

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 novembre 2020

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
M. Neu et Mme Brélaz Braillard, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

T._____, à [...], recourante, représentée par Me Claudio Venturelli, avocat
à Lausanne,

et

Z._____, à Martigny, intimée.

Art. 45 al. 1 LPGA ; 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaille, depuis le [...], comme enseignante de couture au collège pour le compte de l' [...]. A ce titre, elle est assurée contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de Z._____ (ci-après : Z._____ ou l'intimée).

Par déclaration d'accident LAA du 26 janvier 2017, l'employeur a annoncé un incident survenu le jeudi 22 décembre 2016 à 16h40, décrit en ces termes : « J'étais à vélo et venais de quitter mon travail. J'étais sur la piste cyclable ch. du [...] en direction du ch. du [...]. Avant de tourner, j'ai vu un cycliste arriver en face de moi en contre-sens et à grande vitesse. Puis plus rien ». Polytraumatisée, l'assurée a été transférée en ambulance au Service des Urgences du CHUV, où elle a séjourné jusqu'au lendemain. Un CT cérébro-cervico-thoraco-abdominal injecté du 22 décembre 2016 n'a pas mis en évidence de lésion traumatique, mais une lésion hypodense de la paroi utérine droite (de 20 x 7 mm) avec rétention intra-utérine, à confronter à une échographie endovaginale (rapport du 22 décembre 2016 des médecins du Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle au CHUV). Dans un rapport de sortie du 23 décembre 2016, il a été diagnostiqué un traumatisme crânien avec perte de connaissance et / ou amnésie. Dans l'anamnèse de ce rapport, il est écrit que l'assurée avait été percutée par la droite par un cycliste qui descendait, qu'elle ne se rappelait plus du mécanisme de chute et portait un casque intact selon les ambulanciers, que le cadre de son vélo était par contre déformé, que l'intéressée avait présenté un traumatisme crânien mais pas de perte de connaissance selon les témoins, qu'elle souffrait d'une amnésie circonstancielle prolongée (trente minutes) avec une désorientation dans l'espace et la situation. Aux urgences l'intéressée était orientée aux quatre modes mais elle ne se rappelait pas des détails de l'accident, se plaignant principalement de nausées et présentant deux épisodes de vomissement, une douleur supéro-thoracique gauche, ainsi qu'une douleur en regard de la tête fémorale à droite. On extrait

notamment ce qui suit de la rubrique intitulée « problèmes et attitude (à l'entrée) » du rapport médical du 23 décembre 2016 :

"1) TCC mineur avec :

- contusion hanche gauche
- contusion costale droite-contusion articulation temporomandibulaire D [droite]

[...]

Attitude :

- La patiente reçoit des anti-émétiques aux urgences (10mg de Primpéran et 4mg de Zofran) en raison de deux épisodes de vomissement. Elle se sent mieux suite à l'ablation de la minerve.
- avis ORL [oto-rhino-laryngologie] : vertiges sur contusion labyrinthique. Absence de nystagmus, hypoacousie, tympan N bilat. si persistance après 3 semaines consulter
- avis maxillo-facial : physio, AINS, rdv ds 2 semaines qui sera pris par patiente
- Patiente avertie de rester au calme les prochains jours, dans un endroit sombre et sans activité physique.
- protocole post TCC donné

2) Lésion hypodense de la paroi utérine droite de 20x7mm

Attitude :

- Nous proposons à la patiente de consulter son gynécologue afin d'organiser une échographie transvaginale."

A sa sortie de l'hôpital le 23 décembre 2016, l'assurée s'est vue remettre une ordonnance avec la prescription, en réserve, de Dafalgan® (1g 4x/j.) et d'Irfen® (400 mg 3x/j.), ainsi que du Pantozol® (40 mg 1x/j.) en cas de prise des anti-inflammatoires non stéroïdiens prescrits.

Un rapport d'accident de la circulation a été établi par la Police [...] Police secours, le 11 janvier 2017. En bref, le jeudi 22 décembre 2016 vers 16h30, l'assurée circulait en vélo électrique sur une bande cyclable lorsqu'elle a été heurtée par un autre cycliste arrivant en sens inverse. L'intéressée a déclaré ne pas se rappeler d'un heurt, ni même qu'un choc se soit produit ; elle a repris ses esprits dans l'ambulance. Elle n'a pas ressenti de douleurs immédiatement puis a senti des douleurs à la jambe gauche et au tibia droit, et par la suite au thorax ainsi qu'à la tête. Elle portait un casque de protection.

Dans un rapport du 6 mars 2017, le Dr K._____, médecin-assistant en chirurgie orale et maxillo-faciale, ayant prodigué les premiers soins au CHUV, a diagnostiqué une « contusion ATM [articulation temporo-mandibulaire] ddc [des deux côtés] avec sd [syndrome] myofascial ». Ce médecin n'a pas certifié d'incapacité de travail du point de vue maxillo-facial.

