

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 octobre 2015

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Pasche, juge et M. Bidiville, assesseur
Greffière : Mme Parel

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourante, représenté par [...] Compagnie d'Assurance
de Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

S._____, à [...], intimée.

Art. 6 LAA

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] 1973, travaille comme enseignante à l'école d' [...] pour le compte de l'I._____. A ce titre, elle est assurée obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles selon la LAA (loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981, RS 832.20) auprès de S._____ (ci-après : S._____ ou l'intimée).

Le 13 avril 2013, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation. Un constat amiable a été établi sur place. Selon ce document, alors que l'assurée était arrêtée à un carrefour, un véhicule (B) a coupé la priorité à un véhicule (A) et tous deux ont embouti l'avant du véhicule (C) de l'assurée. L'avant et le côté gauche de son véhicule ont été enfoncés.

La note d'honoraires établie le 1^{er} mai 2013 par l'ostéopathe, B._____, à l'attention de l'assurée pour les traitements des 18 et 23 avril et du 1^{er} mai 2013 indique : "accident du 13 avril 2013".

Par déclaration d'accident du 23 mai 2013, l'employeur de l'assurée a annoncé l'accident de la circulation à S._____. Il a indiqué que le taux d'occupation contractuel de l'assurée était de 50 %, soit 16,5 heures hebdomadaires, tout en précisant qu'un "temps complet" représente 24 heures hebdomadaires. A la rubrique "blessure", il a mentionné que la partie du corps atteinte était le dos (gauche et droit) et que le type de lésion consistait en une contusion. L'employeur a précisé que l'assurée avait dû interrompre son travail à la suite de l'accident à partir du 22 avril 2013.

Le 24 mai 2013, l'assurée a eu un entretien téléphonique avec un collaborateur de S._____ ainsi retranscrit :

"J'appelle l'assurée afin de faire le point sur l'arrêt de travail et le traitement en cours.

Elle m'informe que tout de suite après l'accident, elle était certes un peu choquée mais allait plutôt bien. Des douleurs et crispations dans la nuque sont cependant arrivées quelques heures plus tard.

Elle pensait que c'était normal et qu'elles allaient passer d'elles-mêmes. Elle a tout de même pris des anti-inflammatoires.

Les douleurs ne partant pas, elle a fait 3 séances d'ostéo. La première le 18.04.2013 et est allée consulter pour la 1ère fois son médecin-traitant, le Dr W._____ le 22 avril 2013. Les douleurs s'étaient intensifiées, elle avait maintenant également des maux de têtes, des fourmillements dans les mains et des chutes de pression. Son médecin l'a alors mise en arrêt de travail à 100%. Il lui a prescrit des médicaments et une minerve.

Elle est retournée le consulter les 26.04, 01 et 13 mai 2013.

Les symptômes s'empiraient à chaque fois. Elle avait des tremblements, ne trouvait plus ses mots, n'arrivait plus à fixer son attention. Elle a alors décidé d'aller aux urgences du A._____ le 03.05.2013.

Elle a été vue par le Dr R._____ qui lui a fait passer un scanner ainsi que des radiographies. Ils ont découvert qu'elle a en fait perdu connaissance lors de l'accident et eu un traumatisme crânien.

Actuellement, elle fait de la physio. La première séance était le 22.05.2013. Elle en fait 2/semaine et a un bon de 9 séances.

Il est prévu qu'elle revoie le Dr R._____ le 14 juin 2013 et le Dr W._____ le 27 mai 2013.

Elle me dit qu'elle trouve que ça va mieux alors essaie de refaire des petites tâches ménagères comme par exemple le repassage mais qu'elle le ressent énormément le lendemain. Il persiste une fatigue... Concernant l'ITT, elle espère pouvoir reprendre par pallier, déjà dès la prochaine consultation. Nous convenons alors qu'elle me tienne au courant après la PC chez son médecin-traitant. [...]"

Le 24 mai 2013, S._____ a envoyé au Dr W._____, spécialiste en médecine générale, le courrier suivant :

"Vous recevez notre assurée susnommée à votre consultation.

Afin que notre médecin-conseil, le Dr N._____, chirurgien orthopédiste, puisse se déterminer, nous vous serions reconnaissants de le renseigner de manière détaillée quant aux points suivants :

1. Diagnostic ?
2. Etiologie de l'affection en cause ?
3. Evolution du cas et état actuel (subjectif et objectif) ?
4. Des circonstances sans rapport avec l'accident jouent-elles un rôle dans l'évolution du cas ? Si oui, lesquelles ?
5. Traitement en cours et propositions ?
6. Date de la dernière et de la prochaine consultation ?
7. Une reprise dans son activité est-elle possible ? Si oui, à quelle date et à quel taux ? Si non, raisons médicales à l'origine de la poursuite de l'incapacité de travail.
9. [sic] Une reprise dans une activité adaptée provisoirement peut-elle être envisagée avec un aménagement du poste et/ou un allègement des horaires ? Si oui, comment, à quelle date et à quel taux ?

10. Merci d'adresser, à l'attention de notre médecin-conseil, copies des rapports du scanner et des radiographies effectuées le 3 mai 2013 au A. _____ [réd. : Centre hospitalier A. _____].

11. Remarques ?"

Le 28 mai 2013, l'assurée a répondu au questionnaire de S. _____ du 24 mai précédent comme il suit :

"1. Où, quand et comment l'accident s'est-il produit ? (description exacte avec si possible un croquis renseignant sur la direction de marche des véhicules et leur position)

J'étais à l'arrêt à un carrefour à [...]. Un véhicule (B) venant de la droite de la Rte cantonale a coupé la route à un véhicule (A) venant de la gauche de la même route et ils m'ont percuté (cf. croquis du constat).

2. [...]

7. Y a-t-il eu collision ? Oui. Si oui, avec qui ? véhicule B

[...]

9. Le cas a-t-il été annoncé à la police ? non

[...]

Si non, un constat à l'amiable à-t-il été établi ? oui

[...]"

Le même jour, l'assurée a indiqué, lors d'un entretien téléphonique avec un collaborateur de S. _____, que l'arrêt de travail à 100 % se prolongeait, qu'elle n'allait pas mieux, que des douleurs et des raideurs au niveau physique persistaient mais que c'étaient surtout les soucis liés à la contusion qui lui posaient problème. Elle a précisé qu'elle allait passer une IRM le 31 mai suivant à L'institut d'imagerie V. _____ et que la prochaine consultation chez son médecin traitant était prévue pour le 5 juin suivant afin de voir quelle suite donner. Elle a encore exposé que celui-ci l'avait adressée à l'Hôpital Q. _____ pour un test neuropsychologique, dont la date n'avait toutefois pas encore été fixée.

Le 6 juin 2013, le Dr W. _____ a répondu au questionnaire de S. _____, qu'il a adressé directement au Dr N. _____, dont il ressort ce qui suit :

"Faisant suite au courrier daté du 24 mai 2013, voici les informations que je peux vous transmettre.

1/ Traumatisme crânio-cérébral avec syndrome post-commotionnel
Cervico-brachialgies et dorsalgies non spécifiques post traumatiques

2/ Post traumatique (AVP du 13 avril 2013)

3/

Consultation du 05/06/2013

Actuellement surtout fatiguée.

En physio passablement de blocages (cervical, dorsal et scapulaire).
Après PT (...) douleurs plus marquées avec parfois des céphalées.
Douleurs cervicales lorsque reste penchée en avant.

Doit noter toutes les infos (notamment pour pouvoir donner les infos aux physio).

Si doit faire plusieurs choses (plusieurs rdv, aller chercher les enfants...) doit noter cela par écrit.

Fatigabilité importante dès que fait des tâches ménagères.

Supporte mal cette limitation (estime à 20-40% de son rythme d'activité habituel).

Dort mal (difficultés d'endormissement), se réveille facilement au milieu de nuit.

Moins d'appétit qu'avant, a perdu 2 kgs depuis l'événement.

La concentration est plus difficile et demande plus d'effort pour la solliciter.

Labilité émotionnelle quand évoque l'accident ou la description de son état.

5/ Physiothérapie en [...] (...). Une évaluation neuropsychologique a été demandée afin de bilancer [sic] les troubles cognitifs décrits et leur prise en charge.

6/ 5 juin 2013 et 26 juin 2013

7/ Une reprise dans son activité est possible. Un retour au travail à temps partiel (à 50% du taux habituel selon l'horaire de la semaine agendée (a été programmé pour le 17 juin 2013.

9/cf. point 7/

10/Vous trouverez en annexe les rapports de radiologie demandés.

11/ Mme P. _____ a également consulté le 17 mai 2013, le Dr R. _____, médecin adjoint du département de l'appareil locomoteur."

Avec son courrier, le Dr W. _____ a transmis à S. _____ :

- le rapport radiologique établi le 3 mai 2013 par le Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du A. _____ concernant un "CT CEREBRO-CERVICAL", transmis à S. _____ par le médecin traitant de l'assurée, qui mentionne ce qui suit :

"Indications

Status post AVP il y a 15 jours. Cervicalgies, céphalées, plaintes neurologiques diffuses.

Description

Technique : Examen réalisé sur le crâne et le rachis cervical, sans injection de produit de contraste.

Cerveau :

Pas d'hyperdensité intra et extra-axiale susceptible de faire évoquer une hémorragie intracrânienne. Pas d'hypodensité intra-axiale susceptible de faire évoquer un œdème périlésionnel.

Cou :

Pas de lésion osseuse traumatique. Le massif articulaire postérieur se superpose convenablement.

