

200.2014.513.LAA

DEJ/BEJ

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 30 novembre 2015

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
C. Tissot et M. Moeckli, juges
J. Desy, greffier



A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6002 Lucerne
représentée par Me C. _____
intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 14 avril 2014

En fait:

A.

Par déclaration de sinistre LAA du 13 juin 2007, l'employeur de A._____, née en 1979, engagée en qualité d'ouvrière depuis 2001 à un taux d'occupation de 77%, a annoncé à son assureur-accidents, la SUVA, que son employée avait subi un accident le 11 juin 2007 à 12h00. L'accident était décrit comme suit: "en traversant la route sur le passage pour piétons, se trouvant devant l'usine, A._____ s'est fait heurter par un véhicule". Il était également mentionné une déchirure des ligaments du genou droit. Après avoir pris le cas en charge dès la survenance de l'accident, la SUVA a, par décision du 20 août 2012, mis fin au 31 août 2012 aux prestations accordées jusqu'à cette date.

B.

Par décision sur oppositions du 14 avril 2014, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assureur-maladie de l'assurée et admis l'opposition de cette dernière en ce qui concerne les douleurs au genou, la rejetant pour le surplus.

C.

Par acte du 26 mai 2014 (reçu le 28 mai 2014), A._____, représentée par un mandataire professionnel, a interjeté recours contre la décision sur oppositions précitée auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à ce que l'intimée soit condamnée à lui verser les prestations qui découlent de la LAA, le dossier étant renvoyé à celle-ci à cette fin.

Dans son mémoire de réponse du 9 juillet 2014, l'intimée, désormais représentée par un mandataire professionnel, a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 26 septembre 2014, la recourante a maintenu ses conclusions et a requis l'établissement d'une expertise médicale. L'intimée

a dupliqué le 17 octobre 2014. Par ordonnance du 25 novembre 2014, le juge instructeur, procédant à une appréciation anticipée des pièces figurant au dossier, a renoncé à toute instruction complémentaire.

En droit:

1.

1.1 La décision sur oppositions du 14 avril 2014 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et rejette le droit de la recourante à des prestations d'assurance pour des atteintes autres que celle à son genou. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision sur oppositions et l'octroi de prestations légales d'assurance pour les autres atteintes de la recourante au-delà du 31 août 2012. Est litigieuse en l'espèce la question de la causalité entre lesdites atteintes et l'accident survenu le 11 juin 2007.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir, représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le Tribunal examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA). L'assurance-accidents obligatoire n'alloue des prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 c. 3.1 et 3.2; SVR 2012 UV n° 2 c. 3.1).

2.2

2.2.1 L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet *ex nunc* et *pro futuro* à son obligation de prester, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), c'est-à-dire liquider le cas en invoquant le fait qu'un événement assuré – selon une appréciation correcte de la situation – n'est jamais survenu. Il en va de même en cas de négation de la causalité adéquate entre l'accident assuré et l'atteinte à la santé. Là également, l'assureur-accidents, après avoir pris en charge le traitement médical et versé des indemnités journalières, peut nier la causalité adéquate entre l'accident assuré et l'atteinte à la santé et, sur cette base, mettre fin aux prestations avec effet *ex nunc*. Ce n'est qu'en cas de demande de restitution de prestations que les conditions d'une révocation doivent être observées (voir ATF 130 V 380 c. 2.3.1).

2.2.2 Si un accident aggrave ou même révèle une prédisposition malade, l'assureur-accidents peut refuser ses prestations uniquement si l'accident ne représente pas la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, à savoir lorsque cette dernière ne procède plus que, et exclusivement, de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas si l'assuré recouvre un état (maladif) de santé soit tel qu'il existait juste avant l'accident (*statu quo ante*), soit tel qu'il serait advenu tôt ou tard, fatalement, en fonction de l'évolution de la prédisposition malade (*statu quo sine*; SVR 2011 UV n° 4 c. 3.2; RAMA 1994 p. 326 c. 3b).

2.2.3 On entend par rechute, la récurrence d'une atteinte tenue pour guérie, laquelle nécessite un traitement médical ou entraîne même une incapacité

de travail (ou une prolongation de celle-ci). Il y a séquelle tardive lorsqu'une affection apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui peuvent conduire à un état pathologique complètement différent (ATF 118 V 293 c. 2c; RAMA 2003 p. 337 c. 2). En cas de rechute ou de séquelle tardive, une obligation de prester de l'assureur-accidents n'existe que si les troubles nouvellement allégués et les atteintes à la santé subies lors de l'accident assuré se trouvent dans une relation de causalité naturelle et adéquate. Une obligation de prestation en cas de rechute ou de séquelle tardive ne découle pas du seul fait qu'un lien de causalité avait été reconnu dans le cas antérieur de base ou lors d'une rechute précédente (ATF 118 V 293 c. 2c; RAMA 1994 p. 326 c. 2 et 3b). Il incombe bien plus à la personne requérant des prestations d'établir un lien de causalité naturelle entre les symptômes allégués en tant que rechute ou séquelle tardive et l'accident assuré. Ce n'est que si la causalité est prouvée selon un degré de vraisemblance prépondérante qu'une nouvelle obligation de prester de l'assureur-accidents naît (TF 8C_102/2008 du 26 septembre 2008 c. 2.2). Plus le laps de temps séparant l'accident et l'apparition de l'atteinte à la santé alléguée est important, plus les exigences posées seront sévères pour pouvoir admettre la vraisemblance prépondérante de l'existence d'un lien de causalité naturelle (RAMA 1997 p. 188 c. 1c).

2.3

2.3.1 Tout évènement est la cause naturelle d'un accident lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière ou au même moment. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit que l'évènement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 c. 3.1, 119 V 335 c. 1; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.1).