Le 23 mars 2017, l'assurée a indiqué avoir repris le travail le 20 février 2017 à 50 %. Selon une fiche téléphonique établie le 6 avril 2017 par la gestionnaire en charge du cas auprès de Z._____, l'assurée a informé son interlocutrice d'une incapacité de travail certifiée à 50 % jusqu'au 19 avril 2017, avec une prochaine consultation de prévue chez son médecin traitant, le Dr C._____. Elle a également fait part d'un problème de concentration et dit ne pas supporter le bruit dans la classe.

Aux termes d'un rapport du 4 mai 2017 au Dr C._____, le Dr P._____, spécialiste en neurologie, a vu l'assurée en consultation le jour précédent. Ce médecin a décrit un examen neurologique détaillé mettant en évidence un syndrome cervico-vertébral assez important, avec une distance menton-sternum de 6/16 centimètres et une limitation pour les mouvements de rotation ainsi qu'une contracture paracervicale. Il n'y avait pas d'altération significative au niveau des paires crâniennes, l'assurée devait prochainement consulter le Dr F._____, ophtalmologue. Les réflexes tendineux étaient tous normo-vifs sauf les réflexes tendineux achilléens non déclençables. Les plantaires étaient en flexion bilatéralement, les cutanés abdominaux présents dans tous les quadrants. Il y avait toujours une discrète hypopallesthésie bimalléolaire à 7/8, mais sans troubles du sens postural des orteils. Il n'y avait pas d'altération des qualités sensibles superficielles. Il n'y avait aucun autre élément relevant. Le poids était de soixante kilos pour une taille de cent soixante centimètres. De l'avis du Dr P._____, il convenait de retenir un syndrome post-commotionnel au décours. Par prudence, il préconisait la réalisation d'une IRM (imagerie par résonance magnétique) cérébrale à distance afin de s'assurer de l'absence de séquelle traumatique résiduelle. En parallèle, ce médecin proposait la programmation d'un bilan

neuropsychologique de l'assurée auprès de la Professeure N._____, au CHUV.

Dans un rapport d'IRM cérébrale du 15 mai 2017, le Dr S._____, spécialiste en radiologie, a conclu à des discrets signes de leucopathie vasculaire sans autre anomalie intracrânienne sus- ou sous-tentorielle, intra- ou extra-axiale. Il n'existait en particulier pas de séquelle traumatique.

Le 2 juin 2017, l'assurée s'est entretenue à son travail avec l'inspecteur des sinistres de Z._____. Dans le rapport de visite rédigé le 6 juin 2017, il est écrit en particulier que, depuis la reprise du travail, l'assurée effectuait douze périodes d'enseignement par semaine au lieu de vingt-six en temps normal. Elle a déclaré ne pas arriver à augmenter sa capacité de travail ; les maux de tête, les acouphènes et troubles de la concentration étaient les principaux éléments qui freinaient sa reprise progressive.

Dans un rapport du 3 août 2017 au Dr C._____, la Professeure N._____, spécialiste en neurologie, qui a examiné l'assurée les 6 et 18 juillet 2017 pour un bilan cognitif, a posé les diagnostics de déficit de la mémoire de travail verbale, difficultés attentionnelles et ralentissement psychomoteur ; plaintes de type post-traumatique ; signes de la lignée anxieuse et dépressive ; TCC (trouble cranio-cérébral) mineur le 22 décembre 2016 ; amnésie pré-traumatique de quelques secondes et post-traumatique d'environ vingt à trente minutes ; discrets signes de leucopathie vasculaire à l'IRM cérébrale du 15 mai 2017. Ce premier examen neuropsychologique, réalisé à six mois post-trouble cranio-cérébral, a mis en évidence au premier plan un déficit de la mémoire de travail verbale, des difficultés attentionnelles, ainsi qu'un ralentissement psychomoteur. L'auto-évaluation avait relevé des plaintes de type post-traumatique, ainsi que des signes de la lignée anxieuse et dépressive. D'un point de vue strictement neuropsychologique, une reprise professionnelle progressive était recommandée. Par ailleurs, la conduite

automobile était contre-indiquée. La situation devait être réévaluée à la fin du mois de septembre 2017.

Le 17 août 2017, le Dr F. _____, spécialiste en ophtalmologie, a répondu comme suit aux questions adressées par le médecin-conseil de Z. _____ :

1. Diagnostic : Fatigue et irritation oculaire suite à l'accident du 22.12.2016.
2. Date de la première consultation : 10 mai 2017.
3. Etiologie de l'affection en cause : Troubles oculaires mal systématisés, entrant probablement dans le cadre d'un syndrome post-commotionnel.
4. Evolution du cas et état actuel : Amélioration subjective de la situation avec l'instillation de larmes artificielles.
5. Des circonstances sans rapport avec l'accident jouent-elles un rôle dans l'évolution :
Non.
6. Traitement en cours : Instillation de larmes artificielles.
7. Des investigations ont-elles été réalisées depuis le 22.12.2016 :
Aucune investigation complémentaire réalisée sur ma demande.
8. Date de la dernière consultation : 27 juin 2017.
Prochaine consultation : selon évolution.
9. Quelle sera encore la durée du traitement ? Indéterminée."

Dans un rapport du 26 septembre 2017 au Dr C. _____, la Professeure N. _____ a notamment écrit que l'assurée avait repris son activité professionnelle à la rentrée scolaire de la fin août 2017 au taux de 46 %. Ce taux semblait être actuellement approprié, même si l'intéressée rapportait une fatigue relativement importante. Il était dès lors proposé de maintenir ce taux de travail durant les prochaines semaines et de réévaluer la situation à la rentrée après les relâches d'octobre 2017 ; une nouvelle évaluation neuropsychologique détaillée était prévue en novembre 2017.

Un rapport du 16 novembre 2017, consécutif à un nouvel examen neuropsychologique de l'assurée les 9 et 14 novembre 2017, a

été adressé au médecin traitant par la Professeure N._____. Ce rapport adopte la conclusion suivante :

“Ce nouvel examen neuropsychologique met en évidence, comparativement à l'évaluation du 06.07.2017, la persistance au premier plan d'un ralentissement modéré à sévère des temps de réaction, d'un déficit modéré en attention divisée et d'un trouble de la mémoire de travail (sensibilité aux interférences), malgré une amélioration de l'ensemble de la symptomatologie cognitive chez une patiente rapportant toujours une importante fatigabilité, des signes probables de la lignée dépressive et des plaintes de type post-traumatique.

D'un point de vue strictement neuropsychologique, la reprise de la conduite automobile apparaît encore contre-indiquée. Par ailleurs, une évaluation/prise en charge sur le plan psychiatrique serait souhaitable. La patiente y a été sensibilisée.

En ce qui concerne l'activité professionnelle, il serait souhaitable qu'une répartition des périodes d'enseignement, adaptée à la fatigabilité, puisse être discutée.

DC [diagnostic] : Au 1^{er} plan : ralentissement modéré à sévère des temps de réaction, déficit modéré en attention divisée, trouble de la mémoire de travail (sensibilité aux interférences) et fatigabilité modérée ; plaintes de type post-traumatique et signes probables de la lignée dépressive. TCC [trouble cranio-cérébral] mineur le 22.12.2016.”

Interpellé, le Dr C._____ a, par rapport du 20 novembre 2017, fait part au service médical de Z._____ d'un état dépressif latent chez l'assurée mais dont l'évolution avant l'événement accidentel, était depuis trois ans très satisfaisante. Le médecin traitant était en accord avec une reprise de l'activité professionnelle au taux de 46 %, avec la précision que : « Toutefois le CHUV comme moi-même estimons que c'est un maximum en l'état, et que sa capacité de travail diminuée risque de se poursuivre plusieurs mois. Une réévaluation périodique de son cas nous paraît nécessaire ».

Après avoir obtenu le point de vue de son médecin-conseil sur l'évolution de la situation (avis du 28 novembre 2017 du Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur), Z._____ a, par décision du 14 décembre 2017, mis fin au service de ses prestations (frais médicaux et indemnités journalières) avec effet au 31 mai 2017. Le motif retenu était qu'au-delà de cette date, les

troubles à la tête dont souffrait encore l'assurée n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident survenu le 22 décembre 2016 ; aucune lésion traumatique n'avait été mise en évidence par l'IRM cérébrale du 15 mai 2017. Concernant la suite de la prise en charge, l'intéressée était invitée à s'adresser auprès de son assureur-maladie M._____.

Le 20 décembre 2017, M._____ a formé une opposition « à titre préventif » à l'encontre de la décision précitée, avec la précision que le cas devait être soumis à son « Service du médecin-conseil » pour avis. Cette opposition provisoire a finalement été retirée le 11 janvier 2018 et les frais de traitement pris en charge dès le 1^{er} juin 2017 par M._____.

Les 20 décembre 2017 et 20 février 2018, assistée de son conseil Me Claudio Venturelli mandaté dans l'intervalle, l'assurée s'est opposée à la décision précitée. A l'appui de sa contestation, elle a nié la valeur probante de l'avis du médecin-conseil de Z._____, et a sollicité la poursuite du versement des prestations de l'assureur-accidents au-delà du 31 mai 2017. Elle a étayé sa contestation en joignant un rapport du 2 février 2018 établi à l'intention de son conseil par la Professeure N._____. Confirmant le maintien de la reprise de l'activité professionnelle par l'assurée à 46 %, taux limité en raison de la fatigue et des plaintes (à savoir, des difficultés de concentration importantes et un moral fluctuant), ce rapport médical se termine comme suit :

"4. De votre point de vue, l'état de santé actuel de votre patiente est-il toujours en lien de causalité avec l'accident du 22 décembre 2016 ? Pouvez-vous cas échéant développer votre réponse en motivant votre position ?

A notre connaissance, la patiente a pu assumer correctement sa charge professionnelle avant l'accident. Les troubles, que nous avons constatés à notre examen neuropsychologique, peuvent constituer des séquelles d'un traumatisme cranio-cérébral mineur. Les plaintes sont aussi typiques d'une telle situation. Par contre, nous ne pouvons pas exclure une contribution des troubles de l'humeur, possiblement préexistantes.

5. Avez-vous d'autres remarques à formuler qui pourraient être utiles à la résolution de cette affaire ?

L'accident du 22.12.2016 a certainement décompensé une situation, jusque-là stable. Suite à cet accident, la patiente décrit des

difficultés, qui sont documentées dans nos examens. Bien que nous ne pouvons pas attribuer à 100% ces difficultés à l'accident du 22.12.2016, il est fort probable, que ce dernier soit la cause prédominante de l'incapacité de travail actuelle."

A la lecture d'un rapport du 9 février 2018 du Dr C. _____ également joint à l'acte d'opposition, l'assurée bénéficiait toujours de séances de physiothérapie pour son épaule gauche dans le cadre d'une périarthrite scapulo-humérale décompensée par l'accident.

Le 12 août 2018, le Dr R. _____ a confirmé son appréciation du cas. A son avis, la prise en charge dans le cadre de l'assurance-accidents de plaintes et / ou troubles « finalement assez peu spécifiques (aux origines incertaines) », au-delà d'un délai de trois à six mois, présuppose une lésion organique aux effets durables prouvés. Concernant l'épaule gauche, ce médecin a relevé l'absence d'un « examen radiologique caractérisant, avec haute vraisemblance, une lésion traumatique, susceptible d'être mise sur le compte de l'événement du 22 décembre 2016 ». Le Dr R. _____ a néanmoins admis un lien de causalité entre un traitement concernant l'épaule gauche et l'accident « porté à six mois » compte tenu du fait que plusieurs pathologies ont dues être traitées, de manière concomitante, au début.

Par décision sur opposition du 31 août 2018, Z. _____ a rejeté l'opposition formée par l'assurée contre sa décision du 14 décembre 2017 qu'elle a modifiée, en ce sens que les troubles de l'épaule gauche étaient pris en charge jusqu'au 30 juin 2017, et qu'elle a confirmée pour le surplus sur la base de l'avis du médecin-conseil.

B. Par acte du 1^{er} octobre 2018, T. _____, représentée par Me Claudio Venturelli, a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, principalement, à sa réforme « en ce sens que les conséquences de l'accident survenu le 22 décembre 2016 sont prises en charge par Z. _____ au-delà du 31 mai 2017 », subsidiairement, à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à Z. _____ afin qu'elle complète l'instruction puis statue dans le sens des considérants. En substance, l'assurée a fait valoir que

l'appréciation du Dr R._____ ne pouvait l'emporter sur l'avis divergent de la Professeure N._____. Elle a par ailleurs annoncé sa volonté de faire réaliser, à ses propres frais, une contre-expertise médicale.

Le 1^{er} avril 2019, la recourante a versé en cause une expertise neurologique et neuropsychologique privée réalisée par les Drs X._____ et E._____, tous deux spécialistes en neurologie, et la neuropsychologue I._____, des [...] ([...]). La recourante plaide que, dans leur rapport du 13 mars 2019, ces médecins ont posé les diagnostics de syndrome post-TCC mineur, d'entorse cervicale d'évolution favorable et de déficit attentionnel légers et légères difficultés de planification. Si les experts s'accordent à considérer que la situation s'est notablement améliorée depuis l'accident de décembre 2016, ils s'écartent de l'avis du 12 août 2018 Dr R._____, lequel reposerait sur « une appréciation quelque peu schématique ». Pour les experts, leur confrère aurait méconnu, dans son analyse, le fait que l'affection dont la recourante a souffert ensuite de son accident a associé deux pathologies différentes, soit une entorse cervicale et un traumatisme crânien, avec des symptômes qui se chevauchent certes, mais qui peuvent durer au-delà de trois à six mois, associant céphalées avec photo et phonophobie, vertiges, troubles de l'équilibre, troubles cognitifs attentionnels et mnésiques, troubles visuels, troubles de l'humeur, fatigue, hypersomnie, irritabilité, labilité émotionnelle et anosmie. La recourante fait valoir qu'au terme de leurs examens, les experts sont d'avis que le lien de causalité entre l'accident et les troubles / affections dont elle se plaint peut être confirmé à un degré de vraisemblance prépondérante, et ceci jusqu'au 17 décembre 2018. Les médecins [...] évaluent, pour leur part, l'incapacité de travail à 50 % dès la date de l'accident au 3 août 2017, et à 35 % du 16 novembre 2017 au 17 décembre 2018, date de l'expertise. Maintenant les conclusions à l'appui de son acte de recours du 1^{er} octobre 2018, la recourante a également requis le remboursement des frais de l'expertise privée.

Dans sa réponse du 5 juin 2019, Z._____ a conclu au rejet du recours. Produisant son dossier, elle observe que, dans son rapport du 12 août 2018, le Dr R._____ s'est livré à une analyse de la causalité naturelle entre les troubles de l'accident du 22 décembre 2016 en tenant

compte des circonstances du cas d'espèce, en particulier du fait qu'aucune lésion organique objective n'a été mise en évidence, et ce dès les premières investigations faites le jour-même de l'accident. L'intimée ajoute que, dans son rapport du 2 février 2018, la Professeure N. _____ estime que les troubles constatés lors de l'examen neuropsychologique peuvent constituer des séquelles d'un traumatisme cranio-cérébral mineur ; elle ne peut toutefois exclure une contribution des troubles de l'humeur, possiblement préexistants. Quant aux arguments des experts privés selon lesquels la recourante ne présentait avant l'accident aucun symptôme, l'intimée rappelle 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*"), mais il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. En lien avec l'allégation de la présence de deux pathologies associant une entorse cervicale et un traumatisme crânien mineur, l'intimée relève que le Dr P. _____ ne retient pas une entorse cervicale dans les suites de l'accident, mais il constate un syndrome cervico-vertébral plus de quatre mois après l'accident. Enfin, l'intimée estime que l'accident de la fin décembre 2016 est tout au plus à considérer comme un accident de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité, et que le nombre de critères exigé par la jurisprudence n'est pas atteint, excluant de retenir un lien de causalité avec les troubles allégués.

Le 15 octobre 2019, en réplique, la recourante a confirmé ses précédentes conclusions. Elle maintient avoir subi un traumatisme crânien associé à une entorse cervicale « qui, justifie l'admission d'une causalité, à un degré de vraisemblance prépondérante, entre l'événement accidentel, survenu le 22 décembre 2016, et le 17 décembre 2018 ». Elle a produit un rapport rédigé à l'intention de son conseil par le Dr X. _____ (co-signé par le Dr E. _____). Dans son rapport complémentaire du 3 septembre 2019, l'expert privé retient que l'absence de nuchalgies ou de limitation de la mobilité nucale durant les premières heures ne permet en aucun cas d'exclure le diagnostic de traumatisme crânien mineur associé à une

entorse cervicale sur la base du mécanisme de l'accident, les symptômes pouvant effectivement survenir dans les septante-deux heures après l'accident. Le Dr X. _____ relève également que les symptômes en lien avec une entorse cervicale ont été constatés par le Dr P. _____ lors de sa consultation neurologique du 4 (recte : 3) mai 2017 qui met en évidence à l'examen clinique « un syndrome cervico-vertébral assez important avec une distance menton-sternum de 6/16 cm et une limitation pour les mouvements de rotation et une contracture paracervicale » persistant cinq mois après l'accident. L'expert privé rappelle que les symptômes cervicaux se sont amendés et n'étaient pas présents lors de son évaluation et qu'il a bien mentionné une entorse cervicale d'évolution favorable. Il précise que, même si celle-ci a participé au tableau après l'accident, les symptômes résiduels actuels sont tout à fait compatibles avec les séquelles du trouble cranio-cérébral mineur.

Dans sa duplique du 13 janvier 2020, l'intimée a maintenu sa position dans le sens du rejet du recours et du maintien de la décision querellée. Elle constate que les premières pièces médicales ne font état d'aucune lésion organique (CT scan du 22 décembre 2016 ; IRM cérébrale du 15 mai 2017), que le rapport de sortie du CHUV conclut à un trouble cranio-cérébral mineur mais pas à une entorse cervicale, que le Dr X. _____ n'apporte pas d'argument convaincant en faveur de la présence d'une entorse cervicale dans son rapport du 3 septembre 2019 (l'absence de nualgies ou de limitation de mobilité nucale d'une part, et l'absence d'argument radiologique, d'autre part, ne permettent pas d'exclure le diagnostic, mais en tous les cas ils ne suffisent pas à l'établir), que certes le Dr P. _____ mentionne un syndrome cervico-vertébral (toutefois d'une part ceci plus de quatre mois après l'accident, et d'autre part, il décrit des plaintes, soit des éléments purement subjectifs ; or la présence d'un tel syndrome à distance d'un accident ne permet pas de conclure que la recourante ait été victime d'une entorse cervicale le 22 décembre 2016, respectivement que ce syndrome serait en relation de causalité avec cet accident ; d'ailleurs ce syndrome décrit par le Dr P. _____ est celui constaté à « l'examen détaillé de ce jour », soit le 3 mai 2017 ; il n'est pas mentionné, comme le note le Dr X. _____, que ce syndrome serait

persistant cinq mois après l'accident, formulation qui signifierait qu'il est présent depuis l'accident, ce qui ne ressort pas du dossier médical), et enfin que le Dr X. _____ base son appréciation sur un examen effectué le 13 mars 2019, soit plus de deux ans après l'accident (or l'analyse de la question litigieuse, à savoir la relation de causalité entre des troubles en mai 2017 et un événement de décembre 2016, doit s'apprécier à la lumière des pièces médicales datant de la période concernée). L'intimée a produit un avis complémentaire du 11 décembre 2019 du Dr R. _____ qu'elle considère être probant. Dans ces conditions, l'intimée estime avoir, à juste titre, refusé de prendre en charge les troubles au-delà du 31 mai 2017 en l'absence de lien de causalité entre ceux-ci et l'événement accidentel du 22 décembre 2016.

La recourante s'est déterminée le 30 mars 2020 sur le rapport complémentaire du 11 décembre 2019 du Dr R. _____, apportant des arguments en défaveur de la valeur probante de celui-ci. Elle a produit un nouveau rapport du 4 février 2020 des Drs X. _____ et E. _____ dont il ressort que l'entorse cervicale ainsi que le traumatisme crânio-cérébral ne sont pas dissociables et sont liés au même traumatisme, que le cortège des symptômes présentés dans les suites de l'accident fait partie du syndrome post-commotionnel, que ce diagnostic a été retenu par le Dr P. _____ (neurologue FMH) à sa consultation du 3 mai 2017, et par la Professeure N. _____ après l'examen neuropsychologique des 6 et 18 juillet 2017 et également à la consultation ophtalmologique du 17 août 2017. Elle fait valoir que concernant la durée des symptômes après un traumatisme, le Dr R. _____ estime, dans son rapport de décembre 2019, que le délai de disparition des symptômes devait être d'un maximum de quatre mois en se basant sur le délai de résolution d'un hématome, d'un œdème des tissus mous ou encore d'une lésion ligamentaire (or ce délai ne peut être extrapolé à des structures complexes telles que le cerveau ou l'oreille interne et la littérature sur le sujet rapporte que de tels symptômes peuvent perdurer au-delà du délai de quatre mois mentionné par le Dr R. _____). Finalement, la recourante a précisé ses conclusions en demandant la prise en charge par l'intimée des conséquences de l'accident du 22 décembre 2017 (recte : 2016) jusqu'au 17 mars 2019 en

se fondant sur les taux d'activités retenus par les experts [...], à savoir une incapacité de travail totale jusqu'au 3 août 2017, de 50 % dès lors et jusqu'au 16 novembre 2017, de 35 % jusqu'au 17 décembre 2018 puis de 20 % (perte de rendement) jusqu'au 17 mars 2019. Elle a également requis le remboursement des frais de l'expertise privée de 4'200 fr. et de 200 fr. plus 100 fr. des rapports médicaux privés, sur la base des notes d'honoraires annexées pour un montant total de 4'500 francs.

Dans ses déterminations du 11 mai 2020, l'intimée déclare ne pas se rallier à l'avis divergeant des Drs X. _____ et E. _____ étant donné l'absence de diagnostic d'entorse cervicale posé par les médecins qui ont examiné la recourante dans les suites de l'accident de décembre 2016.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) A teneur de la décision attaquée, il convient de constater que l'intimée a admis le caractère accidentel de l'événement survenu le 22 décembre 2016, puisqu'elle a accepté de prester jusqu'au 31 mai 2017. Est par conséquent seule litigieuse la question de savoir si c'est à

juste titre que Z._____ a considéré que les troubles de T._____ au-delà du 31 mai 2017 ne sont pas en relation de causalité avec l'accident survenu le 22 décembre 2016.

b) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

c) 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 (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

d) En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme crano-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, le Tribunal fédéral a développé une jurisprudence particulière en matière de causalité (voir ATF 134 V 109 ; 117 V 359).

Dans ces cas, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc. ; TF 8C_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 3.2). Il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de 24 heures à, au maximum, 72 heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence se manifestent au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou (TF 8C_792/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 6.1 et les références citées). Il faut également que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. ; 119 V 335 consid. 1 et 117 V 359 consid. 4b ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-

accidents obligatoire, *in* : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR] vol. XIV, 3^{ème} éd., Bâle 2016, p. 931 et 933 nos 111 et 115 et les références citées).

4. a) La recourante, rapport d'expertise neurologique et neuropsychologique privée du 13 mars 2019 ainsi que rapports médicaux subséquents des 3 septembre 2019 et 4 février 2020 à l'appui, conteste la fin du lien de causalité naturelle (et adéquate) retenu par l'intimée au 31 mai 2017. Elle conclut à la prise en charge par l'assureur-accidents des suites de l'accident du 22 décembre 2016 jusqu'au 17 mars 2019 en se fondant sur les taux d'activités retenus par les experts [...], à savoir une incapacité de travail totale jusqu'au 3 août 2017, de 50 % dès lors et jusqu'au 16 novembre 2017, de 35 % jusqu'au 17 décembre 2018 puis de 20 % (perte de rendement) jusqu'au 17 mars 2019.

b) En l'occurrence, il ressort des rapports initiaux que la recourante s'est plainte dès le départ de douleurs à la tête et au cou. Elle a fait état lors de son hospitalisation de nausées et de vertiges. Un trouble cranio-cérébral mineur a, à cet égard, été retenu. Le Dr P. _____ lors de la consultation neurologique du 3 mai 2017 a mis en évidence, à l'examen clinique, un syndrome cervico-vertébral assez important avec une distance menton-sternum de 6/16 centimètres et une limitation pour les mouvements de rotation et une contracture paracervicale persistant cinq mois après l'accident.

Finalement le débat sur la présence ou non d'une entorse cervicale n'est pas pertinent pour statuer sur le présent litige puisque le cortège de symptômes post-commotionnels présentés par la recourante est apparu dans les suites directes de l'accident et est la cause principale de l'incapacité de travail de 50 %, les experts privés comme le Dr R. _____ convenant, dans l'éventualité d'une entorse cervicale, que celle-ci avait été d'évolution favorable. Le Dr P. _____, même s'il relève une limitation de la mobilité et des contractures paracervicales, ne retient comme incapacitant que le syndrome post-commotionnel. Les experts privés arrivent à la conclusion que les symptômes résiduels actuels sont

tout à fait compatibles avec les séquelles d'un trouble cranio-cérébral mineur et que l'ensemble de la symptomatologie, associant céphalées avec photo et phonophobie, vertiges, troubles de l'équilibre, troubles cognitifs attentionnels et mnésiques, troubles visuels, troubles de l'humeur, fatigue, hypersomnie, irritabilité, labilité émotionnelle et anosmie, est typique.

Les atteintes que présente l'assurée font partie du syndrome post-commotionnel typique lié au trouble cranio-cérébral. Ce syndrome est apparu très peu de temps après l'accident et est parfaitement attesté médicalement, de sorte que le lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain est établi à satisfaction.

Il reste donc à examiner la causalité adéquate.

5. a) Concernant 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, 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 consid. 7 à 9). Il est nécessaire, 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.

b) Il faut donc d'abord classer 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, 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 ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2).

c) En l'espèce, au vu de son déroulement et en comparaison de la jurisprudence rendue en la matière (cf. TFA U 294/05 du 16

décembre 2005), force est de constater que l'accident du 22 décembre 2016 est tout au plus à considérer comme un accident de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité.

d) Lorsque l'accident est de gravité moyenne, l'existence ou l'inexistence d'un rapport de causalité adéquate ne peut être déduite de la seule gravité objective de l'accident. Conformément à la jurisprudence (ATF 134 V 109), il convient dans un tel cas de se référer en outre, dans une appréciation globale, à d'autres circonstances objectivement appréciables, en relation directe avec l'accident ou apparaissant comme la conséquence directe ou indirecte de celui-ci.

e) Dans l'arrêt ATF 134 V 109, le Tribunal fédéral a précisé sur plusieurs points sa jurisprudence au sujet de la relation de causalité entre les 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.

f) aa) Pour l'examen de la causalité adéquate 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 cranio-cérébral, la jurisprudence distingue encore la situation dans laquelle les symptômes, qui peuvent être attribués de manière crédible au tableau clinique typique, se trouvent toujours au premier plan, de celle dans laquelle l'assuré présente des troubles psychiques qui constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé aux traumatismes en cause. Dans le premier cas, cet examen se fait sur la base des critères particuliers développés pour les cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme cranio-cérébral, lesquels n'opèrent pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; 117 V 359 consid. 6a et 117 V 369 consid. 4b). Il s'agit donc d'appliquer par analogie les critères jurisprudentiels utilisés en cas d'atteintes additionnelles à la santé psychique, mais sans distinguer entre

les composantes somatiques et psychiques des lésions. Dans le second cas, il y a lieu de se fonder sur les critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, c'est-à-dire en distinguant entre atteintes psychiques et physiques (ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; 127 V 102 consid. 5b/bb et les références citées ; 115 V 133 consid. 6c/aa et 115 V 403 consid. 5c/aa).

bb) En cas de symptômes se trouvant toujours au premier plan, il faut ajouter les critères particuliers développés pour les cas de traumatisme de type « coup du lapin », la causalité adéquate devant être examinée en appliquant par analogie les critères suivants :

- 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 (ATF 134 V 109 consid. 10.2).

Pour qu'un lien de causalité adéquate avec un accident de gravité moyenne soit admis, il faut un cumul de trois critères sur sept, ou au moins que l'un des critères se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C_96/2017 du 24 janvier 2018 consid. 4.3 *in fine* et les arrêts cités ; TF 8C_533/2017).

g) En l'espèce, il ressort du dossier que, le jeudi 22 décembre 2016 vers 16h40, avant de tourner chemin du [...] en direction du chemin du [...], la recourante a été heurtée par un cycliste arrivant en contre-sens et à grande vitesse. Selon le rapport de police établi le 11 janvier 2017 : «

Madame T._____ circulait en vélo électrique sur une piste cyclable quand elle est percutée par un autre cycliste arrivant en sens inverse. Elle déclare ne pas se rappeler du choc et a repris ses esprits dans l'ambulance. Elle n'a pas ressenti de douleur immédiatement puis a eu des douleurs à la jambe gauche et au tibia droit puis au thorax et à la tête. Elle portait un casque de protection ». Elle a été conduite en ambulance aux urgences du CHUV où elle s'est plainte principalement de nausées et de douleurs supéro-thoracique gauche et à la hanche droite. Le bilan radiologique (CT cérébro-cervico-thoraco-abdominal du 22 décembre 2016) ne montre pas de lésion traumatique. Un avis ORL mentionne des vertiges sur contusion labyrinthique et un avis de chirurgie maxillo-faciale parle d'une contusion de l'articulation temporo-mandibulaire droite. Le rapport de sortie du 23 décembre 2016 des urgences du CHUV retient donc un traumatisme crânio-cérébral (TCC) mineur avec des contusions hanche gauche, costale droite, articulation temporo-mandibulaire droite. L'assurée est rentrée à domicile le lendemain de son hospitalisation (soit le 23 décembre 2016) avec une ordonnance d'antalgiques en réserve (Dafalgan® et Irfen®) et un suivi en oto-rhino-laryngologie ainsi qu'en chirurgie maxillo-faciale. L'assurée a bénéficié initialement de physiothérapie avec prise en charge des douleurs de la mâchoire, de la nuque et de son épaule gauche. Par la suite elle a eu plusieurs séances de physiothérapie vestibulaire pour prise en charge des vertiges et des troubles de l'équilibre. En parallèle, elle a bénéficié d'une prise en charge en réhabilitation neuropsychologique à l'hôpital [...] à [...] avec quinze séances entre janvier et mars 2018. Elle est également suivie sur le plan psychiatrique depuis fin décembre 2017 (par la Dre O._____ à [...]). Aucun traitement d'antidépresseur ou de psychotrope n'a été prescrit. Sur le plan antalgique, l'assurée prend uniquement très occasionnellement un comprimé de Dafalgan® 1 gramme (cf. rapport d'expertise neurologique et neuropsychologique du 13 mars 2019 pp. 5 - 6).

La recourante travaille, depuis le 1^{er} août 2002, comme enseignante de couture au collège (à raison de vingt-six périodes de quarante-cinq minutes d'enseignement sur vingt-huit). Elle a présenté une incapacité de travail totale jusqu'au 19 février 2017, avec une reprise du

travail le 20 février 2017 à 50 % (douze périodes d'enseignement sur vingt-huit).

A la lecture de la description de l'accident, on constate que les circonstances concomitantes n'étaient pas particulièrement dramatiques. De même, l'accident n'a pas été particulièrement impressionnant, la recourante a été surprise par l'arrivée subite d'un cycliste en sens inverse qui l'a percutée sur le côté. Elle n'a aucun souvenir de la chute en soi. Il n'y a pas eu de lésions graves (hématomes et trouble cranio-cérébral mineur), ni de douleurs intenses. Il n'y a pas eu d'erreur dans le traitement médical qui s'est limité pour l'essentiel à des antalgiques et de la physiothérapie. Elle n'a pas présenté de difficultés particulières en cours de guérison. L'incapacité totale de travail pour les suites directes de l'accident n'était pas particulièrement longue ou importante. Depuis la reprise du travail le 20 février 2017, la recourante a continué à présenter une incapacité de travail de 50 % uniquement pour des motifs liés au syndrome post-commotionnel, soit à cause de la fatigue, des céphalées, des acouphènes et des problèmes de concentration ne supportant plus le bruit dans la classe. A cet égard, la Professeure N._____ relevait que s'agissant des plaintes elle ne pouvait pas exclure une contribution des troubles de l'humeur, possiblement préexistante, l'accident ayant certainement décompensé une situation stable jusque-là (rapport médical du 2 février 2018 Rép. 4 et 5).

h) Force est dès lors de constater que le nombre de trois critères exigé par la jurisprudence pour reconnaître un lien de causalité adéquate n'est pas atteint. En l'absence de lien de causalité adéquate entre l'accident du 22 décembre 2016 et les symptômes / troubles qui persistent chez la recourante, c'est ainsi à bon droit que l'intimée a refusé l'octroi de prestations au-delà du 31 mai 2017.

6. a) Enfin, la recourante requiert que les frais de son expertise privée et des rapports médicaux subséquents pour un montant total de 4'500 fr. soient mis à la charge de l'intimée.

b) Selon l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures ; à défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige (ATF 115 V 62 ; TF 8C_354/2015 du 13 octobre 2015 consid. 6.1 ; TF 9C_136/2012 du 20 août 2012 consid. 5).

c) En l'occurrence, le recours est finalement rejeté sans que le rapport d'expertise, ni les rapports médicaux en question ne se soient avérés indispensables à la résolution du litige. Il n'y a dès lors pas lieu d'en faire supporter les frais à l'intimée.

7. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (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 31 août 2018 par Z._____ est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Claudio Venturelli (pour T. _____),
- Z. _____,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :