de vraisemblable pour être reconnu, ce qui n'était pas le cas en l'occurrence. Se prévalant des appréciations de son médecin-conseil, ainsi que des différents experts mandatés dans le cas de l'assurée, elle a relevé que celle-ci souffrait de gonalgies bilatérales, d'arthrose et des problèmes de santé causés par une obésité morbide, ce bien avant la survenance des accidents des 8 octobre 2007 et 12 décembre 2007. Partant, elle a estimé justifié de ne pas avoir servi ses prestations des suites de ces deux événements, d'une part en raison de la

prise en charge sous l'angle de la perte de gain en cas de maladie à l'occasion du premier accident, d'autre part faute de lien de causalité naturelle dans le cas du second accident.

L'assurée a répliqué le 3 mai 2013 persistant dans ses précédentes conclusions. Elle a mis en exergue la jurisprudence fédérale rendue aux arrêts 8C_726/2008 et 8C_500/2008, rappelant qu'un accident a priori insignifiant pouvait être considéré comme la cause d'une évolution défavorable et que les accidents facilités ou influencés par une maladie n'étaient pas exclus de l'assurance-accidents, avant de relever que la thrombophlébite diagnostiquée suite à l'accident du 8 octobre 2007 était en relation à tout le moins partielle avec ce dernier. Dès lors, à son sens, l'intimée ne pouvait mettre fin à ses prestations à court terme. Quant aux gonalgies résultant de son point de vue de l'accident du 12 décembre 2007, elle a derechef souligné les lésions traumatiques constatées par radiographies et IRM, estimant que l'intimée n'avait pas instruit à satisfaction l'origine de ces lésions, puisqu'elle s'était limitée à se fonder sur les rapports - incomplets à cet égard - de son médecin-conseil et du Dr V. _____ du 27 septembre 2010.

Par duplique du 4 juin 2013, SWICA Assurances SA a réitéré que la thrombophlébite constatée auprès de l'assurée avait probablement son origine dans un état préexistant, constitué par l'obésité et l'immobilité, relevant que la jurisprudence fédérale citée par la recourante n'était pas similaire à son cas particulier. Quant aux gonalgies, elle a relevé que le Dr H. _____ avait été en possession de la totalité des pièces médicales pour rendre son avis du 22 avril 2009 et que le diagnostic d'une « fracture du plateau tibial » avait pu être écarté. Par ailleurs, des « signes de gonarthrose du compartiment interne et d'arthrose fémoro-patellaire » avaient clairement été observés dans le contexte de plaintes antérieures aux accidents concernés. L'intimée a en conséquence considéré qu'un complément d'instruction du dossier n'était pas justifié.

L'assurée s'est déterminée le 16 juillet 2013, observant qu'en vertu de la jurisprudence fédérale contenue à l'arrêt 8C_604/2010, un lien de causalité vraisemblablement inférieur à 50% demeurerait susceptible d'ouvrir le droit à des prestations LAA, et rappelant derechef qu'une causalité à tout le moins partielle entre les troubles présentés et l'accident du 8 octobre 2007 justifiait le paiement de prestations par l'intimée. Elle a en outre une nouvelle fois insisté sur le diagnostic de « déchirure partielle du LCA » pour faire constater une lésion traumatique consécutive à l'accident du 12 décembre 2007 et requérir un complément d'instruction sous forme d'expertise judiciaire. L'avocat de la recourante a enfin produit la liste détaillée de ses activités du 4 janvier 2013 au 16 juillet 2013 en vue de la fixation de l'indemnité d'office.

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 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 En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile compte tenu des fêtes judiciaires de fin d'année (cf. art. 38 al. 4 LPGA sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) devant le tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2.

2.1 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.).

2.2 Est litigieux in casu le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents des suites des événements des 8 octobre 2007 et 12 décembre 2007, tandis que SWICA Assurances SA a reconnu son obligation de prester « à court terme », soit jusqu'au 31 mars 2008.

Singulièrement, la recourante réclame « une plus ample prise en charge » par l'intimée des conséquences des lésions traumatiques qui auraient été observées au moyen des radiographies et des IRM de décembre 2007 et janvier 2008, respectivement avril 2008. Elle estime par ailleurs que lesdites lésions auraient pour origine la chute du 12 décembre 2007.

Quant à la prise en charge des traitements et incapacité de travail découlant de la thrombophlébite diagnostiquée postérieurement à l'accident du 8 octobre 2007, elle souligne que l'avis du Dr H. _____ du 22 avril 2009 – lequel a admis la possibilité à moins de 50% d'un lien de causalité naturelle entre l'événement et l'affection en question – ne permettrait pas d'exclure l'intervention de l'assurance-accidents au-delà d'un court terme.

2.3 L'objet du litige est par ailleurs circonscrit par les décisions du 2 juin 2009, respectivement par la décision sur opposition du 28 novembre 2012, limitées à l'examen du lien de causalité entre les accidents des 8 octobre 2007 et 12 décembre 2007 et les troubles allégués par l'assurée en vertu de la LAA au-delà du 31 mars 2008.

Il n'appartient en conséquence manifestement pas à la Cour de céans de se prononcer eu égard à la prise en charge assumée par l'intimée dans le contexte de l'assurance perte de gain en cas de maladie.

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).

3.1 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).

3.2 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.

3.3 En vertu de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite de l'accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Aux termes de l'art. 36 al. 1 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202], une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave.

D'après la jurisprudence fédérale, l'atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 LAA consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Selon l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. Le taux d'une telle atteinte doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives. De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'importance prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3).

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^{er} 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.

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.

5.1 Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident.

En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 ; RS 832.202), selon lequel, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire : les fractures (let. a), les

déboîtements d'articulations (let. b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles (let. d), les élongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g) et les lésions du tympan (let. h).

5.2 La notion de lésion corporelle 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 souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA 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. 3.3.1 ; 129 V 466, 123 V 43 consid. 2b ; 116 V 145 consid. 2c et 114 V 298 consid. 3c). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2).

L'existence d'une lésion corporelle assimilée un accident doit être niée, dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA. De la même manière, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la vie courante (par exemple en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc.) à moins que le geste en question n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. La notion de cause extérieure suppose en effet qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas notamment lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents

(brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs ; ATF 129 V 466 consid. 4.2.2).

Dans le cadre des atteintes visées à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne recherche pas si les lésions constatées sont d'origine uniquement accidentelle, mais, inversement, si elles sont d'origine exclusivement dégénérative. Le fait que les lésions ont au moins été favorisées par des atteintes dégénératives ne suffit pas à exclure le droit aux prestations. C'est précisément dans de tels cas de figure, où l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire ne peut être clairement exclue, que l'art. 9 al. 2 OLAA impose d'assimiler ces lésions à un accident. Le but est ainsi d'éviter de mener systématiquement de longues procédures et expertises médicales en vue d'établir la question de la causalité naturelle en cas d'atteintes figurant dans la liste de cette disposition, étant admis qu'un certain nombre de cas en soi du ressort de l'assurance-maladie sont mis à la charge de l'assurance-accidents (TF U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.2.1 et 5.3 avec les références citées).

5.3 Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un statu quo ante ou à un statu quo sine est établi. Toutefois, de telles lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 ; 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2 ; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2 et U 378/06 du 24 septembre 2007 consid. 2.2.2 ; TFA U 60/03 du 28 juin 2004 consid. 3.3 et U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3).

6. In casu, l'intimée a réuni les rapports médicaux établis par les médecins traitants de la recourante, lesquels évoquent différents diagnostics susceptibles d'expliquer les troubles allégués par l'assurée, en particulier aux membres inférieurs et aux genoux.

Elle a par ailleurs fait l'objet de plusieurs expertises requises tant par l'intimée en sa qualité d'assureur perte de gain en cas de maladie que par l'OAI, soit auprès du Dr C._____, du Centre d'expertise N._____SA, ainsi que d'un examen réalisé au SMR par le Dr V._____.

La recourante requiert néanmoins la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, destinée à l'analyse du lien de causalité entre les troubles présentés aux genoux, respectivement aux membres inférieurs, et les accidents des 8 octobre 2007 et 12 décembre 2007.

L'intimée, pour sa part, s'en tient à l'avis de son médecin-conseil, _____ le
Dr H._____, daté du 22 avril 2009.

Il convient dès lors à ce stade de déterminer si les pièces médicales versées au dossier de la recourante permettent ou non de trancher la question de ses droits à des prestations de l'assurance-accidents.

6.1 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).

6.2 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).

6.3 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).

6.4 Dans le cas particulier, il ne fait pas de doute que les rapports d'expertise du Dr C._____ et du Centre d'expertise N._____ SA, d'excellente facture, remplissent en tous points les réquisits jurisprudentiels énoncés sous considérant 6.1 supra. Il en va d'ailleurs de même du rapport d'examen établi par le Dr V._____ du SMR. Ces documents, étayés sur le plan des constats cliniques et des conclusions, au demeurant élaborés en pleine connaissance des pièces du dossier et de l'anamnèse à la date de leur réalisation, sont clairs, exempts de contradictions, tout en s'avérant en définitive convergents dans leurs résultats.

Cela étant, le mandat des spécialistes concernés ne comportait pas l'examen du lien de causalité, déterminant pour statuer sur le droit aux prestations en matière d'accidents, la tâche des experts s'étant inscrite dans le contexte de l'analyse de la perte de gain en cas de maladie et de l'invalidité, sans qu'ils aient été sollicités spécifiquement par SWICA Assurances SA en sa qualité d'assureur contre les accidents.

Il n'en demeure pas moins que les constats médicaux exhaustifs permettent, pour partie comme il sera exposé ci-après sous point 7, de se prononcer sur les prestations LAA spécifiques susceptibles d'entrer en ligne de compte dans le cas de l'assurée des suites des accidents des 8 octobre 2007 et 12 décembre 2007.

6.5 Il n'en va en revanche pas de même de l'avis du Dr H._____ du

22 avril 2009, sur lequel repose la décision sur opposition entreprise et qui constitue l'unique appréciation spécialisée sur la question du lien de causalité.

Ce praticien s'est déterminé exclusivement sur la base des pièces du dossier et n'a pas expliqué pourquoi les lésions ligamentaires et méniscales seraient d'origine exclusivement malade, ni dans le cas contraire, à quelle date le statu quo sine vel ante serait manifestement atteint.

S'agissant de la détermination de ce dernier, pour le moins succincte, force est de constater que ce document ne saurait remplir les réquisits jurisprudentiels rappelés supra au considérant 6.1 pour se voir accorder pleine valeur probante.

Le médecin-conseil de l'intimée s'est en outre limité à mettre en doute le lien de causalité entre la pathologie dont se plaint la recourante et les événements en cause, sur la base des observations de ses confrères et des rapports d'imagerie médicale. Ses conclusions laissent au demeurant subsister de nombreuses interrogations sur l'origine des problèmes allégués par l'assurée, sans emporter la conviction quant à l'exclusion d'un tel lien.

Eu égard plus particulièrement aux constats rapportés des suites des radiographies et des IRM réalisées par la Dresse P._____, soit des « déchirures méniscales » et une « déchirure partielle du LCA », le Dr H._____ n'expose pas en quoi la pathologie dégénérative et l'obésité observées dans le cas de la recourante seraient davantage susceptibles d'expliquer la survenance et l'intensité des telles lésions.

Alors que ces affections sont susceptibles d'être assimilées à des accidents au sens de l'art. 9 al. 2 let. c et g OLAA, le Dr H._____ n'a pas précisé les éléments le conduisant à conclure à leur origine éventuellement purement dégénérative. Il ne s'est en particulier nullement déterminé sur les rapports d'imagerie ayant mis à jour ces

problématiques, s'étant en définitive limité à incriminer l'obésité et l'arthrose affectant l'assurée antérieurement aux accidents en cause.

7. S'agissant en particulier des suites de l'accident du 8 octobre 2007, le Dr Y._____ a indiqué que sa patiente souffrait de « contusions aux membres inférieurs » et d'une « thrombophlébite résiduelle ». Il a prescrit des anti-coagulants (Sintrom) per os et des antalgiques, ainsi qu'un arrêt total de travail du 11 octobre 2007 au 11 novembre 2007. Une reprise d'activité était envisagée dès cette date, alors que le traitement était censé cesser dans les deux semaines (cf. rapport du Dr Y._____ du 24 octobre 2007).

De l'avis du Dr H._____, l'accident du 8 octobre 2007 a été - certes à moins de 50% - à l'origine de la thrombophlébite, ce qui pourrait suffire à entraîner la prise en charge par l'assurance-accidents des suites de cette atteinte à la santé.

Selon le rapport d'expertise du 4 décembre 2007, dont la pleine valeur probante a été constatée (cf. considérant 6.4 supra), le Dr C._____ a conclu à une capacité de travail de 85% dans une activité adaptée, soit sans port de charges excédant 15 kg et sans mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux. L'expert a retenu les diagnostics de « lombo-pseudo-sciatalgies chroniques », « troubles dégénératifs sévères du rachis lombaire », « obésité », « hypothyroïdie » et « syndrome d'apnée du sommeil », dont il convient de considérer que seuls les deux premiers sont susceptibles d'influer sur la capacité de travail de la recourante.

Le Dr C._____ n'atteste d'aucune incapacité de travail qui serait en lien avec une « thrombophlébite », au demeurant non diagnostiquée dans le cadre de son expertise.

Dès lors, l'on ne peut que constater que les indications communiquées par le Dr Y._____ le 24 octobre 2007, en l'absence de toute observation de l'expert sur le plan d'une atteinte à la santé d'ordre

veineux, ont lieu d'être retenues concernant les suites de l'accident du 8 octobre 2007, soit l'absence d'incapacité de travail prononcée de ce fait au-delà du 11 novembre 2007.

Pour ce motif, le droit à des indemnités journalières consécutivement à l'accident précité peut être manifestement exclu pour la période postérieure au 31 mars 2008.

Le droit à la prise en charge du traitement médical pourrait en revanche encore entrer en considération, pour autant que ce traitement se soit effectivement poursuivi au-delà du 31 mars 2008. Le Dr C. _____ a constaté dans l'anamnèse relatée dans son rapport d'expertise que le traitement de Sintrom se poursuivait encore au moment de l'expertise et l'on ignore s'il a été interrompu au 31 mars 2008. Cas échéant, il s'agira d'établir si la poursuite du traitement était encore liée au caillot sanguin qui se serait formé suite au traumatisme subi le 8 octobre 2007 ou si elle est exclusivement liée aux problèmes de circulation sanguine affectant la recourante, étant précisé que les éléments versés au dossier en l'état ne permettent pas de se prononcer à cet égard.

Il appartiendra à l'intimée d'instruire ce point et de statuer à nouveau sur le droit à la prise en charge des frais de traitement par Sintrom éventuellement postérieurs au 31 mars 2008.

8. En ce qui concerne les conséquences de l'accident du 12 décembre 2007, il sied de relever premièrement que la « fracture du plateau tibial » n'était que suspectée à l'issue du rapport de la Dresse P. _____ du 18 décembre 2007, mais a pu finalement être exclue selon le rapport de cette même praticienne du 28 janvier 2008, ainsi que selon les réponses communiquées par le Dr Y. _____ à l'intimée par questionnaire du 22 octobre 2008.

En second lieu, le status consécutif à la déchirure partielle du LCA, pour autant que cette lésion puisse être considérée comme avérée, découlerait - au degré de la vraisemblance prépondérante - de l'accident du 12 décembre 2007 selon les réponses du Dr Y. _____ au questionnaire précité. Il en irait de même des déchirures méniscales.

Cela étant, l'on rappellera que l'incapacité de travail de la recourante dans sa profession était déjà totale depuis mai 2007, en raison des lombo-pseudo-sciatalgies chroniques et des troubles dégénératifs du rachis lombaire, de sorte que les indemnités journalières de l'assurance-accidents auraient déjà pu lui être refusées pour ce motif.

Un accident ne peut en effet pas entraîner une incapacité de travail auprès d'une assurée préalablement dénuée de toute capacité de travail avant sa survenance. On parle de « causalité outrepassante » lorsqu'après un événement dommageable - en l'occurrence un cas de maladie - surviennent des faits nouveaux - en l'espèce l'accident du 12 décembre 2007 - qui auraient pu entraîner ou contribuer à entraîner le même dommage, si le premier événement ne s'était pas produit ; la causalité naturelle avec ce premier événement ne cesse pas ; en ce qui concerne le second événement, elle n'est pas réelle, mais uniquement hypothétique (cf. sur cette question : Franz Werro, La responsabilité civile, 2^{ème} éd. 2011, p. 63).

Par ailleurs, les limitations de la capacité de travail dans une activité adaptée et la diminution de rendement attestées par le Dr C. _____, puis _____ les Drs F. _____ et D. _____ au sein du Centre d'expertise N. _____ SA, et enfin _____ le Dr V. _____ du SMR, sont restées identiques. La persistance d'une incapacité de travail supérieure à 15% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles au-delà du 31 mars 2008 n'est pas établie, tandis que le traitement a consisté essentiellement en antalgiques et anti-inflammatoires. L'on rappellera également que l'OAI a constaté dans une décision du 14 octobre 2011, entrée en force, que le degré d'invalidité de

la recourante s'élevait à 5,2%, soit largement inférieur à 10%, ce qui exclut manifestement tout droit à une rente, aussi bien de l'assurance-invalidité que de l'assurance-accidents.

Dès lors, force est de déduire des éléments qui précèdent que les conclusions de la recourante, en ce qu'elles porteraient sur le droit à des indemnités journalières ou à une rente, sont manifestement mal fondées.

Il n'est en revanche pas possible de se prononcer sur les conclusions afférentes au traitement médical des lésions ligamentaires et méniscales, ainsi que sur le droit à une éventuelle IPAI, le dossier de la cause n'étant pas instruit à satisfaction sur ces questions, tandis que l'appréciation du Dr H. _____ du 22 avril 2009 ne permet pas davantage d'y répondre.

