

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1782/2010

ATAS/289/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

4^{ème} Chambre

Arrêt du 23 mars 2011

En la cause

Madame C_____, domiciliée à Loisin, France, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Pierre GABUS

recourante

contre

SWICA ASSURANCES SA, sise Römerstrasse 37, 8401
Winterthur

intimée

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Rosa GAMBÀ et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame C _____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1951, travaillait en qualité d'aide-soignante auprès du FOYER X _____ - depuis 1988. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de SWICA ASSURANCES SA (ci-après l'assureur ou l'intimée).
2. En 2008, l'assurée a été victime de deux accidents, dont les suites ont été prises en charge par l'assureur.
3. Le 28 janvier 2008, l'intéressée a tout d'abord été agressée sur son lieu de travail par un résident qui, l'ayant saisie par la tête, l'a énergiquement secouée dans tous les sens.
4. L'assurée a subi une contusion cervicale sur « manipulation intempestive et soudaine » ainsi que le Dr L _____ l'a confirmé dans son certificat du 2 mars 2008. Il a prescrit un arrêt de travail à 100 % du 29 janvier au 4 février 2008, avec une reprise de travail à 100 % dès le 5 février 2008. Le traitement ordonné par ce praticien consistait en des séances de physiothérapie et la prise d'AINS.
5. Des radiographies du rachis cervical pratiquées le 30 avril 2008 ont révélé des troubles statiques du rachis cervical avec déviation à gauche, sur probable scoliose dorsale à convexité droite. Il n'y avait pas de lésion focale, ni d'anomalie atlanto-occipitale, mais de très probables troubles dégénératifs au niveau des articulations vertébrales postérieures entre C3-C4, C4-C5, prédominant du côté gauche, ainsi qu'une annulation de la lordose physiologique, associée à un pincement intersomatique en C3-C4, C4-C5 et C5-C6, d'aspect plutôt dégénératif.
6. L'assurée a également été victime d'un accident de la circulation en date du 24 octobre 2008. Selon la déclaration d'accident du 30 octobre 2008, alors qu'elle circulait au volant de sa voiture, l'intéressée a été percutée sur le côté droit par un autre véhicule. Les parties incriminées ont établi un constat amiable d'accident, dont il résulte que l'assurée n'a pas observé un signal de priorité.
7. A la suite de cet accident, l'assurée a été en arrêt de travail à 100 % du 24 octobre au 11 novembre 2008, puis à 50% du 12 au 30 novembre 2008. Du 1^{er} au 18 décembre 2008, elle était totalement capable de travailler et du 19 janvier au 8 février 2009, sa capacité de travail était nulle. Depuis le 9 février 2009, elle travaille à 50%.
8. L'assureur a pris en charge le cas, avec début du droit à l'indemnité journalière dès le 25 octobre 2008.
9. Les premiers soins ont été administrés par la le Dr M _____, spécialiste FMH en médecine interne à la Clinique des Grangettes.

10. Dans un rapport du 27 octobre 2008, adressé au Dr L_____, médecin traitant, le Dr M_____ a fait état d'un traumatisme cervical d'accélération de stade II, sans céphalées, nausées, vomissements ou vertiges. Selon les examens complémentaires ordonnés, l'assurée souffrait également d'une discopathie étagée de C3 à C7.
11. Le diagnostic de traumatisme cervical d'accélération a été rappelé par la Clinique des Grangettes dans son rapport initial du 12 décembre 2008.
12. Selon un courrier du 19 mars 2009 du Dr L_____, l'assurée, qui n'avait jamais eu de problèmes cervicaux avant l'accident, a souffert de deux épisodes d'entorses cervicales. Les traitements prescrits étaient adéquats mais les médicaments qui auraient pu amener un certain bénéfice, tels que myorelaxants ou antidépresseurs, n'étaient pas tolérés.
13. L'assureur a mandaté le Dr N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, pour expertise. Dans son rapport du 8 avril 2009, ce praticien a diagnostiqué une discopathie étagée C3-C7, une entorse cervicale de stade II, une entorse temporo-mandibulaire et un déséquilibre scapulothoracique droit. Selon l'expert, l'atteinte à la santé était due aux événements des 28 janvier et 24 octobre 2008 de façon fortement vraisemblable. En effet, bien que l'assurée présentât une cervicarthrose étagée et des signes dégénératifs au niveau de son rachis cervical, la symptomatologie n'était pas expliquée par la pathologie dégénérative. L'expert était également surpris par la présence de douleurs au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire et souhaitait par conséquent que le médecin traitant fasse des investigations au niveau de cette articulation. Il estimait en effet qu'il était possible qu'il y ait luxation, voire subluxation ce qui pouvait entraîner le cortège de douleurs et raideurs cervicales. La stabilisation de l'état et le retour au statu quo sine dépendaient ainsi avant tout du résultat des investigations au niveau temporo-mandibulaire. Si ces investigations devaient s'avérer négatives, le statu quo sine pouvait être établi, les troubles dégénératifs au niveau du rachis cervical étant importants et préexistants aux accidents de 2008.
14. Par courrier du 17 avril 2009, l'assureur a transmis l'expertise au Dr L_____ et l'a informé qu'il restait dans l'attente des résultats des investigations qui devaient être effectuées au niveau temporo-mandibulaire.
15. Le 20 avril 2009, l'assureur a informé l'assurée qu'il entendait réduire l'indemnité journalière de 10 % pendant deux ans à partir de la naissance du droit, motif pris qu'au moment de l'accident, elle n'avait pas observé le signal de priorité ou un feu rouge. De ce fait, elle avait subi des blessures qui étaient la cause de son incapacité de travail depuis le 25 octobre 2008. Cependant, son employeur avait conclu une assurance complémentaire pour les risques particuliers, de sorte que l'assureur allait

verser, dans le cadre de cette assurance, la réduction effectuée selon la loi sur l'assurance-accidents.

Par décision du 18 mai 2009, confirmée sur opposition le 23 avril 2010, l'assureur a réduit de 10 % l'indemnité journalière de l'assurée, pour une durée de deux ans dès la naissance du droit, pour négligence grave. L'effet suspensif d'un éventuel recours a été retiré.

Le 19 mai 2010, l'assurée, sous la plume de son mandataire, a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent, contestant la réduction de 10 % opérée par l'intimée sur les indemnités journalières, au motif que rien ne permettait d'affirmer qu'elle se serait rendue coupable d'une transgression grave d'une règle élémentaire ou de plusieurs règles importantes de circulation. Cette procédure est actuellement pendante sous le numéro de cause A/1783/2010.

16. En parallèle, plusieurs rapports médicaux ont été communiqués à l'assureur.
17. Dans un courrier du 13 mai 2009, le Dr O_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie (ORL) auprès de la Clinique des Grangettes, a indiqué au Dr L_____ que l'examen ORL était normal à ce jour. Une raideur des muscles cervicaux postérieurs était relevée. Toutefois, aucun signe d'atteinte ou de problème de la région de l'articulation temporo-mandibulaire n'avait été constaté.
18. L'assurée a également été adressée au Dr P_____, spécialiste FMH en maladies rhumatismales, qui l'avait déjà suivie par le passé. A la demande de ce médecin, une IRM du rachis cervical a été effectuée le 29 mai 2009. A teneur du rapport y relatif, une uncodiscarthrose étagée de C3 à C6, plus marquée en C3-C4, contribuant à établir un rétrécissement canalaire étagé en association à une hypertrophie des ligaments jaunes, un rétrécissement foraminaux bilatéral associé en C3-C4, une discopathie C6-C7 non compressive et une arthrose interapophysaire modérée avaient été constatés sur les images.
19. Le 2 juillet 2009, le Dr L_____ a informé l'assureur que sa patiente ne souffrait d'aucune atteinte psychique.
20. Au mois d'août 2009, le Dr Q_____, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué à l'assureur que l'assurée l'avait consulté pour des problèmes de nuqualgies dans un contexte de status post-accident. Il avait commencé un traitement d'acupuncture, qui avait montré un début d'amélioration après trois séances, mais il n'avait pas pu être terminé, la patiente n'étant plus revenue.
21. Le 4 septembre 2009, une radiographie des articulations temporo-mandibulaires, bouche ouverte et bouche fermée, a été effectuée. Celle-ci s'est avérée normale.

22. Dans un courrier du 24 septembre 2009, le Dr P_____, a posé le diagnostic de cervicalgies chroniques, sans élément neurologique déficitaire sur une cervicarthrose décompensée par les deux événements traumatiques. Au vu des différents échecs thérapeutiques successifs, le pronostic était mauvais quant à une amélioration du handicap algo-fonctionnel.
23. Le 12 novembre 2009, le Dr N_____ a répondu aux questions complémentaires posées par l'assureur afin d'éclaircir la situation. Ce praticien a notamment considéré que les troubles dont souffrait l'assurée étaient partiellement et de façon possible dus à l'événement du 24 octobre 2008 et non à celui du 28 janvier 2008, dès lors que les différents bilans réalisés après son appréciation médicale avaient permis d'exclure une atteinte temporo-mandibulaire. L'expert a ainsi considéré qu'en ce qui concernait l'événement du mois de janvier 2008, le statu quo sine avait été atteint le 4 février 2008, à la reprise de l'activité professionnelle, sans restriction jusqu'à l'événement du 24 octobre 2008. S'agissant de ce dernier, le statu quo sine avait été atteint le 18 janvier 2009 au plus tard, soit 8 semaines après l'accident. En effet, pour une contusion cervicale simple, ce temps de traitement était celui permettant une guérison. Par ailleurs, les différents examens effectués suite à l'accident du mois d'octobre 2008 n'avaient mis en évidence ni lésion tendineuse ou ligamentaire ni lésion osseuse d'origine traumatique.
24. Le 7 décembre 2009, l'assureur, dans le cadre du droit d'être entendu, a informé l'assurée qu'il mettait fin aux prestations, le statu quo sine pour l'événement du 28 janvier 2008 ayant été atteint au 5 février 2008 et au 18 janvier 2009 pour l'événement du 24 octobre 2008. L'assureur renonçait toutefois à réclamer la restitution des prestations versées du 19 janvier au 30 novembre 2009.
25. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assurée s'y est opposée en date du 18 janvier 2010.
26. Par décision formelle du 4 février 2010, l'assureur a notifié à l'assurée la fin du droit aux prestations, reprenant les motifs contenus dans sa communication du 7 décembre 2009.
27. L'assurée a formé opposition le 10 février 2010, rejetée par décision de l'assureur du 23 avril 2010. L'effet suspensif d'un éventuel recours a été retiré.
28. Par acte du 19 mai 2010, l'assurée a recouru contre la décision sur opposition précitée, concluant, sous suite de dépens, préalablement, à la restitution de l'effet suspensif, à l'apport d'un rapport établi par le Dr R_____, spécialiste FMH en rhumatologie, du 22 mars 2010, et à son audition. Principalement, elle concluait à l'annulation de la décision querellée, à l'octroi d'une rente d'invalidité et à l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, la cause devant être renvoyée à l'intimée pour calcul et détermination du montant de la rente et de

l'indemnité. A l'appui de ses conclusions, elle a notamment contesté la valeur probante du rapport du Dr N_____ et allégué qu'elle souffrait de violentes cervicalgies et d'une raideur musculaire, attestées et objectivées par les Dr O_____, L_____ et P_____.

29. L'intimée s'est opposée à la restitution de l'effet suspensif par courrier du 1^{er} juin 2010.
30. Par arrêt incident du 7 juin 2010 (ATAS/642/2010), le TCAS a rejeté la demande de restitution d'effet suspensif, considérant que les chances de succès de la recourante, sur le fond du litige, n'apparaissaient *prima facie* pas telles qu'elles l'emporteraient sur l'intérêt de l'intimé à l'exécution immédiate de sa décision de mettre fin aux prestations.
31. Dans sa réponse du 17 juin 2010, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a notamment considéré que le rapport du Dr N_____ répondait aux exigences jurisprudentielles de sorte qu'une pleine valeur probante devait lui être reconnue.

En annexe à cette écriture figuraient notamment les pièces complémentaires suivantes :

- Le rapport d'expertise du Dr R_____ du 25 mars 2010, dans lequel il a posé les diagnostics de cervicalgies chroniques post-traumatiques avec rectitude cervicale marquée et de cervicarthrose étagée modérée ;
 - Une note interne du service médical de la SWICA, soit pour lui du Dr S_____, spécialiste FMH en médecine interne, à teneur de laquelle ce praticien s'était entretenu téléphoniquement, le 26 avril 2010, avec le Dr R_____, qui lui avait confirmé que la nature post-traumatique des cervicalgies de la recourante ne constituait pas un diagnostic mais un descriptif de la survenue d'apparition desdites cervicalgies. Ainsi, aucune appréciation de la causalité n'avait été effectuée ;
 - Le complément du Dr R_____ du 1^{er} juin 2010, dans lequel ce praticien indiquait qu'il avait utilisé le terme « post-traumatique » pour définir, sur le plan médical, le fait que les cervicalgies avaient débuté après deux accidents, ajoutant que « le fait qu'un statu quo sine ait été rendu lors des expertises précédentes et que les cervicalgies persistantes soient mises en relation avec les troubles dégénératifs, constatés aux examens d'imagerie au niveau cervical chez cette patiente, ne sont pas en opposition avec [s]es conclusions ».
32. Par réplique du 27 juillet 2010, la recourante a persisté dans ses conclusions, et a relevé que le Dr R_____ estimait sa capacité de travail à 50%. Elle a en outre fait grief à l'intimée de s'être entretenue téléphoniquement avec le Dr R_____, ce dernier s'étant alors ravisé lors dudit entretien téléphonique.

33. Le TCAS a entendu les parties en audience de comparution personnelle en date du 3 novembre 2010. Se fondant sur les avis des Drs N_____, R_____ et P_____, la recourante a souligné que tous ses problèmes de santé étaient dus aux deux accidents. Elle a également déclaré qu'elle roulait lentement, car il s'agissait d'une rue où l'on ne roulait pas vite et où il y avait des dos d'ânes. Elle a confirmé que les policiers étaient venus après l'accident, mais qu'ils n'avaient pas établi de rapport. Un constat amiable a été signé par les parties, sans indication de responsabilité, car les policiers estimaient que les torts étaient partagés.
34. Par courrier du 25 novembre 2010, le TCAS a informé les parties que la cause était gardée à juger.
35. Le 6 décembre 2010, la recourante a réitéré sa demande d'audition du Dr R_____ et a sollicité celle du Dr P_____.
36. Cette écriture a été communiquée à l'intimée, la cause restant gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.
3. Interjeté dans les forme et délai légaux, le présent recours est recevable.
4. L'objet du litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimée refuse le versement d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Singulièrement, il convient d'examiner si les troubles allégués sont encore en relation avec les événements des 28 janvier et 24 octobre 2008.
5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit

à des prestations découlant d'un accident assuré suppose entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate.

6. a) L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*), ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; FRÉSARD, L'assurance-accidents obligatoire, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, n°141). Le seul fait que des symptômes ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident peut constituer un indice, mais ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «*post hoc, ergo propter hoc*»; cf. ATF [http://intrapj/cgi-bin/decis/ATF %3ca href=%22perl/decis/119 V 341%22%3e119 V 341%3c/a%3e119 V 341](http://intrapj/cgi-bin/decis/ATF%3cahref=%22perl/decis/119V341%22%3e119V341%3c/a%3e119V341) ss, consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 ss, consid. 3b). 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

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 juge, cas échéant, 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 (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3). 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, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 406 consid. 4.3.1; 119 V 337 consid. 1 ; 118 V 289 consid. 1b et les références).

b) En matière de lésions du rachis cervical par accident du type « coup du lapin » (*Schleudertrauma, whiplash-injury*) sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un rapport de causalité naturelle doit, dans la règle, être reconnue lorsqu'un tel traumatisme est diagnostiqué et que l'assuré en présente le tableau clinique typique (cumul de plaintes telles que maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, troubles de la vision, irritabilité, labilité émotionnelle, dépression, modification du caractère,

etc.). Il faut cependant que, médicalement, les plaintes puissent de manière crédible être attribuées à une atteinte à la santé ; celle-ci doit apparaître, avec un degré prépondérant de vraisemblance, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 338 consid. 2, 117 V 360 consid. 4b).

Dans un arrêt du 19 février 2008 publié aux ATF 134 V 109, le Tribunal fédéral a précisé la jurisprudence en matière d'accidents de type « coup du lapin » et lésions similaires. Il ressort de cet arrêt que la causalité naturelle ne peut être admise que dans la mesure où elle se fonde sur des données médicales fiables, soit des constatations de spécialistes. Dans un grand nombre de cas concernant ce type d'accident, on constate une amélioration sensible après peu de temps. Par contre, lorsque les douleurs sont durables et se chronicisent, se pose la question du droit à une rente. Dans cette hypothèse, il y a lieu de mettre en œuvre une expertise médicale multidisciplinaire. Il en va de même si un tel processus apparaît déjà peu de temps après l'accident (consid. 9.3). Précisément, une telle mesure d'instruction doit être ordonnée si les douleurs persistent six mois après le traumatisme et confiée à des spécialistes et comporter des examens neurologique, orthopédique, psychiatrique et, cas échéant, neuropsychologique. Pour certaines questions, elle devra être complétée par un examen otoneurologique, ophtalmologique ou autre.

7. a) En ce qui concerne la causalité adéquate, elle est donnée si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale 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 129 V 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références). Par la causalité adéquate, il s'agit de déterminer si un dommage peut encore être équitablement mis à la charge d'un tiers (en l'occurrence, l'assurance-accidents), eu égard au but de la norme de responsabilité applicable. Cette question est d'ordre juridique et il appartient au juge d'y répondre en se fondant sur des critères normatifs (cf. ATF 123 III 110 consid. 3a, 123 V 98 consid. 3, 122 V 415 consid. 2c).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 p. 366 ss et 369 consid. 4 p. 383 ss, 115 V 133 consid. 6 p. 138 ss et 403 consid. 5 p. 407 ss). En présence de troubles psychiques apparus après un

accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140 et 403 consid. 5c/aa p. 409), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a p. 367), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme crânio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b p. 383), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 et SVR 2007 UV n° 8 p. 27, consid. 2 ss, U 277/04, et les références; ATF du 6 mai 2008, 8C 339/2007).

b) En cas d'atteintes à la santé consécutives à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue (SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2) ou un traumatisme crânio-cérébral, la jurisprudence apprécie le caractère adéquat du rapport de causalité en appliquant, par analogie, les mêmes critères que ceux dégagés à propos des troubles d'ordre psychique, à la différence que l'examen de ces critères est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques : les critères de la gravité ou de la nature particulière des lésions subies, des douleurs persistantes, ainsi que du degré et de la durée de l'incapacité de travail sont déterminants de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 366 ss consid. 6a sv.; voir également ATF 123 V 99 consid. 2a et les références; RAMA 2002 n° U 470 p. 531 [arrêt M. du 30 juillet 2002, U 249/01]).

Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut dorénavant prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants (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, étant précisé que le seul diagnostic de distorsion cervicale ne suffit pas pour admettre la réalisation de ce critère. Il faut une gravité particulière du tableau clinique typique ou des circonstances particulières de nature à influencer la symptomatologie douloureuse, telles que la position particulière du corps lors de l'accident avec les complications qui s'en suivent ou d'autres lésions importantes déterminantes équivalentes à une distorsion cervicale ou à un traumatisme crânio-cérébral ;
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible; la durée anormalement longue du traitement médical ne saurait plus être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais sur l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ;

- l'intensité des douleurs; les douleurs persistantes doivent être importantes, sans interruption et crédibles en regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ;
- 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. A ce propos, il y a lieu de considérer qu'en cas d'accident de gravité légère ou moyenne, le fait d'être écarté du monde du travail pendant une très longue durée ou de manière durable apparaît d'un point de vue médical comme plutôt inhabituel. Conformément au principe de l'obligation de réduire le dommage, il doit être reconnaissable concrètement que l'assuré a entrepris tout ce qui était possible et exigible pour regagner aussi vite que faire se peut le monde du travail. Ainsi, il doit tenter de reprendre son activité malgré les éventuels désagréments personnels et, le cas échéant, avec un accompagnement thérapeutique médical. Est dès lors déterminant non plus la durée de l'incapacité de travail, mais l'importance de l'incapacité de travail malgré les efforts consentis pour reprendre le travail.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa).

8. a) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

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 LPG), 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. A 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. 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 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

c) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

d) Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (arrêt U 355/98 du 9 septembre 1999, consid. 2 et la référence, publié in RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références p. 264). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être

apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts U 359/04 du 20 décembre 2005, consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005, consid. 4.1 et U 222/04 du 30 novembre 2004, consid. 1.3 et les références).

9. L'assureur 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 (ATF 130 V 280, consid. 2.3.1). L'assureur-accidents conserve toutefois la possibilité d'ajuster rétroactivement le droit à des indemnités journalières qu'il n'a pas encore versées, ainsi que le droit à un traitement médical pour lequel il n'a pas encore admis son obligation de prester (ATF 133 V 57).
10. a) En l'espèce, la Cour de céans relève que dans les décisions querellées, l'intimée a en réalité mis un terme à son obligation de prester, qu'elle avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières, avec effet ex nunc et pro futuro. Pour supprimer avec effet rétroactif le droit à des indemnités journalières, l'intimée aurait dû procéder par la voie de la reconsidération ou de la révision procédurale (voir ATF 139 V 380, ATF non publié 8C_376/2007 du 20 juin 2008). Or tel n'a pas été le cas.

Le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité doit dont s'examiner en prenant en considération la date de suppression des prestations, soit le 1er décembre 2009.

b) Cela étant précisé, la Cour de céans constate qu'il ressort des documents médicaux que la recourante a été victime d'une atteinte à la santé de type « coup du lapin », les diagnostics de traumatisme cervical d'accélération de stade II (courrier du Dr M_____ du 27 octobre 2008) et d'entorse cervicale de stade II (expertise du Dr N_____ du 8 avril 2009).

c) Dans le cadre de l'instruction de la cause, l'intimée a confié une expertise médicale au Dr N_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, notamment aux fins de juger de la présence d'un lien de causalité naturelle entre l'incapacité de travail et l'accident du 24 octobre 2008.

Or, dans la mesure où les troubles présentés par la recourante ont duré au-delà d'une période de six mois après l'événement dommageable assuré, une expertise multidisciplinaire aurait dû être mise en place. A priori, le dossier devrait donc être

renvoyé à l'intimée pour mise en œuvre d'une instruction complémentaire sur le plan médical, eu égard à la jurisprudence du Tribunal fédéral énoncée ci-avant (cf. consid. 6b). Toutefois, il peut être renoncé à pareille mesure dans le cas d'espèce. En effet, la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles présentés par la recourante à la date de diminution des prestations, respectivement de suppression de celles-ci, et l'accident de la circulation routière incriminé peut être laissée ouverte, dans la mesure où, même en cas de réponse affirmative à cette dernière question, le rapport de causalité adéquate avec l'accident doit être nié, comme cela est démontré ci-dessous.

Dans ces circonstances, point n'est besoin de se prononcer sur la valeur probante du rapport rendu par le Dr N_____ ni d'entendre les Drs R_____ et P_____, la question du lien de causalité naturelle pouvant en l'état rester ouverte.

c) S'agissant du lien de causalité adéquate, qui est une question de droit, il convient de retenir ce qui suit :

Eu égard au déroulement des événements (manipulation intempestive et soudaine de la tête en janvier 2008, faible vitesse des véhicules impliqués dans la collision en octobre 2008, et absence d'hospitalisation de la recourante dans les deux cas) et en considération de l'abondante casuistique jurisprudentielle, les événements des 28 janvier et 24 octobre 2008 doivent être classés dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite inférieure de ceux-ci, voire même dans les accidents banaux s'agissant de l'événement de janvier 2008. Il s'ensuit qu'il y a lieu de procéder à l'examen des sept critères définis par la jurisprudence fédérale pour déterminer l'existence d'un lien de causalité adéquate.

En premier lieu, ni l'accident du 28 janvier 2008 ni celui du 24 octobre 2008 ne se sont déroulés dans des circonstances particulièrement dramatiques ou impressionnantes. Dans le premier cas, il s'agit simplement d'un pensionnaire du foyer qui a pris la tête de la recourante entre les mains et qui l'a secouée. Dans le deuxième, il s'agit d'une collision entre deux véhicules roulant lentement comme la recourante l'a elle-même admis lors de son audition du 3 novembre 2010, la route étant notamment pourvue de dos d'ânes. Le véhicule de l'assurée a été considéré en dommage total en raison de l'aspect financier. Si la police semble s'être déplacée, aucun rapport, à l'exception du constat amiable, n'a été établi.

Les lésions subies par l'intéressée (contusion cervicale en janvier 2008 et entorse cervicale de stade II en octobre 2008) ne sont pas particulièrement graves. Aucune minerve n'a été prescrite à la recourante. D'ailleurs, à l'exception des cervicalgies et de la raideur, suite à l'événement du 24 octobre 2008, elle n'a pas présenté d'autres symptômes du tableau typique d'un traumatisme de type « coup du lapin », tels que céphalées, vertiges, nausées ou encore vomissements. Elle n'a pas été

victime d'erreurs dans le traitement médical qui auraient pu engendrer une aggravation des séquelles liées à l'accident et ledit traitement ne saurait être qualifié d' « anormalement long » au sens de la jurisprudence. En effet, elle n'a pas bénéficié de suivis thérapeutiques continus à la fois spécifiques et lourds. Si l'on peut discuter du caractère spécifique de la physiothérapie ou de l'ostéopathie, le caractère lourd leur fait manifestement défaut.

Pas plus ne peut-on considérer que la recourante a rencontré des difficultés ou des complications importantes au cours du processus de guérison.

Enfin, en ce qui concerne le degré et la durée de l'incapacité de travail, la Cour de céans constate que la recourante a repris son activité à 100% le 5 février 2008 (événement du 28 janvier 2008) et 50% moins de trois semaines après l'accident du 24 octobre 2008, étant précisé qu'elle travaillait à 80% auparavant. La Cour de céans relève que le Dr Q_____ avait entrepris un traitement par acuponcture et un début d'amélioration avait été constaté après trois séances. Ce traitement n'a pas été terminé dès lors que la patiente n'est plus retournée chez ce médecin. On doit donc en déduire qu'elle n'a pas entrepris tout ce qui était raisonnablement exigible d'elle en regard du principe de l'obligation de réduire le dommage.

Au vu des éléments du dossier, il n'est pas possible d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante applicable dans le domaine de l'assurance sociale, que les douleurs présentées par l'intéressée aient eu des conséquences particulièrement pénibles sur sa vie quotidienne, ce qu'elle n'allègue d'ailleurs pas.

Il suit de tout ce qui précède qu'un lien de causalité adéquate entre les troubles présentés par la recourante et les accidents des 28 janvier et 24 octobre 2008 doit être nié de sorte qu'elle ne peut prétendre à aucune rente d'invalidité.

11. Enfin, l'intéressée conteste le refus de l'intimée de lui allouer une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Aux termes de l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA), édicté conformément à cette délégation de compétence, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1).

Une atteinte à l'intégrité n'ouvre droit à une indemnisation que si elle est durable.

En l'espèce, aucun médecin n'a été en mesure d'objectiver une quelconque lésion somatique chez la recourante suite aux événements des 28 janvier et 24 octobre 2008. Dès lors, et surtout dans le contexte d'un accident de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité, voire d'un accident banal, une indemnité pour atteinte à l'intégrité n'entre pas en considération.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté et la décision sur opposition de l'intimée confirmée. Selon la réglementation légale et la jurisprudence, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont pas droit à une indemnité de dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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