2.3.2 Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration – ou le tribunal en cas de recours – examine en se conformant à la règle du

degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation de l'état de fait et des preuves en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage ne suffit pas à justifier le droit à des prestations (ATF 129 V 177 c. 3.1; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.1).

2.4

2.4.1 Selon la jurisprudence, un fait est la cause adéquate d'un résultat si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, ce fait était propre à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit, la survenance de celui-ci paraissant ainsi de façon générale favorisée (ATF 129 V 177 c. 3.2, 125 V 456 c. 5a; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.2). En présence de séquelles organiques d'un accident objectivement établies, la causalité adéquate se recouvre en grande partie avec la causalité naturelle et n'a pratiquement pas de signification propre (ATF 140 V 356 c. 3.2). Sont objectifs les résultats d'examens qui sont reproductibles et ne dépendent ni de la personne de l'examineur, ni des indications du patient. On ne peut dès lors parler de séquelles organiques d'un accident objectivement établies que si les résultats d'examens ont été confirmés par des appareils diagnostiques, en particulier radiographiques ou d'imagerie médicale, selon des méthodes d'examen reconnues par la science médicale (ATF 138 V 248 c. 5.1).

2.4.2 En cas de symptômes non objectivables du point de vue organique, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'évènement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet évènement. En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 140 V 356 c. 3.2, 115 V 133 c. 6c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme crânio-cérébral, on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (ATF 134 V 109 c. 2.1; SVR 2012 UV n° 2 c. 3.1). La distinction suivante s'impose à cet égard: il faut déterminer tout d'abord si la personne assurée a subi lors de l'accident un traumatisme de type "coup

du lapin" à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à un "coup du lapin" (SVR 1997 UV n° 95 c. 2a, 1995 UV n° 23 c. 2) ou un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 c. 4b; SVR 2001 UV n° 1 c. 3), étant précisé que la jurisprudence relative au "coup du lapin" ne trouve application que si les douleurs se manifestent dans un délai de latence de 24 à 72 heures dans la région du cou et de la colonne vertébrale cervicale (SVR 2009 UV n° 30 c. 5.2). En l'absence de l'une des lésions évoquées ci-dessus, la jurisprudence selon l'ATF 115 V 133 relative aux accidents avec des séquelles psychiques trouve application.

2.4.3 En cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, l'admission d'un lien de causalité adéquate suppose en principe que l'évènement traumatique présente une importance déterminante dans l'apparition d'une incapacité de gain d'origine psychique. Tel est le cas s'il présente objectivement une certaine gravité ou, en d'autres termes, s'il entre sérieusement en ligne de compte. Pour trancher cette question, il y a lieu, selon l'ATF 115 V 133 c. 6, de se fonder sur l'accident objectivement établi, en fonction de son déroulement et des forces développées à cette occasion (SVR 2013 UV n° 3 c. 5.2); sur cette base, les accidents peuvent être classés en trois catégories: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents graves et, entre les deux, les accidents de gravité moyenne (ATF 129 V 177 c. 4.1). Les blessures subies peuvent permettre de tirer des conclusions quant aux forces qui se sont développées lors de la survenance de l'accident (SVR 2011 UV n° 10 c. 4.2.2). En fonction de la gravité de l'accident, des critères supplémentaires sont, au cas par cas, à prendre en compte. Ces critères sont examinés en excluant tout aspect psychique (ATF 140 V 356 c. 5.1).

Lorsque l'accident est banal et insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné légèrement la tête ou s'est tordu le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute ou d'une glissade banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet évènement et des troubles psychiques peut être, en règle générale (cf. cependant ATF 140 V 356 c. 5.3), d'emblée niée. Selon l'expérience générale de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi, qu'un tel

accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une atteinte importante à la santé psychique (ATF 129 V 177 c. 4.1, 115 V 133 c. 6a).

Dans le cas d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer que le lien de causalité adéquate entre cet événement et l'incapacité de gain d'origine psychique est donné. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une atteinte à la santé psychique invalidante (ATF 129 V 177 c. 4.1, 115 V 133 c. 6b).

Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident de gravité moyenne et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, l'évènement accidentel lui-même n'est pas seul déterminant. Le Tribunal fédéral (TF) a précisé qu'il convenait bien plus de prendre en considération, dans une appréciation globale, d'autres circonstances objectivement établies qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'évènement assuré. Les critères les plus importants établis par le TF sont les suivants (ATF 129 V 177 c. 4.1, 115 V 133 c. 6c/aa):

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions (physiques), en particulier leur aptitude à engendrer, selon l'expérience, des conséquences psychiques;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs physiques persistantes;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions subies.

Il n'est toutefois pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères objectifs à la fois. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre le lien de causalité adéquate

entre l'accident et une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire ou même que l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. En présence d'un accident de gravité moyenne ou d'un accident se trouvant à la limite de la catégorie des accidents de peu de gravité, le lien de causalité entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain d'ordre psychique ne peut être admis que si soit un seul critère est réalisé de manière particulièrement importante, soit si ces critères sont réalisés de manière cumulée et évidente (RAMA 2005 p. 228 c. 3.2.3). En présence d'un accident faisant partie de la catégorie intermédiaire, si aucun critère n'est réalisé de manière particulièrement importante, trois d'entre eux doivent être remplis pour admettre un caractère adéquatement causal (SVR 2012 UV n° 2 c. 3.5). S'agissant d'un accident de gravité moyenne à la limite de la catégorie des accidents légers, la présence de quatre critères est requise à cet effet (SVR 2010 UV n° 25 c. 4.5). L'appréciation de l'accident à la lumière de ces critères et de son déroulement objectif aboutit à l'admission ou au rejet d'un lien de causalité adéquate (ATF 117 V 359 c. 6a, 115 V 133 c. 6c/bb; cf. RAMA 1997 p. 167 c. 4b).

2.5 Le TF a précisé sur plusieurs points sa jurisprudence (ATF 117 V 359 c. 6a, 117 V 369 c. 4b) au sujet de la relation de causalité entre des plaintes et un traumatisme de type "coup du lapin" ou un traumatisme analogue à la colonne cervicale, ou encore un traumatisme cranio-cérébral, sans preuve d'un déficit organique objectivable (ATF 134 V 109 c. 10.2 et 10.3; voir également TF 8C_339/2007 et 8C_152/2007 des 6 et 26 mai 2008). Selon cette jurisprudence, il y a lieu de s'en tenir à une méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquate en présence de tels troubles (ATF 134 V 109 précité, c. 7 à 9). Par ailleurs, le TF n'a pas modifié les principes qui ont fait leur preuve, à savoir la nécessité, d'une part, d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, d'inclure, selon la gravité de l'accident, d'autres critères lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (c. 10.1). Cependant, il a renforcé les exigences concernant la preuve d'une lésion en relation de causalité naturelle avec l'accident, justifiant l'application de la méthode spécifique en matière de traumatisme de type

"coup du lapin" (c. 9), et modifié en partie les critères à prendre en considération lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (c. 10). Ces critères sont désormais formulés de la manière suivante:

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions;
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible;
- l'intensité des douleurs;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes;
- l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré.

Lors de l'examen des critères précités, d'après la jurisprudence constante en matière d'accidents de type "coup du lapin", lorsqu'il est admis que les troubles sont dans un lien de causalité naturelle avec l'accident, on peut s'abstenir de distinguer entre composantes somatiques et psychiques pour l'appréciation de la causalité adéquate (ATF 117 V 359 c. 5d/aa et 6a; RAMA 1999 p. 409, 1997 p. 167 c. 4a). Pour ce faire, il faut néanmoins impérativement que les troubles psychiques soient consécutifs à l'accident en cause et qu'ils forment avec les séquelles somatiques du même accident un tableau clinique complexe (SVR 2001 UV n° 13 c. 3b).

2.6 De même qu'en ce qui concerne l'existence du lien de causalité naturelle à la base de l'obligation de prestations, la cessation de l'influence causale des origines accidentelles d'une atteinte à la santé doit être établie avec une vraisemblance prépondérante, degré de preuve usuel en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'une disparition totale des effets d'un accident ne suffit pas. Comme il s'agit là d'un fait susceptible de supprimer le droit aux prestations, le fardeau de la preuve en incombe – contrairement à la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle fondant l'obligation de prêter – non pas à la personne assurée, mais à l'assureur-accidents (SVR 2011 UV n° 4 c. 3.2).

2.6.1 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a). Les rapports et expertises émanant de médecins internes aux assureurs ont valeur probante, pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de façon compréhensible, soient dépourvus de contradictions et qu'il n'existe pas d'indices contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il en va de même lorsqu'un médecin est appelé de façon répétée à effectuer des expertises pour le compte d'une assurance (SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4). Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité. Eu égard à l'importance considérable qu'un tel rapport médical a en matière de droit des assurances sociales, il convient de poser des exigences sévères s'agissant de l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 c. 3b/ee). Les rapports et expertises de médecins-conseils permanents ont la même importance du point de vue de la preuve que les rapports médicaux et les expertises internes des assureurs LAA (RAMA 2001 p. 490 c. 5b). Les expertises recueillies par la SUVA ou d'autres assureurs en procédure administrative auprès de médecins spécialistes externes, réalisées sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, en pleine connaissance du dossier et qui

aboutissent à des résultats convaincants, revêtent une pleine valeur probante, tant qu'il n'existe pas d'indices concrets contre leur fiabilité (ATF 125 V 351 c. 3b/bb; SVR 2009 IV n° 50 c. 4.3). Une évaluation divergente émanant de médecins ayant examiné la personne assurée n'est pas de nature à remettre en cause l'objectivité de l'expert. Il appartient bien plus à l'expert d'analyser de façon critique les pièces au dossier et de rendre une évaluation autonome. La question de savoir sur quelles évaluations il convient de se baser est à résoudre lors de l'appréciation des preuves en procédure administrative ou judiciaire (ATF 132 V 93 c. 7.2.2).

2.6.2 Sur la base du droit fédéral, la personne assurée n'a pas de droit formel à une expertise externe à l'assurance en cas de contestation de droit à des prestations. Il est en principe également admissible, au regard des garanties de procédure de l'art. 6 § 1 CEDH, de fonder une décision de façon prépondérante, voire exclusivement, sur des investigations internes à l'administration (ATF 123 V 175 c. 3d, 122 V 157 c. 2). Si le Tribunal statue de façon définitive sur la base de moyens de preuve émanant de la procédure devant l'assureur social, il convient toutefois de poser des exigences sévères quant à l'appréciation des preuves. En cas de doutes, mêmes faibles, quant à la fiabilité et à la conclusion des constatations médicales, des investigations complémentaires doivent être entreprises (ATF 135 V 465 c. 4.4, 122 V 157 c. 1d).

3.

3.1 En l'espèce, il faut admettre que la recourante, qui a été renversée par une voiture alors qu'elle traversait la route sur un passage piéton, a bien subi, le 11 juin 2007, un accident au sens de l'art. 4 LPGA précité (voir ci-avant c. 2.1), ce qui, au demeurant, n'est pas contesté par les parties. En plus d'une blessure à son genou droit, qui n'est pas en cause dans la présente procédure (voir la décision attaquée et l'art. 3 du recours), la recourante expose souffrir encore d'autres atteintes consécutives à l'accident du 11 juin 2007 pour lesquelles elle fait valoir son droit à des prestations d'assurance.

3.2 L'intimée, en se fondant principalement sur l'avis du Dr D._____, travaillant à son Centre de compétence de la médecine des assurances, a nié la présence chez la recourante de séquelles accidentelles organiques permettant d'expliquer ses troubles actuels. Elle a ainsi retenu que le médecin précité, en possession de tous les rapports médicaux au dossier, a expliqué d'une manière claire et convaincante que l'accident n'a pas entraîné d'aggravation durable ou passagère de l'état antérieur.

3.3 Quant à la recourante, elle affirme présenter des lésions cérébrales post-traumatiques consécutives à l'accident dont elle a été victime le 11 juin 2007. Pour appuyer ses dires, elle se réfère tant au déroulement de l'accident (elle a tapé la tête une première fois contre le pare-brise de la voiture, puis une seconde fois en retombant au sol) qu'aux IRM cérébrales réalisées le 14 novembre 2008 au Centre hospitalier E._____ à F._____ par le Dr G._____ et le 16 janvier 2012 à l'Hôpital universitaire de H._____, qui auraient mis en évidence des lésions cérébrales permettant d'expliquer ses maux, à savoir des douleurs à la tête et des saignements subits du nez, ainsi que des épisodes de tremblements de tout le corps, provoquant des difficultés respiratoires avec le sentiment de ne plus contrôler aucun de ses membres. Par ailleurs, la recourante fait valoir que, s'il y avait lieu d'examiner les critères relatifs à la causalité adéquate, cette dernière devrait être admise au vu de l'accident, à qualifier de grave (et non de gravité moyenne), et à la réalisation manifeste de plusieurs d'entre eux.

4.

Il convient d'examiner dans un premier temps, sur la base des pièces médicales figurant au dossier, s'il existe des séquelles accidentelles organiques consécutives à l'évènement dommageable du 11 juin 2007.

4.1 Pour nier la présence chez l'assurée de séquelles accidentelles organiques permettant d'expliquer ses troubles, la SUVA s'est appuyée sur l'avis du Dr D._____, neurologue (FMH) et psychiatre/psychologue, qui a rédigé deux appréciations neurologiques (*neurologische Beurteilung*) les

25 octobre 2011 (dossier [dos.] SUVA 272) et 14 avril 2012 (dos. SUVA 305).

Dans sa première appréciation, se fondant sur l'ensemble des éléments au dossier au moment de sa rédaction, ce spécialiste en neurologie a retenu que la recourante avait subi une contusion à la tête (*contusio capitis*) sans perte ni de connaissance, ni de mémoire. En conséquence, selon lui, il n'y a pas d'élément suffisant permettant de retenir l'existence d'une commotion cérébrale, seul un traumatisme cranio-cérébral de la plus faible gravité (MTBI 0, soit *Mild Traumatic Brain Injury* de degré zéro selon la classification internationale) pouvant avoir eu lieu. Il a également retenu, sur la base des examens et IRM effectués par la recourante, qu'il n'y avait pas eu d'hémorragie cérébrale. Il en a conclu que, d'un point de vue neurologique, il n'y avait aucune atteinte organique d'origine accidentelle permettant d'expliquer les maux de tête de la recourante, ses troubles épileptiques d'origine psychogène ou ses troubles psychiques ou psychiatriques. Au terme de son appréciation, le médecin a également souligné les atteintes préexistantes de la recourante, dont notamment une fibromyalgie et des migraines cataméniales.

Dans la seconde appréciation, qui confirme la première, se basant à nouveau sur l'ensemble des éléments au dossier, le même médecin a considéré que, en tant que suite de son accident du 11 juin 2007, il n'y avait aucune atteinte relevante et durable du système nerveux central ou périphérique de la recourante. D'un point de vue neurologique, il n'y a en effet aucun signe perceptible d'une atteinte à l'intégrité à considérer comme suite de l'accident. Par ailleurs, même si les constats minimes cérébraux détectés lors de l'IRM réalisée à H. _____ en janvier 2012 étaient à considérer comme des suites de l'accident, alors ils ne seraient pas à même d'expliquer les problèmes de santé allégués. En conclusion, le spécialiste en neurologie a mentionné qu'il n'existait aucune base organique (d'origine malade ou accidentelle) permettant d'expliquer les troubles épileptiques ou atteintes psychiques ou psychiatriques de la recourante.

4.2 La recourante reproche surtout à l'intimée de s'être basée sur les appréciations de son service médical (voir ci-avant c. 4.1) qui se serait

attaché à contester les conclusions de l'IRM réalisée à F._____ par le Dr G._____ et aurait ensuite banalisé les résultats de celle réalisée à l'Hôpital de H._____ (recours art. 2). Par ailleurs, elle expose que les lésions démontrées par l'IRM précitée ne peuvent qu'être post-traumatiques, eu égard au déroulement de l'accident et du choc de sa tête d'abord contre le pare-brise de la voiture (front), puis contre le sol.

4.2.1 Le 14 novembre 2008, la recourante a effectué un examen au Centre hospitalier E._____ à F._____. A la base de cet examen, selon le courrier du mandataire de la recourante, il était relevé qu'elle souffrait de troubles du sommeil, de cauchemars et avait de fortes lancées dans la tête. Par ailleurs, elle ne trouvait plus ses mots et se sentait toujours fatiguée. Selon le Dr G._____, l'imagerie médicale a permis de montrer diverses lésions neuro-anatomiques post-traumatiques séquellaires (rapport du 27 janvier 2009 au dos. SUVA 116). Il convient de relever à ce stade qu'une partie des images obtenues l'a été au moyen d'une IRM cérébrale conventionnelle. Les autres images l'ont été au moyen d'une IRM cérébrale fonctionnelle (par la technique dite de tenseur de diffusion 3D). Selon le Dr G._____, les diverses atteintes qu'il a relevées expliquent les troubles de l'humeur présentés par la recourante, de même que ses troubles de la concentration. Il décrit également, sur la base des images obtenues par la technique dite du tenseur de diffusion, l'existence de deux ondes de choc qui ont traversé la tête de la recourante, l'une partant du front, la seconde de la nuque. Le Dr D._____ a apprécié les résultats de l'IRM effectuée à F._____ par le Dr G._____. A juste titre, concernant les images obtenues par l'IRM fonctionnelle (par la technique dite du tenseur de diffusion 3D), il a relevé qu'en l'état actuel de la science, elles ne constituent pas une méthode de diagnostic éprouvée (voir également à ce propos la jurisprudence du TF: TF 8C_978/2009 du 14 janvier 2011, 8C_321/2010 du 29 juin 2010 c. 4.1.2, 8C_510/2009 du 3 mai 2010 c. 3.2.3 et 8C_238/2009 du 3 novembre 2009 c. 3.2.2). Ensuite, le Dr D._____ a constaté que les images ne mettent en évidence aucun hématome cérébral. Ce dernier point a du reste été confirmé par des médecins de l'Hôpital de H._____ en juillet 2011, ces derniers concluant également, sur la base des mêmes

images, à l'inexistence de toute indication relative à des lésions post-traumatiques (voir dos. SUVA 257).

4.2.2 Une nouvelle IRM a été réalisée le 16 janvier 2012 à l'Hôpital universitaire de H._____ dès lors qu'il existait des soupçons de crises d'épilepsie (dos. SUVA 296). Les médecins ont relevé des signes minimes d'anciens micro-saignements dans le gyrus frontal supérieur droit, ainsi que des petites lésions médullaires subcorticales dans le gyrus frontal supérieur gauche conciliables (*vereinbar*) avec une genèse post-traumatique. Le Dr D._____ n'a nullement banalisé les résultats de cette IRM. Dans son appréciation d'avril 2012, il les a au contraire soigneusement analysés. Il arrive à la conclusion qu'en l'absence de lésion axonale diffuse, les constats minimes des gyrus ne peuvent être que possiblement en relation de causalité avec l'évènement du 11 juin 2007, ce qui est du reste corroboré par les médecins précités, auteurs de l'IRM, qui ont considéré que ces atteintes étaient conciliables (*vereinbar*) avec l'évènement précité, sans davantage de certitude. Le Dr D._____ rappelle également à ce stade que la recourante n'a pas perdu connaissance suite à son accident et n'a pas reçu de soins pour des problèmes neurologiques à la suite de ce dernier. Le médecin en conclut qu'il s'agit vraisemblablement d'une atteinte d'ordre malade plutôt que d'une atteinte accidentelle. Au surplus, le Dr D._____ a relevé que, même dans l'hypothèse selon laquelle les constats minimes des gyrus frontaux étaient d'origine accidentelle et devaient être considérés comme suite de l'accident du 11 juin 2007, alors ces atteintes ne pourraient, d'un point de vue neurologique, nullement expliquer les troubles cliniques neurologiques, les maux de tête ou les troubles de l'épilepsie de la recourante. Il retient en effet que les constats relevés lors de l'IRM sont tellement minimes qu'aucune conséquence clinique ne peut leur être imputée.

4.2.3 Finalement, en ce qui concerne les allégations de la recourante selon lesquelles les lésions découvertes lors de l'IRM réalisée à H._____ en janvier 2012 seraient forcément d'origine traumatique au vu du déroulement de l'accident, il convient de relever que 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*" pas déterminant: ATF 119 V 335 c. 2b/bb; SVR 2008 UV n° 11 c. 4.2.3).

4.3 Le Tribunal ne voit pas de raisons de s'écarter des appréciations effectuées par le Dr D._____.

4.3.1 D'un point de vue formel tout d'abord (voir ci-avant c. 2.5.2), il faut relever qu'il a analysé l'ensemble des rapports médicaux au dossier dont, notamment et en plus de ceux déjà énumérés ci-dessus, celui du neurologue consulté en raison des maux de tête (voir dos. SUVA 83), mais également le rapport de la Clinique romande de réadaptation où la recourante a séjourné un mois durant en 2010 (dos. SUVA 191) et le rapport de la clinique I._____ où la recourante a séjourné du 24 juin 2011 au 15 juillet 2011 en raison de la suspicion de troubles d'épilepsie (dos. SUVA 257), ou encore le rapport du 17 février 2012 du Dr J._____, psychiatre (dos. SUVA 300). Les conclusions de ses appréciations médicales sont claires, documentées et motivées. On soulignera encore que le fait qu'elles proviennent d'un médecin qui travaille au Centre de la médecine des assurances de l'intimée ne joue aucun rôle en l'espèce et ne leur retire aucune valeur probante (voir ci-avant c. 2.5.3).

