

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2024/2016

ATAS/284/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 avril 2017

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Etienne SOLTERMANN

recourante

contre

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

intimée

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1989, a travaillé dès le 19 avril 2012 à 100% en qualité de secrétaire comptable auprès de l'entreprise B_____ SA, à Genève. À ce titre elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée).
2. Le 12 décembre 2012, l'assurée circulait en voiture durant sa pause de midi. Alors qu'elle était à l'arrêt sur un cédez le passage, la voiture qui la suivait a percuté son véhicule par l'arrière. Sous l'effet du choc, ce dernier a été déplacé de quelques mètres.
3. Selon la déclaration de sinistre du 27 décembre 2012, l'assurée souffrait de douleurs cervicales, à la nuque et au dos. Le travail avait été interrompu à partir du 14 décembre 2012. Il n'y avait pas de rapport de police.
4. L'IRM cervicale pratiquée le 10 janvier 2013 a objectivé au niveau C5-C6 une discrète protrusion discale sous-ligamentaire médiane, sans hernie discale ni conflit discoradiculaire cervical. Sur le plan osseux, il n'y avait ni tassement vertébral, ni œdème médullaire. Sur le plan mécanique, il y avait une perte de la lordose anatomique avec rectitude du rachis en faveur d'une contracture musculaire. En définitive, il existait une anomalie de la statique sous forme d'une rectitude du rachis cervical de C1 à C7 sans listhésis objectivable, ainsi qu'une attitude scoliotique sinistro-convexe (contracture musculaire objectivée cliniquement). La seule anomalie discale consistait en une discrète protrusion discale sous-ligamentaire médiane C5-C6.
5. Selon la fiche documentaire pour la première consultation après un traumatisme d'accélération crânio-cervical, établie le 15 janvier 2013 par le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne et en maladies rhumatismales, l'assurée, qui ne s'attendait pas à la collision, avait la tête en rotation gauche. L'airbag n'avait pas été déclenché et l'assurée n'avait pas perdu connaissance. Elle avait eu un trou de mémoire pour la période pendant l'accident et avait eu une réaction de peur et/ou de frayeur. Après l'accident, l'assurée avait pu poursuivre sa route au volant de son véhicule. Elle avait quitté son travail après une heure. Elle avait souffert immédiatement de douleurs à la nuque et de troubles du sommeil, puis douze heures après l'accident de céphalées avec irradiation occipito-pariétale, de troubles de l'audition, ainsi que de lombalgies L4-L5 et enfin vingt-quatre heures après l'accident, de troubles de la vue. Avant l'accident, elle avait suivi un traitement pour la colonne lombaire. Le Dr C_____ a constaté un état dépressif s'installant progressivement et a diagnostiqué un état dépressif post-traumatique. Le traitement consistait en anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), en analgésiques et en physiothérapie active. L'incapacité de travail était entière depuis le 14 décembre 2012.

6. Par courrier du 22 février 2013, la SUVA a accepté d'allouer des prestations d'assurance pour les suites de l'accident non professionnel de l'assurée, à savoir une indemnité journalière et des frais médicaux.
7. Dans un rapport du 10 mars 2013, le Dr C_____ a diagnostiqué des cervico-céphalées, des dorsolombalgies et un état dépressif réactionnel, tous post-traumatiques. L'état dépressif pouvait influencer de manière défavorable le processus de guérison. L'état de santé s'améliorait sous antidépresseurs, physiothérapie et AINS. La reprise du travail était prévue à mi-mars.
8. Selon le procès-verbal d'entretien entre l'inspecteur de la SUVA et l'assurée du 19 mars 2013, celle-ci n'avait pas d'antécédent à la colonne cervicale. L'assurée a précisé que lors de l'accident sa tête avait basculé à plusieurs reprises en avant et en arrière. L'évolution de ses troubles cervicaux était en bonne voie d'amélioration grâce aux séances de rééducation posturale et de massages. L'assurée avait porté une minerve jusqu'à mi-janvier 2013 qui l'avait grandement soulagée au début. Elle présentait des douleurs qui partaient du haut des cervicales et qui se prolongeaient le long des omoplates jusqu'au bas du dos, principalement du côté gauche, lorsqu'elle restait en position prolongée assise ou debout. Elle récupérait progressivement la mobilité de la nuque mais éprouvait une limitation mécanique si elle forçait. Son médecin traitant lui avait prescrit du Cipralex (antidépresseur) qu'elle continuait à prendre régulièrement. Elle poursuivait sa rééducation de physiothérapie à raison d'une séance hebdomadaire. Le Dr C_____ lui avait également prescrit un programme de musculation santé auprès d'un coach. Son arrêt de travail avait été prolongé jusqu'à la prochaine consultation.

D'après le questionnaire pour l'éclaircissement des cas de la colonne cervicale du 19 mars 2013, l'assurée avait également présenté dans les heures suivant l'accident des nausées et des vertiges.

9. L'employeur de l'assurée a mis fin aux rapports de travail, par courrier du 26 mars 2013, avec effet au 30 avril 2013.
10. À la suite du mandat d'évaluation de l'assurée donné le 29 avril 2013 à la clinique romande de réadaptation consistant en un bilan de quatre jours dès le 3 juin 2013, l'assurée a indiqué les 30 et 31 mai 2013 qu'elle ne désirait pas se rendre à clinique car elle avait prévu des rendez-vous pour le chômage. De plus, elle n'en voyait pas l'utilité car elle se sentait bien et confirmait sa capacité de travail.
11. Dans un rapport du 19 novembre 2013, le Dr C_____ a diagnostiqué des cervico-dorso-céphalées chroniques. Il a fait état d'une bonne amélioration jusqu'au début novembre, puis d'une importante péjoration et d'une réactivation du syndrome dépressif plus on approchait de la date anniversaire de l'accident. Il a mentionné une reprise du travail à 100% à partir du 16 mai 2013. Dans son rapport du 18 mars 2014, le Dr C_____ a diagnostiqué des cervico-dorso-céphalées post-traumatiques. Il a émis un bon pronostic en précisant que les douleurs étaient présentes uniquement à l'effort. Dans son rapport du 20 septembre 2014, le

Dr C_____ a confirmé le dernier diagnostic posé. L'évolution était marquée par un fond de douleurs chroniques supportables. Le pronostic était bon, il y avait toutefois un état dépressif post-traumatique pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison. Le traitement actuel consistait en de la physiothérapie occasionnelle et du Celebrex. La dernière consultation avait eu lieu le 1^{er} juillet 2014.

12. À réception d'une facture de physiothérapie du 26 janvier 2015 mentionnant la reprise du traitement, la SUVA a demandé à l'assurée, le 25 février 2015, de faire annoncer la rechute par son employeur actuel. Le 6 mai 2015, lors d'un entretien téléphonique avec le gestionnaire de la SUVA, l'assurée a indiqué ne pas souhaiter demander à son nouvel employeur de déclaration de rechute car elle ne lui avait pas fait part de son traitement. Elle n'avait pas voulu être pénalisée au moment de l'engagement et ne se trouvait pas en incapacité de travail. Elle n'avait jamais cessé le traitement, elle voyait régulièrement le Dr C_____, tous les deux ou trois mois en général à la fin des séances de physiothérapie.
13. Dans un rapport du 16 mars 2015, le Dr C_____ a fait état depuis l'accident de quelques épisodes aigus de cervico-céphalées occipitales. Puis, dans celui du 1^{er} juillet 2015, il a diagnostiqué des récives de cervico-dorso-lombalgies et de céphalées, sans incapacité de travail. Le traitement consistait en physiothérapie, Sirdalud et Celebrex. La durée prévisible du traitement et la fréquence des consultations dépendaient de l'évolution.
14. Dans une appréciation médicale du 3 août 2015, le docteur D_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, a retenu que l'assurée présentait des cervicalgies et des brachialgies survenues après l'accident de décembre 2012. L'examen par IRM du rachis cervical avait permis d'éliminer une lésion anatomique structurelle sous-jacente. Les nombreuses séances de physiothérapie avaient visé un reconditionnement musculaire. Un état dépressif était mentionné par son médecin traitant. Deux années et demie après l'événement, on pouvait considérer que celui-ci avait maintenant cessé ses effets délétères. Le *statu quo sine* était fixé le jour même pour les troubles du rachis cervical.
15. Par décision du 16 septembre 2015, la SUVA a considéré au vu des renseignements médicaux en sa possession et l'avis de son service médical que les troubles actuels n'étaient plus en relation de causalité pour le moins probable avec un accident assuré, respectivement que les conséquences délétères de l'accident du 12 décembre 2012 étaient actuellement éteintes. Par conséquent, elle a mis un terme aux prestations d'assurance au 30 septembre 2015. Selon elle, le traitement médical à compter du 1^{er} octobre 2015 était à la charge de l'assurance-maladie. L'effet suspensif a été retiré.
16. L'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a formé opposition, le 29 septembre 2015. Elle a allégué que toute affection médicale dont elle souffrait

actuellement était exclusivement due à l'accident du 12 décembre 2012 et aux lésions subies à cette occasion. Elle a précisé qu'elle n'avait jamais souffert auparavant de problèmes de santé similaires qui pourraient expliquer et/ou justifier une causalité quelconque étrangère audit accident. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale afin de déterminer avec précision les affections dont elle souffrait encore actuellement et leur lien de causalité avec l'accident du 12 décembre 2012.

Elle a produit un certificat du Dr C_____ du 14 juillet 2015 faisant état à la suite de l'accident du 12 décembre 2012 de l'installation d'un état dépressif réactionnel ayant nécessité un traitement médicamenteux en janvier 2013. En raison de la persistance de rachialgies surtout à l'effort et en fin de journée, l'assurée avait dû suivre régulièrement de la physiothérapie. Des épisodes récurrents de poussées douloureuses avaient nécessité la prise de médicaments (Célébrex et Sirdalud). Depuis début 2015, son état était stable avec un fond de douleurs chroniques et une augmentation des douleurs en fin de journée (cervico-dorso-lombalgies et céphalées). Le traitement actuel consistait en physiothérapie et lors des épisodes aigus en prise de Célébrex et Sirdalud.

17. Dans un complément d'opposition du 20 novembre 2015, l'assurée a reproché à la SUVA d'avoir rendu une décision dénuée absolument de toute motivation. Il n'existait dans le dossier aucun élément permettant d'envisager que les affections dont elle souffrait fussent en rapport de causalité avec un événement ou une circonstance autre que l'accident. Dans la mesure où la SUVA avait un doute sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et ses troubles, elle devait mettre en œuvre une expertise neutre.
18. Dans son appréciation du 4 janvier 2016, le Dr D_____ a considéré qu'à la lumière du dernier rapport du Dr C_____, il n'y avait pas d'information médicale nécessitant la modification de son appréciation du 3 août 2015.
19. Par décision du 17 mai 2016 reçue le lendemain, la SUVA a rejeté l'opposition. Elle a observé que la décision litigieuse permettait de saisir les conséquences qu'elle entraînait et, à ce titre, devait être considérée comme étant suffisamment motivée. Selon elle, la question de savoir si les troubles qui subsistaient au-delà du 30 septembre 2015 étaient ou non en relation de causalité naturelle avec l'accident pouvait rester ouverte dès lors que les conditions pour retenir un lien de causalité adéquate n'étaient pas réalisées. Les examens médicaux, notamment l'IRM cervicale du 10 janvier 2013, n'avaient pas mis en évidence de substrat organique et l'accident devait être considéré comme étant de gravité moyenne. Aucun des critères jurisprudentiels définis pour admettre un lien de causalité adéquate n'étant réalisé, elle était en droit de mettre un terme au versement de ses prestations au 30 septembre 2015. L'effet suspensif a été retiré.
20. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assurée interjette recours en date du 17 juin 2016. Elle conclut préalablement au rétablissement de l'effet suspensif, dès lors que

les prestations de l'intimée sont plutôt espacées dans le temps et d'une importance relative, à la comparution personnelle des parties et à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire. Sur le fond et sous suite de dépens, elle conclut à l'octroi de toutes les prestations prévues par la loi et auxquelles elle a droit. Elle reprend les mêmes arguments que dans son opposition et au surplus fait grief à l'intimée d'avoir statué en se fondant exclusivement sur l'appréciation de son médecin d'arrondissement, sans se soucier de l'avis du Dr C_____ et sans ordonner une expertise médicale indépendante. Elle conclut à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire afin de disposer des éléments médicaux nécessaires à l'examen du lien de causalité tant naturelle qu'adéquate entre l'accident et son état de santé actuel. Elle reproche également à l'intimée d'avoir présumé l'absence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et ses troubles actuels, sans avoir établi l'état de fait de manière consciencieuse et sans avoir tenu compte notamment de l'aggravation de son état de santé, attestée par le Dr C_____ dans son certificat du 14 juillet 2015.

21. Par écriture du 4 juillet 2016, l'intimée s'est opposée à la restitution de l'effet suspensif, dès lors que l'assurée ne pouvait se prévaloir d'aucun intérêt prépondérant à la poursuite des prestations au-delà du 30 septembre 2015.
22. Par arrêt incident du 12 juillet 2016 (ATAS/572/2016), la chambre de céans a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif. Elle a considéré que les motifs parlant en faveur de l'exécution immédiate de la décision de mettre fin aux prestations l'emportaient sur l'intérêt de la recourante à les percevoir pendant toute la durée de la procédure. Elle a réservé la suite de la procédure.
23. Dans sa réponse du 18 juillet 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a observé que selon les documents médicaux figurant au dossier, seules persistaient des douleurs dorsales, cervicales et lombaires, sans qu'aucun des médecins consultés par la recourante n'ait indiqué que l'accident aurait entraîné une lésion anatomique à l'origine de ces troubles. Au contraire, le médecin traitant, le radiologue et le médecin d'arrondissement avaient expressément exclu une telle hypothèse. Selon la jurisprudence, une aggravation post-traumatique d'un état dégénératif antérieur auparavant asymptomatique de la colonne vertébrale sans lésion structurelle associée, cessait de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année. Par conséquent, l'appréciation du Dr D_____ qui n'était contredite par aucun avis médical contraire expliquait de façon probante que les troubles de la recourante n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident. Dans la mesure où aucun des critères jurisprudentiels pour admettre l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre des troubles inorganiques et un traumatisme de type « coup-du-lapin » n'était réalisé, il était indifférent de savoir si les troubles postérieurs au 30 septembre 2015 étaient influencés négativement par une composante psychique.

Elle a produit une nouvelle appréciation du Dr D_____ datée du 15 juillet 2016 prenant position sur l'IRM du 10 janvier 2013. Le médecin d'arrondissement relève

que sur le plan osseux, il n'y a pas de signe d'œdème médullaire qui pourrait signer un traumatisme récent. Il expose que la raideur rachidienne constatée cliniquement par le radiologue est tout-à-fait normale dans les suites d'un traumatisme du rachis. Il ne s'agit pas d'une lésion anatomique structurelle, mais d'un simple réflexe de contracture musculaire comme cela est noté fréquemment après un traumatisme en regard. La protrusion discale n'est pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident. Elle était de façon probable préexistante audit accident et avait uniquement été décompensée par ce dernier. Il ne s'agissait d'ailleurs pas d'une hernie discale, mais d'une simple protrusion, sans aucun conflit discoradiculaire. Le Dr D _____ a confirmé que le *statu quo sine* avait été atteint à la date du 3 août 2015.

24. Dans sa réplique du 16 septembre 2016, la recourante a reproché à l'intimée de s'être bornée à soumettre le dossier une nouvelle fois à son médecin d'arrondissement sans mettre en œuvre une expertise indépendante et neutre. Elle a persisté intégralement dans ses précédentes conclusions.
25. Dans sa duplique du 10 octobre 2016, l'intimée a considéré qu'à supposer que des troubles en relation avec l'accident aient persisté au-delà du 30 septembre 2015, la recourante ne saurait prétendre à des indemnités journalières et aux frais de traitement dès lors que son état de santé est stabilisé et qu'elle ne subit aucune incapacité de travail. Par substitution de motifs et en application de la disposition légale mettant un terme au droit à l'indemnité journalière et au traitement médical dès la stabilisation de l'état de santé, il y avait lieu de confirmer la décision entreprise.
26. Le 11 octobre 2016, la chambre de céans a transmis cette écriture à la recourante et sur ce, a gardé la cause à juger.

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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le 1^{er} 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 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_249/2016 du 1^{er} mars 2017 consid. 1.2).
4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA et 89B LPA.
5. La recourante, qui a récupéré une pleine capacité de travail environ cinq mois après l'accident, ne fait pas valoir d'incapacité de travail ni de gain et ne conclut pas au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Le litige porte donc uniquement sur le droit de la recourante à la prise en charge des frais de traitement au-delà du 30 septembre 2015, singulièrement, sur le point de savoir s'il existe un lien de causalité entre l'accident du 12 décembre 2012 et les troubles persistant après cette date.
6. a) 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).

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).

b) 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 faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur 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).

c) 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*; SVR 2009 UV n° 3 p. 9, arrêt du Tribunal fédéral 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2).

7. a) L'existence d'un traumatisme de type « coup du lapin » et de ses suites doit être dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9; arrêt du Tribunal fédéral 8C_384/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 3). Le Tribunal fédéral a précisé qu'il est indispensable, pour examiner le lien de causalité, de mettre en œuvre, déjà dans les premiers temps qui suivent l'accident, une instruction médicale approfondie (sous la forme d'une expertise pluri- ou interdisciplinaire), lorsqu'il existe des motifs de craindre une persistance ou une chronicisation des douleurs. Par ailleurs, une expertise apparaît indiquée dans tous les cas où les douleurs se sont déjà maintenues durant une assez longue période, sans que l'on puisse augurer une amélioration décisive dans un proche délai. En principe, une telle mesure devrait être ordonnée six mois environ après le début des plaintes (ATF 134 V 109 consid. 9.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_694/2007 du 3 juillet 2008 consid. 4.3).

Une expertise pluri- ou interdisciplinaire doit notamment permettre de trancher la question de savoir quels sont les principes applicables pour examiner le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des plaintes (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb; ATF 123 V 98 consid. 2a et les références; RAMA 2002 n° U 470 p. 531; arrêt du Tribunal fédéral 8C_694/2007, *op. cit.*, consid. 4.4).

b) 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 (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).

Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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. 3b/cc).

8. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, respectivement par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (art. 43 et 61 let. c LPGA; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 I 180 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_897/2011 du 22 novembre 2012 consid. 5.3). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de

prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

b) 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 (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). 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 du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2 et U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1).

c) Le droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b) comporte le droit pour les parties de produire des preuves concernant les faits de nature à influencer sur la décision contestée et d'obtenir d'une autorité qu'elle donne suite aux offres de preuves pertinentes (cf. ATF 132 V 368 consid. 3.1). Une partie n'a en revanche pas droit à l'administration d'une preuve dépourvue de pertinence dès lors qu'une telle preuve porte sur des circonstances sans rapport avec le litige ou qu'une appréciation anticipée des preuves recueillies démontre qu'elle ne serait pas de nature à emporter la conviction de la juridiction saisie (cf. ATF 136 I 229 consid. 5.3). Le juge peut en effet renoncer à accomplir certains actes d'instruction, sans que cela n'entraîne une violation du droit d'être entendu, s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves en général : ATF 131 I 153 consid. 3; ATF 130 II 425 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_42/2015 du 29 mai 2015 consid. 5.1). 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; arrêt du Tribunal fédéral 8C_105/2012 du 23 juillet 2012 consid. 6.2).

9. En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante a subi lors de l'accident du 12 décembre 2012 un traumatisme d'accélération crânio-cervical ou « coup du lapin ». De plus, l'intimée ne conteste pas davantage que la recourante présente un tableau clinique typique de ce type de traumatisme avec de multiples plaintes.

Toutefois, l'intimée n'a mis en œuvre aucune expertise médicale pluri- ou interdisciplinaire dans les six mois suivant l'accident permettant d'examiner le lien de causalité naturelle entre les plaintes de la recourante et l'accident du 12 décembre 2012. À cet égard, il y a lieu de relever que le 29 avril 2013, soit cinq mois et demi après l'accident, l'intimée a donné un mandat d'évaluation de la recourante à la clinique romande de réadaptation mais que celle-là n'a pas jugé utile de s'y soumettre considérant qu'elle allait bien et n'avait plus d'incapacité de travail. Par conséquent, la recourante ne peut pas reprocher à l'intimée d'avoir statué sans avoir procédé à une instruction médicale approfondie permettant d'examiner le lien de causalité naturelle, dès lors qu'elle n'a pas collaboré à l'instruction de l'affaire.

Aussi, l'intimée a statué sur la base des rapports médicaux en sa possession, à savoir notamment les appréciations du Dr D_____ et les rapports du Dr C_____. Les rapports du Dr C_____ retiennent des diagnostics qui varient selon les rapports, à savoir des cervico-céphalées avec dorsolombalgies toutes post-traumatiques (rapports des 10 mars 2013, 1^{er} juillet 2015 et 14 juillet 2015), respectivement des cervico-dorso-céphalées post-traumatiques (rapports des 19 novembre 2013, 18 mars 2014 et 20 septembre 2014), enfin des cervico-céphalées occipitales (16 mars 2015). De tels diagnostics ne sont pas de nature à démontrer l'existence d'un substrat organique objectivable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 4.2). De plus, bien qu'en posant de tels diagnostics, le médecin traitant signifie qu'il est d'avis que ces cervico-dorso-céphalées, respectivement ces dorsolombalgies avec cervico-céphalées post-traumatiques sont en lien de causalité naturelle avec l'accident du 12 décembre 2012, il ne précise pas s'il considère que le seul trouble objectivable, à savoir la protrusion discale C5-C6, a été provoqué ou seulement décompensé par l'accident. En outre, il n'explique pas pourquoi les lombalgies qui semble-t-il avaient disparu du 19 novembre 2013 jusqu'à la mi-mars 2015, soit pendant seize mois, seraient de nouveau en rapport de causalité avec l'accident de décembre 2012. Enfin, il n'explique pas davantage en quoi les troubles actuels seraient encore en lien de causalité naturelle avec l'accident près de trois ans après ce dernier. Par conséquent, ses rapports ne permettent pas de statuer sur le lien de causalité naturelle entre les troubles actuels et l'accident.

Dans ses diverses appréciations, le Dr D_____ considère que l'accident du 12 décembre 2012 n'a pas provoqué de lésion anatomique structurelle au vu de l'IRM du 10 janvier 2013, réalisée un mois après l'accident, qui révèle une discrète protrusion discale sous-ligamentaire médiane, sans hernie discale, ni conflit discoradiculaire. Sur le plan osseux, cette IRM ne montre pas de signe d'œdème médullaire signant un traumatisme récent. Autrement dit, le Dr D_____ considère que la protrusion discale n'a pas été provoquée par l'accident mais décompensée par celui-ci, ce qu'il confirme dans son appréciation du 15 juillet 2016. En revanche, l'IRM révèle une perte de lordose anatomique avec rectitude du rachis

cervical, soit un trouble statique préexistant. Il conclut que deux années et demie après l'accident, les troubles actuels ne sont plus en rapport de causalité naturelle avec ledit accident. Le Dr D_____ est le seul médecin qui se prononce sur la question du lien de causalité naturelle et aucun autre rapport médical ne conteste son avis. En outre, son appréciation concernant l'absence d'une lésion structurelle provoquée par l'accident est documentée par l'IRM cervicale du 10 janvier 2013, de sorte qu'elle a pleine valeur probante. Contrairement à ce que soutient la recourante, le simple fait que le Dr D_____ est le médecin d'arrondissement de l'intimée ne permet pas de douter de l'objectivité de son évaluation et ne justifie pas de mettre en œuvre une expertise médicale indépendante.

En revanche, son appréciation quant à l'absence de lien de causalité naturelle entre les troubles actuels et l'accident se borne à affirmer que le *statu quo sine* est atteint à la date de son évaluation du 3 août 2015 sans démontrer une telle conclusion. Par conséquent, elle ne contient aucune motivation et, partant, n'a pas de valeur probante.

10. La recourante soutient que n'ayant jamais souffert de problèmes de santé similaires aux troubles actuels avant l'accident du 12 décembre 2012, ce dernier ne peut qu'être responsable de ses troubles actuels. Ainsi que le relève l'intimée, un tel raisonnement *post hoc, ergo propter hoc* ne suffit pas, selon la jurisprudence, à établir un lien de causalité naturelle entre les troubles actuels et l'accident du 12 décembre 2012.

Selon l'appréciation du Dr D_____ du 15 juillet 2016 basée sur l'IRM cervicale du 10 janvier 2013, la protrusion discale cervicale est de façon probable une altération dégénérative discale préexistante décompensée par l'accident du 12 décembre 2012.

De plus, selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail (voir notamment arrêt du Tribunal fédéral 8C_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 5.3.1).

La preuve médicale de la causalité naturelle dans le cas d'une hernie discale, décompensée par l'accident assuré, est remplacée par la présomption jurisprudentielle – qui se fonde sur la littérature médicale – selon laquelle une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant de la colonne vertébrale cliniquement asymptomatique doit être considérée comme étant terminée, en règle générale, après six à neuf mois, au plus tard après un an (arrêts du Tribunal fédéral

8C_412/2008 du 3 novembre 2008 consid. 5.1.2 et 8C_467/2007 du 25 octobre 2007 consid. 3.1; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 avec références). S'il s'agit d'un accident sans lésions structurelles au squelette, il y a lieu de considérer que la chronicisation des plaintes doit être attribuée à d'autres facteurs (étrangers à l'accident). Des plaintes de longue durée consécutives à une simple contusion doivent en effet souvent être imputées à un trouble de l'adaptation ou de graves perturbations psychiques (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 354/04, op. cit., consid. 2.2 et U 60/02 du 18 septembre 2002).

Aussi, malgré l'absence de valeur probante de l'appréciation du Dr D_____, sur la question de l'atteinte du *statu quo sine* à la date de son évaluation du 3 août 2015, la solution à laquelle aboutit l'intimée, à savoir qu'il n'existe plus de lien de causalité naturelle entre les troubles du rachis cervical et l'accident du 12 décembre 2012 après le 30 septembre 2015 correspond à la jurisprudence susmentionnée. Par ailleurs, dans un cas similaire, le Tribunal fédéral a retenu que la discrète protrusion discale constitue la seule lésion objectivable. Selon lui, cela ne signifie pas encore qu'il s'agit là d'une lésion structurelle significative post-traumatique. Ni le jeune âge de l'assuré, ni son état de santé antérieur n'est de nature à établir l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et la protrusion discale d'une part et entre la protrusion discale et les douleurs persistantes d'autre part (arrêt du Tribunal fédéral 8C_220/2016, op. cit., consid. 4.2).

En définitive, faute d'expertise d'un orthopédiste ou d'un rhumatologue et d'un neuropsychologue se prononçant sur ledit lien de causalité naturelle, il n'est pas établi si, en dépit de l'absence d'un déficit organique consécutif à l'accident, les autres plaintes de la recourante ne sont plus du tout – au degré de la vraisemblance prépondérante – en relation de causalité avec un traumatisme de type « coup du lapin ». Cependant, même en admettant l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les autres troubles de la recourante et l'accident du 12 décembre 2012, en l'absence de preuve d'un déficit fonctionnel organique, le rapport de causalité adéquate devrait quoi qu'il en soit être nié pour les motifs qui suivent.

11. 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).

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).

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).

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 2008 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 d'origine psychique. 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). De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (SVR 2010 UV n° 25 p. 100; arrêts du Tribunal fédéral 8C_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 3.2, 8C_510/2015 du 20 octobre 2015 consid. 6.2 et 8C_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 4.1).

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)^o – 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.

12. a) En l'espèce, la chambre de céans n'est pas en mesure d'apprécier si les troubles non objectivables doivent être considérés comme faisant partie du tableau clinique typique d'un traumatisme du type « coup du lapin », dont les aspects somatique et psychique sont difficilement séparables, ou si cette problématique représente une atteinte à la santé psychique propre et distincte du tableau clinique. Or, de la réponse à ces questions dépend le point de savoir quels critères déterminants le juge doit appliquer pour se prononcer sur la causalité adéquate.

Toutefois, cette question peut rester ouverte, car même l'application de la variante jurisprudentielle la plus favorable à la recourante, soit l'examen à l'aune des critères tirés de la jurisprudence applicable aux traumatismes de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 134 V 109), conduit de toute façon à la négation du rapport de causalité adéquate avec l'accident du 12 décembre 2012.

b) Pour procéder à la classification de l'accident dans l'une des trois catégories prévues par la jurisprudence, 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. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_196/2016 du 9 février 2017 consid. 3.3.1 et 8C_818/2015 du 15 novembre 2016 consid. 5.1).

c) S'agissant de la gravité de l'accident, le véhicule de la recourante a été heurté par l'arrière par le véhicule qui le suivait, alors qu'elle était à l'arrêt. Il n'existe aucun rapport de police et on ne sait pas à quelle vitesse circulait le véhicule fautif. En outre, les lésions subies par la recourante ne sont pas de nature à donner une indication sur les forces générées par l'accident. Bien qu'il ne ressorte d'aucune pièce au dossier à quelle vitesse circulait le véhicule ayant embouti celui de la recourante, il n'apparaît toutefois pas que le choc ait été particulièrement violent, la voiture de la recourante n'ayant été déplacée que de quelques mètres lors du choc,

ses airbags ne se sont pas déclenchés et seul son pare-chocs arrière a été endommagé.

De manière générale, la jurisprudence considère qu'une collision par l'arrière alors que le véhicule est à l'arrêt constitue un accident de gravité moyenne à la limite des cas de peu de gravité (cf. notamment arrêts du Tribunal fédéral 8C_220/2016, op. cit., consid. 5.2, 8C_783/2015 du 22 février 2016 consid. 4.2, 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2, in SVR 2013 UV n° 3 p. 8, 8C_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 6.1.1; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 380/04 du 15 mars 2005 consid. 5.1.2 et les arrêts cités, in RAMA 2005 n° U 549 p. 236).

Par conséquent, 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 et ATF 129 V 402 consid. 4.4.1).

En l'occurrence, aucun de ces critères n'est réalisé. En effet, la survenue 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 (voir notamment les arrêts du Tribunal fédéral 8C_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 5.1.2 et 8C_463/2014 du 14 juin 2015 consid. 5.2.3). Or, il ne ressort pas des circonstances de l'accident qu'il a eu un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant.

Par ailleurs, la recourante n'a manifestement pas subi de lésions graves ou de nature particulière à la suite de cet événement. Il n'apparaît pas non plus qu'elle ait été victime d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident.

S'agissant de 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). Par ailleurs, l'aspect temporel n'est pas seul décisif; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 8C_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.3 et 8C_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3 avec les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêt du Tribunal fédéral 8C_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.2.3 et 8C_361/2007 consid. 5.3; RAMA 2005 n° U 549 p. 239).

En l'occurrence, force est de constater que le traitement médical a consisté pour l'essentiel en séances de physiothérapie et de renforcement musculaire, prise d'antalgiques et d'anti-inflammatoires (rapports du Dr C_____ des 15 janvier 2013, 20 septembre 2014 et 1^{er} juillet 2015, ainsi que rapport du Dr D_____ du

3 août 2015). Le Dr C_____ a également prescrit des anti-dépresseurs en janvier 2013, soit pendant une courte période (rapport du 14 juillet 2015). Aussi, il n'a pas constitué en un traitement particulièrement pénible et invasif. Cela ne suffit pas, à l'aune de la jurisprudence susmentionnée, pour conclure à une durée anormalement longue des soins médicaux.

S'agissant de l'intensité des douleurs, il faut que des douleurs importantes aient existé sans interruption notable durant tout le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (art. 19 al. 1 LAA). L'intensité des douleurs est examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_420/2013 du 30 mai 2014 consid. 7.3). En l'occurrence, selon les déclarations de la recourante et les divers rapports du Dr C_____ (19 novembre 2013, 18 mars 2014, 20 septembre 2014, 16 mars 2015 et 14 juillet 2015), il y a eu une période d'amélioration significative des douleurs dans les mois qui ont suivi l'accident, puisque la recourante se sentait bien de fin mai 2013 jusqu'au début novembre 2013, moment à partir duquel son état de santé a subi une importante péjoration. Puis, en mars 2014, seules subsistaient des douleurs à l'effort et, en juillet 2014, il existait un fond de douleurs chroniques supportables, alors qu'en mars 2015, seuls étaient signalés quelques épisodes aigus. Quoi qu'il en soit, les douleurs n'ont pas empêché la recourante de reprendre une activité professionnelle. Aussi, la recourante n'a pas présenté en permanence des douleurs physiques importantes depuis l'accident du 12 décembre 2012 sans interruption notable, de sorte que ce critère n'est pas réalisé.

Le critère de la durée de l'incapacité de travail n'est pas davantage rempli puisque celle-ci a pris fin le 16 mai 2013 et n'a donc duré que cinq mois.

En l'absence d'un cumul de critères ou d'un seul critère revêtant une intensité particulière, force est de constater que l'accident du 12 décembre 2012 ne peut être tenu pour la cause adéquate des troubles actuels de la recourante. Au vu des constatations faites ci-dessus et par appréciation anticipée des preuves, la chambre de céans peut statuer sur la relation de causalité naturelle entre l'accident et les troubles actuels de la recourante, sans que la mise sur pied d'une expertise médicale ne soit nécessaire (ATF 136 I 229 consid. 5.3 et ATF 134 I 140 consid. 5.3). En effet, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire telle celle demandée par la recourante, n'apporterait selon toute vraisemblance aucun élément médical nouveau, mais uniquement une appréciation médicale supplémentaire basée sur des observations identiques à celles des médecins déjà consultés. Par ailleurs, la comparution personnelle des parties requise ne permettrait pas davantage de trancher la question du lien de causalité naturelle qui doit reposer sur des renseignements d'ordre médical. En effet, il n'y a aucune raison de penser que d'autres mesures probatoires permettraient d'aboutir à un résultat différent (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_253/2012 du 29 novembre 2012 consid. 9.2 et 8C_604/2012 du 17 octobre 2012 consid. 3.2.3). Partant, la question du lien de causalité naturelle

entre les troubles actuels de la recourante et l'accident peut rester indéfinie (arrêts du Tribunal fédéral 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4).

13. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet *ex nunc et pro futuro* à son obligation d'allouer des prestations, 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), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).

Selon les principes susmentionnés, l'intimée était en droit de mettre un terme à ses prestations avec effet au 30 septembre 2015 par décision du 16 décembre 2015.

14. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

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