RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1032/2021 **ATAS/239/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 mars 2022

15ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée c/o Madame B_____, au PETIT-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUÉ	recourante

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Division juridique, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE	intimée

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1989, travaille depuis le 1er septembre 2005 en tant que secrétaire auprès du département de l'instruction publique, de la formation et de la jeunesse du canton de Genève. À ce titre, elle est assurée contre les accidents – professionnels ou non – auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).

b. Le 9 février 2016, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation. Alors qu'elle était à l'arrêt à un feu rouge, elle a été impliquée dans une collision en chaîne : son véhicule, heurté par l'arrière, a à son tour heurté la voiture le précédant. Cet événement a fait l'objet d'un rapport de police daté du lendemain.

c. Les premiers soins ont été prodigués le jour même par les médecins du service des urgences de la clinique de la Colline, qui, dans un rapport du 13 mars 2016, ont constaté une sensibilité paracervicale bilatérale des trapèzes avec une contracture associée. La radiographie de la colonne cervicale avait montré une rectitude du rachis. Forts de ce qui précédait, les médecins ont posé le diagnostic de traumatisme d'accélération cranio-cervical, traité par minerve et anti-inflammatoire et ont attesté d'une incapacité de travail de 100% du 10 au 12 février 2016, étant précisé que l'assurée n'a pas été hospitalisée. Ces médecins ont également rempli, le même jour, la fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération cranio-cervical, dont il ressortait que l'assurée a immédiatement présenté des troubles de l'audition et ressenti des céphalées, des douleurs de la nuque et des deux épaules. Dans l'heure, elle a également souffert de vertiges. Conformément à la classification Quebec Task Force, il s'agissait d'un coup du lapin de degré I (douleurs de nuque avec douleurs/ raideurs, ou uniquement douleurs, pas de signes somatiques, mobilité normale).

d. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale du 3 mars 2016 n'a pas décelé d'anomalie significative au niveau de l'encéphale ou des vaisseaux intracrâniens, étant précisé que le statut était inchangé par rapport à 2012 avec en particulier une petite anomalie linéaire sous-épendymaire devant le carrefour ventriculaire gauche, une aplasie constitutionnelle du segment V4 de l'artère vertébrale droite et A1 de l'artère cérébrale antérieure droite, ainsi qu'une hypoplasie du sinus maxillaire droit.

e. L'IRM de la colonne cervicale du 7 mars 2016 a montré un rachis cervical dans les limites de la norme compte tenu de l'âge de l'assurée et une légère cyphose cervicale en décubitus.

f. L'assurée a ensuite été suivie par son médecin traitant, le docteur C_____, médecin généraliste FMH, lequel a prolongé l'arrêt de travail et fait état, dans un rapport du 21 mars 2016, d'une importante commotion cérébrale avec coup du lapin.

g. Dès le 14 mars 2016, l'assurée, dont le taux d'activité avant l'accident était de 70%, a repris son activité professionnelle à 40%.

B. Par décision du 21 novembre 2016 – non contestée –, la SUVA, s'appuyant sur l'appréciation de son médecin d'arrondissement du 17 novembre 2016, a mis un terme au versement des prestations d'assurance servies jusqu'ici (indemnités journalières et frais de traitement), avec effet au 30 novembre 2016, relevant que les troubles encore présents n'étaient plus en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 9 février 2016.

C. **a.** Le 3 avril 2017, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI).

b. Dans un rapport du 11 juin 2018 à la SUVA, le Dr C_____ a requis la réouverture du cas pour cause de rechute, voire de séquelles tardives vu l'aggravation de l'état de santé de l'assurée dès le mois de mars 2018.

c. Le 25 juillet 2018, l'assurée, se fondant sur l'avis médical précité, a sollicité la reconsidération de la décision du 21 novembre 2016, et subsidiairement, la réouverture du cas en raison d'une rechute ou de séquelles tardives.

D. Par décision du 25 septembre 2018, confirmée sur opposition le 13 décembre suivant, la SUVA, qui a considéré le courrier du Dr C_____ du 11 juin 2018 comme comprenant simultanément une demande de reconsidération et une demande de révision, a, d'une part, refusé d'entrer en matière sur la demande de reconsidération et, d'autre part, estimé que les conditions d'une révision n'étaient pas remplies.

