

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 juin 2016

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mmes Thalmann et Dessaux, juges
Greffière : Mme Monney

Cause pendante entre :

F. _____, au [...], recourante, représentée par DAS Protection Juridique SA,
à Étoy,

et

V. _____, à [...], intimée.

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 LAA.

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], éducatrice en milieu pénitencier pour E._____, est assurée pour les risques d'accidents professionnels et non professionnels auprès de V._____ (ci-après : l'assurance ou l'intimée).

B. Par déclaration du 14 octobre 2014, E._____ a annoncé à l'assurance-accidents qu'en date du 6 octobre 2014, alors qu'elle circulait sur l'autoroute avec sa voiture, l'assurée avait percuté la glissière de sécurité sur sa gauche puis avait tapé le mur de l'autre côté à deux reprises et qu'elle avait eu une commotion. Sous la rubrique « Blessure/Type de lésions » il était indiqué : « Contusion ». L'assurée était en incapacité de travail depuis le jour de l'accident.

Dans son rapport médical du 7 octobre 2014, la Dresse B._____, médecin-assistante à l'Hôpital de [...], a posé le diagnostic suivant : « AVP 80km/h sans lésions post-traumatiques ». Sous la rubrique « Anamnèse actuelle », ce médecin observait ce qui suit:

« Patiente de 28 ans, connu pour s/p bypass gastrique en 2010, qui nous est amenée en ambulance suite à un AVP (environ 80km/h) dans une zone de travaux sur l'autoroute. Amnésie circonstancielle depuis l'entrée sur l'autoroute (à [...]) jusqu'à l'arrivée de l'ambulance. La patiente est sortie d'elle-même du véhicule. Pas de perte de connaissance observée par les témoins. Port de la ceinture de sécurité, appuie-tête réglé. Les airbags se sont enclenchés. Choc au niveau des genoux. Parebrise entier.

A son arrivée aux urgences, GVS 15/15, la patiente se plaint de DRS à 2-3/10, de douleurs à la clavicule G, au poignet G et à la base du 5ème métacarpien D, aux crêtes iliaques, au genou G, et à la MTP du 5ème rayon à D.

Présente une sinusite qu'elle traite avec des gouttes depuis quelques jours. »

Sous la rubrique « Evolution et discussion » il était mentionné que « la patiente est hospitalisée pour surveillance neurologique. La patiente demeure hémodynamiquement stable et afébrile durant toute

son hospitalisation. Sur un plan neurologique, la patiente reste également stable, sans nausées ni vomissements, sans céphalées et avec un GCS à 15/15. Devant la bonne évolution clinique de la patiente, un retour à domicile est possible le 07.10.14. ».

Il ressort du certificat médical établi le 7 octobre 2014 par la Dresse B. _____ que l'assurée a été en incapacité totale de travail du 6 octobre 2014 au 12 octobre 2014.

Un CT-scan cerebro-cervico-thoraco-abdominal a été réalisé le jour de l'accident. Dans son rapport du 7 octobre 2014, la Dresse M. _____, spécialiste en radiologie, a notamment constaté qu'il n'y avait pas de fracture ou de luxation identifiable du rachis cervical. En conclusion, elle indiquait que le CT-scan cerebro-cervico-thoraco-abdominal ne démontrait pas de lésion traumatique, en particulier pas de dissection de l'aorte thoraco-abdominale. Il existait une lésion kystique annexielle droite, à confronter à un bilan gynécologique.

Des radiographies ont également été prises le 6 octobre 2014. Dans son rapport médical du 7 octobre 2014, la Dresse M. _____ a indiqué, s'agissant de la clavicule gauche et de l'articulation acromio-claviculaire gauche, que sur ces différentes incidences, il n'y avait pas de fracture intéressant la clavicule gauche ou de diastasis de l'articulation acromio-claviculaire gauche. Cependant, en cas de recherche de lésion ligamentaire, des clichés en charge intéressant les deux articulations acromio-claviculaires devaient être effectués.

Le 21 octobre 2014, l'assurée a rempli un questionnaire complémentaire de V. _____, dans lequel elle expliquait notamment que tandis qu'elle roulait sur l'autoroute dans une zone de travaux limitée à 80 km/heure, sa voiture s'était déportée sur la gauche, s'était « appuyée » sur la barrière et avait « tapé » puis traversé les deux voies avant de taper deux fois le mur. Elle précisait que c'était ce qu'on avait pu lui dire de l'accident. Elle ajoutait qu'elle n'était pas encore capable de travailler et que le traitement était en cours depuis le jour de l'accident.

En date du 24 octobre 2014, le Dr P._____, médecin généraliste, a prescrit six séances de physiothérapie à l'assurée dans le but de traiter le genou gauche.

Il ressort des certificats établis par le Dr P._____ le 14 octobre 2014, respectivement le 24 octobre 2014, que l'arrêt de travail à 100 % a été prolongé jusqu'au 3 novembre 2014.

