

VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 560 vom 19. Juli 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-07-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2012__560

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 560 du 19 juillet 2012

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 560 del 19 luglio 2012

Regeste

ACCIDENT PROFESSIONNEL, PRESTATION D'ASSURANCE{AA}, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, ATTEINTE À LA SANTÉ, ADMINISTRATION DES PREUVES | 6 par. 1 CEDH, 6 al. 1 LAA

Erwägungen

E. 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

E. 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 LPGA), 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 vagues 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'examen 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 LPG), ni allocation de dépens vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.