RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/266/2021 **ATAS/862/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 novembre 2023

Chambre 5

En la cause

A_____ recourante

représentée par Me Sébastien LORENTZ, avocat

contre

SWICA GESUNDHEITSORGANISATION intimée

Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) a été engagée au 1er novembre 2014, par la société B_____, qui était assurée pour les accidents professionnels et non professionnels de ses employés auprès de l'assurance-accidents SWICA GESUNDHEITSORGANISATION (ci-après : SWICA ou l'intimée).

b. En date du 1er juillet 2017, l'assurée a été victime d'un accident de la route ; sa voiture a été violemment percutée à l'arrière par un autre véhicule. Du 4 juillet au 25 juillet 2017, elle a été en arrêt de travail pour cause d'accident, selon les certificats médicaux signés respectivement par la docteure C_____ et par la docteure D_____. Par la suite, l'assurée a pris des vacances, du 26 juillet 2017 au 21 août 2017.

c. L'assurée s'est plainte de cervicalgies, de lombalgies et de douleurs au niveau du bassin. Du 6 septembre au 11 septembre 2017, elle a fait l'objet d'un nouvel arrêt d'incapacité de travail pour raison médicale, selon certificat médical daté du 6 septembre 2017, rédigé par le docteur E_____, généraliste et spécialiste en médecine esthétique, déclarant qu'il suivait la patiente, depuis le même jour, pour burn-out « résultant du mobbing au travail dans les suites d'un accident de la route ». Elle a subi un examen IRM lombaire en date du 25 octobre 2017.

d. En date du 23 novembre 2017, le docteur F_____, neurochirurgien, a constaté que l'état de santé de l'assurée s'était dégradé et lui a demandé de se rendre aux urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). En date du 28 novembre 2017, une intervention chirurgicale a été pratiquée par le docteur G_____, chirurgien au service de neurochirurgie des HUG.

e. En date du 25 janvier 2018, l'assurée a déposé une demande de prestations invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).

f. En date du 23 février 2018, l'assurée s'est tordu le pied sur le parking extérieur de son domicile, ce qui a fait l'objet d'une nouvelle déclaration d'accident bagatelle à SWICA, en date du 27 février 2018.

g. À la suite de la constatation d'une récidive d'une hernie discale, une deuxième intervention chirurgicale a été nécessaire. Elle s'est déroulée au HUG en date du 20 avril 2018 et a été effectuée par le Dr G_____.

h. L'assurée a été licenciée par son employeur, en date du 4 juillet 2018, avec effet au 30 septembre 2018.

i. SWICA a demandé qu'une expertise pluridisciplinaire soit effectuée au H_____ (ci-après : H_____), qui l'a confiée au docteur I_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et au docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

j. L'expertise, qui s'est déroulée respectivement en date des 3 et 13 juillet 2018, a fait l'objet d'un rapport d'expertise pluridisciplinaire du 29 août 2018. En conclusion, l'expert rhumatologue a considéré qu'il y avait une capacité de travail de 100% moyennant un respect strict des limitations fonctionnelles suivantes : activités légères, en position assise de préférence, dans laquelle des changements de position toutes les 45 minutes devaient être possibles, éviter les positions en porte-à-faux du tronc et les mouvements répétitifs de flexion et d'extension du rachis, limitation du périmètre de marche à 30 minutes, difficultés d'utiliser les escaliers, de grimper sur une échelle ou un escabeau, impossibilité de s'accroupir. Sur le plan psychique, l'expert a relevé les limitations fonctionnelles psychiatriques suivantes : difficultés relationnelles, soit un repli social, une hypersensibilité au stress, une anxiété et une perte de confiance vis-à-vis des employeurs en raison du harcèlement dont elle s'est sentie victime, diminution de la capacité de concentration liée aux ruminations anxieuses et dépressives, diminution de l'endurance en raison d'une importante fatigabilité. Selon l'expert psychiatre, en raison des limitations fonctionnelles décrites, l'incapacité de travail totale était encore justifiée pendant environ un mois et demi, puis une reprise à 50% pouvait être attendue début septembre 2018, suivie d'une reprise à 100% dès le mois d'octobre 2018 et ceci d'un point de vue strictement psychiatrique.

k. En date du 19 décembre 2018, le docteur K_____, psychiatre et psychothérapeute, a délivré à l'assurée un certificat médical précisant qu'elle était suivie depuis le 4 octobre 2017 et qu'elle souffrait d'un épisode dépressif moyen (F 32.1) et de troubles anxieux sans précision (F 41.9) et prenait des antidépresseurs Deroxat, à raison de 40 mg par jour. Il considérait que sa patiente était en incapacité de travail totale, pour raison psychiatrique, depuis le 4 octobre 2017.

l. Par courrier du 8 janvier 2020, l'assurée a adressé à SWICA un courrier provenant de la compagnie d'assurances HELSANA International (ci-après : HELSANA), daté du 30 décembre 2019 et confirmant que l'obligation d'assurance-maladie en Suisse avait cessé à la fin de son contrat de travail, soit au 30 septembre 2018 ; partant, l'assurée était informée qu'elle recevrait les factures déjà prises en charge par HELSANA au-delà de cette date, charge à l'assurée d'adresser lesdites factures à son assureur actuel, afin qu'il les prenne en charge et les rembourse. Le montant total des factures s'élevait à CHF 16'452.70. L'assurée a considéré que ces factures étaient liées à son accident du 1er juillet 2017 et les a donc adressées à SWICA en demandant à cette dernière de procéder au remboursement.

m. Par courrier du 17 janvier 2020, SWICA a demandé à l'assuré d'entreprendre des démarches d'éclaircissements.

n. Par courrier du 14 février 2020, SWICA a informé l'assurée que le dossier de son accident du 1er juillet 2017 avait été clôturé en date du 25 juillet 2017 et lui a donc retourné les factures d'HELSANA portant sur des frais facturés entre le

14 septembre 2018 et le 12 novembre 2019, au motif que lesdites factures ne concernaient pas les suites de l'accident.

o. Contestant la position de SWICA, l'assurée a demandé que cette dernière rende une décision formelle.

B. **a.** Par décision du 30 septembre 2020, SWICA a confirmé que les frais facturés du 14 septembre 2018 au 12 novembre 2019 ne concernaient pas l'accident du 1er juillet 2017 et ne seraient donc pas pris en charge. Elle a adressé à l'assurée une copie du dossier.

b. Par courrier du 2 octobre 2020, l'assurée s'est opposée à cette décision puis a transmis à SWICA, par courriel du 6 octobre 2021, le projet de décision de l'OAI daté du 1er octobre 2020 et qui lui reconnaissait une rente entière du 1er septembre 2018 au 31 mars 2020. À l'issue de l'instruction, l'OAI avait reconnu une incapacité de travail de 100%, de l'assurée, dans toute activité professionnelle et ceci dès le 6 septembre 2017 (début du délai d'attente d'un an). À l'échéance du délai d'attente, soit septembre 2018, l'incapacité de gain de l'assurée se confondait avec son incapacité de travail de 100%. Le versement de la rente avait pris fin au 31 mars 2020, après une période d'amélioration de trois mois, suite à la pleine capacité de travail de l'assurée retrouvée dès janvier 2020.

c. SWICA a transmis le dossier à sa division SWICA assurance-maladie. En effet, il existait deux dossiers concernant l'assurée, le dossier indemnités-journalières (réf. 1_____) ouvert auprès de SWICA assurance-maladie, et le dossier ouvert auprès de SWICA (assurance-accidents, réf. 2_____). SWICA a également demandé le dossier de l'OAI puis a soumis le dossier médical à son médecin consultant, le docteur L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie et expert SIM.

d. Le Dr L_____ s'est déterminé dans son rapport du 11 novembre 2020 et a constaté que, lors de l'événement du 1er juillet 2017, il n'y avait pas eu de lésion structurelle démontrable d'origine traumatique. Des troubles dégénératifs avaient été diagnostiqués mais le médecin estimait que l'on pouvait établir un *statu quo sine* un mois après l'événement en cause.

e. Par décision sur opposition du 27 novembre 2020, SWICA a rejeté l'opposition de l'assurée et a confirmé sa précédente décision du 30 septembre 2020, en se fondant sur l'appréciation motivée et convaincante du Dr L_____ qui rejoignait celle des docteurs M_____ et E_____ ainsi que de l'expert de l'assurance responsabilité civile du responsable de l'accident. Dès lors, c'était à bon droit que SWICA avait refusé d'intervenir pour l'ensemble des traitements qui s'étaient déroulés entre octobre 2018 et novembre 2019 et qui avaient été, à l'époque, pris en charge par HELSANA, avant que cette dernière ne constate que le contrat d'assurance-maladie avait pris fin au 30 septembre 2018 et demande à l'assurée de rembourser les frais qu'elle avait déjà pris en charge.

C. **a.** Par acte de son mandataire, déposé au guichet du greffe universel en date du 25 janvier 2021, l'assurée a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) contre la décision sur opposition du 27 novembre 2020 de SWICA. Elle a fait valoir, en substance, que l'intimée avait profité d'une confusion, dans un même dossier, afin de limiter la prise en charge de ses prestations, qu'elle ne souffrait d'aucune maladie ou problème de mobilité avant l'accident et que, depuis lors, sa mobilité était très affectée au point qu'elle ne pouvait plus effectuer des activités physiques ou sportives. Les maux dont elle souffrait ne s'étaient pas améliorés depuis l'accident du 1er juillet 2017 ; dès lors, cela établissait un lien de causalité entre l'accident et les conséquences sur la santé de la recourante. Elle concluait préalablement, à l'appréciation de la chambre de céans, à l'appel en cause d'HELSANA, demandait son audition ainsi que celle du Dr E_____ et concluait principalement à l'annulation de la décision querellée et qu'il soit dit et constaté que la recourante remplissait les conditions afin de bénéficier des prestations souscrites auprès de l'intimée, en raison de son accident du 1er juillet 2017, à compter de cette date et jusqu'à ce jour et à venir, le tout sous suite de frais et dépens. Subsidiairement, elle concluait à l'annulation de la décision querellée et au renvoi du dossier à l'intimée avec pour consigne d'instruire le dossier dans le sens des considérants, et en particulier de prendre en compte tous les éléments du dossier de la recourante, sous suite de frais et dépens.

b. Par réponse du 12 février 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours. Sur le plan de la recevabilité, l'intimée a souligné que la décision sur opposition rendue le 27 novembre 2020 l'avait été par SWICA assurances SA et non pas par SWICA organisation de santé (SWICA GESUNDHEITSORGANISATION) et s'en remettait à justice sur ce point concernant la recevabilité du recours. Sur le fond, l'intimée a conclu qu'il n'y avait aucune raison de s'écarter de l'appréciation motivée et convaincante des Drs L_____, M_____ et E_____ et de l'expert de l'assurance responsabilité civile du responsable de l'accident. C'était donc à bon droit que l'intimée avait refusé d'intervenir pour l'ensemble des traitements, depuis octobre 2018, jusqu'à novembre 2019. L'intimée ajoutait encore que l'accident intervenu sur un parking lors duquel l'assurée s'était tordu le pied, en date du 23 février 2018, n'avait aucun rapport avec l'accident du 1er juillet 2017 et ne pouvait pas être considéré comme une rechute de cet événement.

c. Par réplique du 17 mars 2021, la recourante a reproché à l'intimée d'essayer de « mélanger » les dossiers accident dès lors qu'elle n'avait jamais remis en cause le dossier de l'accident subi à sa cheville, qui était clos depuis longtemps. Par ailleurs, les maux dont elle souffrait, depuis l'accident du 1er juillet 2017, étaient toujours identiques, ce qui illustrait le lien de causalité entre son état de santé actuel et l'événement du 1er juillet 2017.

d. Par duplique du 25 mars 2021, l'intimée s'est prononcée sur un certain nombre d'allégués de la recourante et a maintenu l'analyse qui avait été faite sur l'absence

de lien de causalité entre les troubles de la santé dont souffrait actuellement la recourante et l'événement accidentel du 1er juillet 2017. Elle a persisté dans ses conclusions visant au rejet du recours.

e. Par observations complémentaires, postées le 16 avril 2021, la recourante a répété son argumentation tout en rectifiant certains allégués de l'intimée.

f. Par observations du 10 mai 2021, l'intimée en a fait de même, répétant son argumentation tout en rectifiant certains allégués de la recourante.

g. En date du 25 mai 2021, la recourante a transmis des observations complémentaires à la chambre de céans et a persisté dans ses conclusions.

h. Sur convocation de la chambre de céans, les parties ont comparu en audience, en date du 25 novembre 2021.

La représentante de SWICA a déclaré que l'assurance responsabilité civile de l'auteur de l'accident, soit Pacifica, avait remboursé à SWICA les frais relatifs à l'accident, jusqu'au 14 juillet 2017, alors que SWICA avait pris en charge les frais jusqu'au 25 juillet 2017. Par la suite, c'était SWICA assurance-maladie qui était intervenue au mois de septembre 2017, considérant qu'il s'agissait d'un cas de maladie. Pour l'intimée, le cas d'accident s'était terminé le 25 juillet 2017 et les certificats d'arrêt de travail qui avaient été reçus par la suite avaient été transmis à SWICA assurance-maladie, car SWICA considérait que la cause des troubles de la santé de l'assurée étaient relatifs à une maladie et non pas à l'accident du 1er juillet 2017. À la lecture du rapport du Dr L_____, il n'y avait aucun lien entre les troubles psychiques de la recourante et l'accident du 1er juillet 2017.

De son côté, la recourante a confirmé avoir envoyé tous ses certificats d'arrêt de travail à l'intimée car elle considérait qu'ils étaient tous liés à l'accident du mois de juillet 2017. Elle ne pouvait pas comprendre pourquoi l'intimée avait clôturé le dossier, qui avait été ouvert suite à l'accident, sans l'en informer. Elle précisait encore qu'elle ne s'était pas sentie écoutée par rapport à ses douleurs consécutives à l'accident, que lors de ce dernier, elle avait eu l'impression qu'elle allait mourir, qu'à son retour de vacances, son employeur s'était mal comporté à son égard et qu'elle avait essayé de trouver un sens à tout cela. Elle a ajouté qu'une action devait être introduite devant le Tribunal de grande instance de Lyon à l'encontre de l'assurance Pacifica, qui aurait dû prendre à sa charge les suites de l'accident du 1er juillet 2017. Une expertise avait eu lieu, le 2 août 2018, à Bourg-en-Bresse, à la demande de Pacifica, auprès d'un médecin généraliste. La recourante ajoutait qu'elle souffrait encore de problèmes physiques ; elle avait une abolition du réflexe achilléen et une hypoesthésie à droite ; elle souffrait d'une bursite et d'une tendinite au niveau de la hanche et de la jambe gauche et avait décidé, en septembre 2019, de stopper la prise d'antidépresseurs, avec un sevrage qui avait pris quatre à cinq mois en réduisant progressivement les doses, et ceci contre l'avis de son médecin traitant, le Dr K_____, psychiatre.

i. Les parties ont échangé des observations suite à l'audience du 25 novembre 2021. Le conseil de la recourante a transmis plusieurs rapports médicaux à la chambre de céans.

j. Par courrier du 11 mars 2022, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de confier une mission d'expertise bi-disciplinaire, psychiatrique et rhumatologique, au professeur N_____, psychiatre, et au docteur O_____, rhumatologue, en leur fixant un délai pour faire valoir un éventuel motif de récusation. Les parties n'ont fait valoir aucun motif de récusation.

k. Un projet de mandat d'expertise a été soumis aux parties par courrier du 18 août 2022. Ces dernières ont pu faire valoir leurs remarques et demandes d'ajouts ou de corrections.

l. Par ordonnance d'expertise du 30 janvier 2023, la chambre de céans a mandaté les experts proposés aux parties.

m. Les experts ont rendu leurs rapports d'expertise, respectivement, en date du 10 août 2023 pour le rapport d'expertise rhumatologique, et en date du 28 août 2023 pour le rapport d'expertise psychiatrique.

L'expert en rhumatologie a longuement décrit les rapports médicaux figurant au dossier avant de faire une anamnèse familiale, professionnelle et médicale et de décrire en détail les plaintes de l'expertisée et notamment ses douleurs. Les constatations lors de l'examen somatique sont décrites en détail et l'expert retient comme diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome du coup du lapin suite à l'accident du 1er juillet 2017 ; des lombalgies chroniques depuis longtemps, probablement depuis début 2017 au moins, ainsi qu'une sciatique apparue le 19 octobre 2017 sur une hernie discale L5 – S1, opérée le 29 novembre 2017, puis une deuxième intervention lombaire le 24 février 2018, une troisième opération lombaire, le 19 juillet 2019 pour facettectomie L5 – S1 et spondylodèse L5 – S1, avec un PTH gauche en novembre 2022. Selon l'expert, les atteintes et les plaintes de la recourante sont objectivables, notamment en rapport avec le syndrome douloureux somatoforme qui amplifie les douleurs causées par les atteintes organiques et cause, en plus, des douleurs sans lien avec les substrats somatiques.

S'agissant du rapport de causalité avec l'accident, l'expert estime certain (soit une probabilité de 100%) l'existence d'un rapport de probabilité avec l'accident qui a temporairement décompensé les cervicalgies avec troubles dégénératifs cervicaux pendant environ un mois. Les autres atteintes ostéoarticulaires n'ont pas de lien avec l'accident. Il s'agit d'atteintes dégénératives, fréquemment rencontrées dans la population générale, dans sa tranche d'âge. Se référant au diagnostic, l'expert exclut un lien entre l'accident et les symptômes d'origine lombaire considérant qu'il est impossible qu'un accident survenu le 1er juillet 2017 cause des lombosciatalgies qui ne débutent que plus de trois semaines plus tard, de même qu'il exclut la coxarthrose gauche qui est devenue symptomatique, selon les dires

de l'expertisée, après la première opération lombaire et ne peut donc pas être attribuée à l'accident. Pour les cervicalgies, le *statu quo ante* a été atteint le 1er août 2017 et les autres diagnostics rhumatologiques ne sont pas en lien de causalité avec l'accident.

Les limitations fonctionnelles décrites par l'expert sont d'éviter le port de charges de plus de 10 kg, la position penchée en avant, en arrière et les mouvements de rotation du tronc en rapport avec les lombalgies chroniques. Le port de charges est réduit à 5 kg à partir de la sciatique apparue le 19 octobre 2017 puis de la deuxième et de la troisième opération lombaire. Enfin, il faut éviter la position accroupie depuis la pose de la PTH. S'agissant des limitations fonctionnelles en rapport de causalité avec l'accident, soit le coup du lapin, le médecin estime que ce problème a généré une incapacité de travail totale pendant un mois après quoi le *statu quo sine* a été atteint.

