

200.2013.961.LAA

BEP/BEJ

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

**Jugement du 29 septembre 2014**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
D. Baldin et M. Moeckli, juges  
Ph. Berberat, greffier



A. \_\_\_\_\_  
représentée par Me B. \_\_\_\_\_

recourante

contre

La Immobilière Suisse Société d'Assurances  
Bundesgasse 35, 3001 Berne  
représentée par Me C. \_\_\_\_\_,

intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 26 septembre 2013

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née en 1957, travaille depuis le 1<sup>er</sup> juin 2007 en qualité de téléphoniste/employée de bureau à un taux d'occupation de 90% et est assurée à ce titre contre les accidents professionnels et non professionnels au sens de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA, RS 832.20) auprès de la Mobilière Suisse, Société d'assurances SA (ci-après: la Mobilière). Le 29 novembre 2010, elle a été victime d'un accident en sortant de son bureau, glissant à pied sur une plaque de verglas et chutant en se frappant l'arrière de la tête au sol. L'accident a été annoncé à la Mobilière, qui a pris le cas en charge. L'évolution ultérieure de l'état de santé de l'assurée s'est avérée insatisfaisante. Depuis lors, elle n'a pas repris son travail à un taux de plus de 50%.

La Mobilière a mandaté un spécialiste en otorhinolaryngologie (ORL) afin de procéder à une expertise de l'état de santé de l'assurée, en vue de clarifier le lien de causalité avec l'accident du 29 novembre 2010 ainsi que la capacité de travail et l'atteinte à l'intégrité de l'assurée. Sur la base de l'expertise, produite le 6 août 2012, la Mobilière a communiqué en date du 13 août 2012 qu'elle entendait mettre fin à ses prestations d'assurance avec effet au 31 août 2012, estimant qu'un lien de causalité adéquate entre l'événement assuré et les troubles persistants allégués n'était plus donné.

Le 31 août 2012, le mandataire de l'assurée a contesté la communication précitée, requérant en substance des investigations complémentaires. Donnant suite à cette requête, la Mobilière a entrepris une seconde expertise auprès d'une autre spécialiste ORL. Suite à cette nouvelle expertise, rédigée le 12 décembre 2012, la Mobilière, par courrier du 7 février 2013, a maintenu son avis selon lequel il n'existait pas de lien de causalité adéquate entre l'accident et les atteintes que l'assurée faisait valoir, en avertissant cette dernière qu'elle cesserait ses prestations à partir du 1<sup>er</sup> mars 2013.

Nonobstant les objections formulées le 4 mars 2013 par le mandataire de l'assurée, la Mobilière a confirmé sa position dans une décision du 21 mai 2013, prononçant la cessation de ses prestations d'assurance au 31 mai 2013.

Dans sa décision sur opposition rendue le 26 septembre 2013, la Mobilière a rejeté l'opposition formulée le 24 juin 2013 par le mandataire de l'assurée, en indiquant qu'elle statuerait plus tard sur la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

## **B.**

Par acte du 30 octobre 2013, l'assurée, par son mandataire, a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre cette décision sur opposition du 26 septembre 2013. Sous suite des frais et dépens, elle conclut à son annulation et à l'octroi des prestations d'assurance de l'intimée au-delà du 31 mai 2013, pour une durée indéterminée.

Dans son mémoire de réponse du 19 décembre 2013, l'intimée, représentée par un avocat, conclut au rejet du recours.

Par ordonnance du 17 mars 2014, la juge instructrice a pris acte de la production du dossier de l'Office AI Berne concernant la recourante.

L'intimée, par courrier du 7 avril 2014, et la recourante, dans ses observations des 7 et 9 avril 2014 (courrier comprenant la note d'honoraires), ont confirmé leurs conclusions respectives.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision sur opposition du 26 septembre 2013 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la décision de cessation des prestations au 31 mai 2013, rendue par l'intimée en date du 21 mai 2013. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision sur opposition et la poursuite du droit aux prestations au-delà du 31 mai 2013. Est essentiellement invoqué le fait que l'intimée n'a pas pris en compte la totalité des diagnostics posés dans la deuxième expertise et que les critères permettant d'établir le lien de la causalité adéquate entre l'accident assuré du 29 novembre 2010 et l'atteinte à la santé dans sa globalité sont remplis en l'occurrence.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

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

### **2.**

**2.1** En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel

et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA). Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA). L'assurance-accidents obligatoire n'alloue des prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 c. 3.1 et 3.2; SVR 2012 UV n° 2 c. 3.1).

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

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

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 - ou le tribunal en cas de recours - examine en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation

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

**2.4** L'exigence d'un rapport de causalité adéquate entre l'accident assuré et l'atteinte à la santé qui s'en est suivie, en tant que condition du droit aux prestations de l'assurance-accidents, vise à limiter la responsabilité de cette dernière (ATF 129 V 177 c. 3.3, 125 V 456 c. 5c; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.2). Selon la jurisprudence, un fait est la cause adéquate d'un résultat si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, ce fait était propre à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit, la survenance de celui-ci paraissant ainsi de façon générale favorisée (ATF 129 V 177 c. 3.2, 125 V 456 c. 5a; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.2).

**2.4.1** Le point de savoir si un accident se trouvant en lien de causalité naturelle avec l'atteinte à la santé survenue présente aussi un rapport de causalité adéquate avec celle-ci - condition mise au droit à des prestations de l'assurance-accidents - est une question de droit qu'il convient de trancher en appliquant les règles développées par la doctrine et la jurisprudence. Contrairement à la causalité naturelle, qui est une question de fait, la causalité adéquate, en tant que question de droit, ne doit pas être examinée sous l'angle de la vraisemblance prépondérante (ATF 112 V 30 c. 1b).