Conclusions

Pas de lésion traumatique crânio-cérébrale."

- le rapport établi le 31 mai 2013 par le Dr K. _____ de l'Institut d'Imagerie Médicale V. _____ relatif à l'IRM cérébrale pratiquée le même jour, qui a la teneur suivante :

"Indication :

Commotion cérébrale suite à un accident de voiture le 13.04.2013.

Technique :

Séquences sagittales T1, axiales T2, axiales flair, axiales Tw*, séquences diffusion, séquences axiales T1 fat sa post GD.

Description :

Pas de lésion de la substance blanche. Les ventricules et les citernes de la base ont une morphologie normale, ils présentent un aspect légèrement asymétrique à la hauteur de la corne postérieure des ventricules latéraux, en défaveur de la droite, d'origine constitutionnelle.

Pas de résidu d'hémosidérine individualisé ni argument en faveur de foyers micro-hémorragiques, pas de collection hématique intraparenchymateuse ni justa-durale. Légère asymétrie d'origine congénitale de la ligne médiane et des deux hémisphères. Après injection, pas de rehaussement pathologique, pas d'expansivité.

Conclusions :

IRM cérébrale dans les limites de la norme, en particulier, pas de lésion post-traumatique pouvant expliquer la symptomatologie de la patiente."

Il ressort des notes téléphoniques au dossier que l'assurée a repris son activité professionnelle à 50 % de son taux habituel le 17 juin 2013 et à 100 % de son taux habituel dès le 1^{er} juillet 2013.

Selon les factures établies par la psychologue/psychothérapeute [...] les 28 juin et 2 juillet 2013 figurant au dossier de l'assurée, celle-ci a bénéficié de 6 consultations d'une durée totale de 6 heures 15 entre le 4 juin et le 1^{er} juillet 2013.

Le 10 juillet 2013, le Dr R. _____, médecin adjoint auprès du [...], a transmis à S. _____ le rapport médical demandé, dans lequel il indique ce qui suit :

"1. Diagnostic

Status après accident de la circulation routière avec TCC mineur. Cervicalgies et douleurs thoraciques hautes.

2. Etiologie de l'affection en cause?

Accident de la circulation routière.

3. Evolution du cas et état actuel ?

Evolution favorable avec forte diminution des douleurs. Malgré tout il subsiste quelques difficultés à se souvenir.

4. Des circonstances sans rapport avec l'accident jouent-elles un rôle dans l'évolution du cas?

0

5. Est-ce-que Mme P. _____ a perdu connaissance suite à l'accident du 13 avril 2013?

Cet élément n'entre pas dans l'anamnèse de la patiente. Cependant le diagnostic de TCC avec amnésie circonstancielle a été posé par le service des urgences. Je vous rappelle que selon la définition du consensus de Vienne en 2001 et ses modifications 5 ans plus tard à Prague concernant le diagnostic de commotion, une perte de connaissance n'est pas obligatoire. Ce qui entre dans le diagnostic de commotion c'est la liste de différents symptômes accompagnant une commotion et leur quantification selon une certaine échelle que je peux vous fournir en cas de besoin.

6. Traitement en cours et propositions?

Fin du traitement de physiothérapie avec la dernière ordonnance.

8. Reprise du travail ?

La patiente a repris à 50% dès le 17.06.2013.

9. Une reprise dans une activité adaptée?

La patiente a repris dans son travail habituel avec un arrangement d'horaire jusqu'à la fin de l'année scolaire en cours. Elle devrait reprendre à 100 % avec la reprise des cours en août.

10. Scanner et radiographies ?

Il existe un scanner cérébral qui a été fait aux urgences du A. _____, mais pas de copie du rapport concernant cette prestation radiologique."

Le 21 août 2013, un examen neuropsychologique est effectué au Département des neurosciences cliniques de l'Hôpital Q. _____. Le rapport établi le 26 août 2013 indique notamment ce qui suit :

Patiente collaborante, investie dans les épreuves, nosognosique de ses capacités cognitives, orientée aux trois modes, présentant une fatigabilité importante après 60 minutes d'examen et une labilité émotionnelle. **Plaintes spontanées:** évolution favorable avec persistance de difficultés d'organisation et de mémoire pour les faits récents, de douleurs cervicales, de céphalées, d'une nécessité de déployer beaucoup d'énergie pour des activités simples, et d'un moins bon équilibre. **Plaintes sur questions:** sensibilité accrue aux bruits. Sommeil actuellement bon. Circonstances de l'accident: patiente au volant de sa voiture à l'arrêt à un stop dans un carrefour, percutée au niveau de l'aile avant gauche par deux véhicules entrés préalablement en collision. Pas d'élément net en faveur d'un syndrome de stress post-traumatique (pas de cauchemar, de reviviscence, ni de conduite d'évitement). **Questionnaire de suivi des TCC du Rivermead:** *changement très marqué:* dans sa capacité à maintenir sa charge de travail et son endurance au travail; *changement modéré:* dans sa capacité à participer à une conversation avec deux personnes, à accomplir ses activités domestiques de routine et à faire face aux exigences familiales.

Questionnaire des symptômes post-traumatiques de Rivermead: *problèmes modérés:* maux de tête, fatigue/fatigabilité, irritabilité, oublis, mauvaise concentration, lenteur d'action; *problèmes légers:* sensibilité aux bruits, déprime, temps de réflexion, agitation/nervosité.

Langage : l'expression spontanée est fluente et informative. La fluence verbale est dans les normes sur indicage catégoriel. La dénomination et la lecture continues sont dans les normes (stroop couleurs). La compréhension en situation est en ordre.

Praxies : au niveau gestuel, les pantomimes d'utilisation d'objets sont réussis. Au niveau constructif, la copie de la figure complexe de Rey est dans les normes, avec une bonne capacité de planification (35).

Fonctions mnésiques : la mémoire des chiffres de la WAIS-IV est dans les normes, avec un empan verbal en ordre direct de 7, inverse de 4 et en ordre croissant de 5. En modalité visuo-spatiale, l'empan en ordre direct est dans les normes (Corsi, 6). La séquence lettres-chiffres de la WAIS-IV est dans les normes (22/30). Un test informatisé de mise à jour (TAR) est globalement dans les normes avec un nombre d'omissions à la limite des normes inférieures (6). En mémoire antérograde épisodique verbale, l'apprentissage d'une liste de 15 mots (A) est dans les normes (7-12-12-14-14), leur reconnaissance immédiate dans les normes inférieures (1 omission) et leur évocation différée maximale. En modalité visuo-spatiale, les rappels immédiat et différé de la figure complexe de Rey sont dans les normes/normes supérieures (respectivement 26).

Fonctions exécutives : une épreuve de flexibilité mentale (TMT, B) est dans les normes, sans erreur d'alternance, La dénomination stroop (couleurs) est dans les normes, avec 4 autocorrections. La recherche de la clé (BADs) est stratégique.

Fonctions attentionnelles : une épreuve de vitesse de traitement et d'exploration visuelle (TMT, A) est dans les normes. Un test informatisé d'attention divisée (TAP) est dans les normes, sans aucune erreur ni fausse alarme. Les doubles stimulations visuelles sont en ordre.

Conclusion: cet examen neuropsychologique, réalisé auprès d'une patiente de 39 ans, victime d'un AVP le 13.04.2013, met en évidence la préservation de l'ensemble des fonctions cognitives testées ce jour. Les fonctions phaso-practo-gnosiques, mnésiques, exécutives et attentionnelles se situent globalement dans les normes. En revanche, nous relevons cliniquement une fatigabilité importante après 60 minutes d'examen, associée à une labilité émotionnelle.

Dans ce contexte, nous avons conseillé à la patiente de reprendre son activité professionnelle en ménageant ses ressources cognitives (faire des pauses, déléguer certaines tâches, privilégier les activités reposantes, ne pas être trop perfectionniste, éviter les sorties en semaine, prendre une aide pour les tâches ménagères, etc.) et de rester vigilante aux signes d'épuisement. En cas de besoin, le taux d'activité de la patiente pourrait être momentanément baissé.

[...]

DC: examen neuropsychologique globalement normal, hormis une fatigabilité importante. Probable commotion cérébrale avec amnésie circonstancielle."

Le 11 septembre 2013, l'assurée a informé S. _____ par téléphone d'une nouvelle incapacité de travail depuis le 16 septembre, qui

devrait durer en tout cas jusqu'au 11 octobre 2013; elle a précisé qu'elle travaillerait à 50 % au lieu de son taux habituel de 60 % vu qu'elle ne va pas mieux. L'assurée a également indiqué qu'elle continuait ses séances de physiothérapie au A._____, qu'elle devait revoir le Dr W._____ le 1^{er} octobre 2013 ainsi que le Dr R._____, après la fin de ses séances de physiothérapie.

Par courrier du 3 octobre 2013, le Dr W._____ a remercié le DrR._____ de bien vouloir recevoir sa patiente à sa consultation le 11 octobre suivant. Il exposait notamment ce qui suit :

Depuis la rentrée scolaire, Madame P._____ décrit à nouveau des céphalées survenant en général après 2 heures de travail. Avec son taux de travail habituel à 60%, elle n'arrive plus à se rendre disponible pour sa famille, tant elle se dit épuisée. Ce constat est très difficile à accepter. Elle décrit en outre des difficultés de concentrations et doit reprendre des notes pour organiser correctement sa journée.

Elle avait pu reprendre une activité sportive durant le mois d'août (course à pied et badminton) qu'elle a interrompue avec la reprise du travail.

Alors que je la trouvais plus sereine et posée lors des consultations durant l'été, je retrouve une émotivité à fleur de peau avec une labilité émotionnelle.

J'ai décidé de diminuer son taux de travail à 50 % (effectif) et ce dès le 16 septembre 2016.

J'ai revu Madame P._____ le 1^{er} octobre. A un rythme de 50%, elle trouve un meilleur équilibre pour assumer le coté professionnel et familial, même si la fatigue reste importante à la fin de la journée.

Elle reporte de nouveau des dorsalgies hautes et cervicalgies associées à des céphalées. Elle a malgré tout sur le conseil du physio essayé de reprendre une activité physique (badminton) ce qui a plutôt aggravé ses douleurs cervicales avec également un blocage cervical et des contractures. Les mouvements de flexions et d'extensions cervicales sont douloureux.

Le sommeil est perturbé avec des difficultés d'endormissement et parfois associé à des réveils nocturnes à cause de douleur du haut du dos.

La concentration est meilleure qu'il y a 1 mois mais elle doit encore mobiliser des ressources importantes pour s'organiser dans la vie quotidienne. La fatigabilité reste présente. Je n'ai pas suffisamment d'argument pour évoquer un trouble dépressif ou PTSD. Mme P._____ s'inquiète de voir l'évolution qu'elle considère comme un retour en arrière. Il faut cependant dire que l'été a été une période plus calme et moins contraignante que ce qu'elle connaît actuellement.

[...]

Est-ce une évolution normale après un syndrome post commotionnel ?

Que peut-on lui proposer en terme de traitement par rapport aux récurrences des douleurs cervico-dorsales ?
Je vous joins en annexe le rapport de la neuropsychologie, qui décrit des tests normaux mais une fatigabilité et une émotivité importante."

Le 15 octobre 2013, le Dr W. _____ a adressé au Dr N. _____ un rapport médical actualisé dans lequel il indique notamment ce qui suit :

En réponse au courrier adressé, voici les informations que je peux vous fournir.

1. Évolution du cas et état actuel (subjectif et objectif)?

Avec la rentrée scolaire et la reprise du travail à 60% (qui est son taux de travail habituel) Mme P. _____ décrit des céphalées systématiquement après 2h de travail. Elle décrit une fatigabilité importante en fin de journée et n'arrive pas à assumer ses tâches habituelles à domicile et se rendre disponible pour sa famille. Elle décrit des efforts de concentrations importants et le report des tâches par écrit afin de pouvoir s'organiser.

En plus des céphalées, elle décrit une récurrence des cervicalgies sous forme de tension et de blocage au niveau des omoplates. Elle reporte des contractures sur les trapèzes et des difficultés à mobiliser la tête notamment en flexion- extension.

Menton sternum 5-22,

Rotation tête à G et à D 60 (plus douloureux en fin de course à G)

Inclinaison D et G 30 mais plus douloureux à G

Pas de déficit SM des mb sup.

Contracture trapèze G > d et palpation sensible trapèze G

Douleur à la palpation para-vertébrale au niveau de D4

2. Des circonstances sans rapport avec l'accident jouent-elles un rôle dans l'évolution du cas ? Si oui lesquelles?

Non

3. Traitement en cours et propositions?

Physiothérapie hebdomadaire

Réévaluation de la situation conjointement avec Dr R. _____

4. Date de la dernière et de la prochaine consultation?

1^{er} octobre 2013

5 novembre 2013

5. Raison(s) médicale(s) à l'origine de la nouvelle incapacité de travail à 10 % dès le 16 septembre 2013?

Une reprise de son taux habituel de 60% effectif à la rentrée scolaire a provoqué une intense fatigue associée à des difficultés de concentration et de planification des tâches.

Mme évoque des céphalées qui systématiquement se produisent après 2 heures de travail.

Dans ce contexte, le taux de travail a été diminué à 50% effectif depuis le 16 septembre 2013.

6. Une reprise dans son activité est-elle possible ? Si oui, à quelle date et à quel taux ? Si non, raisons médicales à l'origine de la poursuite de l'incapacité de travail

Une reprise à son taux habituel de 60% sera très certainement possible. La reprise pourrait s'effectuer d'ici la fin de l'année sous réserve de l'évolution des douleurs ostéoarticulaires.

7. Une reprise dans une activité adaptée provisoirement peut-elle être envisagée avec un aménagement du poste

et/ou un allégement des horaires? Si oui, comment, à quelle date et à quel taux?

Son temps effectif de travail est de 50% : soit le lundi et jeudi toute la journée et vendredi après-midi depuis le 16 septembre 2013.

Une nouvelle évaluation de son taux de travail se fera durant le courant du mois de novembre.

8. De nouvelles investigations ont-elles été réalisées depuis juin 2013 ? si oui, merci d'adresser les résultats de ces investigations à notre médecin conseil.

Examen neuropsychologique du 21 août 2013.

IRM cervicale prévu le 24.10.2013

9. Remarques?

Un suivi conjoint est effectué par Dr R._____, département de l'appareil locomoteur."

Par courrier du 23 octobre 2013, la Prof. J._____, cheffe de Service au département des neurosciences cliniques de l'Hôpital Q._____, a informé le Dr N._____ des résultats de l'évaluation neuropsychologique du 21 août précédent. Elle a relevé que si l'intéressée avait subi un accident de la voie publique le 13 avril 2013 sans perte de connaissance, il existait par contre une amnésie circonstanciée documentée. Elle relevait que dans les suites dudit accident, le médecin traitant de l'assurée avait noté la présence de cervicalgies, de céphalées, de paresthésies, d'une fatigue importante et des difficultés de concentration et de mémoire. La Prof. J._____ exposait que l'évaluation avait mis en évidence une fatigabilité accrue se manifestant après 60 minutes d'examen et une labilité émotionnelle, tandis que les performances dans les tests cognitifs se situaient globalement dans les normes. Quatre mois après l'accident, elle interprétait ce tableau dans le cadre de la "très probable commotion" que la patiente avait subie.

Le 24 octobre 2013, une IRM cervicale a été effectuée par le service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du A._____. Le rapport établi le jour même indiquait dans sa conclusion : "Pas de signe d'atteinte ligamentaire cervicale dans le contexte de Whiplash syndrome. Altérations dégénératives."

Par courrier du 6 novembre 2013, le Dr W._____ a remercié le Dr T._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, de bien vouloir recevoir sa patiente à sa consultation du 8 novembre suivant pour une évaluation "dans le cadre d'un syndrome post commotionnel et des

douleurs cervico dorsales persistantes" suite à un accident de la voie publique survenu le 13 avril précédent. Il exposait la situation de l'assurée comme il suit :

"Une dizaine de jours après l'accident la patiente reporte des cervicalgies importantes associées par moment à des paresthésies dans le 4e et 5e doigt main D. Elle a été vue aux urgences du A._____ où un CT scan a été réalisé sans mettre en évidence de lésion intra cérébrale.

Elle développe en parallèle une labilité émotionnelle, ainsi que des difficultés de concentration et d'organisation de la vie quotidienne (elle est mère de 2 enfants de 7 et 9 ans, elle exerce la profession d'enseignante en école enfantine à 60%). Elle reporte des céphalées fréquentes et semble devoir mobiliser une énergie inhabituellement importante pour accomplir ses tâches. Il en résulte une fatigue intense que Mme P._____ a de la peine à accepter. Alors qu'elle est plutôt sportive, elle ne trouve plus la force de faire du badminton ou de la course à pied.

Je l'ai mise en incapacité de travail à 100 % jusqu'au mois de juin puis à 50 % avec une reprise complète sur les 2 dernières semaines avant les vacances estivales. Dans cet intervalle elle a bénéficié de physiothérapies au [...]. Elle est suivie conjointement par Dr R._____ qui évoquait une évolution favorable et une reprise du travail à temps complet dès la rentrée scolaire 2013-2014.

L'évolution a été lentement favorable durant les vacances avec une diminution des douleurs musculaires. Avant la rentrée scolaire Mme P._____ a bénéficié d'un examen neuro-psychologique. L'examen est normal mais marqué par une fatigabilité importante sur deux heures de test, une émotivité nette et sans élément pour un PTSD.

La reprise à son taux de travail habituel à 60 % a été diminuée à 50% effectif en raison d'une recrudescence des céphalées, de nouveau une fatigabilité ne lui permettant pas de gérer la vie familiale et professionnelle. Par la suite sont également réapparues des cervicalgies (tension cervicale, blocage sous omoplate), des contractures sur les trapèzes et par moment des difficultés à mobiliser la tête.

Lors de la dernière consultation, l'aspect organisationnel, la mémoire et la gestion des tâches quotidiennes semblaient plus aisées. Il persiste néanmoins toute la problématique ostéo articulaire et ce malgré les séances de physiothérapies régulières au [...].

Mme P._____ a évoqué malgré tout une diminution de la symptomatologie douloureuse durant les vacances d'automne.

Dans le cadre d'un syndrome post commotionnel, peut-on évoquer des manifestations douloureuses persistantes ?

Le Dr R._____ qui l'a revue dernièrement propose d'insister sur la physiothérapie mais sans pouvoir garantir une issue favorable et ni dans quel laps de temps.

Je m'interroge malgré tout au vu de cette labilité émotionnelle et des douleurs persistantes si une cause fonctionnelle doit être évoquée ?

Je serais intéressé de connaître votre avis sur la situation et des propositions thérapeutiques que vous pourriez suggérer. Je vous joins en annexe les différents examens entrepris notamment, CT cérébrale, IRM cérébrale, examen neuro psychologique et IRM cervicale.

Problèmes :

- Status après AVP 13 avril 2013 avec TCC mineur
 - Nualgies avec hyperesthésie Dig 4-5 dr suite AVP 13.4.13
 - Syndrome post commotionnel
 - Cervicalgies et dorsalgies hautes non spécifiques
- [...]."

Le 13 novembre 2013, le Dr T._____ a transmis au Dr W._____ son évaluation médicale suite à la consultation du 8 novembre précédent, dont il ressort notamment les éléments suivants :

"Diagnostics :

- Traumatisme sur AVP le 13.04.2013, avec:
 - syndrome post-commotionnel
 - syndrome cervico-vertébral modéré
 - discret syndrome pyramidal au MSD
 - neuropathie cubitale (vs radiculopathie C8 D)
 - Cure d'épicondylite D en 2000
 - Traitement chirurgical bilatéral d'une myopie en 2009.
- [...]

Appréciation :

Cette patiente de 40 ans est à 7 mois d'un AVP survenu le 13.04.2013, résultant initialement en une amnésie circonstancielle, en douleurs au MID ainsi que cervicales, en modifications émotionnelles et en une maladresse et des troubles de la préhension avec le membre supérieur D. Par la suite, elle constate l'apparition de troubles de type post-commotionnels (fatigabilité, trouble de la concentration, de l'attention, phonophobie, photophobie, céphalées, vertiges, troubles de sommeil, irritabilité accrue, anxiété, difficulté à gérer les tâches multiples), associés à une fluctuation des cervicalgies et à une limitation fonctionnelle du rachis cervical.

Les examens effectués, dont une IRM cérébrale le 31.05.2013, une IRM cervicale le 24.10.2013 et un bilan neuropsychologique le 21.08.2013, sont globalement dans la norme, hormis la mise en évidence d'altérations plutôt dégénératives du plateau supérieur de C6 avec probable fissure antérieure de l'anneau fibreux C5-C6 et une fatigabilité accrue dans les tests neuropsychologiques. Vous vous posez la question de manifestations douloureuses persistantes dans le cadre d'un syndrome post-commotionnel et éventuellement d'une composante fonctionnelle associée.

A l'anamnèse de ce jour, je retrouve une symptomatologie post-commotionnelle typique, accentuée par la fatigue et les sollicitations accrues, associée à des céphalées tensionnelles, soit favorisées par les efforts de concentration de la patiente, soit par un possible traumatisme modéré au niveau cervical.

Cliniquement, je relève la persistance d'un syndrome cervical modéré, avec hypertonie de la musculature paravertébrale cervicale profonde ainsi que des trapèzes, à prédominance D. Je constate aussi de discrets signes de syndrome pyramidal au MSD avec hyper-réflexie relative et discrète diminution de la force distale, associé à des troubles sensitifs dans le territoire du nerf cubital avec tinel cubital positif au coude, parlant pour une neuropathie cubitale vs une radiculopathie C8, qui ne peut être exclue compte tenu de l'origine des douleurs plutôt hautes et des décharges électriques

partant presque depuis le niveau cervical lors de bâillements. Il est possible qu'il s'agisse plutôt d'une compression partielle du plexus brachial sur hypertonie musculaire, notamment des scalènes, évoquant un syndrome du défilé thoraco-brachial modéré.

Ainsi, Mme P. _____ présente des signes de lésions cérébrales non visualisées sur l'IRM cérébral, associés à un syndrome post-commotionnel, auquel je rattache les troubles de l'humeur, dont il n'y a pas suffisamment de critères pour en faire un état dépressif ou un stress post-traumatique.

Sur le plan thérapeutique, je proposerais de modifier quelque peu la physiothérapie en accentuant sur des techniques neuro-méningés au niveau du MSD et cervico-scapulaire D, sur de la mobilisation active et des étirements musculaires au niveau cervical et de la ceinture scapulaire, au détriment de manipulations cervicales, associée si nécessaire à des massages appuyés au niveau des trapèzes.

Sur le plan professionnel, j'aurais proposé un taux d'activité légèrement inférieur, par exemple à 40%, mais l'on peut probablement poursuivre avec ce taux à 50%, en restant vigilant à d'éventuels signes de surcharge, tels qu'accentuation de la fatigabilité, de l'irritabilité, ou autres symptômes post commotionnels. Je prévois de réévaluer la situation avec la patiente le 29.11.2013.

En ce qui concerne les activités sportives, je l'encourage à reprendre également de façon très progressive et douce, pour éviter l'arrivée de la fatigue physique ou cognitive, se manifestant par tout le cortège de symptômes susmentionnés."

Le 29 novembre 2013, le Dr T. _____ a écrit au Dr W. _____
notamment ce qui suit :

"Ainsi, l'évolution est marquée par une amélioration du syndrome cervical, la présence d'un syndrome dorso-lombo-vertébral modéré (déjà présent avant?), pour lesquels je prescris la poursuite de la physiothérapie. Apparaît maintenant plus clairement une tendinite des sus-épineux et long chef du biceps à l'épaule D, pour lesquels je prescris un traitement AINS topique et l'application de glace (30-40 minutes plusieurs fois par jour), ainsi que le renforcement des abaisseurs de la tête humérale.

Il y a surtout quelques signes d'épuisement, raison pour laquelle je propose une réduction de sa capacité de travail à 3-4 ½ journée/semaine (30 ou 40 %). Mme P. _____ va en discuter avec sa collègue pour voir comment elles peuvent s'organiser et elle reprendra ce point avec vous, lors de la consultation du 03.12.2013.

Au vu de la forte labilité émotionnelle, j'introduis un traitement SSRI (Cipralax 10mg/j), qui a par ailleurs un effet potentiellement favorable sur la plasticité cérébrale.

Je prévois le prochain contrôle le 17.01.2014."

Le 10 décembre 2013, répondant à la demande de renseignements médicaux de S. _____, le Dr T. _____ a écrit au Dr N. _____ notamment ce qui suit :

"[...]

3. Evolution du cas et état actuel (subjectif et objectif)

[...]

Objectivement, à l'examen du 08.11.2013, je constatais une labilité émotionnelle, un discret syndrome pyramidal au membre supérieur D, avec hyperréflexie relative, force légèrement diminuée à M5- pour la flexion-extension et abduction des doigts à D (patiente droitrière), légère chute et creusement de la main D à l'épreuve des bras tendus, légère dysmétrie à l'épreuve index-nez D; ainsi qu'une hyperesthésie prédominant au niveau de la face interne du MSD, un tinel cubital positif au coude ddc, à nette prédominance D ; un tinel carpien légèrement positif à D et négatif à G. Présence également d'un syndrome cervico-vertébral modéré, avec rotation D-G 70-0-80°, inclinaison latérale D-G 30-0-30°, douleurs cervicales à prédominance D en inclinaison latérale D > G et en rotation D, distance menton-sternum 6-22 cm, hypertonie de la musculature paravertébrale cervicale profonde ddc ainsi que des scalènes à prédominance D et du trapèze D, douleurs modérées à la pression des apophyses épineuses de C1 et C2.

A l'examen du 29.11.2013, la situation était en amélioration : le syndrome pyramidal au membre supérieur D n'était pratiquement plus présent (persistance d'un discret Hoffmann à D et d'une légère chute du membre supérieur D à l'épreuve des bras tendus), le rachis cervical était un peu plus mobile avec une rotation D-G de 80-0-80°, une inclinaison latérale D-G 30-0-35° et une distance menton-sternum 7-22 cm, mais persistance d'une hypertonie de la musculature paravertébrale cervicale profonde ddc ainsi que des trapèzes, à prédominance D.

Au niveau dorso-lombaire, il y avait un effacement de la lordose lombaire, une diminution de la mobilité dorsale basse et lombaire ddc, avec une inclinaison D/G de 30-0-30°, une rotation D/G (bassin bloqué) de 80-0-70°, un Schober lombaire de 10-13 cm, associés à une hypertonie de la musculature paravertébrale ddc, à la jonction dorso-lombaire et au niveau lombaire, à prédominance D. La palpation latérale G de L2 et D11 est aussi sensible, évoquant une dysfonction intervertébrale mineure locale.

La patiente se plaignait aussi de douleurs mécaniques à l'épaule D, où elle présentait des signes de tendinite et du long chef du biceps.

4. Des circonstances sans rapport avec l'accident jouent-elles un rôle dans l'évolution du cas? Si oui, lesquelles?

Non.

5. Traitement en cours et propositions ?

Physiothérapie pour le rachis, l'épaule D, le membre supérieur D; médication de Cipralax 10 mg (pour stabilisation de l'humeur), Felden gel; reprise professionnelle progressive.

6. Dates de la dernière et de la prochaine consultation

29.11.2013 et 17.01.2014 respectivement.

7. Raisons médicales à l'origine de l'augmentation de l'arrêt de travail depuis le 2 décembre 2013 ?

Epuisement progressif (accentuation de la fatigue, des troubles du sommeil, etc.). L'augmentation de travail a été (trop) rapide, sur insistance de la patiente, qui constate maintenant ne pas pouvoir tenir ce rythme.

8. Une reprise à 100% dans son activité est-elle possible? Si oui, à quelle date et à quel taux ? Si non, raisons médicales à l'origine de la poursuite de l'incapacité de travail?