En ce qui concerne la capacité de travail dans l'activité administrative habituelle, qui est considérée par l'expert comme une activité adaptée, et compte tenu des seules atteintes en lien de causalité avec l'accident, elle était nulle du 4 au 25 juillet 2017 et entière dès le 26 juillet 2017. Elle est restée entière, depuis le 26 juillet 2017, en ce qui concerne le seul diagnostic rhumatologique ayant un lien de causalité avec l'accident.

L'expert a estimé qu'il n'y avait eu aucune atteinte organique objectivable pouvant être considérée comme une atteinte à l'intégrité lors de l'accident. Des mesures de réadaptation n'étaient pas nécessaires, d'un point de vue rhumatologique, ce d'autant moins que l'expertisée avait retrouvé différents emplois, à 100%, depuis 2021, par elle-même.

L'expert en psychiatrie s'est livré à une longue anamnèse familiale, personnelle et professionnelle qui s'est terminée par un examen de la situation actuelle, décrite par l'expertisée comme étant mauvaise, celle-ci se plaignant d'être très fatiguée depuis un an, d'avoir une tendance à se replier sur elle-même et d'être souvent en pleurs. Les autres plaintes de l'expertisée sont soigneusement consignées. Lors de l'entretien, le psychiatre a relevé que le vécu de préjudice de l'expertisée occupait rapidement le devant de la scène avec une sensibilité particulièrement prononcée, un sentiment de méfiance diffuse avec besoin de se replier, une attitude d'exclusion rigide face à la maltraitance subie, des autos accusations, un orgueil blessé avec sentiment de rejet, d'exclusion et de rabaissement qui concernait tour à tour, sa famille d'origine, les assurances et les HUG. Il n'y avait pas de majoration des plaintes de l'expertisée, qui est considérée comme authentique.

Sur le plan psychiatrique, l'expert considèrait qu'il n'y avait pas de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail à l'heure actuelle, bien qu'il existât des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, tels qu'un trouble de personnalité mixte, traits paranoïaque sensitif et anankastiques (F 61) dès août 2019, un syndrome douloureux somatoforme (F 45.4) dès septembre 2017, ainsi

qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F 33.0) dès septembre 2017.

D'une manière qu'il a considérée comme pouvant paraître surprenante, l'expert psychiatrique a relevé que, bien que l'état de santé psychique de la recourante n'était pas stabilisé, les diagnostics pourtant lourds n'empêchaient pas cette dernière de fonctionner sur le plan professionnel, car cet investissement avait une forte valence anti dépressive et était l'une des rares sources de valorisation narcissique de l'expertisée.

Sur le plan de la causalité, l'expert a considéré que ni le trouble de la personnalité, ni le trouble dépressif, n'étaient en lien de causalité avec l'accident. *A contrario*, le syndrome douloureux somatoforme était en lien de causalité naturel probable avec l'accident de 2017, ce dernier ayant fixé la plainte douloureuse qui avait pris une grande ampleur, avec recherche d'investigations et multiples interventions jusqu'à ce jour. En l'absence d'accident, compte tenu de la bonne intégration professionnelle de la recourante et de l'absence d'antécédents d'expression de douleurs dans le cas des conflits interpersonnels, l'expert estimait qu'il était probable que le syndrome douloureux somatoforme n'aurait pas fait son apparition. Il considérait que, sur le plan psychiatrique, le *statu quo ante* n'avait pas été atteint jusqu'à ce jour et ceci pour aucun des diagnostics susmentionnés, mais l'accident n'avait pas décompensé des traits de personnalité paranoïaque et anankastiques qui existaient avant l'accident. En revanche, le syndrome douloureux somatoforme et le trouble dépressif récurrent n'existaient pas avant l'accident.

À l'heure actuelle, l'expert constatait que la recourante ne présentait pas de limitations fonctionnelles et assumait un emploi exigeant à 100%, et ceci malgré son sentiment subjectif de mal-être profond qui avait été explicité lors des entretiens. Mais dans le passé, la situation était différente et la décompensation dépressive, en lien avec le conflit professionnel, dès septembre 2017 et la fixation de la symptomatique douloureuse, qui avait pris le caractère d'un syndrome douloureux somatoforme, à partir de cette même date, avaient impliqué une série de limitations fonctionnelles telles que : l'anhédonie, la tristesse, le repli sur soi, le sentiment de dévalorisation et la perturbation du sommeil qui avaient contribué à l'arrêt de l'activité professionnelle, pour le trouble dépressif et, en ce qui concernait le syndrome douloureux somatoforme, avait induit une fixation sur la complainte douloureuse, une fatigabilité accrue, une vulnérabilité au stress et une baisse de l'élan vital, qui avaient aggravé la situation assécurologique, ceci entre fin 2017 et fin 2019. À partir du début de l'année 2020, l'expertisée s'était mise à travailler sans interruption et à l'heure actuelle, le trouble de la personnalité était de sévérité légère à moyenne et le trouble dépressif était léger, tandis que le syndrome douloureux somatoforme était de sévérité moyenne.

La capacité de travail était actuellement de 100% et ceci dès le mois de janvier 2020, dès lors que la seule pathologie qui était en lien de causalité naturelle avec

l'accident était le syndrome douloureux somatoforme ; celui-ci n'avait plus d'impact sur la capacité de travail dès cette date. En revanche, entre septembre 2017 et fin 2019, la capacité de travail de l'expertisée était nulle sur un plan psychiatrique à cause du trouble dépressif récurrent et du syndrome douloureux somatoforme. L'activité habituelle et actuelle était considérée comme adaptée. Par ailleurs, il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité et une aggravation de l'intégrité psychique était peu probable.

À l'issue de l'appréciation consensuelle entre les deux experts, s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, ces derniers ont considéré qu'entre le 6 septembre 2017 et la fin de l'année 2019, la capacité de travail de la recourante était nulle sur un plan psychiatrique à cause du trouble dépressif récurrent et du syndrome douloureux somatoforme, la décompensation de sa personnalité, à partir d'août 2019, ayant contribué à la chronicisation des deux autres pathologies. Dès janvier 2020, les experts considéraient que la capacité de travail était totale dans les activités administratives, du moment qu'elles respectaient les limitations fonctionnelles rhumatologiques concernant l'interdiction du port de charges de plus de 5 kg, pas de position penchée en avant ou en arrière, pas de mouvement de rotation du tronc et pas de position accroupie, ce qui semblait compatible avec les emplois dans le secteur tertiaire, et en particulier avec le poste de travail actuellement occupé par l'assurée.

n. Les rapports d'expertise ont été transmis aux parties, qui ont fait valoir leurs remarques. La recourante a critiqué longuement les rapports d'expertise, relevant ce qu'elle a considéré comme étant des erreurs et des diagnostics injustifiés en comparaison de ceux posés par ses médecins traitants. Elle a conclu à ce qu'une audience de comparution personnelle et d'audition des experts soit tenue, tout en relevant que celle-ci n'était peut-être pas très utile, et en demandant à la chambre de céans de rendre rapidement une décision, en persistant dans ses conclusions. L'intimée, de son côté, a relevé que les traitements pour des troubles somatiques postérieurs au mois d'août 2017 n'étaient pas en rapport de causalité avec l'accident dès lors qu'à dire d'expert, seules les cervicalgies étaient consécutives à l'accident. En ce qui concernait le trouble somatoforme douloureux, selon l'assurance, il n'était pas en lien de causalité adéquate avec l'accident car le trouble dépressif était sans rapport avec l'accident, il n'y avait pas eu de persistance des douleurs ni d'erreurs ou de complications, particulièrement dans le suivi des cervicalgies. Dès lors, au regard des critères jurisprudentiels, les traitements du 14 septembre 2018 au 19 novembre 2019 n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident du 1er juillet 2017 et l'intimée persistait dans ses conclusions.

o. Par courrier de son mandataire du 23 octobre 2023, la recourante a invoqué que les indemnités déclarées par l'intimée étaient de plus de CHF 24'000.- supérieures aux indemnités réellement touchées et a joint, en annexe, un article de journal

faisant état d'un arrêt du Tribunal fédéral confirmant que SWICA avait refusé, à tort, d'indemniser l'une de ses assurées qui avait été blessée lors d'une agression.

p. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

q. La recourante a réagi par courrier du 2 novembre 2023, s'étonnant, notamment, que la cause soit gardée à juger et revenant sur son argumentation antérieure.

r. Les autres faits seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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 1er 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.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (*cf.* art. 82*a* LPGA *a contrario*).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable.

5.

5.1 En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours. Le juge n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et les références).

La procédure juridictionnelle administrative peut toutefois être étendue pour des motifs d'économie de procédure à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut

parler d'un état de fait commun et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins. Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins ; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (ATF 130 V 501 consid. 1.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2019 du 22 avril 2020 consid. 4.4.1 et les références).

5.2 En l'état, la décision querellée ne porte que sur le refus de SWICA de prise en charge financière des traitements d'octobre 2018 à novembre 2019 de l'assurée.

Or, le mandataire de la recourante conclut non seulement à l'annulation de la décision querellée, mais également à ce qu'il soit dit et constaté que la recourante remplit les conditions afin de bénéficier des prestations de la LAA et des assurances complémentaires souscrites auprès de SWICA en raison de son accident du 1er juillet 2017 et à compter de cette date jusqu'à ce jour et à venir, et qu'elle soit condamnée à prendre en charges lesdites prestations.

5.3 Il convient de relever que les conclusions constatatoires de la recourante, en principe irrecevables (*cf.* ATF 129 V 289 consid. 2.1), n'ont pas de portée propre, puisqu'elles ne visent qu'à asseoir le fondement juridique des conclusions condamnatoires également formulées.

5.4 Néanmoins, ces dernières ne peuvent pas être examinées et jugées par la chambre de céans dans la mesure où elles excèdent les rapports juridiques à propos desquels l'autorité intimée s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. De surcroît, l'objet du litige ne peut pas être étendu, dès lors que SWICA ne s'est pas prononcée, dans un acte de procédure au moins, sur l'ensemble des conclusions prises par la recourante et qui excèdent l'objet du litige.

Partant, le litige ne porte que sur la question de savoir si c'est à bon droit que SWICA a refusé d'intervenir et de prendre en charge financièrement l'ensemble des traitements de la recourante d'octobre 2018 à novembre 2019.

6.

6.1 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).

6.2 L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

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

6.3 En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, *etc*.). L'absence de douleurs dans la nuque et les épaules dans un délai de 72 heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type « coup du lapin » justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après un période de latence (par ex., vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable ; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes - qui appartiennent, avec les cervicalgies, au tableau clinique typique d'un traumatisme de type « coup du lapin » - apparaissent eux -

mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (SVR 2007 UV n. 23 p. 75 ; arrêt du Tribunal fédéral U 580/06 du 30 novembre 2007 consid. 4.1).

7.

7.1 En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). *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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 précité consid. 5.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2).

7.2 Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

7.3 En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 115 V 403 consid. 5) ou d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale et d'un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable (ATF 134 V 109 consid. 7 à 9 ; ATF 117 V 369 consid. 4b ; ATF 117 V 359 consid. 6a ; SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2 ; sur l'ensemble de la question *cf*. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb).

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

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

Lorsque l'accident est insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles peut, en règle générale, être d'emblée niée, sans même qu'il soit nécessaire de trancher le point de savoir si l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'une lésion analogue à une telle atteinte ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; ATF 117 V 359 consid. 6a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 428/2006 du 30 octobre 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. 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 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 crânio-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).

7.5 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).

La raison pour laquelle la jurisprudence a adopté le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances de l'espèce. On ajoutera que la survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime,

ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère (arrêt du Tribunal fédéral 8C_766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.1.1).

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

Ce critère ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (arrêt du Tribunal fédéral 8C_766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.3).

Il a estimé que lorsque l'effet des forces en présence n'était pas dérisoire, l'accident est qualifié de gravité moyenne et non de moyen à la limite des cas graves (arrêt du Tribunal fédéral 8C_316/2008 du 29 décembre 2008 et les références).

Ont été qualifiés de gravité moyenne un choc frontal entre deux voitures (arrêt du Tribunal fédéral 8C_354/2011 du 3 février 2012), une chute d'ascenseur sur deux étages (arrêt du Tribunal fédéral U 204/00 du 30 avril 2001), la chute d'un bloc de pierre d'un immeuble en construction sur un ouvrier lui percutant le dos, la jambe et causant un traumatisme crânien (arrêt du Tribunal fédéral U 338/05 du 1er septembre 2006), un piéton renversé par une voiture avec traumatisme crânien (arrêt du Tribunal fédéral U 128/03 du 23 septembre 2004).

Le Tribunal fédéral a considéré qu'un accident impliquant une voiture roulant à moins de 50 km/h pouvait être qualifié d'accident de gravité moyenne en l'absence de circonstances particulières (arrêt du Tribunal fédéral 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 3).

Un accident impliquant une collision par l'arrière du véhicule de l'assuré qui a été projeté sur une distance de 15 m doit être considéré comme un accident de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral U 142/05 du 6 avril 2006 consid. 4.2).

Lorsqu'un véhicule est percuté par l'arrière par une autre voiture alors qu'il se trouve à l'arrêt sur la chaussée en présélection à gauche, il s'agit d'un accident de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral U 237/04 du 13 septembre 2005 consid. 4).

Selon la casuistique des accidents impliquant des motocyclistes percutés par un véhicule automobile, les cas classés dans la catégorie des accidents de gravité moyenne *stricto sensu* ont en commun le choc d'un motocycliste roulant à une vitesse comprise entre 50 km/h et 70 km/h avec un automobiliste en train de bifurquer (arrêt du Tribunal fédéral 8C_99/2019 du 8 octobre 2019 consid. 4.4.1).

Ont par contre été considérés comme des accidents moyens, à la limite des accidents graves, une violente collision frontale, suivie d'une collision latérale avec une troisième voiture et une sortie de route pour éviter un véhicule arrivant en sens inverse, suivie d'un choc contre un talus, puis contre un arbre, entraînant la destruction totale du véhicule (arrêt du Tribunal fédéral U 88/98 du 7 juin 1999). Il en va de même d'une collision où un motocycliste a été projeté à une dizaine de mètres du point d'impact après avoir été percuté par un véhicule automobile (arrêt du Tribunal fédéral 8C_134/2015 du 14 septembre 2015 consid. 5.3.1) et d'une collision frontale violente entre un scooter et une camionnette (arrêt du Tribunal fédéral 8C_917/2010 du 28 septembre 2011 consid. 5.3).

8.

8.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

8.2 Ainsi, en principe, lorsqu'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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

8.3 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2. et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

8.4 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. Étant 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).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin

traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4).

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

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

8.7 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement

vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

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

10. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières 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 (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

11. En l'espèce, la recourante considère, en substance, qu'il existe un lien de causalité naturel et adéquat entre les troubles physiques et psychiques dont elle souffre actuellement et l'événement du 1er juillet 2017. Elle rejette les conclusions des expertises médicales judiciaires, dans la mesure où ces dernières concluent qu'elle a retrouvé une pleine capacité de travail, dès le 1er janvier 2020.

L'intimée, de son côté, ne remet pas en question les conclusions des experts et estime que les troubles somatiques consécutifs à l'accident ont cessé de déployer leurs effets à la fin du mois de juillet 2017, raison pour laquelle il n'existe plus de lien de causalité naturel et adéquat entre les troubles de la santé postérieurs invoqués par la recourante et l'événement du 1er juillet 2017. En ce qui concerne le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, qui est de nature psychique,

l'intimée nie l'existence d'un lien de causalité adéquat entre ledit trouble et l'événement du 1er juillet 2017 dans la mesure où ce dernier ne remplit aucune des conditions fixées par la jurisprudence pour reconnaître le lien adéquat entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques.

11.1 Les rapports établis par les experts énumèrent les pièces qui ont été consultées et qui sont exhaustives. En cela, les experts ont tenu compte de l'ensemble des pièces médicales, notamment toutes celles rédigées par les médecins traitants de la recourante.

Les médicaments pris par la recourante ont été énumérés ainsi que leurs effets.

11.2 L'évaluation consensuelle a été effectuée avec soin, en séparant clairement le plan somatique du plan psychique et en indiquant également les interférences entre la composante somatique et la composante psychique, les experts relevant que les problèmes somatiques sans lien avec l'accident, soit le conflit radiculaire, les opérations lombaires, la pose de PTH gauche, ont généré des incapacités de travail temporaires, qui sont non pertinentes du fait que pendant cette période, il existait de toute façon une incapacité de travail totale sur le plan psychiatrique (rapport d'expertise du Dr O_____, let. E : appréciation consensuelle, p. 77).

Les très nombreuses remarques et critiques de la recourante exprimées dans son courrier du 5 octobre 2023, concernant les rapports d'expertise, et portant sur des éléments factuels, n'ayant, parfois aucune pertinence quant aux conclusions, ne permettent pas de remettre en cause la valeur probante desdits rapports, ce d'autant moins que la recourante critique souvent les appréciations des médecins, qu'elle oppose aux siennes propres, de manière évidemment subjective. On relèvera notamment, pour le Dr O_____, au regard du ch. 11.1 du rapport d'expertise : « TOTALEMENT FAUX », (*sic*) en majuscules, dans le courrier de la recourante du 5 octobre 2023, ad 11.1, p. 13 et pour le prof. N_____, au regard du ch. 13.3 de son rapport d'expertise : « Non, l'accident a été un prétexte pour valider les conclusions prises dans le cadre de la complicité acquise entre SWICA et COTY », dans le même courrier de la recourante du 5 octobre 2023, *ad* 13.3, p. 15.

La motivation par les experts de l'incapacité de travail, que ce soit sur le plan orthopédique ou psychiatrique, est claire et complète.

11.3 Le Dr O_____ a téléphoné à divers médecins étant intervenus auprès de la recourante, notamment : le docteur P_____, neurochirurgien au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) (entretien téléphonique du 7 août 2023), le docteur Q_____ (entretien téléphonique du 12 avril 2023), le professeur R_____ (entretien téléphonique du 12 avril 2023 qui a « abasourdi » la recourante, *ad*. rapport p. 52/ligne 19, p. 8 de son courrier du 5 octobre 2023), faisant suite à un échange d'emails « houleux » entre la recourante et le prof. R_____, ce dernier n'acceptant pas le ton employé par la recourante et le mettant sur le compte d'une détresse psycho-physique, mais renonçant à être son

opérateur et lui suggérant de se trouver un autre chirurgien (rapport d'expertise du Dr O_____, p. 54).

L'expert a eu un entretien ouvert avec l'assurée, en date du 29 mars 2023, puis il l'a examinée.

Le rapport est très complet ; l'anamnèse familiale, socioprofessionnelle et médicale est détaillée, avec, en complément, la description d'une journée-type, la description des plaintes de l'expertisée et les constatations faites lors de l'examen clinique.