En présence de séquelles organiques d'un accident objectivement établies, la causalité adéquate se recouvre en grande partie avec la causalité naturelle et n'a pratiquement pas de signification propre (ATF 138 V 248 c. 4, 134 V 109 c. 2.1). Sont objectifs les résultats d'examens qui sont reproductibles et ne dépendent ni de la personne de l'examineur, ni des indications du patient. On ne peut dès lors parler de séquelles organiques d'un accident objectivement établies que si les résultats d'examens ont été confirmés par des appareils diagnostiques, en particulier radiographiques ou d'imagerie médicale, selon des méthodes d'examen reconnues par la science médicale (ATF 138 V 248 c. 5.1).

**2.4.2** En cas de symptômes non objectivables du point de vue organique, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement. En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques, tandis qu'en présence d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral (TCC), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (ATF 134 V 109 c. 2.1; SVR 2012 UV n° 2 c. 3.1). La distinction suivante s'impose à cet égard: il faut déterminer tout d'abord si la personne assurée a subi lors de l'accident un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à un "coup du lapin" (SVR 1997 UV n° 95 c. 2a, 1995 UV n° 23 c. 2) ou un TCC (ATF 117 V 369 c. 4b; SVR 2001 UV n° 1 c. 3), étant précisé que la jurisprudence relative au "coup du lapin" ne trouve application que si les douleurs se manifestent dans un délai de latence de 24 à 72 heures dans la région du cou et de la colonne vertébrale cervicale (SVR 2009 UV n° 30 c. 5.2). En l'absence de l'une des lésions évoquées ci-dessus, la jurisprudence selon l'ATF 115 V 133 relative aux accidents avec des séquelles psychiques trouve application. Lorsque les investigations révèlent au contraire que la personne assurée a subi l'un des traumatismes évoqués ci-avant, il faut déterminer si les symptômes du tableau clinique typique d'une telle lésion (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, labilité affective, dépression, altération de la personnalité, etc.; ATF 119 V 335 c. 1, 117 V 359 c. 4b), bien qu'en partie établis, sont relégués au second plan en raison d'un problème psychique prédominant apparu directement après l'accident ou encore si l'on peut retenir que durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation, les troubles physiques n'ont joué qu'un rôle de moindre importance (cf. RAMA 2002 p. 437 c. 3a). Lorsque tel est le cas, ce sont les critères énumérés à l'ATF 115 V 133 pour les accidents avec séquelles psychiques qui doivent fonder l'appréciation de la causalité adéquate; en revanche, dans les autres cas, l'examen du caractère adéquat du lien de causalité doit se faire d'après les critères développés

dans la jurisprudence relative au "coup du lapin" (ATF 134 V 109, 117 V 359), c'est-à-dire sans distinguer les symptômes physiques des symptômes psychiques (ATF 134 V 109 c. 2.1, 127 V 102 c. 5b/bb). Les principes énumérés à l'ATF 115 V 133 sont également applicables lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident n'appartiennent pas au tableau clinique typique d'un traumatisme de type "coup du lapin". Avant d'examiner dans ces cas la question du caractère adéquatement causal, il convient de déterminer s'il s'agit de simples symptômes du traumatisme vécu ou au contraire d'une atteinte à la santé (secondaire) indépendante, la délimitation entre ces deux situations devant être faite notamment au regard de la nature et de la pathogenèse du trouble, de la présence de facteurs concrets qui ne sont pas liés à l'accident et du déroulement (SVR 2007 UV n° 8 c. 2.2).

En présence d'un tinnitus qui n'est pas attribuable à une atteinte organique objectivable d'origine accidentelle, le rapport de causalité adéquate avec l'accident ne peut pas être admis sans faire l'objet d'un examen particulier, comme c'est le cas pour d'autres tableaux cliniques sans preuve d'un déficit organique (ATF 138 V 248).

## **2.5**

**2.5.1** L'administration en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 138 V 218 c. 6).

**2.5.2** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et

sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a).

La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

Les expertises recueillies par la SUVA ou d'autres assureurs en procédure administrative auprès de médecins spécialistes externes, réalisées sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, en pleine connaissance du dossier et qui aboutissent à des résultats convaincants, revêtent une pleine valeur probante, tant qu'il n'existe pas d'indices concrets contre leur fiabilité (ATF 125 V 351 c. 3b/bb; SVR 2009 IV n° 50 c. 4.3).

Une évaluation divergente émanant de médecins ayant examiné la personne assurée n'est pas de nature à remettre en cause l'objectivité de l'expert. Il appartient bien plus à l'expert d'analyser de façon critique les pièces au dossier et de rendre une évaluation autonome. La question de savoir sur quelles évaluations il convient de se baser est à résoudre lors de l'appréciation des preuves en procédure administrative ou judiciaire (ATF 132 V 93 c. 7.2.2).

### **3.**

**3.1** En l'espèce, il faut admettre que la recourante a bien subi, le 29 novembre 2010, un accident au sens de l'art. 4 LPGA précité (voir ci-dessus c. 2.1).

**3.2** Dans la décision sur opposition contestée, l'intimée a confirmé la cessation de ses prestations avec effet au 1<sup>er</sup> juin 2013, prononcée dans la décision du 21 mai 2013, en considérant principalement qu'en vertu de la jurisprudence applicable, sur la base de l'ensemble des rapports médicaux figurant au dossier, le tinnitus (acouphène) persistant dont souffre la recourante ne présente pas d'origine organique et n'est pas en lien de causalité adéquate avec l'accident assuré, qualifié de peu de gravité. L'intimée a ajouté que, même si l'on considérait que l'accident en question était de gravité moyenne, les critères posés par la jurisprudence en matière de causalité adéquate n'étaient pas remplis dans une mesure et avec une intensité suffisante pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate.

**3.3** La recourante, s'appuyant sur les constatations des médecins impliqués dans son suivi ainsi que de l'une des deux spécialistes ORL ayant réalisé une expertise sur mandat de l'intimée, affirme pour sa part, en substance, qu'elle a subi une perte de connaissance lors de la chute survenue le 29 novembre 2010, puis a ressenti le soir même des nausées et des atteintes à l'équilibre, et constaté ensuite très rapidement des troubles de la concentration dans le travail habituel, une hypoacousie droite, des difficultés de discrimination verbale ainsi qu'un acouphène constant ; elle allègue aussi s'être plainte de céphalées, d'épisodes de vertige et de nausées. Elle fait valoir que l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 29 novembre 2010, qu'elle qualifie de gravité moyenne, et les séquelles telles que décrites par l'expertise du 12 décembre 2012 doit être admise, dans la mesure où au moins deux des critères posés par la jurisprudence doivent, selon elle, être retenus, à savoir l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables qu'elle a entrepris et l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible.

#### **4.**

##### **4.1**

**4.1.1** Le médecin traitant de la recourante, consulté par celle-ci le lendemain de la chute subie le 29 novembre 2010, a diagnostiqué des contusions à la tête ainsi qu'à l'épaule et à la hanche gauches, et a indiqué que sa patiente, qui avait éventuellement perdu connaissance pendant quelques secondes, avait été aidée par deux collègues à se relever, qu'elle était rentrée chez elle en voiture par ses propres moyens, s'était couchée après avoir ressenti des nausées, mais sans vomissements ni amnésie. Lors des consultations ultérieures des 3, 9 et 28 décembre 2010 ainsi que 4, 19 et 26 janvier 2011, le médecin traitant a aussi relevé notamment des maux de tête, des nausées, de la fatigue et des vertiges (signalés après une reprise partielle du travail le 27 décembre 2011), des difficultés de concentration, de même que, pour la première fois le 4 janvier 2011, la présence d'un tinnitus dans les deux oreilles, puis plus que ressenti dans l'oreille droite en date du 19 janvier 2011.

**4.1.2** Cette anamnèse et ces diagnostics ont aussi été établis et confirmés par les spécialistes en neurologie et en ORL auxquels le médecin traitant a adressé la recourante. Après avoir relevé les plaintes de la recourante, le neurologue, tomographie informatisée (des 5-7 janvier 2011) à l'appui, en l'absence de lésion cérébrale, a toutefois douté de la vraisemblance d'une perte de connaissance lors de la chute. La spécialiste ORL traitante a relaté dès le 15 février 2011 que bien que des céphalées et vertiges continuaient à être mentionnés, le tinnitus (post-traumatique) essentiellement du côté droit représentait la gêne essentielle dans l'activité de téléphoniste et qu'il avait de la peine à se résorber, en dépit du suivi thérapeutique. Les diagnostics posés ont été synthétisés et complétés, dans leur rapport du 21 juillet 2011, par les spécialistes de la clinique universitaire d'ORL qui ont examiné la recourante. Ils ont constaté un tinnitus chronique décompensé des deux côtés de degré IV en présence d'un status après contusion du labyrinthe et après cupulo-lithiase (vertige) post-traumatique et d'une surdité légère dans les tons aigus, avec, comme diagnostics subsidiaires, un diabète de type II et un blocage cervical C1/C2.

La capacité de travail nulle jusqu'au 30 janvier 2011 (hormis une tentative de reprise du travail, trois jours, à nouvel-an 2010-2011) a, par rapport au taux de 90% d'activité, été augmentée à 50% de fin janvier au 8 août 2011 (réduction passagère à 35% du 23 février au 31 mars 2011), pour augmenter à 60% du 9 août au 14 novembre 2011, puis à 70% jusqu'à fin novembre 2011 et à 80% semble-t-il jusqu'à mi-janvier 2012, pour retomber alors à 50%, cela à un rythme de travail de trois jours par semaine à partir du 9 février 2012 (dossier [dos.] Mobilière I/23 et III/8 et 10).

**4.1.3** Le premier expert en ORL, mandaté par l'intimée, dans son rapport du 6 août 2012 a confirmé les diagnostics de tinnitus de degré grave et de surdité légère de perception, surtout à droite. Il a aussi mentionné des troubles de l'équilibre chroniques et des céphalées également chroniques irradiant dans la nuque et les régions pariétale et fronto-pariétale. Il a admis que ces troubles étaient avec une vraisemblance prépondérante en lien avec l'accident, mais a précisé que les douleurs importantes alléguées ne pouvaient pas être objectivées et que l'évaluation de la capacité de travail à 50% (4 à 5 heures par jour) se fondait, du fait de la nature même des maux, uniquement sur le ressenti subjectif dans l'emploi actuel, que la recourante appréciait, mais qui ne pouvait pas être considéré comme optimal en raison du stress qui lui est inhérent.

La deuxième spécialiste mandatée par l'intimée (au vu des recommandations du précédent expert et sur demande de la recourante) a rendu son rapport le 12 décembre 2012. Elle a diagnostiqué la persistance d'une surdité de perception de degré léger à droite, un déficit vestibulaire périphérique gauche, des acouphènes et un status après traumatisme crânien, associé à une brève perte de connaissance. Elle a admis qu'un traumatisme crânien pouvait être à l'origine d'une contusion labyrinthique susceptible de toucher le versant auditif d'un côté et le versant vestibulaire de l'autre, l'acouphène et les épisodes de vertiges (avec ou sans facteur déclenchant) faisant partie du tableau clinique d'une telle contusion labyrinthique. Elle a toutefois relevé que le port de verres progressifs en raison d'une myopie et d'une presbytie pouvait aggraver la symptomatologie dans les mouvements ou déplacements impliquant des conflits de vision par rapport à la progression des verres optiques. Elle a

préconisé la suite du traitement de physiothérapie vestibulaire et de réhabilitation otoneurologique et déconseillé l'activité de téléphoniste. Selon elle, la capacité de travail actuelle de 50% dans un emploi adapté devait pouvoir être améliorée.

**4.1.4** Du dossier AI résulte qu'une première demande de prestations en raison de lésions multiples du genou droit et de douleurs au dos, suite à une chute sur une plaque de glace le 31 janvier 2003, a abouti à une réadaptation professionnelle très bien réussie en bureautique, l'emploi précédemment exercé dans les soins à domicile ayant dû être abandonné. S'agissant de la nouvelle demande déposée suite à la chute du 29 novembre 2010, elle a été rejetée sur la base d'un degré d'invalidité de 3%, évalué en fonction d'une pondération d'une incapacité de gain de 1,4% dans l'activité professionnelle (représentant une part de 90% des activités de l'assurée) et d'empêchements de 22% dans la tenue du ménage (représentant 10% de l'ensemble des activités de l'assurée).

## **4.2**

**4.2.1** La recourante prétend que la décision sur opposition d'arrêt des prestations a été prise en ne tenant compte que d'un tableau clinique partiel (l'acouphène) par rapport à l'ensemble des troubles que la deuxième experte mandatée par l'intimée elle-même a mis en relation avec l'accident.

Sur la base des données médicales résumées ci-dessus (c. 4.1), il faut constater qu'une fois les contusions externes (tête, épaule et hanche) et les effets immédiats du choc résorbés, la recourante a essentiellement décrit des troubles de l'équilibre, de l'audition, des maux de tête, des nausées, de la fatigue et des difficultés de concentration. Selon ses propres déclarations, sous l'angle de la capacité de travail, la gêne provoquée par l'acouphène a pris le dessus (voir rapport de La spécialiste en ORL traitante du 15 février 2011 et aussi la motivation de la demande AI du 17 juin 2011) et était même rendue responsable d'une partie en tout cas des maux de tête, de la fatigue et des difficultés de concentration. Si l'on compare les avis médicaux en présence, les diagnostics se recourent. Des divergences ne peuvent être discernées que concernant le déroulement de l'accident (perte ou non de connaissance de quelques instants) et la

"hiérarchie" ou l'indépendance ou non des troubles décrits. Ainsi, l'acouphène et les vertiges sont parfois liés et englobés dans les suites d'une probable contusion labyrinthique, les céphalées et la légère surdité peuvent être comprises comme syndromes indépendants ou comme conséquence de l'acouphène et/ou des vertiges, les céphalées sont aussi parfois associées à des nuchalgies, tandis que la fatigue, les troubles de la concentration et les nausées sont parfois mentionnées comme découlant des vertiges et/ou de l'acouphène, ou alors plus généralement d'un traumatisme crânien potentiel à l'origine de tous les maux. Le diagnostic de la deuxième experte en ORL, que la recourante approuve, mentionne les troubles de l'audition sous deux points (persistance d'une surdité de perception de degré léger à droite et acouphènes), les vertiges (déficit vestibulaire périphérique gauche) et, sans attribuer précisément les autres symptômes (céphalées, nuchalgies, nausées, fatigue, troubles de la concentration) à l'un ou l'autre diagnostic, admet en plus l'existence d'un status après traumatisme crânien, associé à une brève perte de connaissance. Les conclusions solidement motivées de ce deuxième rapport d'expertise, établi en procédure administrative par une spécialiste externe, selon les critères définis par la jurisprudence en la matière (c. 2.5.2 ci-dessus), notamment un examen personnel complet et une connaissance précise de l'anamnèse, doit être considéré comme fiable. La recourante elle-même ne le conteste pas et c'est à raison qu'elle s'y réfère.

Il est vrai que la décision sur opposition contestée se focalise sur le tinnitus et ne mentionne les autres diagnostics que dans la partie "en fait". Toutefois, si l'on relie la décision sur opposition à la décision qu'elle a remplacée et au préavis de décision du 7 février 2013 et celui du 13 août 2012 (établi sur La seule base de l'expertise du premier spécialiste en ORL), force est de constater que l'intimée a aussi fondé tout le processus décisionnel sur le diagnostic complet fourni dans le deuxième rapport d'expertise, lui-même dressé en fonction de la première expertise. La décision sur opposition contestée, même si elle l'exprime peu distinctement, prend donc en compte l'ensemble des symptômes compris dans le diagnostic de l'expertise à laquelle la recourante se réfère également. Cette conclusion est par ailleurs confirmée dans les

considérants de la réponse au recours du 19 décembre 2013 (ch. IV/7, p.6).

**4.2.2** La focalisation de la décision sur opposition sur l'acouphène s'explique essentiellement par le fait que, d'une part, la légère surdité (dans la mesure où elle est indépendante de l'acouphène et puisse véritablement avoir été causée par l'accident) n'a jamais été qualifiée d'incapacitante et que, d'autre part, les autres symptômes en cause (y compris les vertiges) font traditionnellement partie du tableau clinique des traumatismes de type "coup du lapin" ou assimilés. Bien qu'ils comportent des aspects tant physiques que psychiques, ils font manifestement figure de symptômes sans substrat organique, qui, si la causalité naturelle est établie, doivent être examinés sous l'angle de la jurisprudence régissant la causalité adéquate que l'intimée a appliquée dans ses prononcés (c. 2.4.1 ci-dessus; absence, sous l'angle de l'assurance-accidents, de substrat organique en ce qui concerne non seulement les céphalées, mais aussi les contractures musculaires: TF U 360/05 du 21 août 2006 c. 3.2.1 et 3.4; en matière d'AI, le syndrome du "coup du lapin" ou des traumatismes assimilés représente un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique: ATF 137 V 64 c. 4.2, 136 V 279 c. 3.2.3; pour le caractère invalidant en AI des céphalées voir aussi: TF 9C\_701/2013 du 12 juin 2014).

Pour l'acouphène, qui apparaît plus rarement dans le tableau clinique des traumatismes de type "coup du lapin", la question du substrat organique a longtemps été discutée. Ce n'est que dans un arrêt du 3 mai 2012 (publié: ATF 138 V 248) que le Tribunal fédéral (TF) a fixé sa jurisprudence. L'intimée s'est donc spécialement préoccupée de ce problème pour cette raison. De plus, elle a également mis l'accent sur cet aspect du fait que la recourante elle-même désignait ce trouble comme gêne principal et qu'il apparaissait, dans les rapports médicaux, que les vertiges, certes handicapants dans l'éventualité d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, devaient être fortement relativisés sous l'angle de l'incapacité de travail dans un emploi de bureau, en prenant de surcroît conscience du rôle joué aussi par la correction optique, qui semble du reste avoir été endommagée

lors de l'accident, selon les rapports du médecin traitant (dos. Mobilière II/3), ce qui a pu exiger une période d'adaptation.

C'est à juste titre que l'intimée, en se fondant sur la (récente) jurisprudence du TF, a qualifié l'acouphène dont souffre la recourante de "subjectif", donc de trouble sans substrat organique constatable (comme elle l'avait fait pour les autres troubles allégués). En effet, à la lumière des avis médicaux au dossier, en particulier des deux expertises effectuées les 6 août et 12 décembre 2012 par des spécialistes en ORL sur mandat de l'intimée (dos. Mobilière II/45 et II/52), il faut retenir qu'une origine organique objective du tinnitus dont souffre la recourante n'a pas pu être démontrée lors des examens médicaux entrepris selon des méthodes d'examen reconnues, dans la mesure où la légère contusion labyrinthique soupçonnée dans les rapports des 6 janvier 2011 du neurologue consulté et du 15 février 2011 de la spécialiste ORL ayant traité l'assurée (dos. Mobilière II/17) ne permet pas d'expliquer la persistance du tinnitus en question, la tomographie informatisée cranio-cérébrale entreprise le 6 janvier 2011 (dos. Mobilière II/2) n'ayant mis en évidence aucune modification pathologique post-traumatique anormale.

**4.2.3** En présence de symptômes (multiples) sans constat de déficit organique, c'est par conséquent à raison que l'intimée, puisque sur la base des avis médicaux recueillis elle ne contestait pas (ou plus) l'existence d'un lien de causalité naturelle, s'est penchée sur l'examen de la causalité adéquate entre l'accident et les troubles persistants allégués par la recourante.

Il faut constater que l'intimée a mené cet examen selon la jurisprudence relative aux traumatismes de type "coup du lapin". Certes, dans sa décision initiale du 21 mai 2013, elle s'est référée à la jurisprudence concernant la causalité adéquate pour les troubles psychiques consécutifs à un accident. En réalité, elle n'a jamais exclu les aspects psychiques pour procéder à l'examen des critères du caractère adéquat de la causalité. Dans la décision sur opposition litigieuse et dans son mémoire de réponse du 19 décembre 2013, l'intimée confirme du reste clairement l'examen de la causalité adéquate d'après les critères s'appliquant aux accidents de type "coup du lapin". Cette manière de procéder correspond par ailleurs aux

troubles allégués par la recourante (pour lesquels une différenciation entre aspects physiques et psychiques est délicate) et confirme que l'intimée s'est bien fondée sur l'ensemble du diagnostic posé dans la deuxième expertise. Il faut toutefois relever que l'intimée, en acceptant d'assimiler le traumatisme crânien diagnostiqué par l'experte à un traumatisme cranio-cérébral (TCC) correspondant, d'après la jurisprudence, à un événement analogue à un accident de type "coup du lapin", s'est montrée bienveillante à l'égard de la recourante. En effet, les symptômes ressentis par la recourante décrits par le médecin traitant dans les heures et les jours qui ont suivi l'accident (c. 3.2.1 ci-dessus) atteignent tout au plus la gravité d'une commotion cérébrale, mais non pas celle d'une contusion cérébrale, ce qui, en principe, ne suffit pas pour l'application de la pratique relative aux accidents de type "coup du lapin" (SVR 2008 UV n° 35 c. 4.1.3).

Au surplus, il faut relever que l'application au cas d'espèce de la jurisprudence spécifique au "coup du lapin" (dans l'hypothèse d'une absence d'atteintes avec substrat somatique) n'est plus contestée entre les parties. La recourante l'a aussi adoptée, bien qu'elle se soit d'abord interrogée quant à la référence à un "coup du lapin" (dos. Mobilière I/43). En tout état de cause, il faut rappeler que, puisque la jurisprudence relative au "coup du lapin" renonce à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques lors de l'examen des critères applicables (voir ci-dessus c. 2.3.2), elle est en soi plus favorable aux assurés. Dès lors, si le rapport de causalité peut être nié selon la jurisprudence relative au "coup du lapin" - ce qui découle des considérations qui suivent - la question de savoir quelles règles sont applicables à l'appréciation de la causalité adéquate pourrait demeurer indéterminée (ATF 134 V 109; SVR 2012 UV n° 2 c. 3.3; TF 8C\_248/2010 du 17 juin 2010 c. 3.3).

## **5.**

**5.1** D'après la jurisprudence relative au "coup du lapin", pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité, il convient d'examiner, par analogie avec la jurisprudence en matière de troubles psychiques consécutives à un accident (ATF 115 V 133 c. 6), si l'accident en cause

s'est avéré déterminant dans l'apparition de l'incapacité de travail et de gain de la personne assurée. Tel est le cas s'il était empreint d'une certaine gravité ou, en d'autres termes, revêt une importance sérieuse. Pour trancher cette question, il faut se fonder sur l'événement accidentel lui-même. Ainsi, suivant la manière dont ils se sont déroulés et en fonction des forces développées au cours de l'événement (SVR 2012 UV n° 2 c. 3.4), les accidents peuvent être classés en trois catégories: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents graves et, entre deux, les accidents de gravité moyenne. Dans ce contexte, les blessures subies peuvent permettre de tirer des conclusions quant aux forces qui se sont développées lors de la survenance de l'accident (SVR 2011 UV n° 10 c. 4.2). Tandis que l'existence d'un lien de causalité adéquate peut en règle générale être admise dans le cas d'un accident grave et niée en présence d'un accident de peu de gravité, lorsqu'il s'agit d'un accident de gravité moyenne, le caractère adéquatement causal ne peut être évalué uniquement d'après le déroulement de l'accident. Dans ce cas, il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré (ATF 134 V 109 c. 10.1). Selon les circonstances concrètes, un seul critère peut suffire pour faire admettre l'existence d'une causalité adéquate. Tel est tout d'abord le cas lorsqu'il s'agit d'un accident qui doit être rangé parmi les plus graves de la catégorie intermédiaire ou que l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Par ailleurs, un seul critère peut également s'avérer suffisant dans la catégorie intermédiaire lorsqu'il s'est manifesté de manière particulièrement importante pour l'accident. Si aucun critère ne se présente d'une manière à ce point prononcée ou frappante lorsqu'est en cause un accident de la catégorie intermédiaire proprement dite, le lien de causalité doit être admis lorsque trois critères sont remplis (SVR 2012 UV n° 2 c. 3.5). En présence d'un accident faisant partie de la catégorie intermédiaire mais à la limite des cas de peu de gravité, quatre critères doivent être réalisés pour retenir un caractère adéquatement causal (SVR 2010 n° 25 c. 4.5). Cette appréciation de l'accident en lien avec les critères objectifs conduit à reconnaître ou nier l'existence d'une causalité adéquate (ATF 117 V 359 c. 6, 117 V 369 c. 4c).

**5.2** Le TF a précisé sur plusieurs points sa jurisprudence (ATF 117 V 359 c. 6a, 117 V 369 c. 4b) au sujet de la relation de causalité entre des plaintes et un traumatisme de type "coup du lapin" ou un traumatisme analogue à la colonne cervicale, ou encore un TCC, sans preuve d'un déficit organique objectivable (ATF 134 V 109 c. 10.2 et 10.3; voir également TF 8C\_339/2007 et 8C\_152/2007 des 6 et 26 mai 2008). Selon cette jurisprudence, il y a lieu de s'en tenir à une méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquate en présence de tels troubles (c. 7 à 9 de l'ATF 134 V 109 cité). Par ailleurs, le TF n'a pas modifié les principes qui ont fait leur preuve, à savoir la nécessité, d'une part, d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, d'inclure, selon la gravité de l'accident, d'autres critères lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (c. 10.1). Cependant, il a renforcé les exigences concernant la preuve d'une lésion en relation de causalité naturelle avec l'accident, justifiant l'application de la méthode spécifique en matière de traumatisme de type "coup du lapin" (c. 9), et modifié en partie les critères à prendre en considération lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (c. 10). Ces critères sont désormais formulés de la manière suivante:

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

**5.3** La recourante prétend que la chute qu'elle a subie le 29 novembre 2010 doit être classée dans la catégorie des accidents de gravité moyenne; dans ce but, elle se réfère à la seconde expertise ORL du 12 décembre 2012, où l'experte retient que la recourante a subi une perte de connaissance lors de la chute, puis ressenti le soir même des nausées et des atteintes à l'équilibre, s'est plainte dès le lendemain de maux de tête auprès de son médecin traitant, puis a ensuite constaté très rapidement qu'elle subissait des troubles de la concentration dans son travail habituel,

une hypoacousie droite, des difficultés de discrimination verbale ainsi qu'un acouphène constant.