4.3.2 La lecture des pièces au dossier montre que, si la recourante a vraisemblablement heurté le pare-brise avec la tête, puis le sol en retombant (voir notamment à ce propos dos. SUVA 6 et 12), il ne s'agissait pas d'un traumatisme important. En effet, si elle s'est plainte de douleurs à la tête dans un premier temps (en raison des tuméfactions liées au choc subi, évocation de "bleus"), elle n'en a plus fait mention à partir du 16 août 2007 (dos. SUVA 12) et jusqu'au 7 juillet 2008 (dos. SUVA 67). A cette dernière date, lors d'un entretien avec un employé de la SUVA en charge de son cas, elle a indiqué avoir quelques fois des douleurs à la tête et saigner subitement du nez sans explication. Dès lors, c'est manifestement la problématique du genou qui a initialement été au centre des préoccupations, aucun symptôme neurologique ou d'atteinte clinique neurologique ne ressortant d'ailleurs du dossier dans un premier temps (voir par exemple dos. SUVA 286). Ensuite, il faut relever qu'aucun rapport médical au dossier ne permet d'expliquer, d'un point de vue organique, les maux de la recourante (à savoir, selon le recours [art. 1] des douleurs à la

tête et des saignements subits du nez, ainsi que des épisodes de tremblements de tout le corps, provoquant des difficultés respiratoires avec le sentiment de ne plus contrôler aucun de ses membres), pour autant même que ces rapports médicaux mettent en évidence, de façon probante, l'existence d'une atteinte cérébrale. Il en va ainsi du rapport du Dr G._____, qui n'explique d'aucune façon les maux de la recourante (et ne répond à aucune des questions posées par son mandataire), mais dont le contenu a beaucoup inquiété cette dernière, convaincue de souffrir dans un proche avenir de la maladie d'Alzheimer (dos. SUVA 191). Quant aux images obtenues à H._____ en janvier 2012, il faut relever que les médecins ne se sont pas prononcés sur les conséquences possibles des lésions constatées, se limitant à indiquer que ces lésions étaient conciliables (*vereinbar*) avec un évènement accidentel et ne se sont pas prononcés sur le lien de causalité et les soupçons de crises d'épilepsie vécues par la recourante (dos. SUVA 296). Concernant ces mêmes images, on relèvera encore que les précisions apportées le 4 octobre 2012 par le Dr G._____ selon lequel les microlésions détectées lors de l'IRM de janvier 2012 seraient "certainement d'origine traumatique" ne changent rien à ce qui précède, dans la mesure où le terme "certainement" peut, selon le dictionnaire (Petit Robert) être compris également dans le sens de "très probablement, mais sans certitude absolue". Dans un souci de complétude, on peut encore relever, à l'instar du Dr D._____, les antécédents médicaux de la recourante, qui a souffert de fibromyalgie avant l'accident de juin 2007 (voir par exemple dos. SUVA 191). De même, on mentionnera également le rapport du 17 février 2012 du Dr J._____, qui retient l'existence d'un trouble anxieux non spécifié versus diagnostic différentiel conversion, pour autant que l'on puisse exclure une modalité organique sur les crises épileptiformes, ce qui est le cas en l'espèce (dos. SUVA 300).

4.4 De l'ensemble de ce qui précède, il ressort que l'intimée a, à raison, considéré que la recourante ne présente pas de séquelles accidentelles organiques permettant d'expliquer ses troubles. Ainsi, il convient d'examiner la situation sous l'angle de la causalité adéquate.

5.

5.1 Comme cela a déjà été précisé ci-avant (c. 2.4.3 et 2.5), lors d'un examen de la causalité adéquate en présence d'atteintes sans substrat somatique, la question de l'existence ou non de ce rapport de causalité est déterminée de manière différente selon que l'on se trouve en présence d'un accident de peu de gravité, moyennement grave ou grave. La recourante ne peut être suivie lorsqu'elle prétend que l'accident dont elle a été victime le 11 juin 2007 doit être qualifié de grave (recours art. 2). Compte tenu de son déroulement et des blessures qu'il a provoquées, l'accident n'appartient ni à la catégorie des accidents insignifiants ou de peu de gravité, ni des accidents graves, mais doit être considéré comme un accident de gravité moyenne, sans tendre vers les cas les plus graves ou les plus insignifiants ou de peu de gravité, ce qui correspond à d'autres cas déjà jugés par le TA (par exemple VGE 2005/65411 du 1^{er} février 2006: cas d'une femme heurtée par une voiture en traversant un passage piéton) et à la jurisprudence du TF (pour une casuistique, voir notamment le Commentaire *Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, RUMO-JUNGO/HOLZER [éd.], 4^{ème} édition, 2012, ad. art. 6). On peut en effet constater, notamment, que la recourante n'a pas subi de fracture lors de cet accident, ce qui tend à démontrer que les forces en question, certes non négligeables, ne permettent pas de le ranger dans la catégorie des accidents les plus graves de cette catégorie. En conséquence, il se justifie de prendre en considération, d'un point de vue objectif, l'ensemble des circonstances en connexité étroite avec l'évènement ou apparaissant comme des effets de celui-ci pour répondre à la question du rapport de causalité adéquate.

5.2 Dans la mesure où la recourante n'a pas présenté les signes cliniques de troubles neurologiques dans les 24 ou 72 heures à compter de l'accident et que son tableau clinique n'appartient pas à celui d'un traumatisme de type "coup du lapin" (voir ci-avant c. 2.4.2; voir également le rapport de l'hôpital où a été soignée la recourante après son accident au dos. SUVA 286), les principes émanant de l'ATF 115 V 103 c. 6c/aa sont applicables en l'espèce. On rappellera également qu'en présence d'un accident faisant partie de la catégorie intermédiaire, si aucun critère n'est

réalisé de manière particulièrement importante, trois d'entre eux doivent être remplis pour admettre un caractère adéquatement causal (SVR 2012 UV n° 2 c. 3.5). Sous l'angle de la réalisation des conditions tirées de la jurisprudence relative aux troubles psychiques (ATF 115 V 103 et 403), laquelle exclut les influences psychiques pour l'évaluation des critères, on notera ce qui suit.

5.2.1 Aucun élément au dossier ne porte à croire que les circonstances concomitantes à l'accident subi par la recourante le 11 juin 2007 méritent d'être qualifiées – objectivement – de particulièrement dramatiques ou impressionnantes, s'agissant d'un évènement classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne. Si un certain caractère impressionnant est inhérent à chaque accident présentant au moins un degré de gravité moyenne, cela ne suffit pas encore pour justifier la reconnaissance du critère en question (ATF 140 V 356 c. 5.6.1, 134 V 109 c. 10.2.1; SVR 2013 UV n° 3 c. 6.1). Il ressort ainsi du dossier que la recourante ne fait jamais état d'un accident particulièrement dramatique, indiquant tout au plus avoir consulté un psychiatre quelque temps après l'accident en raison des cauchemars qu'elle pouvait avoir, mais cela semble davantage consister en une crainte reconstituée à la suite des évènements plutôt que les conséquences directes de l'accident en tant que tel (voir par exemple dos. SUVA 19). Quant aux circonstances concomitantes, on peut notamment relever que les autres personnes impliquées dans cet accident n'ont pas été sérieusement blessées (voir dos. SUVA 33), ce qui tend également à démontrer qu'elles n'apparaissent pas particulièrement dramatiques ou impressionnantes.

5.2.2 Concernant le critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques, il faut relever que la recourante n'a, en plus de ses contusions, subi qu'une blessure au genou droit (rupture sous-totale du collatéral interne du genou droit; dos. SUVA 13). Ainsi, on ne saurait assurément parler d'une lésion grave susceptible d'engendrer, selon l'expérience, des troubles psychiques (voir également TF 8C_95/2015 du 18 juin 2015 c. 4.4.2 et 8C_566/2013 du 18 août 2014 c. 6.2.2).

5.2.3 En ce qui concerne l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le

traitement thérapeutique nécessaire (TF U 369/05 du 23 novembre 2006 c. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (TF U 393/05 du 27 avril 2006 c. 8.2.4). Par ailleurs, l'aspect temporel n'est pas seul décisif; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (TF 8C_755/2012 du 23 septembre 2013 c. 4.2.3, 8C_361/2007 du 6 décembre 2007 c. 5.3, et U 92/06 du 4 avril 2007 c. 4.5 avec les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (TF 8C_566/2013 du 18 août 2014 c. 6.2.3, 8C_361/2007 c. 5.3 et U 380/04 du 15 mars 2004 c. 5.2.4 in RAMA 2005 n° U 549 p. 239). On relèvera en l'espèce qu'aucune pièce au dossier ne met en évidence le suivi par la recourante d'un traitement médical particulièrement lourd et éprouvant. Elle a séjourné pendant un mois en 2010 à la Clinique romande de réadaptation (dos. SUVA 191), puis un petit peu moins d'un mois à la clinique I._____ en 2011, spécialisée en rééducation neurologique, en raison des soupçons de crise d'épilepsie (dos. SUVA 257). Ce deuxième séjour ne peut être pris en compte, dans la mesure où il ne concerne pas les atteintes physiques directement consécutives à l'accident du 11 juin 2007. Au-delà de cette (courte) hospitalisation à la Clinique romande de réadaptation, en plus des trois jours d'hospitalisation faisant suite à l'accident (dos. SUVA 286), le traitement médical s'est limité à des examens et à des séances de physiothérapie. Certes, les douleurs au genou durent depuis longtemps, mais l'on ne saurait parler d'un traitement médical, à proprement parler, d'une durée anormalement longue. Il n'est pas non plus inutile de rappeler à ce stade que si la recourante n'a initialement pas été opérée de son genou, c'est en raison de la pathologie sous-jacente de fibromyalgie (dos. SUVA 13 et 286). Il ressort également de l'ensemble des rapports médicaux au dossier que le genou de la recourante ne présente aucune anomalie, si bien que seule une opération par arthroscopie à visée diagnostique est envisagée (dos. SUVA 367). Vu l'ensemble de ce qui précède, on ne saurait qualifier la durée du traitement médical de particulièrement longue au sens de la jurisprudence.

5.2.4 Quant aux douleurs physiques persistantes, on peut relever que, selon les médecins de la Clinique romande de réadaptation (dos. SUVA 191), un hiatus important existe entre les plaintes exprimées par la recourante et les constatations objectives, de sorte que "manifestement des facteurs non lésionnels interviennent dans la mauvaise évolution de ce cas chez lequel on ne trouve pas d'explication organique". D'autre part, il ressort du dossier à réitérées reprises que la recourante se plaint des douleurs à sa jambe droite (voir le rapport de sa médecin généraliste traitante du 3 juillet 2013 au dos. SUVA 372). On ne peut ainsi exclure que ce critère soit ici réalisé, sans toutefois qu'il revête une importance particulière au vu des doutes existant quant à l'origine des douleurs.

5.2.5 Il ne ressort du dossier aucune erreur dans le traitement médical ayant entraîné une aggravation notable des séquelles de l'accident, ce que la recourante n'allègue d'ailleurs pas.

5.2.6 Les deux aspects partiels du critère des difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ne doivent pas être remplis cumulativement (SVR 2012 UV n° 2 c. 3.5.5). La seule durée du traitement médical et des troubles ressentis ne peut suffire, à elle seule, pour admettre des difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes. Pour ce faire, il faut bien plus que des circonstances particulières aient entravé le processus de guérison (ATF 140 V 356 c. 5.6, 134 V 109 c. 10.2.6; SVR 2007 UV n° 25 c. 8.5). Tel n'est pas le cas dans l'hypothèse d'une prise importante de médicaments et du suivi de diverses thérapies, ni dans celle où, malgré des thérapies régulières, ni une absence de douleur ni une capacité de travail (totale) dans l'activité exercée jusqu'alors n'ont pu être obtenues (SVR 2010 UV n° 10 c. 4.3). Le dossier ne contient pas d'informations allant dans ce sens. Aucune circonstance particulière n'a été avancée pour expliquer le processus de guérison relativement long. Les médecins n'expliquent d'ailleurs toujours pas l'origine des douleurs de la recourante, à tel point qu'une arthroscopie exploratoire est envisagée (dos. SUVA 361 et 367). Mais à aucun moment, il ne ressort du dossier l'existence d'une complication. Par ailleurs, on relèvera que la blessure initiale, censée guérir

sans dommage permanent, n'a pas engendré d'autres atteintes à la santé de la recourante (voir a contrario TF 8C_556/2013 précité c. 6.2.6).

5.2.7 S'agissant du degré et la durée de l'incapacité de travail dus aux lésions physiques subies, il ressort du dossier que l'incapacité de travail a été complète pendant un peu moins d'une année, la recourante ayant recommencé à travailler dès le 2 mai 2008 à 50%, puis a progressivement augmenté son taux de travail jusqu'à 75%. En janvier 2009, suite à un craquement dans son genou, elle s'est à nouveau retrouvée en incapacité de travail du 19 janvier au 23 mars 2009, date à laquelle elle a recommencé à travailler à 50% (voir dos. SUVA 119 et 148). Entre le 28 septembre 2009 et le 12 octobre 2009, une nouvelle incapacité complète de travail est intervenue (voir dos. SUVA 151), puis à nouveau à partir du 17 octobre 2009 (idem). A l'issue de son séjour à la Clinique romande de réadaptation du 18 mai au 16 juin 2010, il a été convenu que la recourante recommencerait à travailler à un taux de 80% de ses 77% habituels dès le 26 juin 2010 (dos. SUVA 191). Le 25 novembre 2010, une reprise du travail à 100% dans une activité adaptée est discutée avec l'assurée (dos. SUVA 208). En mars 2011, la recourante a vu sa capacité de travail à nouveau diminuer à 50%, puis osciller entre 0% et 25% jusqu'en août 2012 (dos. SUVA 258, 323 et 324). La recourante mentionne finalement dans son recours que cela fait quelques mois environ qu'elle peut enfin à nouveau travailler à plein temps.

En l'espèce, il n'est pas besoin de se prononcer en détail sur la réalisation de ce critère dans la mesure où un seul autre pourrait être réalisé, ce qui ne suffirait en aucun cas à établir un lien de causalité adéquate au vu de la gravité moyenne de l'accident (voir ci-avant c. 5.1). On relèvera qu'il est de toute manière douteux que ce critère soit ici réalisé. En effet, le TF a admis la réalisation de ce critère lorsque l'arrêt de travail à 100% a duré trois ans sans interruption (TF 8C_116/2009 du 26 juin 2009 c. 4.5). Or, la recourante a pu recommencer à travailler 11 mois après son accident à 50%, puis à 75%. Après une incapacité totale de travail de 2 mois, de janvier à mars 2009, elle a à nouveau repris son travail à 50% jusqu'en septembre 2009. Dès juin 2010, une reprise du travail à 80% (de son taux de 77%) est attestée. En novembre 2010 (environ trois ans et demi après

l'accident), une reprise de travail à 100% est évoquée dans une activité adaptée (voir également TF 8C_566/2013 précité c. 6.2.7). Pour la période à compter de début 2011, il n'est pas évident de déterminer la part d'incapacité de travail qui est due à la problématique du genou de celle qui est due à d'autres atteintes dont pourrait souffrir la recourante, à commencer par ses événements non-épileptiques d'origine psychogène (voir à ce propos le rapport de la clinique I. _____ au dos. SUVA 257). Il ressort également du dossier que, depuis 2009, le travail effectué par la recourante au sein de l'entreprise qui l'employait avait passablement évolué et que cet emploi n'était plus forcément adapté à ses capacités physiques (voir aussi dos. SUVA 215). Eu égard à ce qui précède, au vu des atteintes physiques de la recourante directement liées à son accident du 11 juin 2007 (dont il faut uniquement tenir compte à ce stade), il apparaît que les incapacités de travail relevées au-delà de 2010 ne peuvent plus être prises en compte pour l'examen du critère de la durée et de l'incapacité de travail de la recourante. Les périodes d'incapacité de travail partielle et totale de cette dernière liées à l'accident du 11 juin 2007 se sont ainsi étendues sur quelque trois ans et demi environ, ce qui ne peut suffire à la réalisation du critère du degré et de la durée d'incapacité de travail, au vu de la jurisprudence évoquée plus haut (trois ans d'incapacité totale de travail, sans interruption; TF 8C 116/2009 précité c. 4.5).

5.3 Au regard de l'ensemble des circonstances, il est vraisemblable que seul un critère, voire tout au plus deux, puisse(nt) être retenu(s). Cela est insuffisant pour que l'accident du 11 juin 2007, qualifié de gravité moyenne, soit tenu pour la cause adéquate des troubles psychiques de la recourante. Partant, l'intimée était fondée à limiter ses prestations.

6.

6.1 Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

6.2 Il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 61 let. a LPGA).

6.3 Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, ni à la recourante qui n'obtient pas gain de cause, ni à l'intimée; l'octroi de dépens à un assureur

pratiquant l'assurance-accidents obligatoire rendrait le principe de la gratuité illusoire (art. 61 let. a et g LPGA; ATF 127 V 205 c. 3a, 126 V 143 c. 4a; RAMA 1990 p. 195).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire de la recourante,
 - au mandataire de l'intimée,
 - à [...],
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

Le président:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).