

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 novembre 2016

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Thalmann et Brélaz Brillard, juges
Greffière : Mme Monney

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourante, représentée par Inclusion Handicap, à
Lausanne,

et

T._____, à [...], intimée.

Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1 LAA.

E n f a i t :

A. a) W._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1973, travaillait à temps partiel (80 %) en qualité d'employée de commerce pour le compte de D._____.

b) Le 23 mai 2012, W._____ a été victime d'un accident à la piscine de [...] à [...]. Alors qu'elle nageait le crawl, elle a été heurtée de plein fouet à la tête par un autre nageur qui venait en sens inverse. Si elle n'a pas perdu connaissance sur le moment, elle a très rapidement ressenti des céphalées associées à des sensations de vertiges. Ce n'est toutefois que le 30 mai 2012 qu'elle a consulté pour la première fois son médecin traitant, le Dr E._____, médecin praticien, lequel l'a encouragé à poursuivre son activité professionnelle. En raison de la persistance des symptômes, l'assurée a consulté le 8 juin 2012 la Dresse M._____, spécialiste en médecine interne générale, laquelle a retenu le diagnostic de traumatisme crânio-cérébral et attesté une incapacité totale de travailler. Après avoir tenté de reprendre le travail à 50 % à compter du 3 août 2012, le taux d'activité a été baissé à 30 % dès le 27 août 2012. Continuant de souffrir de céphalées, vertiges, nausée, hypersomnie et fatigue, elle a entrepris un suivi auprès du Dr F._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Une légère amélioration de la symptomatologie lui a alors permis d'augmenter sa capacité de travail à 35 % à compter du 15 juillet 2013.

c) Par décision du 21 mars 2014 la T._____ (ci-après : T._____), institution auprès de laquelle W._____ était assurée contre les accidents professionnels et non-professionnels, a informé l'intéressée qu'elle considérait être intervenue à tort dans le cadre de l'événement survenu le 23 mai 2012, tout en précisant qu'elle renonçait à demander le remboursement des prestations versées jusqu'au 31 mars 2014. Sans se prononcer sur la question de la causalité naturelle, elle a estimé que l'accident du 23 mai 2012 ne constituait, objectivement, pas un événement important, mais au contraire de peu de gravité pour lequel la

causalité adéquate pouvait être d'emblée écartée selon la jurisprudence du Tribunal fédéral.

d) L'opposition formée par l'assurée contre cette décision a été rejetée le 11 juin 2014. A cette occasion, T._____ a, tout en laissant une nouvelle fois la question de la causalité naturelle ouverte, admis qu'il convenait de qualifier l'accident survenu le 23 mai 2012 de cas moyen à la limite des cas de faible gravité. Il ressortait toutefois de l'examen des critères posés par la jurisprudence en matière de causalité adéquate que seul un des critères était rempli et qu'il ne revêtait pas une importance déterminante en l'espèce, de sorte que la causalité avec l'événement du 23 mai 2012 devait être niée.

B. a) Par acte du 14 juillet 2014, W._____ a déféré la décision sur opposition rendue le 11 juin 2014 par T._____ à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, en prenant, sous suite de frais et dépens, les conclusions suivantes :

- La décision sur opposition rendue le 11 juin 2014 par T._____ est annulée ;
- Des indemnités journalières entières sont versées à Madame W._____ au-delà du 31 mars 2014, jusqu'à ce jour en tout cas et tant que les conditions de l'article 6 LPGA continueront à être remplies ;
- Subsidiairement, une expertise judiciaire est ordonnée.

Elle reprochait à T._____ d'avoir procédé à une appréciation toute sauf médicale de la situation. Non seulement aucune expertise n'avait été ordonnée, mais le dossier ne contenait en outre aucune trace d'un quelconque examen médical justifiant la position de T._____. Il n'était constitué que des renseignements médicaux recueillis auprès des médecins traitants, à l'exclusion de toute note d'un médecin-conseil de cette assurance. S'agissant des critères

jurisprudentiels en matière de causalité adéquate, il convenait d'admettre que quatre critères étaient remplis (gravité ou nature particulière des lésions ; administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ; intensité des douleurs ; importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré), si bien que c'est à tort que T._____ avait cessé de verser les prestations dues.

b) Dans sa réponse du 28 août 2014, T._____ a conclu au rejet du recours, renvoyant en substance à la décision litigieuse.

c) Dans un courrier du 20 octobre 2014, W._____ a requis son audition ainsi que celle du Dr F._____. Considérant qu'elle ne devait pas être pénalisée du fait de l'évolution lente et difficile de son état de santé, elle estimait que la discussion relative à la causalité adéquate ne pouvait occulter la situation particulière qu'elle vivait sur le plan médical.

d) Dans l'intervalle, le juge instructeur a fait verser à la procédure le dossier constitué par l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations déposée par W._____ le 19 juin 2013, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a fait réaliser deux expertises :

aa) Dans un rapport du 25 juin 2014, complété par un examen neuropsychologique réalisé par le Prof. J._____, le Dr G._____, spécialiste en neurologie, a retenu les diagnostics - sans répercussion sur la capacité de travail - de status après TCC mineur, suivi de l'apparition d'un syndrome post-commotionnel d'importance et d'évolution inhabituellement défavorables, et de plaintes et troubles neuropsychologiques sans explication somatique objectivable. Dans le cadre de son appréciation du cas, l'expert s'est exprimé de la manière suivante :

Au terme du présent bilan, l'origine des plaintes actuelles reste indéterminée. Chez une patiente ne signalant, comme mentionné

plus haut, aucun trouble préalablement à l'événement du 23.05.2012, on peut estimer que l'événement accidentel survenu à la piscine de [...] a comporté possiblement un TCC très mineur pouvant expliquer au moins en partie l'apparition des troubles puisque ce type d'événement accidentel peut comporter des maux de tête, des sensations vertigineuses, des troubles de la mémoire et de la concentration, des cervicalgies entre autres. L'apparition des troubles peut donc être mise en relation de causalité probable avec les circonstances de l'événement accidentel. Par contre, même dans les suites immédiates de l'accident, l'importance des troubles et leur conséquence sur la capacité de travail de même que l'évolution défavorable du cas malgré l'ensemble des mesures thérapeutiques tentées ne peuvent s'expliquer de façon probable ou certaine par les suites de l'événement accidentel qui, dans le cours ordinaire des choses, n'était de nature à entraîner des plaintes et une incapacité de travail que pour quelques semaines au plus. La discrétion du traumatisme crânien n'apporte tout particulièrement pas d'explications aux cervico-céphalgies ainsi qu'aux altérations neuropsychologiques mises en évidence aux 2 bilans neuropsychologiques pratiqués jusqu'ici. En conséquence de ce qui précède et compte tenu de l'expérience que l'on a de ce type de traumatisme, selon également la jurisprudence du Tribunal fédéral actuellement en cours, il n'est pas possible de retenir une relation de causalité probable ou certaine entre les troubles et l'événement accidentel au-delà d'une période de 3 mois au maximum. L'assureur-accidents, T. _____, était donc en droit de cesser ses prestations au plus tard fin mars 2014.

Si l'on admet que l'événement accidentel du 23.05.2012 représente le facteur déclenchant des troubles mais qu'il n'explique pas la persistance et l'importance des troubles de même que leur répercussion sur la capacité de travail, force est de rechercher une autre explication à la symptomatologie. Du point de vue somatique, l'anamnèse, l'examen clinique, l'EEG, l'IRM cérébrale et l'examen neuropsychologique n'apportent pas d'éléments en direction d'une pathologie malformative ou malade susceptible d'expliquer les plaintes, notamment pas d'éléments en direction d'une sclérose en plaque, d'une affection dégénérative, d'une affection tumorale, d'une lésion vasculaire. Le Prof. J. _____ mentionne le rôle éventuel des maux de tête mais l'anamnèse n'apporte pas d'arguments en direction d'une migraine préexistante et, même si l'on admet la notion de migraines post-traumatiques, le tableau ne saurait expliquer l'importance des troubles neuropsychologiques et leur répercussion sur la capacité de travail.

Les anomalies mises en évidence au bilan neuropsychologique sont des anomalies aspécifiques portant sur la mémoire, les fonctions exécutives, l'attention, anomalies qu'on peut rencontrer dans foule de situations cliniques comportant effectivement des états post-traumatiques, des maladies dégénératives mais également lors de troubles psychiques tels qu'un état dépressif. Il n'est donc pas possible, sur la base des anomalies neuropsychologiques, de formuler un diagnostic. La seule chose que l'on puisse dire est que ces anomalies neuropsychologiques, comme le dit d'ailleurs le Professeur J. _____, sont difficilement

attribuables aux seules conséquences de l'évènement accidentel de par son caractère objectivement modeste.

Au vu des éléments susmentionnés, l'origine des plaintes formulées encore actuellement par Mme W. _____ et des anomalies neuropsychologiques reste indéterminée, sans substrat somatique clairement identifiable. En l'absence d'une pathologie neurologique de nature post-traumatique ou maladivement clairement identifiable, le présent expert ne peut retenir d'incapacité de travail sur le plan somatique.

En conséquence de quoi, il convient comme toujours de faire pratiquer une expertise psychiatrique visant à déterminer s'il existe des facteurs psychologiques susceptibles d'expliquer la situation médicale et professionnelle de Mme W. _____ même si, au premier abord, tel ne semble pas être le cas.

Sur le plan thérapeutique, je conseillerais aux différents médecins-traitants de limiter les mesures thérapeutiques agressives et de s'en tenir à un traitement d'AINS et d'antalgiques mineurs parallèlement au Cymbalta et éventuellement à un traitement de physiothérapie d'entretien. S'agissant des infiltrations, on a l'impression que les infiltrations soulagent momentanément la patiente mais que le tableau reprend aussitôt après ; en conséquence, l'indication à d'autres infiltrations paraît douteuse. Je ne pense pas qu'il y ait à envisager de mesures thérapeutiques plus invasives notamment chirurgicales. Il conviendrait également à mon sens de diminuer progressivement les traitements pour ne laisser plus que, si nécessaire, un traitement de fond mineur.

Sur le plan de la capacité de travail, en l'absence d'une explication somatique organique post-traumatique et/ou maladeive à la symptomatologie, bien qu'admettant comme mentionné plus haut que les troubles sont apparus dans les suites de l'évènement accidentel, je ne retiens pas d'incapacité de travail selon la jurisprudence actuelle, ceci malgré les anomalies observées à l'examen neuropsychologique. Sur le plan de la capacité de travail, je retiendrai donc une incapacité de travail complète semble-t-il du 08.06.2012 à fin août 2012 suivie d'une pleine capacité de travail théorique, ceci bien évidemment strictement du point de vue des conséquences somatiques de l'évènement accidentel et en l'absence d'une affection somatique autre que de nature accidentelle susceptible d'expliquer les plaintes et les anomalies constatées au présent bilan.

bb) Dans un rapport du 29 avril 2015, le Dr B. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a constaté que l'assurée ne présentait aucun signe et symptôme qui atteignait le seuil d'un quelconque trouble psychiatrique psychogène et, partant, n'a pas retenu d'incapacité de travail.

e) Dans ses déterminations du 6 juillet 2015, T._____ a estimé que le dossier de l'assurance-invalidité n'apportait aucun élément permettant d'apprécier différemment la question de la causalité adéquate entre les troubles présentés par l'assurée et l'accident du 23 mai 2012. Pour le surplus, elle a relevé que les deux expertises médicales réalisées par les Drs G._____ et B._____ concluait à l'absence de diagnostic ayant une répercussion de la capacité de travail.

f) Dans ses déterminations du 17 août 2015, W._____ a souligné qu'il n'était pas surprenant que l'expertise du Dr B._____ conclue à l'absence de trouble psychiatrique psychogène, dans la mesure où les affections dont elle souffrait trouvaient leur source dans le traumatisme crânien qu'elle avait subi. Elle contestait en revanche les conclusions de l'expertise neurologique réalisée par le Dr G._____. Cela étant, les conclusions du Prof. J._____ et celles du Dr F._____ faisaient état d'un syndrome post-commotionnel résultant de l'accident ; il s'agissait donc bien d'atteintes neurologiques qui étaient à l'origine de l'incapacité de travail, atteintes qui avaient été causées par l'accident.

g) Dans ses déterminations du 3 novembre 2015, W._____ a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise neurologique, motif pris que l'expertise neurologique mise en œuvre par l'assurance-invalidité avait été confiée à un médecin-conseil de T._____. Cette nouvelle expertise, confiée à un médecin neutre, devait permettre d'examiner les questions relatives à la nature et l'importance des lésions, à la nature, l'importance et la durée des traitements médicaux et à l'intensité et l'impact des douleurs. Dans le même temps, W._____ a renoncé à son audition et à celle du Dr F._____.

h) Dans ses déterminations du 10 novembre 2015, T._____ a précisé que le Dr G._____ n'était pas son médecin-conseil. Le médecin qui travaillait à ce titre auprès de la T._____ était le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale, lequel était sans lien de parenté avec l'expert mandaté par l'assurance-invalidité.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 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) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36] et 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 31 mars 2014.

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. 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 LPGA).

b) L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'événement accidentel, le

dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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 cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3 ; TF 8C_858/2008 du 14 août 2009 consid. 3).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et réf. cit.). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.2).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec

l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et réf. cit.).

En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, 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 (ATF 134 V 109 consid. 10 ; 117 V 359 consid. 6 et 369 consid. 4; 115 V 133 consid. 6 et 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne ou d'un traumatisme cranio-cérébral, on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (ATF 134 V 109 consid. 7 ss ; voir également ATF 117 V 359 consid. 6a).

Nonobstant ce qui précède, il convient d'appliquer la jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 115 V 133 et 403), en particulier en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques, même en cas de traumatisme de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident constituent clairement une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique consécutif à un traumatisme de ce type (TFA U 96/00 du 12 octobre 2000 consid. 2b, in : RAMA 2001 n° U 412 p. 79L ; cf. également ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; TF 8C_957/2008 du 1^{er} mai 2009 consid. 4 ; 8C_124/2007 du 20 mai 2008 consid. 3.2 et 8C_591/2007 du 14 mai 2008 consid. 3.1).

3. a) Pour pouvoir examiner le droit aux prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents

que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et réf. cit.). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

b) C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et réf. cit. ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

c) Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du

médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit. ; VSI 2001 p. 106 consid. 3b ; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

d) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et réf. cit. ; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 ; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

4. a) En l'espèce, la recourante a été victime d'un accident qui a occasionné un traumatisme crânio-cérébral léger (cf. notamment rapport de la Dresse M. _____ du 29 juin 2012). Dans les suites de celui-ci, elle a très rapidement présenté le tableau clinique typique d'un syndrome post-commotionnel avec, entre autres symptômes, des céphalées, des vertiges, des nausées, une hypersomnie, des troubles de la concentration et une importante fatigue, symptômes qui ne se sont que très légèrement amendés au fil du temps (voir à ce propos les différents rapports établis par le Dr F. _____ les 21 novembre 2012, 14 mars 2013, 22 avril 2013, 28 mai 2013, 18 juin 2013, 16 juillet 2013, 13 novembre 2013, 20 décembre 2013 et 17 janvier 2014 ; voir également le rapport du Prof. J. _____ du 16 juin 2014). En l'absence d'explications objectives permettant d'expliquer autrement l'origine de la symptomatologie actuelle, il n'y a pas lieu de nier l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre le syndrome post-commotionnel dont souffre la recourante et l'événement accidentel du 23 mai 2012. On soulignera en particulier

que l'expertise du Dr B._____ a permis d'exclure que la problématique représentait une atteinte à la santé psychique propre et distincte du tableau clinique. Il est vrai que le Dr Z._____ a indiqué, dans les conclusions de son expertise, que l'importance des troubles et leurs conséquences sur la capacité de travail de même que l'évolution défavorable ne pouvaient s'expliquer de façon probable ou certaine par les suites de l'accident, puisqu'un tel événement n'était de nature, selon le cours ordinaire des choses, à engendrer des plaintes et une incapacité de travail que pour quelques semaines au plus. Il convient toutefois de relever que les considérations du Dr G._____, fondées sur une présomption basée sur l'expérience médicale générale plutôt que sur des faits médicaux concrets liés au cas d'espèce, sont spécifiques à la discussion relative à la causalité adéquate et excèdent le domaine de compétence de l'expert médical (cf. *supra* consid. 2c).

b) Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par la recourante, à savoir la mise en œuvre d'une expertise neurologique, puisque celle-ci apparaît superflue.

5. Le caractère adéquat du lien de causalité entre le syndrome post-commotionnel et l'accident du 23 mai 2012 doit être examiné à la lumière des critères jurisprudentiels posés aux ATF 134 V 109 et 117 V 359.

a) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité en cas de traumatisme cranio-cérébral, la jurisprudence classe les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves.

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.

b) 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 133 consid. 6c/bb ; 115 V 403 consid. 5c/bb).

c) L'accident du 23 mai 2012 - dont la gravité doit être appréciée d'un point de vue objectif, sans s'attacher à la manière dont la personne assurée a ressenti et assumé le choc traumatique (ATF 117 V 366 consid. 6a et réf. cit.) - doit, compte tenu de son déroulement, être qualifié de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité. Si le choc a été violent et inattendu, il n'a en effet pas causé de perte de

connaissance ni entraîné de lésions traumatiques qui ont nécessité une prise en charge médicale immédiate. L'IRM cérébrale réalisée le 25 juin 2012 n'a pas montré d'anomalie, l'examen neurologique s'est révélé normal (rapport du Dr [...] du 22 août 2012) et les douleurs dentaires dont s'est plainte la recourante n'ont pas justifié l'intervention d'un médecin-dentiste (rapport du Dr [...] du 14 janvier 2013).

d) Reste à examiner si la recourante remplit suffisamment de critères posés par la jurisprudence pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis.

aa) Alors que l'intimée admet sans réserve que le critère relatif à l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré est rempli, la recourante reconnaît pour sa part que le critère relatif aux circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou au caractère particulièrement impressionnant de l'accident, celui relatif aux erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident et celui relatif aux difficultés apparues au cours de la guérison et aux complications importantes ne sont pas remplis. Ceci étant admis, il convient de s'attacher à examiner si, ainsi que l'affirme la recourante et contrairement à ce que soutient l'intimée, les autres critères sont remplis.

bb) S'agissant de la gravité ou de la nature particulière des lésions, il convient de constater que ce critère n'est pas rempli. Selon la jurisprudence, le diagnostic de traumatisme cranio-cérébral ne suffit pas, en soi, pour conclure à la réalisation du critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions. Il faut encore que les douleurs et plaintes caractéristiques d'une atteinte de ce type soient particulièrement graves ou qu'il existe des circonstances spécifiques qui influencent le tableau clinique (ATF 134 V 109 consid. 10.2.2 et réf. cit.). Or tel n'est pas le cas en l'espèce, puisque la recourante parvient, malgré la symptomatologie, à concilier dans une certaine mesure vie familiale et scolarité de sa fille, d'un côté, et vie professionnelle, de l'autre côté. Dans son rapport du 13 novembre 2013, le Dr F. _____ a par ailleurs précisé que l'état de santé

de la recourante s'améliorait lentement, les douleurs étant moins intenses, moins fréquentes et moins gênantes dans le quotidien que quelques semaines auparavant. Il est vrai que le dossier fait également mention, outre le traumatisme crânio-cérébral, d'un syndrome cervico-brachial traité par infiltrations et physiothérapies ; on ne saurait toutefois considérer qu'il s'agit d'une lésion grave ou particulière au sens où l'entend la jurisprudence.

cc) En ce qui concerne l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible, il y a uniquement lieu de prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire ; n'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin. Par ailleurs, l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré. A cet égard, la prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (TF 8C_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.2.3 et réf. cit.). En l'occurrence, la recourante n'a subi aucune intervention chirurgicale, singulièrement aucune prise en charge médicale de longue durée en milieu hospitalier. Le traitement médical appliqué à la recourante a consisté en des mesures conservatrices (médicaments, infiltrations, physiothérapie) et visé davantage à lui procurer une meilleure qualité de vie qu'à une amélioration effective de son état de santé. En ce sens, il convient de nier que la circonstance de la longue durée du traitement médical soit remplie.

dd) Quant à l'intensité des douleurs et des plaintes, il convient d'admettre que ce critère est réalisé, même s'il ne se manifeste pas d'une manière qualifiée, puisque des périodes d'atténuation des symptômes sont documentées (voir rapport du Dr F. _____ du 13 novembre 2013).

e) Au regard de l'ensemble des circonstances, seuls deux critères sur sept entrent en ligne de compte, dont on ne saurait dire que l'un ou l'autre revêt en l'occurrence une importance particulière. Cela ne

saurait suffire pour reconnaître un lien de causalité adéquate entre l'accident du 23 mai 2012 et les troubles en cause. Il s'ensuit que l'intimée était fondée à nier son obligation de prendre en charge les suites de l'accident.

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

b) Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite.

c) La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (cf. art 61 let. g LPGA ; 55 LPA-VD).

**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 11 juin 2014 par la T. _____ est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Inclusion Handicap (pour W. _____),
- T. _____,
- Office fédéral de la santé publique,

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 :