E. Saisie d'un recours contre la décision sur opposition précitée, le 17 février 2020, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) l'a déclaré irrecevable, car prématuré, en tant qu'il ne portait que sur la prise en charge d'une rechute, voire de séquelles tardives, problématique n'ayant fait l'objet d'aucune décision. Le recours a alors été transmis à la SUVA afin qu'elle procède à une éventuelle instruction complémentaire sur cette question et rende une décision (ATAS/114/2020).

F. **a.** Sur ce, la SUVA a demandé à l'OAI la copie du dossier de l'assurée. Celui-ci contient notamment deux avis du service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) des 2 octobre 2017 et 25 juillet 2018. Dans ce dernier avis, le SMR, constatant en particulier que l'assurée avait été victime d'un accident sans séquelles objectivables, recommandait une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer l'existence d'une pathologique incapacitante au sens de l'assurance-invalidité.

b. Dans un rapport du 11 décembre 2019, le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui suivait l'assurée depuis le 31 mai 2019, a retenu un état dépressif sévère.

c. Dans un rapport du 17 juin 2020, le docteur E_____, spécialiste FMH en neurologie, a diagnostiqué des troubles du comportement et une fatigue après trauma-crânien sur accident de circulation. Le bilan neuropsychologique révélait des troubles attentionnels importants et des difficultés mnésiques chez une patiente dépendante au Sibelium, également sous traitement antidépresseur.

d. Dans une appréciation du 13 août 2020, le docteur F_____, spécialiste FMH en neurologie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a, après avoir examiné les pièces médicales postérieures à la décision du 21 novembre 2016, conclu que l'aggravation des troubles subjectifs de l'assurée à partir de janvier 2018, qui n'étaient pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 9 février 2016, ne constituait pas une rechute.

G. Par décision du 19 août 2020, confirmée sur opposition le 19 février 2021, la SUVA, se référant à l'appréciation précitée, a nié le droit de l'assurée à des prestations.

H. **a.** Par acte du 19 mars 2021, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru contre la décision du 19 février 2021 auprès de la CJCAS, en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'audition de ses médecins traitants et à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire avec volets neurologique, neuropsychologique et psychiatrique, principalement, à l'annulation de cette décision et à l'octroi de prestations en lien avec la rechute annoncée, et subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimée pour qu'elle réalise une expertise dans les disciplines médicales précitées.

À l'appui de son recours, la recourante a produit en particulier :

- un rapport du 12 décembre 2018 de la doctoresse G_____, spécialiste FMH en neurologie, faisant état d'une hypersomnie, de céphalées, de sensations vertigineuses et de fatigue sévère, en lien de causalité avec l'accident de voiture de 2016 ;
- un rapport du 14 février 2019 établi conjointement par les Drs C_____ et G_____, évoquant un fait nouveau sous la forme d'un état dépressif depuis janvier 2018, s'étant fortement décompensé à partir du mois de mars 2018, et estimant que la symptomatologie du traumatisme crânien était en relation directe avec l'accident de 2016 ;
- un rapport du 28 août 2019 du Dr C_____, résumant notamment les traitements suivis par sa patiente ;
- un rapport du 19 novembre 2020 du Dr E_____, se déterminant sur l'appréciation du Dr F_____ du 13 août écoulé.

b. Dans sa réponse du 19 mai 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours.

c. Dans sa réplique du 15 juillet 2021, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle a joint un rapport complémentaire du 23 mars 2021 du Dr E_____ relatif à l'appréciation précitée du Dr F_____, ainsi qu'un courrier du 9 août 2018 de son employeur lui confirmant que dès le 18 août 2018 son taux d'activité passerait de 70% à 20%.

d. Dans sa duplique du 10 septembre 2021, l'intimée, qui a versé au dossier l'appréciation du 12 août 2021 du Dr F_____, a maintenu ses conclusions.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le 1er janvier 2021, est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA.

3.1 Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3.2 Déposé après le 1er janvier 2021, le recours sera donc traité sous l'angle du nouveau droit de la LPGA (cf. ATAS/360/2021 du 15 avril 2021 consid. 3).

4. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date (le 9 février 2016), le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

5. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

6. Le litige porte sur la question de savoir si les troubles présentés par la recourante dès janvier 2018 et annoncés au titre d'une rechute sont en lien de causalité avec l'accident du 9 février 2016.

7. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend 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).

7.1 La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

7.2 L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 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 cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. 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 ; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b).

7.3 En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de

têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). L'absence de douleurs dans la nuque et les épaules dans un délai de 72 heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type « coup du lapin » justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après un période de latence (par ex., vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable ; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes - qui appartiennent, avec les cervicalgies, au tableau clinique typique d'un traumatisme de type « coup du lapin » - apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (SVR 2007 UV n. 23 p. 75; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.580/06 du 30 novembre 2007 consid. 4.1).

7.4 Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré 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 125 V 456 consid. 5a et les références).

7.4.1 En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5) ou d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale et d'un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable (ATF 134 V 109 consid. 7 à 9; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 117 V 359 consid. 6a; SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2; sur l'ensemble de la question: cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb).

7.4.2 Selon la pratique du « coup du lapin », l'examen de ces critères doit se faire au moment où aucune amélioration significative de l'état de santé de l'assuré ne peut être attendue de la poursuite du traitement médical relatif aux troubles typiques du « coup du lapin » – dont les composantes psychologique et physique ne sont pas facilement différenciées – (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et consid 6.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_303/2017 consid. 4.1) ou, autrement dit, du traitement médical en général (« ärztlichen Behandlung insegamt » une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (RUMO-JUNGO / HOLZER, Bundesgestz über die Unfallversicherung [UVG] 2012 ad art. 6 p. 60).

7.4.3 Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre les plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, il y a lieu d'abord d'opérer une classification des accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement; les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (ATF 134 V 109 consid. 10.1; ATF 115 V 133 consid. 6). Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 117 V 359 consid. 6a). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références).

Lorsque l'accident est insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles peut, en règle générale, être d'emblée niée, sans même qu'il soit nécessaire de trancher le point de savoir si l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'une lésion analogue à une telle atteinte ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 134 V 109 consid. 10.1; ATF 117 V 359 consid. 6a; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.428/2006 du 30 octobre 2007 consid. 4.2). Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail et de gain. Il faut alors que les conséquences immédiates de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères applicables en cas d'accident de gravité moyenne se cumulent ou revêtent une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2008 du 24 avril 2009 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.369/01 du 4 mars 2002 consid. 2c).

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité adéquate entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) (ATF 134 V 109 consid. 10.1; par analogie ATF 115 V 403 consid. 5b).

Sont réputés accidents de gravité moyenne, les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un tel accident et des atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme cranio-cérébral, il faut que soient réunis certains critères objectifs, désormais formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 10.2):

- 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;

- et, enfin, l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré.

L'examen de ces critères est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques: ainsi, les critères relatifs à la gravité ou à la nature particulière des lésions subies, aux douleurs persistantes ou à l'incapacité de travail sont déterminants, de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 359 consid. 6a; ATF 117 V 369 consid. 4b).

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 134 V 109 consid. 10.1; ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références). En particulier, en cas d'accident de gravité moyenne, trois critères au moins parmi les sept consacrés dans l'ATF 134 V 109 doivent être réunis pour qu'on puisse admettre un lien de causalité adéquate entre des plaintes et un traumatisme cervical ou cranio-cérébral lorsque par ailleurs aucun des critères admis ne revêt en soi une intensité particulière (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5). Dans les accidents de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité, quatre critères doivent être donnés (arrêt du Tribunal fédéral 8C_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5).

7.4.4 Nonobstant ce qui précède, même en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral, si les symptômes (non psychiques) du tableau clinique sont réellement à l'arrière-plan par rapport à l'importance des symptômes psychiques, ou si ces troubles psychiques apparaissent très tôt de manière prédominante, soit dans un délai maximum de six mois, ou si l'accident n'a fait que renforcer des troubles psychiques qui étaient déjà présents avant cet événement, ou encore lorsque les troubles psychiques constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante et non seulement l'un des éléments du tableau clinique type (ATF 123 V 98 consid. 2), il convient d'appliquer, dans les cas d'accidents de gravité moyenne, les critères objectifs tels que définis à l'ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et à l'ATF 115 V 403 consid. 5c/aa, au regard des seules atteintes somatiques, soit :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;

- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;

- la durée anormalement longue du traitement médical;

- les douleurs physiques persistantes;

- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;

- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;

- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

8. L'existence d'un traumatisme de type « coup du lapin » et de ses suites doivent être dûment attestées par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 117 V 359 consid. 4b).

8.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

8.2 Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n’est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un

examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

8.3 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

9. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

9.1 Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

9.2 Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé

entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (SVR 2016 n° UV p. 55 consid. 2.2.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 4.2).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

11. En l'espèce, l'intimée refuse d'allouer ses prestations pour les troubles annoncés comme rechute en 2018, motif pris de l'absence d'un lien de causalité entre ceux-ci et l'accident du 9 février 2016.

11.1 Il ressort du dossier que la recourante souffre d'une hypersomnie, de céphalées, de sensations vertigineuses, de fatigue sévère (rapport de la Dresse G_____ du 12 décembre 2018), de troubles attentionnels importants et de difficultés mnésiques (rapport du Dr E_____ du 17 juin 2020), ainsi que d'un état dépressif sévère (rapport du Dr D_____ du 11 décembre 2019).

11.1.1 Le Dr F_____, médecin d'arrondissement de l'intimée, nie tout lien de causalité naturelle entre l'accident et ces plaintes (appréciations des 13 août 2020 et 12 août 2021), à l'inverse des médecins traitants (rapport de la Dresse G_____ du 12 décembre 2018 ; rapport conjoint des Drs G_____ et C_____ du 14 février 2019 ; rapports du Dr E_____ des 19 novembre 2020 et 23 mars 2021).

11.1.2 Postérieurement à son accident, la recourante s'est plainte immédiatement de troubles de l'audition, de céphalées, de douleurs de la nuque et des deux épaules, ainsi que – une heure après l'événement – de vertiges (fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération cranio-cervical du 13 mars 2016 remplie par la clinique de la Colline). Le diagnostic de traumatisme cervical de type « coup de lapin » a été posé (rapport de cette clinique du 13 mars 2016 ; rapport du Dr C_____ du 21 mars 2016).

Il est vrai que les troubles annoncés au titre de la rechute sont, au vu de la jurisprudence, considérés comme appartenant au tableau clinique d'un traumatisme de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral (consid. 7.3 ci-dessus : les vertiges et les céphalées ont persisté, tandis que la fatigue, les troubles du sommeil, les troubles de la concentration et de la mémoire, puis la dépression se sont manifestés ultérieurement), bien qu'ils ne soient pas objectivables au moyen d'appareils

diagnostiques ou d'imagerie (ATF 138 V 248 consid. 5.1; IRM cérébrale du 3 mars 2016; IRM de la colonne cervicale du 7 mars 2016; appréciation du Dr H_____ du 17 novembre 2016; avis du SMR des 2 octobre 2017 et 25 juillet 2018 ; appréciations du Dr F_____ des 13 août 2020 et 12 août 2021).

Cela étant, la question de savoir si, en dépit de l'absence d'un déficit organique consécutif à l'accident, ces troubles sont – au degré de la vraisemblance prépondérante (consid. 7.2 ci-dessus) – en relation de causalité naturelle avec un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (distorsion), un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral peut rester ouverte, dans la mesure où, comme on le verra ci-après, la causalité adéquate fait de toute manière défaut.

11.2 Dans ce cadre, l'intimée range l'accident du 9 février 2016 (collision en chaîne) dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité, en se référant notamment aux arrêts du Tribunal fédéral 8C_511/2010 du 22 mars 2011; 8C_575/2010 du 3 juin 2011. De son côté, la recourante le classe parmi les accidents de gravité moyenne stricto sensu, en citant l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_458/2010 du 4 avril 2011.

La qualification précise de l'accident peut demeurer indécise, car même dans l'hypothèse où il serait de gravité moyenne, cela ne modifierait pas l'issue du litige, en appliquant les critères jurisprudentiels dégagés dans l'ATF 134 V 109 (consid. 7.4.1-7.4.3 ci-dessus).

11.2.1 À cet égard, c'est le lieu de rappeler que la survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère jurisprudentiel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.1.1).

Le Tribunal fédéral a admis le critère de « circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident » s'agissant d'un important carambolage sur l'autoroute, ou d'une collision entre une voiture et un camion dans un tunnel d'autoroute avec nombreux heurts contre le mur du tunnel, ou d'une collision entre une voiture et un semi-remorque, le conducteur du semi-remorque n'ayant pas remarqué le véhicule dans lequel se trouvait l'assuré l'a poussé sur une longue distance (300 m de côté), ou encore, d'une importante embardée du véhicule qui perd une roue sur l'autoroute alors qu'il circule à haute vitesse, avec plusieurs tonneaux et projection d'un passager hors du véhicule (arrêt du Tribunal fédéral 8C_817/2009 du 26 mars 2010 consid. 4.2.1 et les références).

En l'occurrence, aucune description de l'accident ou les circonstances qui l'entourent n'ont objectivement eu un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant. La recourante, après le choc, sans que l'airbag ne se soit déclenché, a pu sortir de son véhicule (bien qu'endommagé à l'avant et à l'arrière),

et a été en mesure de marcher ; par ses propres moyens, elle s'est rendue à la permanence (rapport de police du 10 février 2016, p. 2 et 4 ; questionnaire pour la clarification par téléphone ou lors d'une entrevue en cas de lésion de la colonne cervicale ou de traumatisme crânien cérébral léger du 21 juin 2016, p. 5 ; dans ce sens : arrêt du Tribunal fédéral 8C_354/2011 du 3 février 2012 consid. 3.3). Ni le rapport de police ni le questionnaire précité n'indiquent que l'appui-tête ou le dossier du siège se seraient brisés (dans ce sens : arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.83/02 du 14 octobre 2002 consid. 4.2).

11.2.2 S'agissant de la gravité et de la nature particulière des lésions, la recourante allègue souffrir encore de vertiges, de céphalées, de troubles attentionnels et mnésiques, d'une hypersomnie et d'une dépression. Elle n'a toutefois pas été victime d'un traumatisme crânien grave (selon la fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération cranio-cervical du 13 mars 2016), ni n'a perdu connaissance (rapport de police du 10 février 2016), ni n'a été hospitalisée ou subi d'intervention chirurgicale (rapport de la clinique de la Colline du 13 mars 2016). Du reste, elle n'a jamais été touchée sévèrement à un organe. Ainsi, ce critère n'est pas rempli, d'autant moins qu'aucun examen cérébral ou cervical – comme relevé plus haut – n'a mis en évidence une séquelle organique consécutive à l'accident. Le Dr E_____ ne le prétend du reste pas (rapport du 19 novembre 2020). Le fait que la recourante présente encore une symptomatologie typique d'un traumatisme de type « coup du lapin » ne suffit pas, en soi, à conclure que les troubles dont elle continue de souffrir répondent au critère de gravité particulière exigée par la jurisprudence (dans ce sens: ATAS/343/2017 du 2 mai 2017 consid. 15b; arrêt du Tribunal cantonal de l'État de Fribourg – Ière Cour des assurances sociales – 605 2011 173 du 14 novembre 2014 consid. 3.fbb).

11.2.3 En ce qui concerne le traitement médical, il s'est résumé au port d'une minerve et à la prise d'antalgiques (rapport de la clinique de la Colline du 13 mars 2016 ; rapport du Dr C_____ du 21 mars 2016), puis consiste actuellement en la prise d'anti-vertigineux et d'antidépresseurs (rapport du Dr D_____ du 11 décembre 2019 ; rapport du Dr E_____ du 17 juin 2020). Or, un traitement médicamenteux consistant en des antalgiques et des antidépresseurs n'a pas le caractère de pénibilité requis par la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 8C_55/2013 du 7 janvier 2014 consid. 4.5.4 et les références), pas plus que ne sauraient être pénibles la prise d'anti-vertigineux et les consultations chez le médecin. Le fait que la recourante soit dépendante à ce traitement médicamenteux n'est pas déterminant, puisque la prise quotidienne de plusieurs médicaments pour soigner ses troubles ne permet pas de conclure à la réalisation du critère relatif à l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible (arrêt précité, ibidem).

11.2.4 Par ailleurs, le dossier ne fait mention d'aucune erreur médicale.

11.2.5 Même si, en dépit des traitements, la recourante continue de présenter un tableau clinique d'un traumatisme de type « coup de lapin » ou analogue, cette constatation ne suffit pas à reconnaître qu'elle a dû faire face à des difficultés particulières ou à de lourdes complications en cours de guérison (ATAS/343/2017 du 2 mai 2017 consid. 15f; arrêt du Tribunal cantonal de l'État de Fribourg – Ière Cour des assurances sociales – 605 2011 173 du 14 novembre 2014 consid. 3.fee). Il doit exister des motifs particuliers ayant entravé la guérison, et ce même s'il n'a pas été possible de supprimer les douleurs de l'intéressée, ni même de rétablir une capacité de travail entière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_196/2016 du 9 février 2017 consid. 5.4 et les références). Le simple motif que la situation d'une assurée ne connaît pas d'amélioration significative depuis la survenance d'un accident ne suffit pas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 5). Le seul fait qu'une thérapie régulièrement suivie ne débouche pas sur une absence de douleurs non plus (arrêt du Tribunal fédéral 8C_915/2009 du 10 février 2010 consid. 4.5). Il en va de même du suivi d'un traitement médical et de l'existence de troubles importants, voire même d'une dégradation de l'état de santé psychique et physique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_68/2009 du 7 mai 2009 consid. 5.4).

11.2.6 Le point de savoir si les critères de l'intensité des douleurs et de l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assurée sont donnés peut rester indécis (la recourante, qui a repris son activité habituelle à 40% dès le 14 mars 2016, puis à 70% à une date inconnue [réplique, p. 5], avant de la réduire à 20% à partir du 18 août 2018 [courrier de l'employeur du 9 août 2018], affirme que sa mère effectue ses tâches quotidiennes – ménage, repas, administration – [rapport de la Dresse G_____ du 12 décembre 2018]). En effet, leur éventuelle admission ne conduirait qu'à la reconnaissance de deux critères sur sept, qui ne sont pas à eux seuls décisifs pour admettre le lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles présentés (consid. 7.4.3 ci-dessus ; dans ce sens : arrêt du Tribunal fédéral 8C_915/2009 du 10 février 2010 consid. 4.5.2).

11.3 Par surabondance, on relèvera que dans l'éventualité où la dépression dont souffre la recourante ne constituerait pas un symptôme d'un traumatisme de type « coup de lapin » ou analogue, mais représenterait plutôt une atteinte à la santé psychique propre, distincte du tableau clinique, l'application dans ce cas des critères jurisprudentiels définis aux arrêts ATF 115 V 133 et ATF 115 V 403 (consid. 7.4.4 ci-dessus) ne conduirait pas à un résultat différent.

11.3.1 À cet égard, en ce qui concerne le critère des « circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident », il suffit de renvoyer au consid. 11.2.1 ci-dessus pour conclure qu'il n'est pas réalisé en l'espèce. De même, le dossier ne fait ni mention d'erreurs dans le traitement médical qui auraient entraîné une aggravation notable des séquelles (physiques) de l'accident, ni de difficultés apparues au cours

de la guérison et de complications importantes, étant précisé qu'il convient de faire abstraction ici des troubles non objectivables et en particulier des troubles psychiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_810/2019 du 7 septembre 2020 consid. 4.3.2).

11.3.2 S'agissant du critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques, il postule d'abord l'existence de lésions physiques graves ou, s'agissant de la nature particulière des lésions physiques, d'atteintes à des organes auxquels l'être humain attache normalement une importance subjective particulière (par exemple, la perte d'un œil ou certains cas de mutilations à la main dominante ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_114/2021 du 14 juillet 2021 consid. 3.2 et la référence).

Or, comme on l'a dit plus haut, aucune IRM ne fait état d'une atteinte cérébrale ou cervicale consécutive à l'accident. Aussi ce critère n'est-il pas rempli.

11.3.3 Pour l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). En outre, 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'assurée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_421/2021 du 27 janvier 2022 consid. 5.3.1 et la référence). La prise de médicaments et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêt du Tribunal fédéral 8C_566/2019 du 27 novembre 2020 consid. 7.1 et la référence).

En l'espèce, la prise de médicaments antidouleurs et anti-vertigineux ne suffit pas pour admettre ce critère, étant précisé que le suivi psychiatrique et la prise d'antidépresseurs ne sont nullement déterminants, dès lors que l'examen des critères applicables lorsque des troubles psychiques constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique se fait en excluant les aspects psychiques.

11.3.4 Ainsi, même si le critère de douleurs physiques persistantes et celui du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques étaient remplis – point qui peut rester indécis –, ils ne suffisent pas, à eux seuls, à admettre le caractère adéquat de l'atteinte psychique dans l'hypothèse où l'on ferait entrer, comme le voudrait la recourante, l'événement assuré dans la catégorie des accidents de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral 8C_766/2017, 8C_773/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.4).

11.4 Partant, la décision litigieuse ne peut être que confirmée.

12. Au vu de ce qui précède, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), il n'est pas nécessaire d'entendre les médecins traitants ou de mettre en œuvre une expertise judiciaire, comme le sollicite la recourante.

13. Par conséquent, le recours est rejeté.

La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} a contrario LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Nathalie LOCHER	Marine WYSSENBACH

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le