La patiente ne peut pas encore reprendre son travail à 100%, de par son syndrome post commotionnel et les troubles cognitifs qui, bien que modérés et n'apparaissant pas lors du bilan neuropsychologique, apparaissent en revanche en situation professionnelle (notamment gestion d'une classe, etc.) et de gestion de tâches multiples. Il est encore trop tôt pour prédire une reprise de son activité à 100%. Le pronostic devrait être plutôt favorable, mais il n'est pas exclu qu'il persiste des limitations au long cours, telles que fatigabilité accrue, troubles du sommeil, de la concentration, etc. Quoi qu'il en soit, l'évolution va se faire sur plusieurs mois encore.

9. Une reprise dans une activité adaptée provisoirement peut-elle être envisagée avec un aménagement du poste et/ou un allègement des horaires? Si oui, comment, à quelle date et à quel taux?

Mme P. _____ a repris son activité à un taux réduit. Par ailleurs, depuis la dernière consultation et la réduction de son taux à 35 %, son horaire a été aménagé, de manière à lui éviter l'enseignement durant les après-midi.

10. Des investigations spécialisées seront-elles réalisées prochainement ou ont-elles déjà été réalisées (CT, Rx, etc.) ? Si oui, merci d'adresser le rapport y relatif à notre médecin- conseil

Voir examens mentionnés ci-dessus + copies en annexe. Aucun autre examen spécialisé n'est pour l'heure prévu.

11. Remarques ?

NB : l'examen clinique des 08 et 29.11.2013 montre une atteinte pyramidale dont le substrat n'apparaît pas sur l'IRM cérébrale du 31.05.2013, mais qui traduit la présence de lésions axonales diffuses."

Par décision du 18 décembre 2013, S. _____ a refusé la prise en charge des troubles de l'assurée au-delà du 31 décembre 2013, au motif que ces derniers n'étaient plus en relation de causalité naturelle avec l'événement survenu le 13 avril 2013.

Par courrier du 17 janvier 2014, l'assurée, par l'intermédiaire de [...] Compagnie d'assurance de Protection Juridique SA, a fait opposition à la décision du 18 décembre 2013. Le 11 février 2014, elle a motivé son opposition en faisant valoir qu'elle n'avait jamais été malade et ne souffrait d'aucune pathologie avant l'accident. Pour le surplus, elle s'est référée pour l'essentiel au certificat médical du Dr T. _____ du 6 janvier 2014 joint en annexe, lequel relevait notamment que : "Ces éléments objectifs et objectivés, en particulier l'hémisyndrome moteur D, témoignent notamment de la présence de lésions cérébrales (lésions axonales diffuses?), même si celles-ci n'ont pas été visualisées sur l'IRM cérébrale du 31.05.2013 (6 semaines post traumatisme). Devant cette présentation typique, l'expression de lésions cérébrales, l'absence d'un

état dépressif avéré ou antérieur, les symptômes subjectifs (fatigabilité accrue, troubles de la concentration, de l'attention, phono- et photophobie, etc.) sont attribués au syndrome post-commotionnel, en lien avec le traumatisme du 13.04.2013."

Il ressort du rapport établi le 19 mars 2014 par le Dr N. _____ notamment les éléments suivants :

"Le **10 décembre 2013**, le C. _____ a reçu un rapport médical détaillé de la part du Dr T. _____ (médecine physique et réadaptation). Au chapitre diagnostics, notre collègue retient ceux d'un syndrome post-commotionnel, d'un syndrome cervico-vertébral modéré, d'un discret syndrome pyramidal du membre supérieur droit, et d'une neuropathie cubitale.

Le Dr T. _____ signale aussi une tendinopathie du sus-épineux/LCB de l'épaule droite, diagnostiquée en novembre 2013.

Une **IRM cervicale a été pratiquée le 24 octobre 2013**, démontrant uniquement des altérations dégénératives C5-6.

Enfin, le Dr T. _____ étaye la situation qui prévalait en novembre 2013, c'est-à-dire une labilité émotionnelle, un discret syndrome pyramidal du membre supérieur droit avec hyperréflexie "relative", une force "légèrement diminuée", à M5-, pour les doigts, une légère chute du bras à l'épreuve des bras tendus, et une hyperesthésie sur la face interne du membre en question. Selon notre collègue, il était encore trop tôt pour prédire une reprise de l'activité professionnelle à 100%. Le pronostic restait néanmoins favorable, l'évolution devant se faire sur plusieurs mois encore. En fin de rapport, le Dr T. _____ dit que l'absence de lésion à l'IRM cérébrale, mais la présence de signes cliniques d'une atteinte pyramidale, peut traduire la présence de lésions axonales diffuses.

APPRECIATION DU CAS

Sur le plan purement objectif, nous n'avons aucun élément traduisant une lésion traumatique aiguë, d'envergure, suite à l'événement qui nous concerne.

Plus encore, le CT-scanner cérébral, qui a eu lieu quelques 3 semaines après le traumatisme, était vierge de toute lésion. Si l'événement en question avait bel et bien généré une contusion cérébrale, avec oedème ou hématome, même mineur (susceptible par la suite de rendre compte des troubles neurologiques ou neuropsychologiques), il aurait très certainement été visible sur l'examen en question.

Je rappelle aussi que, à ma connaissance, le syndrome pyramidal concerne une atteinte de la "commande motrice volontaire". Les éléments pouvant venir polluer cette appréciation sont évidents.

Je rappelle également que les 3 critères d'un tel syndrome sont, l'hypertonie spastique, l'hyperréflexie (pas seulement relative) et les lésions motrices (déficit significatif des mouvements fins volontaires), accessoirement, une anomalie des réflexes cutanés.

Chez Mme P. _____, les troubles semblent mineurs, encore une fois sans démonstration (par l'imagerie ou tout autre moyen) d'une lésion anatomique, et ne permettent ainsi clairement pas de

dégager une relation de cause à effet pour le moins probable avec l'événement qui nous concerne.

Je note encore que l'examen neuro-psychologique s'est avéré normal.

Quant à la fatigabilité et les troubles de la concentration, elles [sic] peuvent avoir des origines diverses.

Enfin, lors du récent congrès de la SIM, le responsable du service de neurologie du CRR [Clinique romande de réadaptation] a fait un exposé sur le domaine des troubles post commotionnels. Pour lui, si l'imagerie détaillée ne montre aucune lésion traumatique, le status quo ante doit être reconnu après un délai maximal de 3 mois.

Dans le cadre du C. _____, le délai est usuellement repoussé à 6 mois (maximum 8). Ce n'est pas un choix empirique. En effet, je rappelle qu'un délai similaire est adopté pour l'appréciation des syndromes atypiques post entorse cervicale.

Dans le cas présent, je n'ai pas d'argument nouveau pour faire modifier cette limite."

Par décision sur opposition du 8 mai 2014, S. _____ a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 18 décembre 2013. Elle a considéré en substance que l'assurée avait été victime d'un accident de la circulation relativement bénin, que le fait qu'elle n'ait souffert d'aucune pathologie avant cet événement était irrelevante, que l'avis de son médecin conseil du 19 mars 2014 avait pleine valeur probante au sens de la jurisprudence et que dès lors qu'il retenait qu'aucun élément (et en particulier l'IRM cérébrale du 24 octobre 2013) du dossier ne permettait, sur un plan objectif, de conclure à l'existence de lésion traumatique aiguë, la symptomatologie de l'assurée n'était plus en lien de causalité naturelle avec l'accident, le status quo ante pouvant être fixé à 6, voire 8 mois au maximum. Enfin, elle a relevé que la seule constatation de troubles neuropsychologiques ne suffisait pas pour établir la présence d'une atteinte organique.

B. Par acte du 4 juin 2014, P. _____, toujours représentée par son assurance de protection juridique, a recouru contre la décision sur opposition du 8 mai précédent en concluant principalement à la réforme en ce sens qu'ordre est donné à S. _____ de poursuivre le versement de ses prestations au-delà du 31 décembre 2013. Subsidièrement, elle a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle fait valoir que l'intimée fonde sa décision en prenant uniquement en considération les conclusions de son médecin conseil, alors que celui-ci est spécialiste en chirurgie

orthopédique, que les troubles qu'elle présente sont principalement de nature neurologique et que les considérations dudit médecin conseil sont en contradiction avec les autres rapports médicaux au dossier, plus particulièrement ceux du Dr T._____. La recourante estime qu'il y a défaut d'instruction de la part de l'intimée au sens de l'art. 43 LPGA et lui reproche également de ne pas avoir indiqué les motifs pour lesquels elle retenait l'appréciation médicale du Dr N._____ pourtant en contradiction avec celle du Dr T._____ notamment (ATF 125 V 352 consid. 3a). Implicitement, elle a requis la mise en œuvre par l'intimée d'une expertise neurologique, pour le cas où la cause devrait lui être renvoyée pour complément d'instruction dans le sens de ses conclusions subsidiaires.