Ce faisant, la recourante omet d'observer que, comme déjà exposé plus haut (c. 4.1) et ainsi que l'intimée l'a relevé dans la décision sur opposition contestée (c. 12), pour procéder à la classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais de se fonder d'un point de vue objectif sur l'événement accidentel lui-même et son déroulement (ATF 115 V 133 c. 6 précité; RAMA 2005 U 555 c. 3.4.1). Or au vu du dossier, ce déroulement est incontesté entre les parties: en quittant son travail, la recourante a glissé sur une plaque de verglas et est tombée en se heurtant la tête sur le sol dur du parking de l'immeuble. Elle a tout au plus perdu connaissance quelques secondes. Des collègues l'ont aidée à se relever et elle est ensuite rentrée seule et par ses propres moyens en voiture à son domicile situé à une trentaine de kilomètres. Le lendemain, son médecin traitant n'a constaté que des contusions à la tête ainsi qu'à l'épaule et à la hanche gauches. Ce n'est que plus tard que la convalescence de la recourante s'est avérée problématique (voir ci-dessus c. 3.2.1).

Compte tenu de la jurisprudence détaillée du TF à cet égard, citée à juste titre dans le mémoire de réponse (ch. 11) du 19 décembre 2013, connue de la recourante et à laquelle il suffit dès lors de renvoyer, l'avis de l'intimée selon lequel l'événement subi par la recourante le 29 novembre 2010 ne doit, objectivement, qu'être qualifié d'accident de peu de gravité ne peut d'emblée être écarté, ce qui exclut tout lien adéquat de causalité entre l'accident et les troubles allégués par la recourante. Cette conclusion peut se déduire du déroulement des faits et en comparaison avec d'autres cas qualifiés d'accidents de gravité moyenne par le TF (voir notamment TF 8C\_39/2010 du 7 septembre 2010, U 416/01 du 28 août 2002 et 8C\_961/2012 du 18 juillet 2013, cités dans le mémoire de réponse de l'intimée), même si les conséquences de l'accident sur l'état de santé de la recourante se sont avérées durablement pénibles pour elle.

**5.4** Cela étant, à l'instar des considérations de l'intimée dans la décision sur opposition contestée et dans son mémoire de réponse, même si l'on admettait que l'accident assuré se situe à la limite inférieure de la catégorie

des accidents de gravité moyenne, le lien de causalité adéquate entre celui-ci et l'atteinte résiduelle à la santé de la recourante ne pourrait être admis, car la présence des critères développés à cet effet par la jurisprudence, déjà cités plus haut (c. 4.2), ne peut être retenue en l'espèce dans une mesure et une intensité suffisante.

**5.4.1** Au vu des éléments au dossier, rien ne permet d'admettre tout d'abord que les circonstances concomitantes à l'accident du 29 novembre 2010 méritent d'être qualifiées, objectivement, de particulièrement dramatiques; la recourante ne l'invoque d'ailleurs pas. Comme déjà relevé ci-dessus, la chute de la recourante avec le choc de sa tête sur le sol verglacé s'est produite alors qu'elle cheminait à pied; elle a pu se relever rapidement avec l'aide de collègues, et est rentrée seule chez elle. Ce premier critère n'est donc pas rempli.

**5.4.2** Pour ce qui touche au deuxième critère, celui de la gravité ou de la nature particulière des lésions subies, le diagnostic d'un accident de type "coup du lapin" ou d'un traumatisme analogue ne suffit pas en lui-même pour admettre ce critère. Il faut bien plus que les symptômes typiques d'un accident de ce type soient présents d'une manière spécialement prononcée, ou encore que des circonstances singulières soient survenues, comme par exemple une position corporelle particulière de la victime lors de l'accident et les complications que cette position a entraînées, ou des blessures importantes, subies lors de l'accident par la personne assurée en plus des symptômes typiques d'un "coup du lapin" ou d'un traumatisme analogue (ATF 134 V 109 c. 10.2.2; SVR 2007 UV n° 26 c. 5.3). En l'occurrence, au vu des constatations médicales rappelées ci-dessus (c. 3.2.1 et 3.2.3), aucune lésion grave n'a cependant pu être objectivée sur le plan cervical/crânien ou otologique. Il n'apparaît pas non plus que les symptômes typiques d'un accident de type "coup du lapin" ou TCC soient particulièrement accentués, puisque les troubles cognitifs diagnostiqués au dossier doivent être qualifiés de légers et qu'une certaine latence a de plus été observée quant à leur annonce à un médecin (voir ci-dessus c. 3.2.1). Ainsi, ce critère n'est pas non plus réalisé.

**5.4.3** Avec l'ATF 134 V 109, la formulation du troisième critère a, pour sa part, été précisée dans le sens qu'au-delà de sa durée anormalement

longue, le traitement médical doit être spécifique et pénible. Pour pouvoir admettre la réalisation de ce critère, il faut un traitement médical continu, administré méthodologiquement dans le but d'améliorer l'état de santé de la personne assurée, mais entraînant pour celle-ci une restriction supplémentaire importante de sa qualité de vie. Une physiothérapie ambulatoire, des mesures de médecine alternative, la prescription de nombreux médicaments, un suivi psychothérapeutique ou des contrôles périodiques ne peuvent être qualifiés de pénibles au sens de la jurisprudence (TF 8C\_334/2012 du 25 avril 2013, 8C\_305/2011 du 6 mars 2012 c. 3.5, 8C\_327/2008 du 16 février 2009 c. 4.2). Or, le traitement prolongé invoqué par la recourante consiste en une physiothérapie vestibulaire qui, même si elle impose certaines contraintes au vu de sa régularité et de sa longue durée, ne saurait être qualifiée de pénible, de sorte que ce critère ne s'avère pas non plus rempli.

**5.4.4** Le critère des douleurs persistantes a également connu des précisions dans la jurisprudence. Des douleurs intenses ayant persisté sans interruption notable depuis l'accident jusqu'au moment de la clôture du cas peuvent être prises en considération dans l'examen de la causalité adéquate; l'intensité des douleurs est évaluée en fonction de leur crédibilité et du préjudice qu'elles causent à la personne assurée dans sa vie quotidienne (ATF 134 V 109 c. 10.2.4). A cet égard, le TF a considéré que la conjonction de céphalées, de douleurs à la nuque et au dos, de troubles neuropsychologiques et d'un état dépressif ne permettait malgré tout pas de retenir une intensité des douleurs telle que celle exigée par la jurisprudence. A fortiori, les diagnostics invoqués par la recourante ne permettent pas d'admettre la réalisation de ce critère.

**5.4.5** Le dossier ne comporte par ailleurs aucun indice quant à l'existence d'une erreur médicale, ni de difficultés ou de complications importantes apparues au cours du processus de guérison; la recourante ne le fait au demeurant pas valoir. La seule durée du traitement médical et des troubles ressentis ne peut suffire, à elle seule, pour admettre des difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes. Pour ce faire, il faut bien plus que des circonstances particulières aient entravé le processus de guérison (SVR 2007 UV n° 25 c. 8.5). Or, après un

accident de type "coup du lapin" ou un traumatisme équivalent présentant un tableau clinique similaire, une durée de traitement médical de deux à trois ans doit être considérée comme tout à fait usuelle (SVR 2007 UV n° 25 c. 8.3.3; RAMA 2005 p. 239 c. 5.2.4).

**5.4.6** Pour ce qui concerne le critère de l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de la personne assurée, invoqué particulièrement par la recourante, si une incapacité de travail de 50% (d'un taux habituel de 90%) doit certes être considérée comme importante, il faut relever que dans l'expertise du 12 décembre 2012, à laquelle la recourante se réfère principalement, la spécialiste en ORL indique que l'activité de téléphoniste exercée par la recourante est déconseillée et que le taux d'activité de 50% devrait pouvoir être amélioré dans une activité de secrétariat adaptée, en milieu calme, en fonction des résultats du traitement otoneurologique entamé (dos. Mobilière II/48 ch. 6.2). Or, dans son courrier adressé le 25 octobre 2013 au mandataire de la recourante (dos. recourante p.j. 6), La spécialiste en ORL précise notamment que la thérapie proposée dans son expertise a été entreprise avec succès, si bien qu'il conviendrait de se demander si la recourante met entièrement à profit sa capacité de travail résiduelle. En effet, eu égard à ce qui précède, il apparaît possible que la recourante puisse augmenter son taux d'occupation dans une activité lucrative mieux adaptée. Par ailleurs, si, comme elle le fait valoir dans son courrier du 9 avril 2014, la recourante ne pouvait exercer son activité lucrative à un taux supérieur à 50% en raison de la fragilisation qu'elle subit du fait des conséquences de l'accident en cause, il est permis de s'étonner qu'elle vaque à son travail de téléphoniste à mi-temps à raison de journées entières de travail, comme elle l'a indiqué à l'enquêtrice de l'Office AI Berne (p. 3 du rapport d'enquête économique sur le ménage du 15 novembre 2013; dos. Mobilière I/33). Au demeurant, la question de l'ampleur de la volonté reconnaissable de la recourante de faire tout ce qui est possible en vue de recouvrer une pleine capacité de travail peut finalement être laissée ouverte en l'occurrence, dans la mesure où même si l'on admettait que le critère de l'importance de l'incapacité de travail était réalisé, ce critère n'est pas à lui seul décisif pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate au regard de la gravité de l'accident en cause qui, comme on l'a vu, ne peut tout au plus être

qualifié que de gravité moyenne à la limite des accidents bénins (voir TF 8C\_305/2011 précité c. 3.8).

**5.5** Ce n'est donc au mieux qu'un seul critère (celui de l'importance de l'incapacité de travail) qui se verrait réalisé en l'espèce sous l'angle de la jurisprudence se rapportant aux accidents de type "coup du lapin" et autres traumatismes analogues, et encore, sous réserve de l'examen de l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative mieux adaptée à un taux d'occupation plus élevé. Ceci est manifestement insuffisant pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre l'événement accidentel assuré et les troubles persistants ressentis par la recourante. Aussi, l'intimée était-elle fondée, par sa décision sur opposition du 26 septembre 2013, à confirmer la cessation des prestations d'assurance au 31 mai 2013.

## **6.**

**6.1** Au vu de ce qui précède, le recours s'avère mal fondé et doit être rejeté.

**6.2** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, ni d'allouer de dépens ou d'indemnité de partie à la recourante, qui succombe (art. 61 let. a et g LPGA).

### **Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.

3. Le présent jugement est notifié (R):

- au mandataire de la recourante,
- à l'intimée,
- à l'Office fédéral de la santé publique,
- au \_\_\_\_\_.

La présidente:

Le greffier:

**Voie de recours**

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