Dans un rapport du 4 novembre 2014, les Drs K._____, spécialiste en chirurgie, et B._____ ont posé les diagnostics d'amnésie circonstancielle sur accident de la voie publique, de contusions et dermabrasions multiples, et de bradycardie. Dans les comorbidités passives, il était mentionné une maladie d'Osgood-Schlatter du genou gauche et un strabisme. Ces médecins ajoutaient que lors de son arrivée aux urgences, la patiente se plaignait de douleur rétrosternale à 2-3/10, de douleurs à la clavicule gauche, au poignet gauche et à la base du cinquième métacarpien droite, aux crêtes iliaques, au genou gauche et à la métacarpo-phalangienne du cinquième rayon à droite. Le status d'entrée était décrit comme suit :

« A l'entrée, la patiente présente un GCS à 15/15, elle est hémodynamiquement stable et afebrile.

Au status neurologique, la patiente présente des pupilles isocores isoréactives, les nerfs crâniens sont dans les normes, les réflexes ostéotendineux vifs et symétriques. La sensibilité et la force sont conservées aux membres supérieur et inférieur. Les épreuves cérébelleuses sont tout à fait normales.

Le status cardio-pulmonaire est parfaitement dans la norme.

La patiente présente une dermabrasion sur le tiers médial de la clavicule gauche, douloureuse à la palpation.

Au niveau du poignet gauche, il y a présence de douleur à la palpation des os du carpe. La mobilisation du poignet est possible mais douloureuse. Les tests du scaphoïde sont sans particularité.

Au niveau de la main droite, il y a présence de douleur à la palpation de la métacarpo-phalangienne du 5ème rayon.

Au niveau du bassin, la patiente présente des dermabrasions aux crêtes iliaques ainsi que des douleurs à la palpation de celles-ci jusqu'à la symphyse pubienne. Au niveau du genou gauche, il n'y a pas de tuméfaction, pas d'hématome. Douleurs à la palpation du compartiment interne. Flexion et extension douloureuse en fin de mouvement.

Au niveau du pied droit, il y a une douleur à la palpation du 5ème métatarse, surtout à la métacarpo-phalangienne.

De plus, la patiente présente une dermabrasion sur l'arcade sourcilière droite, à la clavicule gauche, ainsi que sur les crêtes iliaques.

Un total-body scanner est effectué le 06.10.2014 ne révélant pas de lésion post- traumatique.

Un test de grossesse est également effectué, se révélant négatif. »

Pour le surplus, ces médecins réitéraient les éléments contenus dans le rapport médical du 7 octobre 2014 de la Dresse B._____.

Le rapport de police du 14 octobre 2014 a par la suite été versé au dossier de l'assurance-accidents. Il ressort notamment de ce document, sous l'intitulé « Circonstances », les éléments suivants :

« Mme F._____ venait de [...] et circulait en direction de [...], sur la voie gauche, à une allure voisine de 80 km/h selon ses dires. Parvenue peu après le Tunnel de [...], dans des circonstances que l'enquête n'a pas permis d'établir et que la conductrice ne s'explique pas, l'automobile de cette dernière quitta sa trajectoire d'origine et dévia progressivement vers la gauche, où elle frotta la glissière centrale de sécurité sur plusieurs dizaines de mètres, avant d'empiéter sur la bande herbeuse de la berme centrale. Par la suite, sa [...] traversa les voies de circulation dans le sens opposé, avant qu'elle ne percute le mur de sécurité latéral à deux reprises. Au terme de son embardée, cette automobile s'immobilisa finalement en travers de la voie droite, où Mme F._____ reprit ses esprits. Selon Mme J._____, témoin, Mme F._____ n'a pas été gênée par d'autres usagers. »

Les déclarations de l'assurée le jour de l'accident ont été protocolées comme suit :

« J'ai pris connaissance de mes droits et obligations et accepte de répondre à vos questions. Je venais de [...] et souhaitais me rendre à [...]. Je circulais sur l'autoroute [...]. Après le tunnel de [...], je circulais à environ 80 km/h. Ensuite, je ne me souviens plus très bien de ce qui s'est passé. Je me rappelle que mon auto a roulé sur la bande herbeuse à gauche des voies de circulation. Après, c'est le blanc. J'ai repris mes esprits lorsque ma voiture était à l'arrêt. Je ne me sentais pas très bien et j'ai immédiatement quitté mon véhicule. Vous me demandez si j'ai fait un malaise ou si je me suis endormie au volant de mon auto. Je ne peux pas vous répondre. Je ne comprends pas ce qui s'est passé. Je n'étais pas spécialement fatiguée et je ne suis pas autrement sujette aux malaises. Je portais la ceinture de sécurité et je ressens des douleurs aux hanches, au genou, à la main, à la tête, au sternum et aux côtes. »

Le témoin J._____ a déclaré ce qui suit :

« J'ai pris connaissance de mes droits et obligations et accepte de répondre à vos questions. Je circulais sur l'autoroute en direction de [...], à environ 70 km/h, sur la voie droite. Une voiture grise circulait devant moi sur la voie gauche, à la même vitesse que moi. Le trafic était dense. Soudain, elle a dévié à gauche sans raison apparente. Aucun autre véhicule ne se trouvait près d'elle. Le véhicule gris a heurté la glissière centrale. Suite au choc, cette auto a traversé les voies de circulation et la bande d'arrêt d'urgence avant d'heurter le mur latéral. Elle a terminé sa course sur la voie droite. La conductrice de cette auto est sortie elle-même de son véhicule et je me suis arrêtée. J'ai ensuite fait appel aux secours. »

Lors d'un entretien téléphonique du 6 novembre 2014 avec l'assurance, F._____ a indiqué souffrir de douleurs thoraciques, dorsales, à la main et au genou. Elle expliquait que le Dr P._____ lui avait prescrit de nombreux médicaments et qu'elle avait de gros problèmes de sommeil. Elle suivait un traitement de physiothérapie et sa thérapeute lui avait conseillé d'aller voir un spécialiste.

Interpellé par l'assurance, le Dr P._____ a diagnostiqué le 6 novembre 2014 une amnésie circonstancielle, des céphalées, des cervicalgies, des douleurs à l'épaule droite et à la main droite ainsi que des gonalgies gauches post-traumatiques après un accident de la circulation le 6 octobre 2014. S'agissant de l'évolution du cas et de l'état actuel, ce médecin relevait la persistance des céphalées, des cervicalgies, des douleurs de l'épaule droite, des douleurs à la main droite et des douleurs de la face extérieure du genou gauche ainsi que des insomnies. Selon lui, pour ces raisons, une reprise de l'activité de l'assurée n'était pas possible. Une reprise dans une activité adaptée provisoirement n'était pas non plus possible pour l'instant.

Par certificat médical du 11 novembre 2014, le Dr P._____ a prolongé l'incapacité de travail à 100 % jusqu'au 25 novembre 2014.

Une IRM du genou gauche a été réalisée le 21 novembre 2014. Dans son rapport du même jour, le Dr G._____, spécialiste en radiologie, a constaté une zone de contusion osseuse sur la partie latérale du plateau

tibial interne. Il n'y avait pas de franche déchirure méniscale atteignant la surface articulaire. Ce médecin observait en outre une tendinopathie rotulienne chronique associée à des séquelles de maladie d'Osgood-Schlatter, ainsi qu'un hématome sous-cutané en voie de résorption, pararotulien interne.

Une IRM du poignet droit a été effectuée le 24 novembre 2014. Dans son rapport du 25 novembre 2014, le Dr G. _____ a conclu à de probables lésions du TFCC [« Triangular fibrocartilage complex »] représentée par une avulsion partielle du versant ulnaire, à de petites zones de contusion osseuse de la base du quatrième métacarpien et du pôle proximal de l'os crochu et à un petit kyste arthros-sinival du versant ulnaire du carpe, de 5 mm.

Des séances de physiothérapie ont été prescrites le 27 novembre 2014 par le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Par certificat médical du 2 décembre 2014, ce dernier a également indiqué que sa patiente était en incapacité de travail à 100 % depuis le 8 novembre jusqu'au 31 décembre 2014.

Un inspecteur de sinistres s'est rendu au domicile de l'assurée en date du 17 décembre 2014. Il ressort de son rapport du 19 décembre 2014, dans la partie intitulée « Evolution et Etat actuel (plaintes) », les éléments suivants :

« L'assurée m'a déclaré une évolution, qu'elle considère comme globalement favorable de son état de santé. Concernant la contusion au niveau du plateau tibial (face interne du genou gauche), un œdème est toujours présent et des adhérences ont tendance à se développer. Des séances de physiothérapie sont en cours, au CTO de [...].

Quant à la main droite, les douleurs aiguës comme des lancées ressenties lors de certains mouvements, par exemple : - lorsqu'elle saisissait une bouteille en PET d'un litre $\frac{1}{2}$, se trouvent être : - « une déchirure partielle d'un ligament situé entre le poignet et le pouce ». Ce diagnostic a été posé, par le Dr D. _____, chirurgien orthopédique au CTO de [...]. Le pronostic du Dr est de 2 à 3 mois, pour cette déchirure. Il resterait encore environ 1 mois, pour que les douleurs au

niveau du poignet s'estompent ou disparaissent. Son poignet est semi-immobilisé, par une attelle. Elle la porte uniquement, durant la journée.

Depuis mi-novembre 2014, les troubles du sommeil s'améliorent progressivement, ainsi que la fréquence des maux de tête diminue peu à peu.

Elle signale une perte de poids d'environ 5 à 6 kg. Elle doit se surveiller, car elle déjà été opérée « d'un by-pass ».

Par certificat du 22 décembre 2014, le Dr P._____ a prolongé l'incapacité de travail à 100 % jusqu'au 5 janvier 2015. En date du 12 janvier 2015, ce médecin a considéré que sa patiente pouvait reprendre le travail à 50 % (demi- journées) du 12 janvier 2015 au 26 janvier 2015.

Interpellé par l'assurance-accidents, le Dr D._____ a posé le diagnostic, dans son rapport médical du 22 décembre 2014, de contusion-entorse du genou gauche et du poignet droit. Ce médecin ajoutait que l'IRM du genou montrait une contusion osseuse et un hématome en voie de résorption. Au niveau du poignet, il existait aussi une petite déchirure partielle du ligament ulnaire. En principe, le traitement était terminé depuis la fin du mois de décembre, une reprise des activités professionnelles étant prévue à partir du 1^{er} janvier 2015.

Par courrier du 26 janvier 2015, l'assurée a informé V._____ que le Dr P._____ l'avait envoyée en suivi thérapeutique pour un syndrome de stress post-traumatique auprès du psychologue-psychothérapeute P._____. Elle joignait à sa lettre le bon de délégation signé par le Dr P._____.

Par courrier du 16 février 2015, l'assurance a considéré qu'elle n'avait pas à prendre en charge les frais de psychologue de l'assurée. Elle invoquait à cet égard le fait que compte tenu des circonstances de l'accident, il s'agissait d'un accident léger et que le lien de causalité adéquate entre les atteintes et l'évènement assuré devait être nié.

Par certificat du 18 février 2015, le Dr P._____ a prolongé l'incapacité de travail, mais à hauteur de 20 %, jusqu'au 18 mars 2015,

puis une nouvelle fois jusqu'au 25 mars 2015 par certificat du 18 mars 2015.

Par décision du 20 mars 2015, V._____ a refusé la prise en charge du traitement psychiatrique. À l'appui de sa décision, l'assurance a estimé que l'évènement subi pouvait être qualifié, selon la jurisprudence applicable en la matière, de gravité moyenne, et non pas de léger comme évalué dans un premier temps. Cependant, les critères objectifs d'admission du lien de causalité adéquate n'étaient pas réalisés au vu des circonstances, de telle sorte que le lien de causalité adéquate devait être nié.

Par certificat du 25 mars 2015, le Dr P._____ a prolongé l'incapacité de travail à 20 % jusqu'au 20 avril 2015.

Interpellé par l'assurance-accidents, le Dr P._____ a indiqué en date du 7 avril 2015 que l'évolution était favorable mais qu'il y avait cependant encore une fatigabilité augmentée, la patiente disant être très gênée par le bruit. Ce médecin justifiait la poursuite de l'arrêt de travail à 20 % par la fatigabilité de sa patiente. Selon lui, une reprise de l'activité était possible vers la fin du mois d'avril.

L'assurée a reçu une nouvelle fois la visite de l'inspecteur des sinistres en date du 10 avril 2015. Il ressort les éléments suivants du rapport de visite du 15 avril 2015, sous l'intitulé « Incapacité de travail, plaintes actuelles et traitement médical entrepris et en cours » :

« L'incapacité de travail partielle au taux de 20%, court jusqu'au 20.04.2015 (à suivre).

La raison de la poursuite de cette incapacité au taux de 20% est multiple (traumatique et psychique).

Les motifs physiques, sont :

- le genou gauche au niveau de la face interne. Il y a toujours la présence d'un œdème avec des adhérences. Les douleurs évoluent à une fréquence aléatoire, en fonction de la position, de la sollicitation, des conditions météorologiques, etc.

- la main droite. Les douleurs évoluent également à une fréquence aléatoire, en fonction de la sollicitation. La douleur devient aiguë et lancinante. Par exemple : - lorsqu'elle doit serrer la main de beaucoup de monde. Ce qui est « une règle fondamentale », dans l'institution, qui vise à respecter les détenus, à chaque rencontre.
- ainsi qu'elle ressent de vives douleurs au niveau d'une côte, à droite.

Selon le psychologue qui la suit depuis courant janvier 2015, M. W._____, l'assurée souffrirait : - « d'un syndrome de stress post-traumatique », lié à cet accident. La précédente séance a eu lieu le 31.03.2015 et la prochaine est fixée en date du 16.04.2015.

Elle se plaint : - d'une fatigabilité récurrente, - de stress, - ainsi que de mauvais souvenirs.

Suite à notre courrier de refus pour la poursuite de la prise en charge des séances de psychologie, une opposition est en cours d'élaboration, par la DAS, protection juridique.

Depuis courant décembre 2014, de la physiothérapie lui a été prescrite et est toujours en cours, au CTO de [...] (officiellement pour le genou gauche et la main droite et officieusement également pour la côte, côté droit, mobilisation de la cage thoracique et pose de tape).

Pour le genou gauche et la main droite, la coordination du suivi médical et la gestion des anti-inflammatoires et des anti-douleurs est actuellement faite, par le Dr P._____, généraliste et médecin traitant, à [...] (précédentes consultations les 18 et 25.03.2015 et prochain contrôle fixé le 20.04.2015), en l'absence du Dr D._____, chirurgien orthopédique au CTO de [...] (dernière consultation courant décembre 2014 et prochain contrôle dans le courant de la semaine 19, soit jusque vers le 04.05.2015, date de son retour).

Les médicaments suivants lui sont prescrits : - de l'IRFEN 600, - ainsi que du DAFALGAN 1 gr. (en réserve selon besoin). »

Dans un rapport psychothérapeutique du 28 avril 2015 adressé à DAS Protection Juridique SA, W._____ a relaté les propos de sa patiente, selon lesquels, avant d'être emmenée à l'hôpital par l'ambulance, elle s'était retrouvée assise à côté de sa voiture au bord de la route dans un état « d'hébétude » caractérisé par un rétrécissement du champ de la conscience et de l'attention, avec une incapacité à intégrer des stimuli et avec une certaine désorientation. Pour ce psychologue, l'assurée semble avoir montré tous les signes d'une réaction aiguë au facteur de stress lié à son accident, ce qui malheureusement n'aurait pas été constaté à l'hôpital. Il ajoutait qu'après observation et investigation de sa part, il était incontestable que sa patiente manifestait un état de stress post-traumatique, qui par ailleurs constituait une réponse différée largement fréquente à un évènement exceptionnellement menaçant et catastrophique. Les symptômes manifestes lors des entretiens étaient notamment des souvenirs envahissants, une détresse avec une certaine

« anesthésie psychique », des crises d'angoisse et de panique, une hypervigilance avec un état d'alerte constant, des insomnies et une réaction dépressive. W._____ affirmait donc que les souffrances psychiques étaient incontestablement liées à l'accident du mois d'octobre 2014. Il recommandait un suivi psychologique afin d'éviter que sa patiente ne présente des séquelles chroniques au niveau de sa personnalité après cette expérience traumatique.

En date du 1^{er} mai 2015, l'assurée a formé opposition, par le biais de son assurance de protection juridique, à l'encontre de la décision du 20 mars 2015, concluant à la prise en charge du traitement psychique par V._____. À l'appui de son écriture, elle se fondait sur le rapport du 28 avril 2015 établi par W._____, lequel attestait selon elle de manière circonstanciée du lien existant entre l'accident et l'affection dont elle souffrait actuellement.

Par certificat du 11 mai 2015, le Dr P._____ a prolongé l'incapacité de travail de 20 % du 10 février au 29 avril 2015.

Une IRM du genou gauche a été réalisée le 8 mai 2015. Dans son rapport du 11 mai 2015, le Dr G._____ a relevé que comparativement à l'examen IRM du 21 novembre 2014, il existait une résorption de « l'œdème osseux » du plateau tibial interne, ainsi que de l'hématome des parties molles de la région para-rotulienne interne. Il constatait la présence d'une tendinopathie rotulienne récurrente sur maladie d'Osgood Schlatter, déjà visible précédemment. Il n'y avait pas d'autre élément évolutif.

Par courrier du 19 mai 2015, l'assurée a transmis à V._____ un certificat médical du 6 mai 2015 rédigé par le Dr P._____. Ce dernier y indiquait que sa patiente avait été marquée par l'accident, que le psychisme de F._____ était plus fragile et qu'elle présentait en plus des poussées d'angoisse qu'elle n'avait pas avant l'accident.

Par certificat du 5 juin 2015, le Dr P._____ a attesté d'une incapacité de travail à 100 % du 5 au 10 juin 2015.

Dans un courriel du 2 juillet 2015 adressé à V._____, l'assurée a expliqué que son état l'empêchait de vivre comme avant l'accident et que les conséquences de celui-ci troublaient encore fortement son quotidien.

Le 1^{er} septembre 2015, l'assurée a informé V._____ du fait que de Dr P._____ avait clos le « dossier » de son côté, mais que le « dossier » psychologique était toujours ouvert.

Interpellé par l'assurance-accidents, le Dr P._____ a indiqué le 9 septembre 2015 à cette dernière que l'évolution du cas était favorable, tant objectivement que subjectivement. Le traitement en cours était le suivi psychologique.

Par décision sur opposition du 7 octobre 2015, V._____ a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé la décision du 20 mars 2015. Se fondant sur la jurisprudence en la matière, l'assureur a considéré que l'accident pouvait être classé d'un point de vue objectif à la limite inférieure de la catégorie des accidents de gravité moyenne. Il ajoutait que les circonstances de cet accident n'étaient pas particulièrement dramatiques ni impressionnantes. Selon lui, la durée du traitement médical, lequel n'était au demeurant entaché d'aucune erreur, n'apparaissait pas anormalement longue et il ressortait des éléments du dossier que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était favorable. Finalement, l'incapacité de travail n'avait pas été anormalement longue. Dans ces conditions, l'assurance-accidents considérait que l'évènement du 6 octobre 2014 ne pouvait donc pas être tenu pour la cause adéquate des troubles psychiques dont souffrait l'assurée et qui avaient entraîné un traitement dès le mois de janvier 2015. C'était donc, selon V._____, à juste titre qu'elle avait refusé la prise en charge du traitement au motif de l'absence de causalité adéquate.

C. Par acte du 9 novembre 2015, F. _____ a interjeté recours à l'encontre de la décision sur opposition du 7 octobre 2015, concluant principalement à l'annulation de celle-ci et à la prise en charge des frais de traitement de psychothérapie. Subsidiairement, elle concluait à l'annulation de la décision sur opposition entreprise et au renvoi du dossier à V. _____ afin de mettre en œuvre une expertise psychiatrique pour faire établir l'existence d'un lien de causalité entre ses troubles psychiques et l'accident du 6 octobre 2014. À l'appui de son écriture, la recourante explique tout d'abord qu'elle a été laissée seule à deux reprises dans la salle des urgences, pour des durées de 45 à 60 minutes et qu'aucune possibilité ne lui avait été offerte de solliciter une aide alors qu'elle se sentait en danger. Elle précise qu'elle souffre toujours d'insomnies dues aux souvenirs persistants, créant des angoisses, et que celles-ci sont apparues suite à l'accident. Elle détaille ensuite les raisons pour lesquelles elle a consulté un psychologue et non un psychiatre, et explique que les consultations actuelles la mènent vers la voie de la guérison, raison pour laquelle il ne serait pas opportun de recommencer un travail avec une nouvelle personne. Elle estime en outre qu'il convient de reconnaître la force probante d'un rapport établi par un psychologue-psychothérapeute. Cela étant, si pour l'assurance un tel rapport n'était pas suffisant, elle considère que celle-ci aurait dû mettre sur pied une expertise psychiatrique. En effet, selon la recourante, sur la base des rapports médicaux et d'une consultation circonstanciée, un médecin expert devrait pouvoir mettre en lien les troubles de stress post-traumatique avec la survenance de l'accident en cause. Pour ce qui est du stress post-traumatique, la recourante est d'avis qu'il convient de nuancer chaque cas et chaque individu, un tel syndrome pouvant se révéler également lorsque le patient n'a été simplement que spectateur d'un évènement. S'agissant de son cas en particulier, la recourante considère que l'exigence de gravité quant aux soins prodigués ne saurait être retenue. En effet, la prise en charge chaotique dont elle a fait l'objet, le fait qu'elle ignorait si elle aurait des séquelles et si des blessures graves persisteraient ainsi que le va-et-vient constant d'un personnel médical qui fait attendre une personne qui aurait pu perdre la vie quelques heures auparavant sont des éléments qui doivent être pris en compte. Pour la

recourante, il serait opportun de revoir cet aspect dans le cadre d'une expertise psychiatrique. Par conséquent, une nouvelle analyse devrait être diligentée quant à la gravité du trouble du stress post-traumatique.

Dans sa réponse du 29 décembre 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours, se référant aux éléments développés dans ses précédentes écritures. Elle ajoute que même si un expert devait se prononcer sur la question de la causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident, encore faudrait-il que ceux-ci soient en relation de causalité adéquate avec l'accident, ce qui n'est, selon l'assurance, pas le cas. Elle conclut donc au rejet de la requête d'expertise. De surcroît, se fondant sur la jurisprudence en la matière, elle considère que c'est à juste titre qu'elle a refusé la prise en charge du traitement psychiatrique, même si persistaient encore quelques troubles physiques nécessitant un traitement de physiothérapie. L'assureur-accidents a produit le dossier de la cause, duquel il ressort notamment un rapport médical du 18 décembre 2015 du Dr D._____ adressé à V._____. Dans ce document, ce médecin indique que lors du dernier contrôle le 19 mai 2015, il persistait encore quelques douleurs au niveau du genou gauche, à mettre en relation avec une zone d'œdème intra-osseux, mis en évidence sur une IRM. Le traitement, qui avait pris fin le 19 mai 2015, consistait en un traitement symptomatique, de la physiothérapie et des anti-inflammatoires.

Dans sa réplique du 27 janvier 2016, l'assurée a confirmé ses conclusions et a requis l'audition de W._____. Elle a également requis que dans le cas où une expertise ne pouvait être diligentée par l'intimée, la Cour de céans ordonne une telle expertise.

Par duplique du 9 février 2016, l'intimée a conclu au rejet des requêtes d'expertise et d'audition de W._____, qui ne sont, selon elle, pas des mesures pertinentes. Elle renvoie pour le surplus à ses précédentes écritures.

E n d r o i t :

1. a) 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, 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 recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA), auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

b) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent. Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le présent litige porte sur la question de savoir si V. _____ doit prendre en charge les frais du traitement psychothérapeutique suivi par la recourante auprès du psychologue W. _____, en vertu de la couverture de l'assurance-accidents obligatoire.

3. a) Selon l'art. 4 LPGA, 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. 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. L'assuré a droit, notamment, 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). Si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). En outre, selon 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 d'un accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, 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. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique 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 ; 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1 ; 8C_87/2007 du 1^{er} février 2008 consid. 2.2 ; U 64/07 du 23 janvier 2008 consid. 2).

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 » ; 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, l'inapplication 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 consid. 6).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, 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 l'assurance sociale. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît certes possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 126 V 353 consid. 5b ; 117 V 359 consid. 4a ; 117 V 369 consid. 3a).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique également 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 réf.cit. ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 *in fine* et réf.cit.).

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. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2 ; voir également : Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Meyer, Soziale Sicherheit, 3^e éd., p. 934 n° 122). Le Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2 ; 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1.1 et les réf. cit.).

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 un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3 et 8C_312/2007 du 5 juin 2008 consid. 3.2) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles 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 en cours de guérison et les complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Il n'est pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (ATF 115 V 133 consid. 6c/bb ; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3). Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite du peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat puisse être admis. Dans le cas d'un accident de gravité moyenne (au sens strict,

soit qui ne se trouve pas à la limite de la catégorie des accidents graves ou de peu de gravité), le Tribunal fédéral a retenu que trois critères au moins doivent être réalisés sans intensité particulière ou un critère de manière particulièrement marquée pour pouvoir admettre le lien de causalité adéquate (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., p. 935 s n° 123 et réf. cit.).

En matière d'accidents de la route plus particulièrement, la causalité adéquate a été admise dans le cas d'un accident de la circulation dans un tunnel impliquant trois véhicules ayant provoqué le décès d'une personne et plusieurs blessés. Dans cette affaire, tant le caractère particulièrement impressionnant de l'événement accidentel que le caractère particulièrement dramatique des circonstances concomitantes ont été admis, si bien que le syndrome de stress post-traumatique diagnostiqué par la suite a été considéré comme causé adéquatement par l'accident (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., p. 936 n° 124 et l'arrêt cité). La causalité adéquate a par contre été niée dans le cas d'un accident au cours duquel un véhicule avait fait un tonneau à une vitesse de 95 km/h sur l'autoroute en raison d'une crevaison et s'était immobilisé sur le toit. Il s'agissait certes d'un accident plutôt grave dans la catégorie des accidents de gravité moyenne. Sans que l'on puisse nier un certain caractère impressionnant à l'accident, ce caractère n'a toutefois pas été jugé particulièrement marqué ; seuls certains critères pouvaient être retenus et aucun d'eux ne revêtait une importance particulière (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., p. 937 n° 124 et TF U 161/01 du 25 février 2003, consid. 3.3.2, non publié in ATF 129 V 323, avec un rappel de la casuistique des accidents de la circulation classés dans la catégorie de gravité moyenne).

d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de 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.

Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse, si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*status quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*status quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *status 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 (TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b).

Cela signifie que si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prester. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3 ; U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2).

4. De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de façon objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable

sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et réf. cit.; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

S'agissant des 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. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit. ; Pratique VSI 2001 p. 109, consid. 3b/cc).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2.).

5. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, 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 (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

b) 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 réf. cit.).

6. En l'espèce, on relèvera à titre liminaire qu'au vu des pièces médicales du dossier, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident du 6 octobre 2014 semble discutable. Cette question peut cependant demeurer indécise au vu de ce qui suit.

a) Il convient d'admettre, à l'instar de l'intimée, que compte tenu des circonstances de l'accident subi par la recourante, celui-ci se situe objectivement à la limite inférieure de la catégorie des accidents de gravité moyenne. Cette appréciation est conforme à la jurisprudence fédérale en la matière (cf. en particulier TF 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.3.1 et 5.3.2 ; TF 8C_816/2012 du 4 septembre 2013 consid. 7.1 et TF 8C_813/2011 du 3 janvier 2013 consid. 4.2) et n'est au

demeurant pas contestée par la recourante. Dans un tel cas, il convient dès lors d'examiner les critères établis par la jurisprudence, afin de déterminer si la causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques peut ou non être admise (cf. supra consid. 3c).

b) En premier lieu, force est de constater que les circonstances concomitantes de l'accident ne sont pas particulièrement dramatiques et que le caractère de l'accident n'est pas particulièrement impressionnant. En effet, si l'événement a certes eu lieu sur l'autoroute, il s'agissait toutefois d'un tronçon limité à 80 km/h, vitesse à laquelle circulait la recourante selon ses dires. En outre, cette dernière n'a pas été heurtée par un autre véhicule mais a perdu elle-même, pour une raison inconnue, la maîtrise de sa voiture. Une fois celle-ci immobilisée, l'assurée a pu s'en extraire seule, apparemment sans difficultés. De surcroît, d'après les rapports médicaux versés au dossier et les explications de l'intéressée elle-même, F._____ a subi une amnésie circonstancielle depuis l'entrée sur l'autoroute jusqu'à l'arrivée de l'ambulance, et n'a donc pas de souvenirs de l'accident (cf. rapport du 7 octobre 2014 de la Dresse B._____ ; questionnaire du 21 octobre 2014 complété par la recourante ; rapport du 4 novembre 2014 des Drs K._____ et B._____). Certes, le psychothérapeute W._____ fait état de « souvenirs envahissants » et la recourante mentionne des « souvenirs persistants », mais sans qu'il soit possible de déterminer à quel moment ceux-ci se rapportent. Dans tous les cas, au vu de ce qui précède, le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident ne peut être retenu.

On ne peut pas non plus considérer que la recourante a subi des lésions physiques d'une gravité ou d'une nature particulière, propres notamment à entraîner des troubles psychiques. En effet, les examens réalisés le jour de l'accident ont permis de constater qu'elle ne souffrait pas de grave lésion traumatique. Il n'y avait notamment pas de dissection de l'aorte thoraco-abdominale, ni de fracture de la clavicule gauche ou de diastasis de l'articulation acromio-claviculaire gauche (cf. rapports des 7

octobre 2014 de la Dresse M._____). Les diagnostics retenus étaient une amnésie circonstancielle sur accident de la voie publique, des contusions et dermabrasions multiples ainsi qu'une bradycardie (cf. rapport du 4 novembre 2014 des Drs K._____ et B._____). Le Dr G._____ a en outre constaté de probables lésions du poignet droit (cf. rapport du 25 novembre 2014). La recourante a cependant pu regagner son domicile après une nuit d'observation à l'hôpital. Une tendinopathie rotulienne chronique a certes été observée par la suite, mais celle-ci s'inscrit dans le contexte d'une maladie d'Osgood-Schlatter, soit une affection préexistante du genou (cf. notamment le rapport du 21 novembre 2014 du Dr G._____).

La recourante n'a pas non plus été soumise, durant une période prolongée, à un traitement médical spécifique et pénible, du moment que les soins administrés ont consisté, en substance, en des séances de physiothérapie et à la prise d'antidouleurs, ainsi qu'au port d'une attelle au poignet. Contrairement à ce que semble invoquer la recourante, on ne voit pas en quoi sa prise en charge aurait été « chaotique », ni comment elle aurait pu ne pas être soignée, alors qu'elle a justement passé la nuit consécutive à l'accident en observation à l'hôpital, avant de pouvoir rentrer chez elle le lendemain. De surcroît, suite à l'événement du 6 octobre 2014, la recourante a bénéficié d'un suivi médical, tant auprès de son médecin traitant le Dr P._____, qu'auprès du Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. De plus, il ressort des pièces du dossier que l'évolution sur le plan physique a été globalement favorable, avec une reprise du travail à 50 % à partir du 12 janvier 2015, puis à 80 % depuis le 18 février 2015, le Dr P._____ justifiant cette incapacité de 20 % par la fatigabilité de sa patiente. Ce dernier a prolongé l'incapacité de travail à 20 % jusqu'au 29 avril 2015, date à partir de laquelle l'assurée était vraisemblablement en mesure de reprendre son activité à temps plein. En date du 1^{er} septembre 2015, la recourante a par ailleurs informé l'intimée que le traitement auprès du Dr P._____ avait pris fin. Le Dr D._____ indiquait quant à lui que le traitement était terminé depuis le 19 mai 2015. Ainsi, ni le critère des douleurs physiques persistantes, ni celui des erreurs

dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident, ni même le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques ne peuvent être retenus. Il n'existe pas non plus de difficultés apparues au cours de la guérison ni de complications importantes.

En d'autres termes, force est de constater que les critères développés par la jurisprudence ne sont pas réalisés dans le cas d'espèce. Ainsi, c'est à juste titre que l'intimée a nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement du 6 octobre 2014 et les troubles psychiques dont souffrirait l'assurée et qui font l'objet du traitement auprès du psychothérapeute W. _____.

c) Il convient de préciser que contrairement à ce que soutient la recourante, il n'y a pas lieu de diligenter une expertise psychiatrique, ni d'auditionner W. _____. En effet, l'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit, qui doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par les experts médicaux (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., p. 934 n° 118 et réf. cit). Il est donc superflu d'administrer ces preuves (cf. supra consid. 5b).

d) Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

7. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

Au vu de l'issue du litige, la recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 7 octobre 2015 par V._____ est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- DAS Protection Juridique SA (pour F._____), à Etoy,
- V._____, à [...],
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :