

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1360/2017

ATAS/513/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 juin 2018

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à DOUVAINE (France)

recourante

contre

HELVETIA COMPAGNIE SUISSE D'ASSURANCES SA, sise
Dufourstrasse 40, ST-GALL

intimée

Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Maria COSTAL et Christian PRALONG,
Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1977, domiciliée à Douvaine (France), travaillait en qualité d'assistante technique et administrative auprès de B_____ SA depuis le 5 janvier 2015, à Cologny (GE). À ce titre, elle était assurée contre le risque d'accidents, professionnels ou non, auprès de Helvetia compagnie suisse d'assurances SA (ci-après : l'assurance).
2. Le 9 mars 2016, vers 07h30, l'assurée a été victime d'un accident de la voie publique (AVP). Alors qu'elle était à l'arrêt sur la route Martin-Bodmer à Genève, un véhicule, sortant en marche arrière d'un parking, a percuté le sien. En d'autres termes, l'arrière du véhicule circulant en marche arrière est venu percuter l'avant de celui de l'assurée. Selon le rapport de police, le pare-chocs a été légèrement endommagé.
3. Au moment du choc, l'assurée n'a pas ressenti de douleurs particulières. Ces dernières sont toutefois survenues par la suite.
4. L'assurée a consulté la doctoresse C_____, vers 08h00 le jour-même de l'accident. Ce médecin a posé le diagnostic d'une entorse cervicale, nécessitant le port d'une minerve, et de contusions dorsale et des genoux (cf. certificat du 9 mars 2016, rapport initial du 25 mars 2016 et rapport intermédiaire du 5 octobre 2016). Les vertèbres C5 à C7 et D3 à D7 étaient douloureuses à la palpation. Le traitement consistait en la prise d'AINS et en des séances de physiothérapie. L'atteinte était de type II selon la classification Quebec Task Force avec des douleurs de la nuque et des troubles ostéo-musculaires (y.c. baisse de mobilité et douleurs ponctuelles à la pression). Les radiographies avaient mis en évidence une rectitude du rachis simple (cf. questionnaire sur l'évolution après un traumatisme d'accélération carnio-cervical).
5. En raison de ces atteintes, l'assurée a été totalement incapable de travailler du 9 au 20 mars 2016.
6. Le 23 mars 2016, la Dre C_____ a prescrit quinze séances de rééducation du rachis et des membres supérieurs, séances qui se sont tenues du 5 avril au 3 juin 2016.
7. Suite à l'apparition de nouvelles douleurs touchant essentiellement l'hémiface et l'hémicou gauche, nettement soulagées par le port d'une minerve, une IRM cervicale a été effectuée le 16 juin 2016 et a conclu à une perte de la lordose cervicale physiologique avec rectitude rachidienne, à une discrète perte étagée du signal liquidien des disques intervertébraux, en rapport avec une dessiccation de nature dégénérative ainsi qu'à des discrets pincements intersomatiques étagés C3-C4, C4-C5, C5-C6 et C6-C7. En revanche, ni hernie discale ni conflit disco-radulaire ou encore anomalie osseuse n'ont été mis en évidence.
8. L'IRM cérébrale et du massif facial effectuée le 17 juin 2016 n'a pas décelé d'anomalie, hormis une discrète asymétrie du signal en regard du faisceau

pyramidal gauche, aspécifique, à recontrôler par prudence trois à six mois plus tard par une nouvelle IRM cérébrale.

9. En raison de ces douleurs, l'assurée a été incapable de travailler du 15 au 18 juin 2016.
10. Le 1^{er} juillet 2016, l'assurée a consulté la doctoresse D_____, généraliste FMH, laquelle a posé le diagnostic de contractures musculaires au niveau du muscle sterno-cléido-mastoïdien ainsi que du muscle trapèze et des muscles périscapulaires.
11. L'assurée a, à nouveau, été en incapacité d'exercer son activité professionnelle dès le 1^{er} juillet 2016.
12. Les 7 et 14 juillet 2016, l'assurée a été examinée par le docteur E_____, spécialiste FMH en rhumatologie, lequel a fait état de cervicalgies post-traumatiques suite à l'accident du 9 mars 2016, l'évolution étant marquée par la persistance d'une contracture paravertébrale. S'y ajoutait un état de stress avec surmenage professionnel (cf. les deux rapports intermédiaires du 20 août 2016).
13. Compte tenu de la présence d'une composante psychique, l'assurée a été adressée au docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui l'a examinée pour la première fois le 19 juillet 2016. Les diagnostics étaient alors ceux de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et burn-out, évoluant depuis l'accident du 9 mars 2016, les symptômes étant toutefois exacerbés depuis juin 2016. Les symptômes étaient en lien de causalité probable avec l'accident assuré.
14. En réponse au questionnaire « rechute », l'assurée a expliqué, en date du 26 juillet, qu'elle n'avait été victime d'aucun nouvel événement accidentel et que le traitement médical n'était pas terminé. En annexe à ce questionnaire figurait un historique des consultations médicales.
15. Par courrier du 26 août 2016, l'employeur de l'assurée a résilié le contrat de travail de l'assurée pour le 31 octobre 2016.
16. À teneur d'un très bref avis du docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assurance, daté du 13 septembre 2016, le *statu quo* avait été atteint au moment de la rechute, sans autres précisions.
17. Le dossier de l'assurée a une nouvelle fois été soumis au Dr G_____. Selon son rapport établi sur dossier le 3 octobre 2016, l'accident n'était pas de gravité objective. Cela ressortait des pièces du dossier et était confirmé par l'incapacité de travail de douze jours pour troubles cervicaux. L'ensemble des troubles observés au mois de juin 2016, tant sur le plan somatique que sur le plan psychologique, ne pouvait être considéré comme étant en rapport de causalité avec l'accident assuré de manière hautement vraisemblable. S'agissant des troubles cervicaux consécutifs à l'accident, ils étaient guéris peu de temps après la reprise du travail. Le cas pouvait ainsi être clôturé pour fin mars 2016.

18. Par décision du 3 octobre 2016, l'assurance a refusé de fournir une quelconque prestation à compter du 15 juin 2016, seule la suite immédiate de l'accident étant à sa charge.
19. Le 26 octobre 2016, l'assurée s'est opposée à la décision précitée, relevant notamment que les consultations et soins n'avaient jamais cessé depuis l'accident. Ses douleurs avaient momentanément été calmées suite aux séances de kinésithérapie, mais elles avaient à nouveau repris et augmenté la semaine suivant la fin du traitement. Par conséquent, les suites immédiates de l'accident n'étaient pas encore guéries en juin 2016. Certes, il n'y avait pas de lien de causalité directe entre l'accident et les pathologies soignées par le Dr F_____. Cependant, il existait un lien entre les suites immédiates de l'accident (problèmes au dos, à la nuque, aux cervicales, etc.) et l'important stress ressenti, dès lors qu'elle ne pouvait plus travailler correctement, n'étant même plus en mesure d'écrire. Elle avait d'ailleurs été licenciée étant donné qu'elle ne pouvait plus faire son travail tel que demandé. Sa fragilité psychologique avait peut-être contribué à la survenance du stress, mais cela ne constituait pas un motif valable de refuser la prise en charge. Au demeurant, c'était le Dr E_____ qui l'avait adressée au Dr F_____, en soutien au traitement prescrit, et ce n'était qu'à compter de la première visite chez le psychiatre précité et des arrêts de travail prescrits par celui-ci que la suite immédiate de l'accident avait véritablement commencé à se calmer et à guérir. Compte tenu de ce qui précède, l'assurée concluait à la prise en charge de tous les frais relatifs aux consultations, prescriptions et arrêts de travail jusqu'à la fin du traitement, soit jusqu'à la guérison, plus trois mois au moins.
20. Un entretien avec une inspectrice des sinistres de l'assurance a eu lieu le 13 janvier 2017. Selon le rapport y consécutif, l'assurée souffrait toujours de douleurs aux cervicales. Elle ressentait une gêne et des douleurs lancinantes irradiant jusqu'aux trapèzes. Avant l'accident, elle n'avait jamais souffert des cervicales ou des lombaires et n'avait eu aucun problème orthopédique. Elle n'avait jamais été dépressive. Elle était toutefois fragile psychologiquement. En effet, elle avait eu une grossesse difficile en 2000 et avait été suivie par un psychologue ou un psychiatre pendant trois mois. Il en allait de même suite au décès de son jeune frère en 2011. Elle avait consulté le Dr F_____ sur les conseils de son rhumatologue. En effet, en raison de l'accident et des douleurs y consécutives, elle était stressée car elle avait du mal à effectuer correctement son travail, ce d'autant plus qu'il y avait une surcharge de travail.
21. Par décision du 16 mars 2017, l'assurance-accidents a écarté l'opposition de l'assurée et a confirmé la décision du 3 octobre 2016, relevant tout d'abord que le cas avait été clôturé tacitement au cours du printemps 2016 (fin des séances de kinésithérapie le 3 juin 2016, durée prévue du traitement de six semaines, nouvelle consultation le 14 juin 2016, etc.), de sorte que les plaintes apparues en juin 2016 constituaient en réalité une rechute. Il appartenait dès lors à l'assurée de prouver qu'elles étaient en lien de causalité naturelle avec l'accident du 9 mars 2016. Plus

de deux mois s'étaient écoulés entre les derniers traitements, en mars 2016, avec reprise complète de l'activité lucrative le 21 mars 2016, et les nouvelles consultations dès le 14 juin 2016. Dans la mesure où les documents médicaux ne faisaient état d'aucun substrat traumatique organique, les plaintes de l'assurée n'étaient pas objectivables. Si lesdites plaintes ne devaient pas être qualifiées de rechute, le lien de causalité naturelle devrait être nié conformément à l'appréciation du Dr G_____. Dans tous les cas, le lien de causalité adéquate n'était pas réalisé, aucun des critères établis par la jurisprudence en cas d'accident de gravité moyenne n'étant rempli.

22. Le 14 avril 2017, l'assurée (ci-après : la recourante) a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée et a conclu à son annulation et, cela fait, à la confirmation que les symptômes n'avaient jamais cessé entre l'accident et les 14-15 juin 2016, à la condamnation de l'assurance (ci-après : l'intimée) à poursuivre les prestations et à la reprise des soins jusqu'à ce que la situation d'avant l'accident soit rétablie.

À l'appui de ses conclusions, la recourante a notamment rappelé que les traitements s'étaient poursuivis jusqu'au 3 juin 2016 à raison de quinze séances de kinésithérapie prescrites par la Dresse C_____ le 23 mars 2016. À la suite desdites séances, il était prévu qu'elle revoie la Dresse C_____ au plus tard le 15 juin 2016 afin de faire le point sur l'évolution de son état de santé. Il était donc évident que le lien de causalité entre les traitements prodigués dès les 14-15 juin 2016 et l'accident était donné.

À l'appui de ses conclusions, la recourante a notamment produit :

- une attestation de la Dresse C_____, datée du 5 avril 2017, selon laquelle l'assurée l'avait consultée le 23 mars 2016 en raison d'une entorse cervicale avec rectitude à la radiographie. Des séances de rééducation et le port d'une minerve avaient été prescrits pour trois mois. Devant l'augmentation des symptômes, elle avait à nouveau consulté le 15 juin 2016, raison pour laquelle une IRM cervicale avait été effectuée. Les douleurs ressenties de mars à août 2016 faisaient suite à l'accident du 9 mars 2016 ;
 - une attestation de Monsieur H_____, kinésithérapeute, du 6 avril 2017, dont il ressort que seule une très légère évolution positive avait été obtenue. La recourante devait être manipulée avec beaucoup de précautions compte tenu de son hyperalgie cervicale, et ce jusqu'à la fin des séances. Chaque moyen utilisé pour réduire la douleur, tel que les massages, infrarouges, électrothérapie, n'avait donné que peu de résultats ;
 - la feuille de soins de la Dresse C_____, du 15 juin 2016, à teneur de laquelle les soins dispensés le 15 juin 2016 l'avaient été en lien avec l'accident du 9 mars 2016.
23. L'intimée a répondu en date du 15 juin 2017 et a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. Sur le fond, l'assurance a nié la causalité tant naturelle

qu'adéquate, pour les motifs d'ores et déjà explicités dans sa décision sur opposition.

24. Par réplique du 12 août 2017, la recourante a relevé que l'intimée avait décidé de mettre un terme à la prise en charge des suites de l'accident, avec effet rétroactif, en s'apercevant que sa situation se compliquait sur les plans médical et professionnel. L'assurance avait trouvé ce qu'elle qualifiait d'intervalle libre de prestations pour estimer qu'elle était guérie et clôturer le cas rétroactivement. Elle avait toutefois continué à souffrir des suites de l'accident au-delà du 21 mars. Partant, son cas devait être examiné sous l'angle du cas de base. Dès lors que la causalité naturelle et adéquate était donnée au moment de l'accident et que ses douleurs n'avaient pas disparu, le lien de causalité n'avait pas cessé et était toujours établi en date du 15 juin 2017. L'assurance devait ainsi prouver qu'elle était guérie et qu'un autre facteur ou événement était seul à l'origine des plaintes résiduelles. Or, l'intimée n'était pas en mesure d'apporter cette double preuve. L'appréciation de son médecin-conseil était un simple avis, et non une preuve ou un constat. Par ailleurs, l'intimée niait l'existence d'un traitement de physiothérapie alors qu'il ressortait des pièces produites qu'un tel traitement avait été prodigué, étant précisé qu'en France, le terme de physiothérapie n'existait pas et qu'il était remplacé par celui de kinésithérapie. S'agissant de la gravité de l'accident, force était de constater qu'un accident de peu de gravité pouvait entraîner des atteintes à la santé importantes et difficiles à soigner et vice versa. La gravité d'un accident et celle de l'atteinte n'étaient pas les seuls éléments à prendre en considération. En effet, il convenait également de considérer que chaque personne réagissait différemment pour une même atteinte, notamment à cause de la constitution et du ressenti de la douleur. Dans son cas, l'accident et l'atteinte à la santé étaient de faible gravité. Cela étant, le processus de guérison avait été beaucoup plus long que prévu. Elle n'avait jamais eu de douleurs aux cervicales avant l'accident, raison pour laquelle elle concluait à ce que l'intimée prenne en charge les traitements nécessaires pour soigner ses atteintes.

En annexe à la réplique figuraient trois factures établies par Monsieur H_____, dont il ressort que des séances de kinésithérapie avaient eu lieu les 5, 7, 13, 15, 27 et 29 avril, 4, 11, 13, 18, 20, 25 et 27 mai, 1^{er} et 3 juin 2016.

25. Le 15 novembre 2017, l'intimée a déposé sa duplique, persistant dans les termes de ses précédentes écritures.
26. Par courrier du 15 mars 2018, la recourante a demandé à être entendue, ce à quoi l'intimée s'est opposée le 9 avril 2018.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, le recours étant dirigé contre une décision sur opposition rendue en application de la LAA.

2. a. 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).

b. 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_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

3. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée était en droit de refuser de prendre en charge les incapacités de travail et les traitements à compter du 14 juin 2016, en tant que suites de l'accident du 9 mars 2016. Singulièrement, les questions posées portent sur la date de la clôture du cas, ainsi que sur les liens de causalité naturelle et adéquate entre l'accident assuré et les troubles encore présentés.

4. En premier lieu, il convient de déterminer si les troubles dont souffre la recourante à compter du mois de juin 2016 présentent une continuité avec l'accident assuré ou s'ils constituent, au contraire, un cas de rechute ou de séquelles tardives. La distinction revêt toute son importance puisque dans la seconde hypothèse, l'assureur ne saurait se voir opposer le fait d'avoir admis l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident initial et ses suites. En effet, dans la mesure où les facteurs causals peuvent prendre fin avec le temps, il appartient à l'assuré de prouver, au degré de la vraisemblance prépondérante, le lien de causalité naturelle entre le cas de rechute ou de séquelles tardives allégué et l'accident initial (arrêt du

Tribunal fédéral 9C_102/2008 du 26 septembre 2008 consid. 2.2 ; voir également ATAS/959/2015 du 14 décembre 2015 consid. 14b).

5. 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).

b. 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). Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références ; RAMA, 1994, n° U 206, p. 327, consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005).

c/aa. Si la situation se modifie après la clôture du cas, une révision au sens de l'art. 17 LPGA n'est pas possible, dès lors que cette disposition ne peut porter que sur des rentes en cours. La modification de la situation, en lien de causalité avec l'accident, peut être invoquée en faisant valoir une rechute ou des séquelles tardives de l'événement accidentel ayant force de chose jugée. Cette manière de procéder correspond à la demande nouvelle en matière d'assurance-invalidité (RAMA, 1994, n° U 189, p. 139).

c/bb. Lorsque l'assureur et l'assuré sont en désaccord au sujet de la prolongation du droit à la prise en charge de prestations qui peuvent être qualifiées d'importantes, la clôture du cas doit être signifiée au moyen d'une décision formelle (ATF 132 V 412 consid. 4). Si cette communication prend la forme d'un simple courrier, celui-ci acquiert en principe force obligatoire lorsque l'assuré ne soulève pas d'objections dans un délai d'une année (ATF 134 V 145). En revanche, lorsqu'à un moment donné, des prestations ne sont plus à l'ordre du jour, il peut aussi y avoir rechute, même lorsque l'assureur n'a pas averti l'assuré qu'il clôturait le cas et qu'il mettait fin aux prestations. Ce qui est décisif dans ce dernier cas de figure, c'est de savoir si

à l'époque, on pouvait partir du principe qu'à l'avenir, la nécessité de soins et/ou d'un arrêt de travail ne se manifesterait plus. Cet examen doit avoir lieu *ex ante* en prenant en considération les circonstances du cas d'espèce. À cet égard, la nature de la lésion et l'évolution que celle-ci a connue jouent un rôle décisif : en présence d'un accident relativement bénin, suivi d'un processus de guérison favorable et ayant nécessité des prestations d'assurance pendant une période relativement brève, on admettra plus aisément une clôture tacite du cas qu'en présence d'un processus de guérison compliqué. En revanche, le droit aux prestations doit être examiné à la lumière de l'accident initial, et non d'une rechute, lorsqu'au cours de la période sans prestations d'assurance, l'assuré a continué à souffrir des troubles apparus avec l'accident initial et/ou s'il existe des symptômes de pont [Brückensymptome] qui permettent de considérer les événements comme formant un tout durant la période en question (arrêt 8C_102/2008 précité consid. 4.1 et arrêt du Tribunal fédéral 8C_433/2007 du 26 août 2008 consid. 2.3 et les références). Un traitement médical continu n'est pas obligatoire dans ce contexte (voir arrêt du Tribunal fédéral 8C_433/2007 du 26 août 2007 consid. 2.3 in fine et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 12/05 du 6 juin 2006 consid. 4.3 et 4.3.2).

6. En l'espèce, l'intimée est d'avis que la clôture du cas a eu lieu de manière tacite à une date non précisée, dès lors que la recourante a pu reprendre son activité professionnelle le 21 mars 2016, que l'incapacité de travail ultérieure n'a eu lieu qu'en juin 2016 et que l'incapacité de travail pour la période du 1^{er} juillet au 31 août 2016 a été prise en charge par Helvetia en sa qualité d'assureur perte de gain maladie (police n° 59.006.969).

Force est de constater, tout d'abord, qu'entre le 21 mars, date de la reprise de l'activité professionnelle, et le 15 juin 2016, date du début de la nouvelle incapacité de travail, l'intimée n'a signifié la clôture du cas ni par décision formelle ni par simple communication, de sorte qu'il convient d'examiner si les conditions d'une clôture tacite sont réalisées.

Suite à l'accident assuré, la recourante a été incapable de travailler jusqu'au 20 mars 2016, soit pendant douze jours. Elle a consulté la Dresse C_____ les 9, 14 et 23 mars 2016. Lors de ce dernier rendez-vous, le médecin précité a prescrit quinze séances de rééducation du rachis et des membres supérieurs. Ces séances se sont déroulées du 5 avril au 3 juin 2016. Par ailleurs, selon le kinésithérapeute qui a traité la recourante lors de ces séances, seule une très légère amélioration des douleurs avait été constatée. Moins de quinze jours après la fin du traitement, les douleurs de la recourante ont augmenté et de nouvelles sont apparues (voir notamment préambule du rapport d'IRM du 16 juin 2016).

Dans de telles circonstances, on ne peut parler ni de période sans prestations d'assurance ni de période sans douleurs entre les deux incapacités de travail. On ne peut donc considérer que le dossier de la recourante a été clôturé tacitement à la fin du mois de mars 2016.

C'est donc sous l'angle du cas initial que le droit aux prestations, postérieur au 14-15 juin 2016, aurait dû être examiné.

7. À l'appui de son refus de prester, l'intimée invoque l'absence de lien de causalité tant naturelle qu'adéquate.

a. 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).

b/aa. 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 une période de latence (par ex., vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable ; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes – qui appartiennent, avec les cervicalgies, au tableau clinique typique

d'un traumatisme de type « coup du lapin » – apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (SVR, 2007, UV, n. 23, p. 75 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 580/06 du 30 novembre 2007 consid. 4.1).

b/bb. Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine* ; RAMA, 1992, n° U 142, p. 75, consid. 4b).

S'agissant de l'aggravation d'un état antérieur dégénératif au niveau de la colonne vertébrale, le *statu quo sine* est dans la règle atteint après 6 ou 9 mois, mais au plus tard après un an (arrêt du Tribunal fédéral 8C_508/2008 du 22 octobre 2008 consid.4.2).

c/aa. 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 principe, les conditions de la causalité adéquate doivent être appréciées à la clôture du cas, sauf s'il s'agit d'un accident léger, pour lequel cette analyse peut être faite en tout temps, étant précisé que la causalité adéquate peut être rejetée d'emblée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 228/2005 du 16 mars 2006 consid. 2.1 et 2.3).

c/bb. 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). 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).

Dans le cadre de la classification à effectuer pour l'examen du lien de causalité adéquate, les collisions impliquant un véhicule à l'arrêt devant un passage pour piétons ou un signal lumineux sont régulièrement considérées comme étant des accidents de gravité moyenne à la limite des accidents légers. Une dérogation à cette règle en faveur d'un léger accident est possible, selon la jurisprudence, en particulier en cas de variation particulièrement faible de la vitesse lors de la collision et une absence substantielle de plaintes survenant immédiatement après l'événement, comme cela est notamment le cas lors d'une collision dans un embouteillage, où les véhicules circulent au pas (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 228/2005 du 16 mars 2006 consid. 2.3).

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

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).

b/aa. 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).

b/bb. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur 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 (ATF 125 V 251 consid. 3b/ee).

Le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d ; ATF 123 V 175 consid. 3d ; ATF 125 V 351 consid. 3b ee ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_588 /2015 du 17 décembre 2015 consid. 2).

b/cc. 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).

b/dd. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes

sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2).

9. a. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. 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 (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI, 1994, p. 220, consid. 4). 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 ; U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

c. Selon la jurisprudence (DTA, 2001, p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA, 1993, n° U 170, p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA, 1986, n° K 665,

p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013).

10. a. En l'espèce, l'intimée a justifié son refus de prise en charge en se référant à l'appréciation du Dr G_____ du 3 octobre 2016, lequel conclut à l'absence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident assuré et les troubles dont a souffert la recourante à compter de mi-juin 2016.

On relèvera en premier lieu que le Dr G_____ a fondé ses conclusions sur une analyse du dossier médical, et non sur son propre examen clinique. Cependant, conformément à la jurisprudence citée, si le dossier qui lui a été soumis contient suffisamment d'appréciations quant à elles fondées sur un examen personnel de la recourante, la valeur probante du rapport du Dr G_____ ne saurait être niée. Cette question peut en l'état rester ouverte dès lors que l'appréciation du médecin-conseil ne constitue pas une base fiable pour trancher la question de la causalité naturelle pour d'autres motifs.

b. En effet, force est de constater que si l'appréciation du médecin-conseil de l'intimée répond à un certain nombre de requisits jurisprudentiels, d'autres ne sont pas respectés. Ainsi, les plaintes ne sont pas décrites. Certes, elles sont évoquées (« nouvelles douleurs au niveau de la face et du dos »), mais on n'en connaît pas la nature. La situation médicale n'a pas été examinée de manière complète. Ainsi, le Dr G_____ ne s'est pas prononcé sur les atteintes dégénératives, lesquelles pourraient avoir été décompensées par l'accident assuré. Il n'a pas non plus examiné la problématique de la rectitude cervicale. Or, celle-ci a été évoquée à plusieurs reprises, et on pourrait même se demander si elle n'a pas été entraînée par l'accident assuré. On peut également douter que le Dr G_____ ait rendu son appréciation en pleine connaissance du dossier, dès lors qu'il n'évoque à aucun moment les quinze séances de physiothérapie prescrites lors de la reprise de l'activité professionnelle, lesquelles se sont terminées le 3 juin 2016. Enfin, les conclusions auxquelles est parvenu le Dr G_____ ne sont pas motivées. On ne peut ainsi que deviner les motifs pour lesquels le médecin précité semble nier le lien de causalité entre l'accident assuré et les plaintes survenues en juin 2016, à savoir le peu de gravité objective de l'accident et la durée peu importante de l'incapacité de travail, ce qui est insuffisant.

Certes, il n'appartient pas à l'intimée d'amener la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la recourante est dorénavant en parfaite santé. Cela étant, l'intimée doit prouver, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les causes accidentelles – même indirectes – de l'atteinte à la santé dont souffre la recourante ne jouent plus de rôle. Or, comme cela ressort des considérations qui précèdent, le rapport du Dr G_____ ne constitue pas une base

fiable pour trancher cette question, dès lors que son appréciation ne prend pas en considération toutes les implications médicales et qu'il ne justifie pas sa position.

11. a. Reste à vérifier si l'intimée pouvait refuser de prêter en raison du défaut de lien de causalité adéquate entre l'accident assuré et les troubles existants depuis mi-juin 2016. Pour l'intimée, soit l'accident doit être considéré comme banal, ce qui a pour conséquence le défaut de lien de causalité adéquate, soit il s'agit d'un accident moyen à la limite des accidents légers, et les critères jurisprudentiels ne sont pas réalisés, de sorte que le lien de causalité adéquate fait également défaut.

b. Conformément à la jurisprudence fédérale, l'accident dont a été victime la recourante est de gravité moyenne. En effet, si les forces en présence n'étaient vraisemblablement pas très importantes, le véhicule de la recourante étant à l'arrêt alors que l'autre conducteur faisait une marche arrière, la recourante a immédiatement souffert de douleurs cervicales. On ne se retrouve dès lors pas dans une constellation où les douleurs typiques d'un « coup du lapin » ne sont apparues qu'après un certain temps de latence (voir *supra* consid. 9c/bb *in fine*). Il s'agit donc bien d'un accident de gravité moyenne.

Dans un tel cas, la causalité adéquate doit être examinée lors de la clôture du cas. Or, comme cela a été relevé ci-dessus, le cas n'a pas été clôturé tacitement à la fin du mois de mars 2016. La question de la stabilisation de l'état de santé de la recourante – et partant de la clôture du cas – n'a pas non plus fait l'objet d'un examen ultérieur de la part de l'intimée. Partant, la question de la causalité adéquate a été examinée prématurément. Autre aurait été la situation si des troubles psychiques étaient devenus prédominants. Dans un tel cas, les critères en matière de causalité adéquate auraient pu être examinés et, *prima facie*, niés. Toutefois, le dossier soumis à la chambre de céans ne permet pas, en l'état, de déterminer dans quelle mesure de tels troubles sont devenus prédominants et à quelle date. En effet, quand bien même la recourante était suivie par un psychiatre à compter du 19 juillet 2016, on ne sait pas si les troubles psychiques sont devenus prédominants et à partir de quand ou si ce n'est que pour des questions pratiques que seul le Dr F_____ a établi des certificats d'arrêt de travail.

12. En résumé, le dossier de l'intimée ne contient aucun rapport médical circonstancié et probant permettant de trancher la question du lien de causalité entre les atteintes encore ressenties par la recourante et l'accident assuré. Si le Dr G_____ s'est certes prononcé dans une appréciation – au demeurant lacunaire – datée du 3 octobre 2016, il n'a pas motivé sa position. Dans ces circonstances, la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer de manière définitive sur l'inexistence d'un lien de causalité entre l'accident du 9 mars 2016 et les troubles présentés par la recourante dès le 15 juin 2016, singulièrement sur la date d'un éventuel retour à un *statu quo*. Quant aux critères en matière de causalité adéquate, ils ont été examinés prématurément en l'absence de troubles psychiques prédominants.

Force est ainsi de considérer que l'intimée a constaté les faits de manière sommaire, sur la base des rapports de son médecin-conseil, très peu motivés et ne disposant pas d'une valeur probante suffisante. Il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives, de sorte que le dossier sera renvoyé à l'intimée pour instruction complémentaire sur le lien de causalité naturelle entre lesdites plaintes et les douleurs cervicales, ainsi que sur la date d'un éventuel *statu quo*. Dans ce contexte, il appartiendra également à l'intimée de déterminer si et, dans l'affirmative, à partir de quelle date les troubles psychiques seraient devenus prédominants.

13. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis partiellement et la décision sur opposition du 16 mars 2017 sera annulée.

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

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. L'admet partiellement et annule la décision sur opposition du 16 mars 2017.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité de procédure.
6. 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

Marie NIERMARÉCHAL

Raphaël MARTIN

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