Par réponse du 19 août 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle relève en particulier que tous les éléments figurant dans le dossier ont été soumis au Dr N._____, de sorte que celui-ci était en mesure de donner son appréciation sur la question de la causalité et que le fait qu'elle émane d'un médecin conseil de l'assureur n'a aucune incidence sur la valeur probante de son avis médical (TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014). Elle expose que la soumission du dossier à un spécialiste en chirurgie orthopédique était tout à fait justifiée puisque les investigations médicales réalisées pour rechercher des lésions objectives n'en avaient révélé aucune; elle se réfère notamment à l'IRM cervicale du 24 octobre 2013. Pour ce qui est des avis médicaux contradictoires, l'intimée considère que si certains diagnostics ont été retenus par les médecins suivant la recourante, ils l'ont été sur la base des examens cliniques et des plaintes de celle-ci et n'ont pas été objectivés par les investigations effectuées. Quant à l'avis médical du Dr T._____, dont elle relève qu'il travaille également au sein de l'unité spécialisée en neuroréhabilitation en dehors de son cabinet de spécialiste en médecine physique et de réhabilitation, elle considère que les investigations et les examens sur le plan neurologique qu'il a effectués ont abouti à toute une série de symptômes ne trouvant aucune explication objective. Cela étant, elle estime qu'une expertise neurologique, plusieurs mois "après la date litigieuse", ne saurait apporter des éléments objectifs supplémentaires utiles. Sur la question de la causalité naturelle, l'intimée expose que l'avis

du Dr T._____ ne convainc pas dès lors que "l'hémisyndrome droit" qu'il évoque en indiquant qu'il révèle la possibilité de lésions axonales diffuses ne constitue qu'une supposition, basée sur un examen clinique. Quant à la question de la causalité adéquate, elle relève, en se référant aux critères établis par "l'arrêt topique" du Tribunal fédéral (8C_427/2013 du 19 mars 2014), que l'assurée a pu sortir seule de son véhicule, signer un constat à l'amiable et n'a pas consulté dans l'immédiat, de sorte que le premier critère (circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou caractère particulièrement impressionnant de l'accident) n'est pas rempli. Le second ne l'est pas non plus (gravité ou nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques) puisque les investigations (CT cérébro-cervical du 3 mai 2013, IRM cérébrale du 31 mai 2013 et examen neuropsychologique du 21 août 2013) se sont révélées dans la norme et n'ont pas démontré de lésions graves ou de nature particulière. Il en va de même selon l'intimée en ce qui concerne le critère du traitement particulièrement long et pénible, dès lors que le traitement de la recourante a consisté en consultations auprès de son médecin généraliste puis des Drs R._____ et T._____ et en des séances d'ostéopathie, d'hypnose et de physiothérapie. Quant aux douleurs, elles ne sauraient être qualifiées de particulièrement intenses selon l'intimée. Enfin, l'incapacité de travail n'est attestée que dès le 22 avril 2013, soit 9 jours après l'accident. Une reprise partielle a eu lieu, qui a varié au cours du temps, avant que la recourante ne retrouve sa pleine capacité de travail le 6 juillet 2014.

Dans sa réplique du 18 novembre 2014, la recourante requiert explicitement la mise en œuvre d'une expertise neurologique. Elle maintient ses conclusions et son argumentation en se référant aux pièces produites avec son écriture soit, notamment :

- un rapport ostéopathique établi le 19 août 2014 par B._____, à la demande de l'intimée, dans lequel l'ostéopathe a répondu comme suit aux questions de S._____ :

*"1. Quelles affections avez-vous traitées en avril-mai 2013?
Fortes céphalées, cervicalgies, entorse cervicale*

Avec quel type de manipulations?

Mobilisation douce

Quelle fut l'évolution?

Persistance des douleurs

Avez-vous constaté des difficultés/réactions particulières? Si oui, lesquelles?

Epuisement de la patiente, algies très fortes

2. Mme P. _____ vous avait-elle déjà consultée par le passé?

Oui

Si oui, depuis quand et à quelle fréquence?

Dès l'âge de 25 ans, 1 à 3x/an

Quelles affections aviez-vous traitées?

Lombalgies, gonalgies après sport

Avec quel type de manipulations?

Mobilisation douce

Quelle avait été l'évolution?

Excellente

Aviez-vous constaté des difficultés particulières? Si oui, lesquelles?

Non

3. Remarques?

Mme P. _____ était une sportive de très bon niveau. Active, gaie, vive, souriante, d'une rare force de vie. Toujours enthousiaste et gaie pratiquant son métier avec passion. Depuis cet accident, je peine à la reconnaître. Le choc physique a été très important et je suppose que la récupération sera longue."

- un certificat médical établi le 10 septembre 2014 "à qui de droit" par le Dr R. _____ qui a la teneur suivante :

Le médecin soussigné certifie avoir eu en traitement Madame P. _____, victime d'un accident de la circulation depuis le 17.05.2013 jusqu'au 10.12.2013.

Les diagnostics posés avaient été les suivants :

- **TCC avec amnésie circonstancielle antérograde et rétrograde**
- **Syndrome post-commotionnel avec troubles de la coordination, tremor et amnésie résiduelle**
- **Dysfonction cervicale**

Lors de l'examen de mai 2013, nous avons noté des douleurs diffuses à la palpation de la colonne cervicale et thoracique haute, des contractions musculaires parathoraciques droites et des trapèzes. La patiente se plaignait aussi de maux de tête, de difficultés à se concentrer, d'une intolérance à la lumière et au bruit et d'une fatigabilité augmentée.

La patiente a été mise au bénéfice de physiothérapie et d'un reconditionnement physique comme il est prescrit lors de la prise en charge des syndromes post-commotionnels. Une reprise du travail à 50% avait été évoquée pour la reprise des cours en août 2013. La patiente a été revue à notre consultation en octobre 2013. La patiente avait bénéficié à ce moment là de tests neuropsychologiques pour étudier les retentissements de son accident sur ses fonctions supérieures. Il semble que les tests n'ont pu être terminés en raison de l'apparition de céphalées et de fatigue.

Par la suite, la patiente a été confiée au Dr T. _____, spécialiste en rééducation neurologique pour la suite de son traitement.

En guise de conclusion, je me permettrais d'ajouter que notre service de médecine du sport est souvent confronté à des problèmes de commotion surtout avec le hockey sur glace et le football. Nous avons donc souvent à faire à des personnes qui en raison d'un syndrome post-commotionnel ont un retour à la normale plus long et plus difficile."

- L'avis médical établi le 16 septembre 2014 par le Dr T. _____ "à qui de droit", qui a la teneur suivante :

"Etant l'un des médecins traitants de Mme P. _____ et sollicité par elle concernant le courrier de [...] (S. _____) adressé au Tribunal Cantonal - Cour des assurances sociales, dont elle a reçu copie par ce même Tribunal, je me permets les commentaires suivants :

Pour commencer, ce courrier contient un certain nombre d'imprécisions, omissions, voire erreurs, dont :

- le fait que les cervicalgies soient apparues après 10 jours (p. 2), alors que Mme P. _____ a déclaré les avoir présentées dans les 24 premières heures post traumatisme
- qu'il est mentionné : "en novembre 2013, le Dr T. _____ relève la présence de certains symptômes" (en fait il s'agit de signes et non de symptômes) : hyperréflexie, Hoffmann, knips (p. 2), alors que sont notamment omis les autres signes du syndrome pyramidal présenté Mme P. _____, dont la diminution de force sur l'hémicorps droit et la diminution de dextérité, à droite toujours
- que l'examen neuropsychologique du 21.08.2013 est déclaré normal (p. 3), ce qui n'est pas le cas et n'est d'ailleurs pas mentionné comme tel dans le rapport qui s'y rapporte, puisque l'apparition d'une fatigabilité accrue après seulement 60 minutes de test, qui plus est chez une enseignante donnant habituellement plusieurs heures de cours à la suite, n'est pas normal
- que la causalité est mise en question "en l'absence d'un déficit organique objectivable" (p. 5), alors qu'un déficit de nature organique est clairement objectivé, de façon reproductible, et mentionné sur mes divers rapports

Ce courrier contient ensuite des incohérences, comme les déclarations suivantes :

- "les investigations (...) n'ont de toute façon conclu à aucune lésion objectivée, ce que le Dr T. _____ ne conteste pas" (p. 4), alors que justement je conteste ce fait, comme cela est par ailleurs relevé plus haut dans le même courrier : "contrairement à ce que note le Dr T. _____, aucune atteinte neurologique n'a été objectivée" (p. 3)
- S. _____ évoque une évolution favorable, avec reprise de travail progressive, dont on ne saurait dire qu'elle "ait eu un degré et une durée importante" (p. 5). Or, comme cette reprise progressive, apparemment considérée comme non inhabituelle par S. _____, est entrée en plein (au taux habituel pour Mme P. _____) le 06.07.2014, comment se fait-il que S. _____ ne prenne en charge les frais de guérison que jusqu'à fin décembre 2013?

Toutefois, au-delà de ces éléments, il ressort surtout que S. _____ se base sur le fait que les examens complémentaires effectués ne mettent pas en évidence de lésion objectivable, pour déclarer que Mme P. _____ ne souffre d'aucune lésion organique.

Or, je me permets de rappeler qu'en médecine, les diagnostics sont établis sur la base de l'anamnèse et de l'examen clinique *en premier lieu*. Si nécessaire, des examens *complémentaires* peuvent être réalisés, afin de compléter l'évaluation clinique, non la remplacer. L'objectivation d'une atteinte neurologique, comme ici, se fait en premier lieu sur la base de l'examen clinique. Que les examens complémentaires, tels que CT-scan ou IRM cérébraux permettent ou non de localiser la/les lésions ne permet en aucune manière de nier les éléments objectifs de l'examen clinique.

Si l'on peut diverger dans l'interprétation quant à l'origine d'un déficit de force -qui pourrait être organique ou psychique -, cela n'est pas possible devant une altération des réflexes ostéo-tendineux. Une hyperréflexie et une positivité (ici asymétrique) des réflexes de Hoffmann et knips, comme c'est le cas pour Mme P. _____, signent une atteinte du système nerveux central (cerveau ou moelle épinière). Le tableau clinique est en outre complété et confirmé par la présence, dans le même territoire corporel, d'un manque de force et de dextérité. Ce tableau clinique est nommé "syndrome pyramidal" et n'a pas besoin d'être confirmé par une imagerie cérébrale, dont la sensibilité n'est pas de 100% pour déceler des lésions cérébrales telles que des lésions axonales diffuses par exemple^[...]. L'imagerie est généralement utilisée pour déterminer la nature (et non la réalité) de la lésion occasionnant un tel déficit neurologique. En ceci, S. _____ fait erreur (p. 3) en déclarant que "contrairement à ce que note le Dr T. _____, aucune atteinte neurologique n'a été objectivée"; l'atteinte neurologique est bel et bien objectivée cliniquement et ce, à plusieurs reprises.

En l'absence de lésion visible sur l'IRM cérébrale, l'on peut retenir comme probable la présence de lésions axonales diffuses, ce d'autant plus qu'outre l'atteinte pyramidale droite, Mme P. _____ présente un tableau clinique de syndrome post-commotionnel, traduction typique de lésions axonales diffuses. L'alternative serait la présence de petites contusions cérébrales. Quoi qu'il en soit et quelle que soit le genre de lésion cérébrale, lésion du système nerveux central il y a, car il n'est pas possible d'expliquer autrement le tableau clinique neurologique présenté par Mme P. _____.

Quant au fait qu'un certain nombre de symptômes soient apparus ou aient été déclarés à distance du traumatisme, cela n'est pas surprenant dans le cas d'un traumatisme crânio-cérébral, dans la mesure où :

- un certain nombre de modifications physiopathologiques s'opèrent au sein d'un cerveau lésé, sous forme de l'apparition d'un oedème et de production de substances cytotoxiques notamment, processus pouvant engendrer dans un deuxième temps (heures/jours) de nouvelles lésions cérébrales
- Mme P. _____ ayant banalisé ses troubles dans un premier temps, elle a repris assez rapidement son activité professionnelle - non sans difficulté - ainsi que des activités physiques. Celles-ci, si elles impliquent des secousses pour le cerveau, peuvent engendrer de nouvelles lésions sur un cerveau fragilisé (phénomène du "second impact")
- du fait de la reprise (rapidement) progressive de ses activités, elle a aussi été progressivement confrontée à des exigences physiques

et cognitives croissantes, favorisant la mise en évidence de ses limites et l'utilisation accrue de compensations, telles qu'utilisation de la musculature de la ceinture scapulaire pour décharger le membre supérieur droit parétique; d'où contractures de cette musculature et du rachis cervico-dorso-lombaire notamment.

Au vu de ce qui précède, je ne peux que soutenir Mme P. _____ dans sa demande d'expertise médicale spécialisée. En effet, bien que le Dr N. _____, médecin-conseil de S. _____, soit en possession du dossier médical complet, le fait que les éléments essentiels de ce dossier relèvent d'un domaine de spécialité qui n'est pas le sien, peut poser problème quant à l'interprétation des différentes pièces de ce dossier et donc quant à l'appréciation du Dr N. _____. En ce sens et au vu de la position soutenue par S. _____ à l'encontre de l'évidence médicale, il me paraît tout-à-fait justifié de procéder à une expertise médicale par un médecin spécialiste en neurologie."

Par duplique du 5 février 2015, l'intimée a maintenu ses conclusions et ses motifs.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, la recourante est domiciliée dans le canton de Vaud. Son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme. Il est donc recevable.

2. Le litige porte sur le refus de l'intimée de continuer à verser à la recourante ses prestations au-delà du 31 décembre 2013 pour le motif que, dès cette date, il n'y aurait plus de causalité naturelle ni adéquate entre la symptomatologie de l'intéressée et l'accident de la circulation dont elle a été victime le 13 avril 2013. La question litigieuse porte plus spécifiquement sur la problématique de lésions du rachis cervical par accident de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b, avec les références). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 129 V 402 consid. 4.3).

b) Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (cf. Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd., n. 80 p. 865). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "*post hoc, ergo propter hoc*" ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). 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. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 129 V 402 consid. 4.3.1 ; Frésard/Margit Moser-Szeless, op. cit. n. 79 p. 865). Cela étant, en matière de lésions au rachis cervical par accident de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral, sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, 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 tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, fatigabilité, dépression, modification de caractère etc.). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9, TF 8C_124/2007 du 20 mai 2008, consid. 2.2 et les références). 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 au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou se manifestent (TF 8C_792/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 6.1 avec d'autres références). Enfin, il faut que les plaintes puissent être attribuées à une atteinte à la

santé de façon crédible, celle-ci devant apparaître, avec un degré de vraisemblance prépondérante, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 335 consid. 2 et 117 V 359 consid. 4b).

c) Le droit à des prestations d'assurance suppose également, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité adéquate. En cas d'atteinte à la santé physique, ce rapport de causalité adéquate est généralement admis, sans autre examen, dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi.

En présence d'atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, à un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou à un traumatisme crânio-cérébral, la jurisprudence apprécie le caractère adéquat du rapport de causalité en appliquant, par analogie, les mêmes critères que ceux dégagés à propos des troubles psychiques, cependant sans distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes lorsque, comme en l'espèce, l'assurée ne présente pas de comorbidité psychiatrique distincte et indépendante.

Ce sont donc les critères jurisprudentiels suivants, posés aux ATF 134 V 109 et 117 V 359, qui sont en l'occurrence déterminants pour l'appréciation de la causalité adéquate.

En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité, la jurisprudence classe d'abord les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle générale, être d'emblée niée. Dans le cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise.

En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants, sont les suivants :

- 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 (cf. ATF 134 V 109 consid. 10.2; 117 V 359 consid. 6a et 117 V 369 consid. 4b).

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 403 consid. 5c/aa; 115 V 133 consid. 6c/aa; TF 8C_354/2011 du 3 février 2012 consid. 2.3; 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 2). Par ailleurs, il sera rappelé que l'examen de ces critères est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques et psychiques (ATF 117 V 369 consid. 4c; TFA U 7/2006 du 29 septembre 2006 consid. 5.1 et les références).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves

administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

5. a) En l'espèce, la recourante conteste la valeur probante de l'avis médical du médecin conseil de l'intimée sur lequel cette dernière s'est fondée pour refuser de poursuivre le versement de ses prestations au-delà du 31 décembre 2013. Pour sa part, l'intimée nie toute atteinte organique objectivée, estimant que les conclusions du Dr T. _____ssy, qui atteste l'existence d'une telle atteinte (syndrome pyramidal lié à des lésions axonales diffuses) et le lien de causalité naturelle de celle-ci avec l'accident du 13 avril 2013, ne sont pas convaincantes, dès lors qu'elles reposent sur une supposition et ne sont étayées par aucune des investigations médicales effectuées (CT-Scan et IRM).

b) A titre liminaire, la Cour de céans observe que les appréciations médicales des Drs N. _____ et T. _____ s'opposent sur la question de l'existence d'une lésion, soit d'une atteinte organique objectivée. Selon le médecin conseil de l'intimée (rapport du 19 mars 2014), aucun élément du dossier ne démontre l'existence d'une lésion traumatique aiguë d'envergure, en relevant que le CT-scanner cérébral qui avait été pratiqué quelques trois semaines après le traumatisme était vierge de toute lésion. Selon le Dr T. _____ (rapport médical du 10 décembre 2013) à l'examen clinique du 18 novembre 2013, il avait constaté une labilité émotionnelle ainsi qu'un discret syndrome pyramidal au membre supérieur droit avec hyperréflexie relative, force légèrement diminuée à M5- pour la flexion-extension et abduction des doigts à droite (patiente droitrière), légère chute et creusement de la main droite à l'épreuve des bras tendus, légère dysmétrie à l'épreuve index-nez droite ainsi qu'une hyperesthésie prédominant au niveau de la face interne du MSD, un tinel cubital positif au coude "ddc", à nette prédominance droite, un tinel carpien légèrement positif à droite et négatif à gauche. Le Dr T. _____ avait également noté la présence d'un syndrome cervico-vertébral modéré, avec rotation droite-gauche 70-0-80°, inclinaison latérale droite-gauche 30-0-30°, douleurs cervicales à prédominance droite en inclinaison latérale droite > gauche et en rotation droite, distance menton-sternum 6-22 cm, hypertonie de la musculature paravertébrale cervicale profonde ddc ainsi que des scalènes à prédominance droite et du trapèze droit, douleurs modérées à la pression

des apophyses épineuses de C1 et C2. Toujours dans le rapport du 10 décembre 2013, il précisait qu'à l'examen du 29 novembre 2013, la situation était en amélioration : le syndrome pyramidal au membre supérieur droit n'était pratiquement plus présent (persistance d'un discret Hoffmann à droite et d'une légère chute du membre supérieur droit à l'épreuve des bras tendus), le rachis cervical était un peu plus mobile avec une rotation droite-gauche de 80-0-80°, une inclinaison latérale droite-gauche 30-0-35° et une distance menton-sternum 7-22 cm, mais notait la persistance d'une hypertonie de la musculature paravertébrale cervicale profonde "ddc" ainsi que des trapèzes, à prédominance droite. Au niveau dorso-lombaire, il y avait un effacement de la lordose lombaire, une diminution de la mobilité dorsale basse et lombaire des deux côtés, avec une inclinaison droite/gauche de 30-0-30°, une rotation droite/gauche (bassin bloqué) de 80-0-70°, un Schober lombaire de 10-13 cm, associés à une hypertonie de la musculature paravertébrale "ddc", à la jonction dorso-lombaire et au niveau lombaire, à prédominance droite. La palpation latérale gauche de L2 et D11 était aussi sensible, évoquant une dysfonction intervertébrale mineure locale. Il rapportait que sa patiente se plaignait aussi de douleurs mécaniques à l'épaule droite, où elle présentait des signes de tendinite du long chef du biceps.

A lire les commentaires du Dr T. _____ relatifs à la décision sur opposition du 8 mai 2014 (avis médical établi le 16 septembre 2014 à la requête de la recourante), on constate que son raisonnement repose sur une hypothèse. Selon lui, l'imagerie n'a pas permis de mettre en évidence la lésion neurologique consécutive à l'accident du 13 avril 2013 qui consiste en de probables lésions axonales diffuses, ce que la présence en particulier d'un syndrome pyramidal à droite confirme à ses yeux. Ainsi, on est dans le domaine du possible et non du probable et par conséquent toute son appréciation relève elle aussi du possible et non du probable. Par ailleurs, il pose un raisonnement "post hoc, ergo propter hoc", en ce sens que la lésion neurologique alléguée serait en causalité naturelle avec l'accident puisque sa patiente n'avait jamais ressenti les douleurs décrites avant l'accident du 12 avril 2013. Or, il convient de rappeler 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*", cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb précité).

Au demeurant, si lésion cérébrale il y a, celle-ci n'a médicalement été constatée qu'à la faveur de la consultation du 8 novembre 2013, comme d'ailleurs la neuropathie cubitale et la tendinite de l'épaule droite, soit plus de six mois après l'accident, intervalle ne permettant pas de retenir une causalité naturelle selon la jurisprudence (TF 8C_940/2008 du 13 juillet 2005 consid. 5.3 ; U 179/04 du 13 juillet 2005 consid. 4.3 ; cf. également TF 8C_872/2010 du 7 juillet 2011). A cela s'ajoute que l'assurée présente également des "atteintes cervicales dégénératives du plateau supérieur de C6 avec probable fissure antérieure de l'anneau fibreux C5-C6" (IRM cervicale du 24 octobre 2013). Dans ces conditions, au degré de la vraisemblance prépondérante, on ne saurait conclure à l'existence d'une lésion organique (neurologique) objectivable, étant rappelé que selon la jurisprudence, la symptomatologie neuropsychologique ne suffit pas pour établir l'existence d'une atteinte organique (TF 8C_427/2013 du 19 mars 2014 consid. 5.2 en particulier)

c) Pour autant, et contrairement à ce que soutiennent l'intimée et son médecin conseil, on ne saurait nier l'existence d'un lien de causalité naturelle entre la symptomatologie que la recourante présentait au moment où la décision sur opposition a été rendue et l'accident du 13 avril 2013. En effet, si on se réfère aux critères jurisprudentiels pour retenir la causalité naturelle en matière de traumatisme de type "coup du lapin" (cf. consid. 3b ci-dessus), soit l'existence de maux de tête diffus, de vertiges, de troubles de la concentration et de la mémoire, de nausées, d'une fatigabilité accrue, de troubles de la vue, d'une irritabilité, d'une altération de la sensibilité, d'une dépression, d'une modification de la personnalité, de plaintes multiples ainsi que de douleurs cervicales devant nécessairement se manifester dans un délai de 72 heures après l'événement accidentel (mécanisme accidentel propre à provoquer de tels troubles), on doit admettre que la collision d'un véhicule à l'arrêt comme celui de la recourante peut provoquer ce type de traumatisme. D'ailleurs,

le diagnostic de TCC (traumatisme crânio-cérébral) avec amnésie circonstancielle a été posé par le service des urgences du A._____, comme l'indique le Dr R._____ dans son rapport du 10 juillet 2013 ainsi que le médecin traitant dans son rapport du 6 juin 2013. L'absence de consultation médicale dans les jours suivant l'accident ne rend pas l'existence de cervicalgies non vraisemblable. Pour rappel, l'accident de la circulation s'est produit le samedi 13 avril 2013 et il ressort des déclarations de la recourante à un collaborateur de l'intimée (entretien téléphonique du 24 mai 2013) que l'assurée a ressenti les premières douleurs et des crispations dans la nuque dans les heures suivant l'événement. Constatant qu'elles ne disparaissaient pas malgré la prise d'anti-inflammatoires, la recourante est allée consulter son ostéopathe le 18 avril 2013 (cf. note d'honoraire du 1^{er} mai 2013 de l'ostéopathe B._____), puis, vu l'augmentation des douleurs et l'apparition de maux de tête et de fourmillements dans les mains, son médecin traitant le 22 avril suivant. Par la suite, la recourante a continué à recevoir des soins ostéopathiques (les 23 avril et 1^{er} mai 2013) puis a consulté une psychologue/psychothérapeute à six reprises entre le 4 juin et le 1^{er} juillet 2013, avant d'être prise en charge par le Dr R._____ du [...] conjointement à son médecin traitant et enfin par le Dr T._____. La chronologie rapportée par la recourante (qui n'a jamais varié dans ses déclarations notamment à l'intimée, à son médecin traitant [rapport du 6 juin 2013] et aux autres spécialistes qui l'ont suivie) est au demeurant corroborée par le rapport de l'ostéopathe B._____ du 19 août 2014 et partiellement par la Prof. J._____ (rapport médical du 26 août 2013), qui conclut à une probable commotion cérébrale avec amnésie circonstancielle documentée. L'existence de certains des symptômes retenus par la jurisprudence pour retenir une relation de causalité naturelle (douleurs et tensions dans la nuque, céphalées et fatigabilité notamment) est ainsi rendue vraisemblable. Par ailleurs, ces symptômes ont été mentionnés à bref délai de l'accident. Cela étant, la causalité naturelle de la symptomatologie présentée par la recourante avec l'accident du 13 avril 2013 doit être admise au vu de la jurisprudence en matière de lésion du rachis ou de traumatisme crânio-cérébral ou d'atteinte du même type (cf. consid. 3b ci-dessus).

Reste à examiner la question de la causalité adéquate entre la symptomatologie de la recourante persistant au-delà du 31 décembre 2013 et l'accident de la circulation du 13 avril 2013.

d) Il convient dans un premier temps d'analyser la qualification de l'accident sous l'angle de sa gravité. Pour procéder à cette classification, il importe 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. La classification d'un accident se base d'une part sur le déroulement manifeste de l'événement, d'autre part sur les lésions subies (TFA U 214/2004 du 15 mars 2005, consid. 2.2.3).

En l'espèce, l'accident du 13 avril 2013 est objectivement de gravité moyenne, à la limite du cas bénin, s'agissant d'une collision relativement banale survenue à un carrefour, en localité, entre trois voitures, dont celle, arrêtée, de l'assurée.

Cela étant, il convient d'examiner si sont réalisés les critères posés par la jurisprudence en la matière, soit 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, ainsi que l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (cf. ATF 134 V 109 consid. 10). En l'espèce, l'étude du dossier montre que l'accident n'était pas particulièrement dramatique ou impressionnant. En effet, il ne s'est révélé en rien spectaculaire, la recourante a pu sortir seule de sa voiture et la police, intervenue sur place, a elle-même suggéré un constat à l'amiable. Un traumatisme crânio-cérébral mineur, également qualifié de commotion cérébrale, ainsi que des cervico-brachialgies et des dorsalgies ne

constituent pas des lésions d'une gravité significative ou d'une nature particulière. Le traitement médical, lequel a consisté en un traitement antalgique et conservateur, sous forme d'ostéopathie et de physiothérapie, n'a présenté ni pénibilité, ni particularité, ni erreurs. Il n'est survenu aucune difficulté en cours de guérison, ni de complications importantes. Les douleurs somatiques alléguées ne sont pas décrites comme intenses. S'agissant de l'incapacité de travail, elle a été de 100 % pendant deux mois, puis, pendant deux semaines, de 50 % du taux d'activité habituel de 60 %. La recourante a commencé la nouvelle année scolaire en août 2014 à son taux habituel, que son médecin a réduit à 50 % dès le 16 septembre 2013 puis à 35 % dès le 29 novembre 2013. En ce qui concerne le critère de l'importance de l'incapacité de travail, ce n'est pas la durée de l'incapacité qui est déterminante mais bien plutôt son importance au regard des efforts sérieux accomplis par l'assuré pour reprendre une activité, au besoin en exerçant une autre activité compatible avec son état de santé (ATF 134 V 109 consid. 10.2.7). En l'occurrence, la recourante a pu reprendre son activité habituelle sans mesures d'adaptation particulières deux mois et demi après l'accident avant de présenter une nouvelle incapacité de travail partielle peu après la rentrée scolaire, travaillant en dernier lieu à 35 % au lieu de 60 %. A priori, cette incapacité de travail ne revêt pas une intensité suffisante pour que ce dernier critère paraisse réalisé. Ce point peut néanmoins rester indécis, dès lors qu'un seul critère n'est pas décisif pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate au regard de la gravité de l'accident litigieux (ATF 117 V 359 consid. 6b, 369 consid. 4c).

Dans ces conditions, force est de conclure que le lien de causalité adéquate n'est pas établi et que la recourante était en droit de mettre fin au versement de ses prestations au 31 décembre 2013.

6. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'en compléter l'instruction en ordonnant une expertise neurologique. La requête en ce sens de la recourante doit ainsi être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont

permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3, 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

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

b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA). Quant à l'intimée, bien qu'obtenant gain de cause, elle a procédé sans l'assistance d'un mandataire professionnel et est au demeurant un assureur social.

**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 8 mai 2014 par S. _____ est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- [...] Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Lausanne (pour la recourante),
- S. _____, à [...],
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :