

200.2018.664.LAA
N° AVS
NIG/REN

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

Jugement du 18 février 2020

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
M. Moeckli et C. Tissot, juges
G. Niederer, greffier

A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

Suva, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6004 Lucerne
intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 25 juillet 2018



En fait:

A.

A. _____, née en 1974, veuve et mère d'un enfant mineur, est employée depuis 1999 par une entreprise horlogère, actuellement en tant que contrôleuse qualité à 100%. Le 9 mars 2015, elle a été victime d'un accident de la circulation, lors duquel son véhicule a été heurté par l'arrière alors qu'elle se trouvait à l'arrêt devant un passage pour piétons. Suite à cet incident, une incapacité de travail à 100% a été médicalement attestée du 9 mars au 13 avril 2015, puis à 50% du 14 avril au 31 mai 2015.

B.

Par déclaration d'accident du 12 mars 2015, l'employeur de l'assurée a communiqué cet événement à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Suva). Le 16 mars 2015, cette dernière a accepté de prendre en charge les suites immédiates de l'accident et reconnu le droit de l'assurée à des indemnités journalières. L'employeur de l'assurée a encore adressé une déclaration d'accident à la Suva le 26 juin 2017, en faisant état d'une rechute survenue le 25 avril 2017 et d'une nouvelle incapacité de travail à 100% à compter de cette date. Après avoir averti l'assurée, le 2 août 2017, qu'elle envisageait de réexaminer la question de savoir si elle était tenue d'allouer des prestations, la Suva a mis fin aux prestations d'assurance par décision du 28 mai 2018, ce avec effet au 15 juin 2018, niant par ailleurs le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité ainsi qu'à une rente d'invalidité, faute de lien de causalité (adéquate) entre l'accident et les troubles présentés par l'assurée.

C.

L'opposition formée le 28 juin 2018 par l'assurée, désormais représentée par un mandataire professionnel, a été rejetée par décision sur opposition

du 25 juillet 2018, dans laquelle l'effet suspensif à un éventuel recours contre cet acte a été retiré.

D.

Par mémoire de son avocat, du 13 septembre 2018, l'assurée a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant en substance à l'annulation de la décision du 28 mai 2018 et de la décision sur opposition du 25 juillet 2017 (recte: 2018), au constat que la recourante a droit aux prestations d'assurance de l'intimée au-delà du 15 juin 2018 et pour une durée indéterminée (frais de traitements et indemnités journalières, voire indemnité pour atteinte à l'intégrité et rente), éventuellement au renvoi du dossier à l'intimée pour instruction complémentaire, le tout sous suite de frais et dépens. Dans sa réponse du 17 octobre 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours. La recourante a répliqué le 29 octobre 2018 et maintenu ses conclusions. L'intimée n'a pas produit de duplique.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 25 juillet 2018 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la décision du 28 mai 2018 qui prononce la fin des prestations d'assurance au 15 juin 2018 et nie tout droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité et à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision sur opposition et de la décision du 28 mai 2018, de même que sur la constatation que la recourante a droit aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 15 juin 2018 et pour une durée indéterminée, éventuellement au renvoi du dossier à l'intimée pour investigations complémentaires.

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

1.2.1 Au vu des motifs du recours, la conclusion en constatation de la recourante (conclusion n° 2 du recours) doit être comprise comme une conclusion formatrice tendant à l'octroi des prestations de l'assurance-accidents. Elle ne pose dès lors pas de problème de recevabilité, que ce soit quant à l'intérêt digne d'être protégé qui devrait justifier une véritable conclusion en constat (art. 49 al. 2 LPGA) ou quant au principe de la subsidiarité des décisions de cette nature (ATF 122 V 28 c. 2b).

1.2.2 La recourante conclut à l'annulation tant de la décision sur opposition du 25 juillet 2018 que de la décision initiale rendue par l'intimée le 28 mai 2018 (voir également ch. III.2, let. r et ch. III.3, ch. 7 du recours). Dans la mesure où elle vise ce dernier acte, cette conclusion est irrecevable. En effet, en raison de l'effet dévolutif du recours, la décision sur opposition du 25 juillet 2018 a remplacé celle du 28 mai 2018 et seul ce nouveau prononcé (sur opposition) est sujet à recours (UELI KIESER, *ATSG-Kommentar*, 2015, art. 52 n. 60 et art. 56 n. 13 s.; MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, *Kommentar zum bernischen VRPG*, 1997, art. 60 n. 7 et art. 74 n. 6).

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

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

2.

2.1 En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA, RS 832.20]). L'assurance-accidents obligatoire n'alloue des prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 c. 3.1 et 3.2; SVR 2018 UV n° 3 c. 3.1, 2012 UV n° 2 c. 3.1).

2.2 Si un accident aggrave ou même révèle une prédisposition malade, l'assureur-accidents peut refuser ses prestations uniquement si l'accident ne représente pas la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, à savoir lorsque cette dernière ne procède plus que, et exclusivement, de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas si l'assuré recouvre un état (maladif) de santé soit tel qu'il existait juste avant l'accident (*statu quo ante*), soit tel qu'il serait advenu tôt ou tard, fatalement, en fonction de l'évolution de la prédisposition malade (*statu quo sine*; SVR 2016 UV n° 18 c. 2.1.1; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C_781/2017 du 21 septembre 2018 c. 5.1).

2.3 Tout événement est une cause au sens de la causalité naturelle, lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière ou au même moment. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 142 V 435 c. 1, 129 V 177 c. 3.1; TF 8C_781/2017 du 21 septembre 2018 c. 5.1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration – ou le tribunal en cas de recours – examine en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation de l'état de fait et des preuves en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage ne suffit pas à

justifier le droit à des prestations (ATF 142 V 435 c. 1, 129 V 177 c. 3.1; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.1).

2.4 De même qu'en ce qui concerne l'existence du lien de causalité naturelle à la base de l'obligation de prestations, la cessation de l'influence causale des origines accidentelles d'une atteinte à la santé doit être établie avec une vraisemblance prépondérante, degré de preuve usuel en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'une disparition totale des effets d'un accident ne suffit pas. Comme il s'agit là d'un fait susceptible de supprimer le droit aux prestations, le fardeau de la preuve en incombe – contrairement à la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle fondant l'obligation de prester – non pas à la personne assurée, mais à l'assureur-accidents (SVR 2011 UV n° 4 c. 3.2).

2.5 Selon la jurisprudence, un fait est la cause adéquate d'un résultat si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, ce fait était propre à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit, la survenance de celui-ci paraissant ainsi de façon générale favorisée (ATF 129 V 177 c. 3.2, 125 V 456 c. 5a; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.2).

2.6 En présence de séquelles organiques d'un accident objectivement établies, la causalité adéquate se recouvre en grande partie avec la causalité naturelle et n'a pratiquement pas de signification propre (ATF 140 V 356 c. 3.2; SVR 2018 UV n° 3 c. 3.1). Sont objectifs les résultats d'examens qui sont reproductibles et ne dépendent ni de la personne de l'examineur, ni des indications du patient. On ne peut dès lors parler de séquelles organiques d'un accident objectivement établies que si les résultats d'examens ont été confirmés par des appareils diagnostiques, en particulier radiographiques ou d'imagerie médicale, selon des méthodes d'examen reconnues par la science médicale (ATF 138 V 248 c. 5.1; SVR 2018 UV n° 3 c. 3.1).

2.7 En cas de symptômes non objectivables du point de vue organique, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement. En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine

les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 140 V 356 c. 3.2, 115 V 133 c. 6c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral, on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (ATF 134 V 109 c. 2.1; SVR 2018 UV n° 29 c. 2.2). La distinction suivante s'impose à cet égard: il faut déterminer tout d'abord si la personne assurée a subi lors de l'accident un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à un "coup du lapin" (SVR 1997 UV n° 95 c. 2a, 1995 UV n° 23 c. 2) ou un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 c. 4b; SVR 2001 UV n° 1 c. 3), étant précisé que la jurisprudence relative au "coup du lapin" ne trouve application que si les douleurs se manifestent dans un délai de latence de 24 à 72 heures dans la région du cou et de la colonne vertébrale cervicale (SVR 2009 UV n° 30 c. 5.2). En l'absence de l'une des lésions évoquées ci-dessus, la jurisprudence selon l'ATF 115 V 133 relative aux accidents avec des séquelles psychiques trouve application. Lorsque les investigations révèlent au contraire que la personne assurée a subi l'un des traumatismes évoqués ci-avant, il faut déterminer si les symptômes du tableau clinique typique d'une telle lésion (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, labilité affective, dépression, altération de la personnalité, etc.; ATF 119 V 335 c. 1, 117 V 359 c. 4b), bien qu'en partie établis, sont relégués au second plan en raison d'un problème psychique prédominant apparu directement après l'accident ou encore si l'on peut retenir que durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation, les troubles physiques n'ont joué qu'un rôle de moindre importance (voir RAMA 2002 p. 437 c. 3a). Lorsque tel est le cas, ce sont les critères énumérés à l'ATF 115 V 133 pour les accidents avec séquelles psychiques qui doivent fonder l'appréciation de la causalité adéquate; en revanche, dans les autres cas, l'examen du caractère adéquat du lien de causalité doit se faire d'après les critères développés dans la jurisprudence relative au "coup du lapin" (ATF 134 V 109, 117 V 359), c'est-à-dire sans distinguer les symptômes physiques des symptômes psychiques (ATF 134 V 109 c. 2.1, 127 V 102 c. 5b/bb).

2.8

2.8.1 D'après la jurisprudence relative au "coup du lapin", pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité, il convient d'examiner, par analogie avec la jurisprudence en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident (ATF 115 V 133 c. 6), si l'accident en cause s'est avéré déterminant dans l'apparition de l'incapacité de travail et de gain de la personne assurée. Tel est le cas s'il était empreint d'une certaine gravité ou, en d'autres termes, revêt une importance sérieuse. Pour trancher cette question, il faut se fonder sur l'événement accidentel lui-même. Ainsi, suivant la manière dont ils se sont déroulés et en fonction des forces développées au cours de l'événement (ATF 140 V 356 c. 5.1), les accidents peuvent-ils être classés en trois catégories: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents graves et, entre deux, les accidents de gravité moyenne. Dans ce contexte, les blessures subies peuvent permettre de tirer des conclusions quant aux forces qui se sont développées lors de la survenance de l'accident (SVR 2011 UV n° 10 c. 4.2). Tandis que l'existence d'un lien de causalité adéquate peut en règle générale être admise dans le cas d'un accident grave et niée en présence d'un accident de peu de gravité, lorsqu'il s'agit d'un accident de gravité moyenne, le caractère adéquatement causal ne peut être évalué uniquement d'après le déroulement de l'accident. Dans ce cas, il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré (ATF 134 V 109 c. 10.1). Selon les circonstances concrètes, un seul critère peut suffire pour faire admettre l'existence d'une causalité adéquate. Tel est tout d'abord le cas lorsqu'il s'agit d'un accident qui doit être rangé parmi les plus graves de la catégorie intermédiaire ou que l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Par ailleurs, un seul critère peut également s'avérer suffisant dans la catégorie intermédiaire lorsqu'il s'est manifesté de manière particulièrement importante pour l'accident. Si aucun critère ne se présente d'une manière à ce point prononcée ou frappante lorsqu'est en cause un accident de la catégorie intermédiaire proprement dite, le lien de causalité doit être admis lorsque trois critères sont remplis (SVR 2018 UV n° 3 c. 5.1). En présence d'un accident faisant partie de la

catégorie intermédiaire mais à la limite des cas de peu de gravité, quatre critères doivent être réalisés pour retenir un caractère adéquatement causal (SVR 2017 UV n° 9 c. 6.1). Cette appréciation de l'accident en lien avec les critères objectifs conduit à reconnaître ou nier l'existence d'une causalité adéquate (ATF 117 V 359 c. 6, 117 V 369 c. 4c).

2.8.2 Le TF a précisé sur plusieurs points sa jurisprudence (ATF 117 V 359 c. 6a, 117 V 369 c. 4b) au sujet de la relation de causalité entre des plaintes et un traumatisme de type "coup du lapin" ou un traumatisme analogue à la colonne cervicale, ou encore un traumatisme cranio-cérébral, sans preuve d'un déficit organique objectivable (ATF 134 V 109 c. 10.2 et 10.3; voir aussi TF 8C_339/2007 et 8C_152/2007 des 6 et 26 mai 2008). Selon cette jurisprudence, il y a lieu de s'en tenir à une méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquate en présence de tels troubles (ATF 134 V 109 c. 7 à 9). Par ailleurs, le TF n'a pas modifié les principes qui ont fait leur preuve, à savoir la nécessité, d'une part, d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, d'inclure, selon la gravité de l'accident, d'autres critères lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (c. 10.1). Cependant, il a renforcé les exigences concernant la preuve d'une lésion en relation de causalité naturelle avec l'accident, justifiant l'application de la méthode spécifique en matière de traumatisme de type "coup du lapin" (c. 9), et modifié en partie les critères à prendre en considération lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (c. 10).

2.8.3 Les critères énumérés de manière exhaustive dans l'ATF 134 V 109 c. 10.2 et à prendre en considération lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité sont formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 c. 10.3; SVR 2017 UV n° 41 c. 6.1):

- 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.

Lors de l'examen des critères précités, d'après la jurisprudence constante en matière d'accidents de type "coup du lapin", lorsqu'il est admis que les troubles sont dans un lien de causalité naturelle avec l'accident, on peut s'abstenir de distinguer entre composantes somatiques et psychiques pour l'appréciation de la causalité adéquate (ATF 117 V 359 c. 5d/aa et 6a; RAMA 1999 p. 409, 1997 p. 167 c. 4a). Pour ce faire, il faut néanmoins impérativement que les troubles psychiques soient consécutifs à l'accident en cause et qu'ils forment avec les séquelles somatiques du même accident un tableau clinique complexe (SVR 2001 UV n° 13 c. 3b).

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

3.

3.1 Dans la décision sur opposition attaquée, l'intimée a indiqué que la recourante présente des douleurs chronicisées essentiellement au niveau du rachis. L'intimée a toutefois mentionné que les examens médicaux n'ont pas permis de déceler de claires altérations structurelles (seules quelques altérations dégénératives ayant été constatées) et que le bilan neurologique est normal. Partant, l'intimée a retenu que les troubles présentés par la recourante constituent des atteintes perceptibles cliniquement mais sans constat d'un substrat organique. De plus, l'intimée

a retenu que l'accident doit être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite de la catégorie inférieure. Elle a en effet expliqué que celui-ci n'a pas revêtu un caractère particulièrement impressionnant ni n'a été accompagné de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques. L'intimée a retenu que cet événement s'est soldé par un traumatisme par hyper-extension de la colonne cervicale sans lésions structurelles, relevant en outre que la recourante a rapidement repris le travail, qu'aucun traitement pesant ou spécifique n'a été instauré et que, même s'il n'a pas été possible de supprimer les douleurs ni de rétablir la capacité de travail, aucune circonstance particulière n'entrave la guérison. Ce faisant, d'après l'intimée, parmi les critères exigés par la jurisprudence pour pouvoir retenir un lien de causalité adéquate en pareil cas, seul celui de la présence de douleurs intenses peut être admis. Cette dernière a donc nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles présentés par la recourante, confirmant dès lors sa décision du 28 mai 2018.

3.2 La recourante souligne, dans son recours, que l'intimée ne conteste pas qu'un accident est intervenu le 9 mars 2015. De plus, elle relève que l'intimée ne remet pas en cause l'existence d'un lien de causalité naturelle entre cet incident et les séquelles qu'elle présente. La recourante conteste toutefois l'avis de l'intimée, selon lequel l'accident est de gravité moyenne à la limite inférieure et qu'il n'est pas en lien de causalité adéquate avec ses troubles. La recourante soutient que cet événement revêt une gravité moyenne, à mesure que sa voiture a été percutée fortement, à pleine vitesse. Elle note avoir immédiatement ressenti des douleurs typiques d'un traumatisme cervical. La recourante se prévaut aussi du fait qu'elle a dû se soumettre à un grand nombre de traitements qui la maintiennent dans une situation de souffrance et d'incertitude, rappelant souffrir également de dépression. Partant, elle affirme que la condition jurisprudentielle relative au suivi d'un traitement médical continu est réalisée. Selon la recourante, le critère de l'intensité des douleurs est également rempli, cet élément n'étant pas contesté par l'intimée. Elle affirme en outre que le critère des difficultés apparues au cours de la guérison/des complications importantes est aussi présent, puisque les douleurs sont chroniques et accompagnées d'épuisement, de difficultés de concentration et d'atteintes à l'équilibre

psychique. Finalement, la recourante précise que même si elle a repris le travail en avril 2015, elle se trouve à nouveau en état d'incapacité de travail depuis avril 2017. La recourante reproche ainsi à l'intimée d'avoir mal apprécié les sources médicales et d'avoir conclu à tort à l'absence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles qu'elle présente.

3.3 Dans sa réponse, l'intimée a indiqué que la vitesse du véhicule ayant percuté celui de la recourante n'est pas établie, de même que l'immédiateté des douleurs ressenties après le choc. Elle a ajouté qu'au regard de la jurisprudence, les douleurs cervicales et l'incapacité de travail survenues après cet événement ne peuvent influencer son appréciation, de sorte que la recourante ne peut tirer argument du fait que ces douleurs étaient typiques d'un traumatisme cervical. L'intimée a de plus écrit que la physiothérapie, les massages et la prise de médicaments ne constituent pas un traitement spécifique et pesant, le dossier ne faisant du reste pas état de difficultés en cours de guérison ou de complications importantes. L'intimée a aussi soutenu que la recourante n'a pas fait tout ce qui était possible pour réintégrer rapidement le monde du travail, puisqu'elle a uniquement tenté de reprendre son emploi, alors que ce dernier est, selon la psychiatre de l'intéressée, incompatible avec son état de santé. Enfin, l'intimée a nié la réalisation du critère relatif à l'intensité des douleurs, en tant qu'il n'apparaît pas, selon elle, que la recourante a été entravée de manière significative dans sa vie quotidienne.

3.4 Aux termes de sa réplique, la recourante a rétorqué que le comportement de l'intimée, consistant à lui verser des prestations pendant l'incapacité de travail qui a débuté en avril 2017, est en contradiction avec le reproche qui lui est fait, de n'avoir pas entrepris tout ce qui était possible pour réintégrer rapidement le monde du travail, au besoin en exerçant une activité compatible avec son état de santé. La recourante prétend à cet égard que l'avis de sa psychiatre ne permet pas d'admettre qu'elle était concrètement en mesure de reprendre une activité lucrative. La recourante indique enfin que son état de santé s'est dégradé, au point qu'elle n'est désormais plus en mesure d'exercer les activités courantes de son ménage, ni d'envisager la reprise d'une activité lucrative.

4.

En l'occurrence, jusqu'au prononcé de la décision sur opposition attaquée (les faits survenus postérieurement, à l'instar de ceux visés par les rapports médicaux des 27 juillet et 14 août 2018, produits à l'appui du recours, n'étant en principe pas déterminants, voir ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1), le dossier contient les éléments médicaux principaux suivants.

4.1 Le médecin traitant la recourante, un spécialiste en médecine générale, a établi un rapport à l'intention de l'intimée le 18 mai 2015. Dans ce document, il a retenu le diagnostic de traumatisme d'hyper-extension de la colonne vertébrale cervicale et expliqué que ce dernier était survenu à la suite d'une collision par l'arrière survenue le 9 mars 2015. Il a constaté un étirement de la colonne vertébrale cervicale, des points de sensibilité aux vertèbres cervicales C2-5, de même que des limitations douloureuses à l'extension. Il a attesté une incapacité de travail à 100% à partir du 9 mars 2015 et à 50% depuis le 14 avril et jusqu'au 31 mai 2015, recommandant une physiothérapie et la prise d'anti-inflammatoires.

4.2 Le 15 avril 2016, un spécialiste en chirurgie orthopédique d'un centre du dos a également adressé un rapport médical à l'intimée. Il y a retenu le diagnostic de syndrome douloureux chronique musculaire de la colonne vertébrale cervicale, de la colonne vertébrale lombaire et de la ceinture scapulaire (persistant et résistant au traitement). Il a en particulier aussi retenu le diagnostic de status après un traumatisme d'hyper-extension de la colonne vertébrale cervicale (le 9 mars 2016 [recte: 2015]). Le spécialiste a indiqué que, depuis l'accident, la recourante se plaint de fortes douleurs musculaires chroniques dans la région de la nuque, de la colonne vertébrale thoracique et de la ceinture scapulaire, irradiant dans le bras droit. Au vu de la persistance des douleurs malgré la mise en œuvre de nombreux traitements de physiothérapie, la réalisation d'une IRM de la colonne vertébrale cervicale a notamment été recommandée.

4.3 Dans un rapport d'un institut de radiologie du 15 avril 2016, le diagnostic de syndrome douloureux chronique et musculaire de la colonne vertébrale cervicale après l'accident de mars 2015 a été posé. Une rectitude cervicale a été constatée, de même que des ostéochondroses

modérées des vertèbres C4/5 et C5/6, sans effet de compression des protrusions discales. Un léger rétrécissement foraminaux bilatéral C5/6 a en outre été observé. Aucun signe de récurrence de hernie discale ou de sténoses n'a toutefois été décelé (voir aussi dossier [dos.] Suva 160).

4.4 Le 21 avril 2016, le chirurgien orthopédique précité a confirmé ses diagnostics et commenté les résultats de l'IRM du 15 avril 2016, soulignant qu'elle n'illustre aucune pathologie. Il a précisé qu'aucun traitement n'était indiqué et recommandé le remplacement de la physiothérapie par des traitements plus traditionnels et manuels, ainsi que par des mesures de relaxation, des massages et une électrothérapie. Un examen rhumatologique a de plus été recommandé en vue de déceler une éventuelle fibromyalgie.

4.5 Dans un rapport du 29 juin 2016, un spécialiste en rhumatologie et en médecine interne a notamment posé les diagnostics de syndrome post-traumatique thoraco-cervico-vertébral et cervico-spondylogène persistant et chronique à droite avec douleurs myofasciales prononcées dans la région des extenseurs de la main et des doigts des extrémités dominantes à droite, surtout spondylogènes, ainsi que de syndrome cervico-occipital des deux côtés, ce avec un statut après un "coup du lapin" le 9 mars 2015, de même que de syndrome lombo-vertébral post-traumatique chronique et persistant. Selon ce rapport, depuis l'accident, la requérante a surtout souffert de douleurs à la nuque rayonnant dans les épaules, le bras droit et le revers de la main, de douleurs croissantes dans la zone du coude, de maux de têtes, ainsi que de vertiges aléatoires. En outre, il a été relevé qu'aucune des thérapies entreprises (physiothérapie, chiropratique et acupuncture notamment) n'a permis une diminution des douleurs. Le rapport a aussi évoqué qu'au vu des radiographies, une mauvaise posture et des altérations dégénératives modérées existaient déjà avant l'accident. La prise d'AINS a été conseillée, de même qu'un traitement de stabilisation musculaire (programme de réhabilitation).

4.6 A l'issue de ce programme, le rhumatologue s'est déterminé le 2 février 2017, confirmant ses diagnostics et mentionnant encore des douleurs myofasciales spondylogènes prononcées ainsi que persistantes au niveau de l'épaule droite lors de mouvements répétés de la main, de

plus en plus marquées. Il a ajouté que la thérapie avait conduit à une amélioration des douleurs dans la région de l'épaule droite mais pas s'agissant des douleurs myofasciales, celles-ci ayant persisté avec des groupes de tendomyoses prononcées et persistantes dans la zone de la colonne vertébrale, de même que des trigger-points dans la région de la main et des extenseurs des doigts à droite. Le rhumatologue a proposé d'attester une nouvelle incapacité de travail pour quelques semaines, ce que la recourante a refusé, de peur de perdre son emploi. Evoquant un possible trouble somatoforme douloureux, le rhumatologue a recommandé un examen par le médecin d'arrondissement de l'intimée et déclaré que d'autres traitements n'apparaissaient pas nécessaires. Vu le déroulement de la thérapie, ce médecin a précisé que la recourante pouvait compter sur une disparition des douleurs après 4 à 6 mois en cas d'arrêt de travail de 1 à 3 mois, puis de reprise progressive. Le pronostic a toutefois été réservé.

4.7 Le 22 février 2017, le médecin d'arrondissement de l'intimée, un médecin généraliste, a écrit, s'agissant de la colonne vertébrale cervicale, que des douleurs résiduelles demeuraient mais que la tomographie ne montrait aucune lésion structurelle semblant présenter un lien avec l'accident. Elle a conseillé un examen neurologique puis une évaluation de situation finale. Quant à la colonne vertébrale lombaire, elle a avancé que les douleurs avaient été rapportées pour la première fois dans le rapport rhumatologique du 20 juin 2016, si bien qu'elles n'étaient pas liées à l'accident.

4.8 Un neurologue a posé le diagnostic de "coup du lapin" dans un écrit du 24 mai 2017. Il a relevé que des douleurs (musculo-tendinogènes) cervicales et lombaires persistaient, notant de plus la présence de multiples points de sensibilité dans cette région. Il a exclu la présence de lésions neurogènes à la colonne vertébrale et souligné que le status neurologique était normal, suspectant plutôt une pathologie de l'appareil locomoteur (tendinopathie). Il a ajouté que la recourante souffrait de céphalées de tension chroniques, sans signe de maladie intracrânienne et supposé qu'elle présentait une humeur dépressive ainsi que des troubles anxieux et panique, responsables de la chronicité des douleurs. Selon lui, aucun examen neurologique n'était cependant indiqué (voir aussi dos. Suva 54).

4.9 Le 30 mai 2017, une deuxième médecin d'arrondissement de l'intimée (une spécialiste en chirurgie) a retenu que l'accident du 9 mars 2015 a temporairement aggravé des altérations dégénératives modérées et préexistantes. Par ailleurs, elle a déclaré qu'aucune lésion structurelle en lien avec l'accident ne ressortait du dossier. Cette médecin a encore soutenu que les suites du "coup du lapin" devaient avoir disparues après 9 à 12 mois, après quoi le statu quo sine était atteint (voir c. 2.2).

4.10 Le rhumatologue précité s'est encore déterminé le 16 juin 2017, en relatant qu'au vu de la résistance des douleurs à la thérapie, la recourante a fait l'objet d'une nouvelle période d'incapacité de travail dès le 25 avril 2017. Il a ajouté que l'humeur dépressive, de même que le trouble anxieux et panique, s'étaient aggravés. Un suivi psychologique a été conseillé, ainsi que, sur le plan rhumatologique, la poursuite du traitement de réhabilitation.

4.11 Le 17 juillet 2017, la médecin d'arrondissement de l'intimée (spécialiste en chirurgie) a répété ses conclusions du 30 mai 2017 et ajouté qu'on ne pouvait compter, à un degré de vraisemblance prépondérante, sur une amélioration notable de l'état de santé de la recourante. Elle a conclu que la symptomatique douloureuse devait être mise en relation avec un déséquilibre musculo-squelettique et avec les altérations dégénératives préexistantes. Par ailleurs, elle a relevé que les médecins traitant la recourante ont soupçonné une chronicisation des symptômes sur la base d'un trouble somatoforme douloureux, avec une humeur dépressive ainsi que des troubles anxieux et panique, de sorte qu'ils ont conseillé un suivi psychologique. Partant, cette médecin a recommandé de soumettre le cas de la recourante au service psychiatrique de l'intimée.

4.12 Le 16 octobre 2017, un second spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, notamment, a retenu les diagnostics de syndrome douloureux cervico-spondylogène chronique avec des composantes thoraciques, de syndrome douloureux lombo-vertébral myotendineux chronique, de céphalées de tension chroniques, d'humeur dépressive avec soupçons de trouble anxieux et de trouble panique (selon le neurologue consulté), de même que de déconditionnement prononcé. Ce spécialiste a en particulier relevé qu'une tentative de reprise du travail à 40% en août 2017 (recte: septembre 2017, voir dos. Suva 80/1 et 134/17) a dû être

interrompue du fait de douleurs massives. Il a de plus mentionné que la problématique dépressive ainsi que les troubles anxieux et panique ont conduit à une chronicité de la situation. Ce spécialiste a recommandé une évaluation sous l'angle de la médecine de la douleur ainsi qu'une consultation auprès d'une psychologue.

4.13 La psychiatre traitant la recourante depuis le 12 juin 2017 a répondu aux questions de l'intimée le 3 novembre 2017 et posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique (ch. F43.1 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé), d'épisode dépressif sévère, sans symptôme psychotique (ch. F32.2 CIM-10) et d'anxiété généralisée (ch. F41.1 CIM-10). Elle a en résumé indiqué que la poly-pathologie psychiatrique et physique, ainsi que la longue durée de la maladie étaient des facteurs de mauvais pronostic. Elle a en outre écrit que la recourante présentait une incapacité de travail à 100% à réévaluer dans les 2-3 mois, une reprise progressive du travail en milieu protégé pouvant ensuite être envisagée (voir aussi dos. Suva 151).

4.14 Le nouveau médecin traitant de la recourante, un spécialiste en médecine interne générale et en immunologie clinique, a adressé un rapport à l'intimée le 25 novembre 2017, dans lequel il a posé le diagnostic de syndrome douloureux cervico-spondylogène chronique. Il a expliqué que des douleurs cervicales et en partie thoraciques persistaient, avec un déroulement chronique jusqu'ici sans amélioration. Il a jugé le pronostic plutôt défavorable et attesté une incapacité de travail à 100% pour une durée indéterminée. Ce médecin a également recommandé la poursuite de la physiothérapie, de même que d'adresser la recourante pour une consultation en médecine de la douleur (voir aussi dos. Suva 132/2 et 149).

4.15 Dans le rapport d'une clinique universitaire pour la neurochirurgie, du 19 janvier 2018 (qui tient notamment compte d'une IRM du 5 décembre 2017), le diagnostic principal de soupçon d'adénome hypophysaire hormono-inactif à gauche avec infiltration du sinus caverneux et déplacement de l'adénohypophyse sur la droite a été retenu. Une intervention chirurgicale a été discutée (résection d'une tumeur; voir aussi dos. Suva 132 s. et 150) puis réalisée (voir dos. Suva 158 s.).

4.16 Le 13 mars 2018, un rapport d'une clinique universitaire pour la rhumatologie, l'immunologie et l'allergologie a encore été établi. Dans cet écrit et suite à une consultation en médecine de la douleur, le diagnostic de syndrome douloureux chronique cervico-vertébral et lombo-vertébral ainsi que cervico-brachial à droite a été retenu. Aucun signe d'inflammation radiculaire ou spondylogène n'a en particulier été décelé, ni aucune anomalie de l'appareil locomoteur.

4.17 Une clinique universitaire pour l'anesthésiologie et la thérapie de la douleur a encore posé, le 12 avril 2018, le diagnostic de trouble douloureux chronique avec composantes somatiques et psychiques.

4.18 Un troisième médecin d'arrondissement de l'intimée (psychiatre et psychothérapeute) a finalement procédé à un examen pour le compte de cette dernière et délivré ses conclusions le 26 avril 2018. Il a retenu les diagnostics d'épisode dépressif sévère (ch. F32.2 CIM-10; dès janvier 2017 environ), de trouble somatoforme douloureux (ch. F45.1 CIM-10), de trouble anxieux mixte (ch. F41.3 CIM-10; attaque de panique avec difficultés respiratoires, douleurs cardiaques et peur de la mort, peur panique d'évanouissement hors du domicile, peur d'un nouvel accident de la route), ainsi que d'accentuation de certains traits de la personnalité (ch. Z73.1 CIM-10; trait de caractère fortement orienté sur la performance). Le psychiatre a indiqué que la requérante souffre d'un trouble psychiatrique chronique, complexe et sévère. Il a écrit que l'accentuation des traits de la personnalité n'a jamais affecté la capacité de travail mais qu'elle a contribué significativement au développement et à l'évolution de la maladie psychiatrique. Selon ce médecin, conjuguée à une forte charge psychique et psychosociale, cette accentuation a en outre conduit au développement et à l'évolution des douleurs chroniques, l'échec de la reprise du travail en 2017 ayant encore amené à une accentuation de la symptomatologie dépressive. De plus, selon ce rapport, les douleurs chroniques, l'état dépressif et le trouble anxieux mixte empêchent la requérante de présenter une capacité de travail, aucune amélioration sensible et durable ne pouvant être attendue. Le psychiatre a par ailleurs conclu que, sans l'accident, le trouble psychiatrique ne se serait pas développé de la même manière et au même moment.

5.

Pour prononcer la décision sur opposition entreprise, l'intimée s'est principalement basée sur les rapports de synthèse de ses médecins d'arrondissement du 17 juillet 2017 (quant à la problématique somatique) et du 26 avril 2018 (s'agissant de la problématique psychique). Bien que la recourante ne critique pas expressément la force probante de ces documents, elle reproche néanmoins à l'intimée de ne pas avoir consulté des spécialistes externes à l'assureur-accidents, de même qu'ordonné une expertise pluridisciplinaire (voir ch. III.2, let. n du recours). Elle affirme aussi que l'intimée n'a pas tenu compte de la totalité des sources médicales (voir ch. III.3, ch. 7 du recours). Se pose donc la question de la force probante de ces rapports médicaux.

5.1

5.1.1 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

5.1.2 La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

5.1.3 Les rapports et expertises émanant de médecins internes aux assureurs ont valeur probante, pour autant qu'ils apparaissent concluants,

soient motivés de façon compréhensible, soient dépourvus de contradictions et qu'il n'existe pas d'indices contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il en va de même lorsqu'un médecin est appelé de façon répétée à effectuer des expertises pour le compte d'une assurance (SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4). Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité. Eu égard à l'importance considérable qu'un tel rapport médical a en matière de droit des assurances sociales, il convient de poser des exigences sévères s'agissant de l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 c. 3b/ee).

5.2

5.2.1 D'un point de vue formel, il convient de constater que les médecins d'arrondissement de l'intimée (une spécialiste en chirurgie et un spécialiste en psychiatrie/psychothérapie), dont les qualifications ne sauraient être critiquées, ont rendu leurs conclusions en pleine connaissance des documents médicaux pertinents (le spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ayant pris soin d'attendre de disposer des derniers rapports médicaux avant de se prononcer, voir dos. Suva 134/15), de même qu'en tenant compte des plaintes subjectives ainsi que de l'anamnèse détaillée (personnelle, familiale, sociale et professionnelle) de la recourante. L'expert psychiatre s'est par ailleurs prononcé après avoir examiné personnellement la recourante. Les résultats qui découlent des rapports des 17 juillet 2017 et 26 avril 2018 ont ainsi été arrêtés en pleine connaissance du dossier médical (voir dos. Suva 67/1-3, 134/2-9 et 134/15-18). En outre, la description du contexte médical est claire et les conclusions des experts sont détaillées, motivées et ne laissent pas apparaître d'élément permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise.

5.2.2 D'un point de vue matériel, s'agissant d'abord des conclusions de la spécialiste en chirurgie de l'intimée, force est d'admettre qu'elles ne prêtent guère à discussion, faisant du reste l'objet d'un consensus parmi les médecins consultés. En effet, l'experte a expliqué de manière probante que, suite à l'accident, la recourante a subi une distorsion de la colonne vertébrale cervicale qui a causé une aggravation temporaire d'altérations

dégénératives préexistantes (voir c. 4.11; soit pour une durée de 9 à 12 mois, voir c. 4.9). Le constat d'une telle distorsion a en effet été évoqué dès le premier rapport du médecin traitant, du 18 mai 2015 (dans lequel une hyper-extension de la colonne vertébrale cervicale a été mentionnée). Par ailleurs, les résultats de l'IRM du 15 avril 2016 ont effectivement fait état d'altérations dégénératives (ostéochondroses modérées et mauvaise posture de la colonne vertébrale, notamment). De surcroît, l'affirmation de l'experte, selon laquelle il n'existe aucune lésion organique découlant de l'accident est confirmée par ces mêmes résultats d'imagerie, par les rapports du premier médecin traitant (voir c. 4.1, voir également c. 4.14), du chirurgien orthopédique (voir c. 4.2 et 4.4), des rhumatologues de la recourante (voir c. 4.5 et 4.12), du neurologue (qui a exclu la présence de lésions neurogènes de la colonne vertébrale, voir c. 4.8), ainsi que de la clinique universitaire consultée par la recourante (voir c. 4.16). Cela étant, les conclusions de l'experte, qui a exclu tout lien entre les douleurs encore subies par la recourante et l'accident, puis expliqué ces dernières par des altérations dégénératives, de même que par un déséquilibre musculo-squelettique (qui a en effet été mentionné dans le rapport du rhumatologue du 29 juin 2016), sont convaincantes.

5.2.3 Quant aux conclusions du spécialiste en psychiatrie, elles sont également probantes. En effet, il a confirmé de façon logique, en examinant chacun des critères posés par la CIM-10, que la recourante souffre de symptômes dépressifs importants (dos. Suva 134/19). Il a par ailleurs procédé de la même manière pour parvenir à la conclusion que le diagnostic d'état de stress post-traumatique, retenu par la psychiatre de la recourante, n'était pas fondé. Il a relaté à ce sujet que l'accident n'était pas particulièrement grave, que les souvenirs de celui-ci ne s'accompagnaient pas de flashbacks (dos. Suva 134/14) et que les éléments de sensibilité psychique (troubles du sommeil, difficultés de concentration, nervosité et vigilance accrues, notamment) n'étaient pas liés au souvenir de l'accident mais à l'état dépressif et aux douleurs chroniques. Enfin, il a exposé de façon compréhensible qu'à mesure où la recourante conduisait encore, il n'allait pas de soi qu'elle évitait les situations qui lui rappelaient l'incident (voir aussi dos. Suva 134/13). L'expert a ensuite motivé son diagnostic de trouble anxieux mixte en expliquant sans équivoque que même si certaines

craintes éprouvées par la recourante (pour son avenir professionnel et sa santé) n'avaient rien de pathologiques, d'autres revêtaient ce caractère (attaques de panique, phobie d'un évanouissement, peur d'un nouvel accident de la route). Il a encore ajouté de manière concluante que ce diagnostic s'imposait d'autant plus que les craintes pathologiques n'étaient que pour une faible partie liées à l'accident et qu'elles ne s'expliquaient pas par les autres diagnostics psychiatriques. Enfin, l'expert a mentionné clairement les raisons pour lesquelles il a retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, à savoir que les caractéristiques, l'ampleur et l'évolution des douleurs n'étaient pas démontrables par des constatations sur le plan somatique (l'accident n'ayant conduit à aucune lésion), alors que, déjà avant l'événement litigieux, la recourante présentait depuis des années plusieurs facteurs de risque pour le développement d'une telle affection (dos. Suva 134/21; mère célibataire présentant un comportement axé sur la performance, travaillant à 100% et s'étant occupée seule de son enfant durant des années après le décès de son conjoint). L'expert a dès lors conclu de façon crédible que, dans ces circonstances, l'accident a conduit au développement de troubles psychiatriques (trouble somatoforme douloureux, puis dépression sévère accompagnée de troubles anxieux mixtes). C'est également de manière cohérente qu'il a en particulier retenu que, sans l'accident, la recourante n'aurait pas développé de trouble psychiatrique au même moment et de la même façon. Partant, ces conclusions sont convaincantes et dénuées de contradiction.

5.2.4 Il s'ensuit que le caractère probant des rapports des médecins d'arrondissement doit être confirmé. Il convient donc de suivre l'intimée, en tant que celle-ci a exclu la présence de lésions organiques découlant de l'accident et retenu que, d'un point de vue somatique, les suites de ce dernier ont en tous les cas cessé de produire leurs effets après 9 à 12 mois (voir à ce propos: SVR 2009 UV n° 1 c. 2.3.1 s.). Il y a par ailleurs aussi lieu d'admettre que c'est avec raison que l'intimée a admis l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles présentés par la recourante. Au vu de ce résultat, la mise en œuvre d'une expertise externe à l'assurance-accidents, sollicitée par la recourante, n'est pas justifiée (voir ch. III.2, let. n du recours).

6.

Doit encore être examinée l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles présentés par la recourante et l'accident litigieux. A ce sujet, il sied d'abord d'admettre que la recourante a subi un traumatisme de type "coup du lapin", que les symptômes qu'elle a présentés (bien que non objectivables) relèvent du tableau clinique de cette lésion (maux de tête, vertiges, fatigabilité, dépression, altération de la personnalité, notamment) et qu'au regard du dossier, des douleurs se sont manifestées dans la région du cou et de la colonne dans un délai de moins de 24 à 72 heures (dos. Suva 54, 74 et 79/2). De plus, au vu des explications de l'expert psychiatre et psychothérapeute de l'intimée (voir dos. Suva 134/23 s.), on ne saurait retenir que les symptômes de la recourante ont été relégués au second plan par les problèmes psychiques ou que les troubles physiques n'ont joué qu'un rôle de moindre importance. En effet, il apparaît du rapport de l'expert précité que les troubles psychiques de la recourante ne constituent pas une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique consécutif au traumatisme de type "coup du lapin" (voir TF 8C_383/2013 du 1^{er} avril 2014 c. 6; voir aussi dos. Suva 134/21 et 134/23 s.). Dès lors, l'examen de la causalité adéquate doit intervenir à l'aune de la jurisprudence du TF relative au "coup du lapin" (voir c. 2.7). Cela étant, il sied de qualifier objectivement la gravité de cet événement (voir c. 2.8).

6.1 Premièrement, il faut souligner, ainsi que l'a fait à bon droit l'intimée (voir ch. 11.1 de la réponse), qu'un accident au cours duquel survient une collision par l'arrière au préjudice d'un véhicule se trouvant à l'arrêt devant un passage pour piétons constitue, de manière générale, un accident de gravité moyenne à la limite des cas de peu de gravité (TF 8C_220/2016 du 12 février 2017 c. 5.2). En l'occurrence, il sied d'ajouter qu'il ne ressort pas du dossier que le véhicule qui a heurté celui de la recourante circulait à pleine vitesse, comme cette dernière le prétend (ch. III.3, ch. 5 du recours). La vitesse de ce véhicule doit d'ailleurs être relativisée, puisqu'il découle du schéma de l'accident, dessiné par la recourante, que ce dernier est survenu alors que l'automobile en question venait de sortir d'un giratoire (voir dos. Suva 9/1). Il apparaît en outre du dossier que l'airbag ne s'est pas déclenché lors du choc (dos. Suva 79/4). Aussi, la recourante se

méprend en prétendant que son véhicule a subi un dommage total (voir ch. III.2, let. a du recours). Certes, le rapport d'expertise de véhicule à moteur a chiffré le montant des dégâts à une somme non négligeable (Fr. 13'986.15; dos. Suva 69/12). Cette expertise a toutefois conclu que la réalisation des réparations était possible et indiquée. De surcroît, il ressort également de ce rapport que le véhicule de la recourante n'a pas dû être remorqué après l'accident (dos. Suva 69/5). De même, le dossier photographique joint à ce document ne permet pas de retenir que les forces développées durant la collision ont été d'une intensité particulière (voir dos. Suva 69/17-19). Compte tenu de ces circonstances, il faut donc admettre que la recourante a subi un accident d'une gravité moyenne, à la limite des cas de peu de gravité, et non un accident de gravité moyenne (uniquement), comme elle le fait valoir dans son recours (voir aussi TF 8C_783/2015 du 22 février 2016 c. 4.2, 8C_135/2011 du 1^{er} septembre 2011 c. 6.1.1 avec les références citées; voir également la casuistique exposée in: RUMO-JUNGO/HOLZER, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, 2012, p. 64 ss).

6.2 Quant aux critères de la jurisprudence qui doivent guider l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (voir c. 2.8.3), il convient d'abord de relever que le dossier ne permet pas de conclure à la présence de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques de l'accident (voir TF 8C_475/2018 du 5 septembre 2019 c. 5.3.1.1, 8C_96/2017 du 24 janvier 2018 c. 5.1). Pour les raisons qui viennent d'être évoquées, notamment (voir c. 6.1 et dos. Suva 134/16), on ne peut en effet prêter à ce dernier un caractère impressionnant. La recourante ne le prétend du reste pas non plus (ch. III.3, ch. 6 du recours). De plus, il n'est ni allégué, ni établi, qu'une erreur dans le traitement médical a été commise et qu'elle a conduit à une aggravation notable des séquelles de l'accident. En outre, s'agissant du critère relatif aux difficultés apparues au cours de la guérison et aux complications importantes (critères non-cumulatifs, voir SVR 2012 UV n° 2 c. 3.5.5), il faut mentionner que celui-ci requiert des motifs particuliers ayant entravé la guérison. La persistance des douleurs ou d'une incapacité de travail totale ne suffit pas, à l'instar de la continuation du traitement et de la constance des troubles ressentis (ATF 140 V 356

c. 5.6.3; SVR 2019 UV n° 11 c. 8.5, 2007 UV n° 25 c. 8.5; voir en particulier: TF 8C_196/2016 du 9 février 2017 c. 5.4, 8C_252/2007 du 16 mai 2008 c. 7.6). Les douleurs chroniques, les difficultés de concentration, l'état d'épuisement et les atteintes à l'équilibre psychique, invoqués par la recourante, décrivent ainsi son état de santé (voire son évolution) mais ne constituent pas des complications dans le processus de guérison (voir TF 8C_68/2009 du 7 mai 2009 c. 5.4). Quant à l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible, il faut admettre, avec l'intimée (ch. 11.2.1 de la réponse), que des traitements de physiothérapie, des massages et la prise de médicaments, ne remplissent pas ce critère (TF 8C_99/2019 du 8 octobre 2019 c. 4.4.2.2, 8C_566/2013 du 18 août 2014 c. 6.2.3, 8C_55/2013 du 7 janvier 2014 c. 4.5.4, 8C_327/2008 du 16 février 2009 c. 4.2). Par ailleurs, aucune pièce au dossier ne met en évidence le suivi d'un traitement médical lourd et éprouvant ou une hospitalisation durable. S'agissant de l'importance de l'incapacité de travail en dépit d'efforts raisonnables de l'assuré(e), il sied de relever que la recourante a tenté de reprendre le travail en juin 2015 (dos. Suva 32/3, 41/3, 58/1 et 134/17) et en septembre 2017 (dos. Suva 80/1, 96/1 et 115/2) mais que ces tentatives ont uniquement porté sur le dernier emploi exercé, alors que, selon la psychiatre de la recourante (voir c. 4.13), seule une activité en milieu protégé est adaptée. La question de savoir si la recourante a entrepris tout ce qui pouvait être attendu d'elle pour regagner rapidement le marché du travail (ce que l'intimée conteste, voir ch. 11.2.3 de la réponse) se pose dès lors. Quoi qu'il en soit, il est douteux que ce critère soit rempli, puisque la recourante a travaillé du 1^{er} juin 2015 au 25 avril 2017 et qu'elle présente depuis une incapacité de travail de moins de 3 ans. En effet, le TF a admis la réalisation de ce critère pour un arrêt de travail à 100% ayant duré 3 ans sans interruption (voir TF 8C_116/2009 du 26 juin 2009 c. 4.6, voir également TF 8C_566/2013 du 18 août 2014 c. 6.2.7). En tous les cas, point n'est besoin d'examiner plus avant cette question, à mesure que, même s'il fallait admettre ce critère, ainsi que ceux ayant trait à la gravité/à la nature des lésions, de même qu'à l'intensité des douleurs (critère que l'intimée a admis dans sa décision sur opposition mais contesté dans sa réponse, voir ch. 11.2.4), seuls 3 des 4 critères requis en cas d'accident de gravité moyenne à la limite des cas

de peu de gravité seraient réalisés, si bien que l'existence d'un lien de causalité adéquate devrait néanmoins être exclue.

6.3 Au vu de ce qui précède, c'est donc à juste titre que l'intimée a exclu l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 9 mars 2015 et les troubles de la recourante. L'intimée était dès lors légitimée à mettre fin aux prestations d'assurance à compter du 15 juin 2018, de même qu'à nier un droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité et à une rente.

7.

Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

7.1 En vertu de l'art. 61 let. a LPGA, il n'est pas perçu de frais pour la procédure de recours.

7.2 Il n'y a lieu d'allouer de dépens ni à la recourante qui n'obtient pas gain de cause ni à l'intimée. L'octroi de dépens à un assureur pratiquant l'assurance-accidents obligatoire rendrait en effet le principe de la gratuité illusoire (art. 61 let. a et g LPGA; ATF 127 V 205 c. 3a, 126 V 143).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire de la recourante,
 - à l'intimée,
 - à C. _____,
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

Le président:

Le greffier:

Voie de recours

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