Les conclusions du rhumatologue quant au diagnostic et à la causalité entre les atteintes constatées et l'accident sont bien décrites et claires avec une motivation qui peut être suivie, en ce sens que seules les cervicalgies sont en lien de causalité naturel et adéquat avec l'événement du 1er juillet 2017, compte tenu notamment de la décompensation transitoire des cervicalgies d'origine dégénérative préexistantes. Élément que l'on retrouve également dans le rapport médical du docteur S_____ du 2 août 2018, p. 2, sous « antécédents ». Concernant lesdites cervicalgies, aucun traitement n'est plus nécessaire depuis le 1er août 2017, l'état final étant atteint et le problème n'ayant affecté la capacité de travail de l'expertisée que pendant un mois (rapport d'expertise du Dr O_____, p. 73).

Enfin, s'agissant de l'appréciation des avis médicaux du dossier, il s'avère que l'expert partage les appréciations de l'expert rhumatologue I_____ (expertise du 3 juillet 2018), ainsi que l'appréciation du Dr S_____ du 2 août 2018, de même que l'appréciation du Dr L_____, du 11 novembre 2020, mandaté par SWICA et qui conclut, comme lui, à l'absence de lésion dont l'origine traumatique puisse être démontrée et à un *statu quo sine* un mois après l'événement du 1er juillet 2017 (rapport d'expertise du Dr O_____, p. 74).

Compte tenu des éléments exposés *supra*, la chambre de céans considère que le rapport d'expertise du Dr O_____ présente une pleine valeur probante.

11.4 Le prof. N_____ a eu quatre entretiens avec l'expertisée, d'une durée totale de 345 minutes, s'est entretenu téléphoniquement avec une ancienne supérieure de l'expertisée, en date du 19 juin 2023, et a eu un échange d'e-mails avec le Dr K_____, psychiatre traitant de la recourante, également en date du 19 juin 2023. Il a procédé à une évaluation neuro psychologique de l'assurée le 26 mai 2023, d'une durée de 315 minutes.

L'expert s'est livré à un entretien très complet avec la recourante, portant sur le contexte social, notamment l'anamnèse familiale, personnelle et professionnelle de cette dernière ; il a relevé les plaintes et les données subjectives de l'expertisée et a exposé, en détail, le status clinique et le bilan neuropsychologique.

Il a consigné le résultat de son entretien téléphonique avec l'ancienne supérieure de l'assurée, qui a confirmé l'efficacité et l'investissement de cette dernière dans son travail et a émis l'opinion que l'accident avait tout changé et avait

« consumé » l'assurée, qui avait besoin de clore ce chapitre de sa vie et passer à autre chose.

Le contact avec le psychiatre traitant de l'assurée a permis d'établir que l'expertisée était investie dans le suivi psychiatrique et que le médecin avait pour objectif thérapeutique de traiter la dépression récurrente et son trouble anxieux, tout en effectuant un travail sur les relations interpersonnelles de l'assurée, le sentiment de préjudice et la prise de conscience de son anxiété (rapport d'expertise prof. N_____, p. 22).

L'expert a conclu qu'il n'existait plus aucun diagnostic de nature psychiatrique ayant une répercussion sur la capacité de travail au moment de l'expertise, tout en relevant l'existence de diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de trouble de personnalité mixte avec traits paranoïaques sensitifs et anankastiques, de syndrome douloureux somatoforme et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger. Il a conclu que l'état de santé psychique de l'assurée n'était pas stabilisé, notamment en raison de troubles de la personnalité et du conflit assécurologique qui alimente la fixation du syndrome douloureux somatoforme et des affects dépressifs. Selon l'expert, ces derniers pouvaient fluctuer en fonction de facteurs externes et notamment du conflit assécurologique, avec la constatation surprenante qu'en dépit de diagnostics considérés comme lourds, l'assurée peut fonctionner sur le plan professionnel, car cet investissement à une forte valence anti dépressive et est une des rares sources de valorisation narcissique de l'assurée. En d'autres termes, la recourante jouit d'une pleine capacité de travail malgré la présence de troubles psychiques.

L'expert est parfaitement clair quant au lien de causalité entre les troubles psychiques et l'événement du 1er janvier 2017. Il nie, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il existe un tel lien de causalité en ce qui concerne le trouble de la personnalité, qui aurait été déclenché non pas par l'accident, mais par le conflit assécurologique. Le trouble dépressif, quant à lui, n'a pas de lien de causalité avec l'accident et aurait été déclenché par la réception, dans le cadre professionnel, d'un avertissement et le sentiment d'être discriminée négativement au travail suite à la dénonciation des comportements de son responsable hiérarchique. Enfin, en ce qui concerne le syndrome douloureux somatoforme, l'expert considère qu'il existe un lien de causalité naturel probable avec l'accident de 2017 qui aurait fixé la plainte douloureuse et pris une grande ampleur. Il conclut qu'en l'absence de l'accident, il est probable que le syndrome douloureux somatoforme n'aurait pas fait son apparition.

Il convient toutefois de noter que, pendant tout l'examen de l'existence du lien de causalité, l'expert psychiatre parle de causalité naturelle probable ou inexistante mais ne mentionne jamais un lien de causalité adéquate (rapport d'expertise du prof. N_____, pp. 24 – 25). Il précise, par ailleurs, que le conflit avec l'employeur et le licenciement trouvent leur racine dans des événements totalement indépendants de l'accident, chez une cadre respectée et investie dans

son travail, mais qui s'est exposée sur le plan des rapports interpersonnels (rapport d'expertise du prof. N_____, p. 31).

Il conclut que la décompensation dépressive en lien avec le conflit professionnel, dès septembre 2017 et la fixation de la symptomatologie douloureuse, qui a pris le caractère d'un syndrome douloureux somatoforme à partir de cette même date, a impliqué une série de limitations fonctionnelles. L'expert conclut que le syndrome douloureux somatoforme, qui est le seul trouble de la santé psychique ayant un lien de causalité naturel avec l'événement du 1er juillet 2017, a conduit à une capacité de travail nulle de l'assurée, de septembre 2017 à fin 2019. Depuis janvier 2020, il considère que l'assurée à une capacité de travail de 100% et ceci jusqu'à l'heure actuelle.

S'agissant de l'appréciation des avis médicaux du dossier, il estime que l'évaluation de la capacité de travail faite par le psychiatre J_____, dans son rapport d'expertise du 13 juillet 2018, ne tient pas suffisamment compte des constatations inquiétantes du psychiatre traitant et considère qu'il est probable, au degré de la vraisemblance prépondérante, que ce qui a été qualifié comme une réaction dépressive prolongée appartenait à un épisode dépressif clair, qui évoluait difficilement, dans le contexte du conflit assécurologique qui débutait à l'époque. En ce qui concerne le rapport médical AI du psychiatre traitant K_____, daté du 23 septembre 2019, l'expert considère que l'évaluation faite par ce praticien semble cohérente, dès lors qu'il a retenu, à juste titre, un épisode dépressif moyen en 2017, avec un trouble dépressif récurrent, qui est devenu visible à partir de janvier 2022.

Compte tenu des éléments exposés *supra*, la chambre de céans considère que le rapport d'expertise du prof. N_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

11.5 Comme cela été exposé sous ch. 7.4, le lien de causalité adéquate entre un accident et des troubles psychiques est reconnu de manière restrictive en matière d'assurance-accidents et a fait l'objet de la mise en place de critères d'appréciation fixés par le Tribunal fédéral.

En premier lieu, il sied de fixer le degré de gravité de l'accident, non pas sur la base du ressenti de l'assurée mais en se fondant sur les circonstances de l'accident. Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références).

Au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, dans deux cas dans lesquels l'accident impliquait une collision par l'arrière du véhicule (arrêts du Tribunal fédéral U 237/04 du 13 septembre 2005 consid. 4 et U 142/05 du 6 avril 2006 consid. 4.2), les accidents ont été catégorisés comme étant de gravité moyenne. C'est le même critère qui sera appliqué dans le cas d'espèce, les

circonstances de l'accident étant très proches de celles ayant donné lieu aux deux décisions précitées.

Or, 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 crânio-cérébral, il faut que soient réunis certains critères objectifs, formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 10.2) :

1. les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
2. la gravité ou la nature particulière des lésions ;
3. l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ;
4. l'intensité des douleurs ;
5. les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
6. les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ;
7. et, enfin, l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré.

En ce qui concerne la condition n° 1, selon la description de l'accident faite par l'assurée et reprise, notamment, dans le rapport du Dr S_____ du 2 août 2018, l'assurée n'a pas perdu connaissance, elle a pu descendre seule de sa voiture et a été prise en charge, sur place, par la dépanneuse de son véhicule. Les sapeurs-pompiers dépêchés sur place ne l'ont pas transportée. Ce n'est que deux jours après, soit le 3 juillet 2017, qu'elle est allée consulter un médecin généraliste. Il résulte de ce qui précède que, même si l'assurée a déclaré à plusieurs reprises qu'elle avait eu peur de mourir lors de l'accident, celui-ci ne remplit pas les conditions de circonstances particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant.

La condition n° 2 n'est pas non plus remplie, dès lors que la seule atteinte physique objectivée, suite à l'accident, est constituée par les cervicalgies. Pour être retenu, le critère de 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, postule d'abord l'existence de lésions physiques graves ou, s'agissant de la nature particulière des lésions physiques, d'atteintes à des organes auxquels l'homme attache normalement une importance subjective particulière (par exemple la perte d'un œil ou certains cas de mutilations à la main dominante [arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 précité consid. 4.3.2]).

S'agissant de la condition n° 3, elle n'est pas remplie car la jurisprudence a notamment nié que ce critère fût rempli dans le cas d'un assuré dont le traitement

médical du membre supérieur accidenté avait consisté en plusieurs opérations chirurgicales et duré 18 mois (arrêt du Tribunal fédéral U.37/06 du 22 février 2007 consid. 7.3). La jurisprudence a également nié que ce critère fût rempli dans le cas d'un assuré ayant subi quatre interventions chirurgicales entre juillet 2010 et juillet 2015, au motif notamment que les hospitalisations avaient été de courte durée et qu'hormis lesdites interventions, l'essentiel du traitement médical avait consisté en des mesures conservatrices (arrêt du Tribunal fédéral 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.3).

En ce qui concerne la condition n° 4, on ne saurait retenir des douleurs intenses découlant des cervicalgies, étant précisé que les douleurs apparues dans le cadre du trouble somatoforme douloureux consécutif ne sont pas dues à des troubles d'origine somatique.

La condition n° 5 n'est pas remplie, dès lors qu'aucune erreur médicale n'a pu être objectivée.

La condition n° 6 n'est pas non plus remplie dès lors qu'aucune difficulté particulière n'est apparue au cours de la guérison, ni n'a entraîné de complications importantes.

Enfin, la condition n° 7 n'est pas non plus remplie, dès lors que le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions doivent se rapporter aux seules lésions physiques et ne se mesurent pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente. Dans un arrêt 8C_566/2013 du 18 août 2014 dans lequel il s'était écoulé deux ans et sept mois avant que l'assuré ait pu récupérer une capacité de travail complète (dans une activité adaptée), entrecoupée par des périodes de capacité de travail partielle (à 50%), le Tribunal fédéral a considéré qu'il est douteux que le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques soit réalisé (consid. 6.2.7). Ce critère est en principe admis en cas d'incapacité totale de travail de près de trois ans sans interruption (arrêt du Tribunal fédéral 8C_116/2009 du 26 juin 2009 consid. 4.6).

En outre, il convient de rappeler que, lorsqu'il s'agit 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 3.3 et la référence). 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 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références ; 115 V 133 consid. 6c/bb ; 115 V 403 consid. 5c/bb).

11.6 À l'aune de ces considérations, la chambre de céans considère que le lien de causalité adéquat entre l'accident du 1er juillet 2017 et les troubles psychiques qui sont en lien de causalité naturel, soit le syndrome somatoforme douloureux, n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Par conséquent, c'est à bon droit que l'intimée a refusé de rembourser les frais médicaux en rapport avec les troubles psychiques.

11.7 En ce qui concerne les troubles somatiques, il est également établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que seules les cervicalgies sont en lien de causalité naturel et adéquat avec l'accident du 1er juillet 2017. Partant, la décision de SWICA de refus de rembourser les frais médicaux pour la période allant du 14 septembre 2018 au 19 novembre 2019 est bien fondée.

11.8 Par appréciation anticipée des preuves, la chambre de céans estime que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation ; il est superflu d'administrer d'autres preuves, notamment d'ordonner une nouvelle comparution personnelle, la recourante s'étant très largement exprimée lors de son audition et dans ses écritures, ainsi que l'audition des experts - dont on peut douter de l'utilité, au vu du caractère probant des rapports d'expertise - comme demandé par la recourante (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références).

12. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans n'a d'autre choix que de rejeter le recours.

13. Pour le surplus, en l'absence de loi spéciale prévoyant des frais judiciaires, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis 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	Le président
Véronique SERAIN	Philippe KNUPFER

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