Compte tenu des doutes et des interrogations subsistant quant à l'origine malade ou accidentelle des déchirures du ménisque et du LCA - voire même quant au caractère avéré de tels diagnostics - présentées par la recourante, il s'impose de procéder à un complément d'instruction, destiné à clarifier cette question.

9. L'on ajoutera enfin à toutes fins utiles, quand bien même cet aspect n'a pas été discuté par les parties, qu'un lien de causalité adéquate entre les symptômes psychiques présentés par la recourante et les accidents des 8 octobre 2007 et 12 décembre 2007 peut à l'évidence être exclu du fait de la survenance bien antérieure de cette problématique.

Procédant à la qualification préalable du degré de gravité desdits accidents, l'on peut de toute façon déduire qu'ils revêtent un caractère insignifiant et doivent être en conséquence qualifiés de peu de gravité. L'assurée a en effet été victime de chutes dans les transports publics et sur la chaussée, ayant notamment entraîné des contusions, ce qui constitue des événements relativement banals du quotidien. Or, de

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.

10.

10.1 Comme exposé, dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (cf. TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure,

ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (TFA C 206/00 du 17 novembre 2000, in : DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5 ; 138 V 318).

10.2 En l'espèce, le litige ne porte plus que sur la prise en charge des frais du traitement médical et sur le droit à une IPAI. Un renvoi de la cause pour instruction complémentaire se justifie dans la mesure où les questions encore en suspens n'ont quasiment pas été instruites par l'intimée, étant souligné le caractère particulièrement succinct du rapport du Dr H._____.

Il est rappelé que le Dr H._____ s'est déterminé uniquement sur la base des pièces du dossier et n'a pas expliqué pourquoi les lésions méniscales et ligamentaire, pour autant qu'elles fussent établies, seraient d'origine manifestement exclusivement malade, ni dans le cas contraire, à quel date le statu quo ante vel sine aurait été atteint.

Il s'impose en conséquence de renvoyer la cause à SWICA Assurances SA pour mettre en œuvre une expertise auprès d'un médecin spécialiste indépendant en application de l'art. 44 LPGA.

L'expert devra indiquer si des lésions ligamentaires et méniscales peuvent être tenues pour établies in casu. Cas échéant, il lui

appartiendra de préciser dans quelle mesure ces lésions seraient en lien de causalité avec l'accident du 12 décembre 2007 ou si on peut considérer que ces atteintes à la santé sont désormais manifestement de caractère exclusivement dégénératif et, cas échéant, à partir de quelle date. Dans le cas contraire, il devra également se prononcer sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Il lui incombera également de déterminer si la gonarthrose affectant l'assurée peut être attribuée, au degré de la vraisemblance prépondérante, aux atteintes à la santé éventuellement dues à l'accident du 12 décembre 2007.

Il se prononcera enfin sur la poursuite du traitement par Sintrom postérieurement au 31 mars 2008 et, cas échéant, sur les motifs exacts de ce traitement.

A l'issue de ces compléments diligentés par l'intimée, il incombera à celle-ci de rendre une nouvelle décision statuant sur les éléments ci-dessus.

11. Vu l'exposé qui précède, le recours doit être admis et la décision sur opposition querellée annulée sous suite de renvoi à SWICA Assurances SA pour complément d'instruction avant nouvelle décision.

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

11.2 Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD, applicable sur renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD).

Selon l'art. 7 al. 3 TFJAS (Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2), les honoraires sont fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans

égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 5'000 francs.

In casu, l'importance et la complexité du litige justifient l'allocation d'une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens, portée à la charge de l'intimé.

Vu que ce montant dépasse l'indemnité à laquelle pourrait prétendre le mandataire du recourant dans le cadre de l'assistance judiciaire, il est renoncé à fixer précisément ladite indemnité.

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

- I. Le recours est rejeté en tant qu'il porte sur le droit aux indemnités journalières et à une rente de l'assurance-accidents.
- II. Le recours est admis en tant qu'il porte sur l'examen du droit éventuel à la prise en charge des frais de traitement et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assurance-accidents.
- III. La décision sur opposition, rendue le 28 novembre 2012 par SWICA Assurances SA, est annulée en conséquence, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants avant nouvelle décision.
- IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- V. SWICA Assurances SA versera à la recourante une indemnité de dépens, arrêtée à 2'000 fr. (deux mille francs).

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 Jean-Michel Duc, à Lausanne (pour U. _____),
- SWICA 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 :