

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3127/2010

ATAS/1289/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 décembre 2013

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame M _____, domiciliée au PETIT-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BRATSCHI Gilbert

recourante

et demanderesse
en révision

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (SUVA), avenue de la Gare 19; case postale 287, LAUSANNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître DERIVAZ Olivier

intimée

et défenderesse
en révision

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame M_____ (ci-après : l'assurée), ressortissante sri-lankaise, née en 1960, arrivée en Suisse en 1991, ayant exercé diverses activités dans le domaine de la restauration, a été victime de plusieurs accidents :
 - le 27 mai 1997, elle s'est cassé la cheville droite ; les suites de cet accident ont été prises en charge par l'assureur-accidents de son employeur d'alors ;
 - le 1er novembre 2002, l'assurée a glissé et chuté, ce qui lui a occasionné une entorse de la cheville droite ; les suites de cet événement ont été prises en charge par l'assureur-accidents du nouvel employeur de l'intéressée ;
 - quelques jours plus tard, le 6 novembre 2002, l'assurée est tombée dans un bus ayant freiné brusquement ; sa chute sur le côté gauche a eu pour conséquences une entorse cervicale et des contusions à l'épaule et au poignet gauches ; à cette occasion, une probable fibromyalgie a été évoquée ; là encore, c'est l'assureur-accidents de son nouvel employeur qui est intervenue.
2. L'assurée s'est vu reconnaître de la part de l'assurance-invalidité (AI) le droit à une demi-rente du 1er novembre 2003 au 30 juin 2004, puis à une rente entière dès le 1er juillet 2004. L'AI a notamment admis que la capacité résiduelle de travail de l'assurée n'était plus exploitable qu'en atelier protégé. Quant à l'assureur-accidents, il a reconnu à l'assurée le droit à une rente de 23% dès le 1er février 2007 ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% (voir ATAS/734/2008 du 19 juin 2008).
3. Le 29 janvier 2009 - période à laquelle elle travaillait pour la FONDATION X_____ et était à ce titre assurée contre le risque d'accidents, professionnels ou non, auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la SUVA) - l'assurée a été renversée par une voiture alors qu'elle traversait la rue, ce qui l'a fait chuter sur le côté droit. L'assurée a souffert de douleurs au niveau des épaule, coude, poignet et rachis cervical droits ; selon ses dires, elle aurait également perdu connaissance de manière transitoire et rencontré des troubles de la concentration.
4. La SUVA a pris le cas en charge mais, par décision du 19 avril 2010 - confirmée sur opposition le 19 août 2010 - a mis un terme à ses prestations avec effet au 30 avril 2010, date à compter de laquelle elle a considéré qu'il n'y avait plus de lien de causalité entre l'incapacité de travail de l'assurée et l'accident du 29 janvier 2010.
5. Le recours interjeté par l'assurée contre la décision de la SUVA a été partiellement admis par la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 3 mai 2012 (ATAS/612/2012), à l'issue d'une longue instruction ayant permis de recueillir, notamment, les éléments suivants :

- un rapport des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (ci-après : HUG) où l'assurée a été transportée suite à l'accident, retenant les diagnostics de contusion du genou et de traumatisme occipital, notant l'absence de fracture et relevant la présence de troubles dégénératifs de la colonne cervico-dorsale ont constatés suite à un CT-Scan pratiqué le 30 janvier 2009 ;

- des radiographies de la colonne dorsale de face et profil réalisées le 5 février 2009 confirmant la présence de troubles statiques et dégénératifs de la colonne dorsale ;

- une imagerie par résonance magnétique (IRM) du cerveau effectuée le 9 février 2009 ne montrant rien de particulier ;

- une échographie de l'épaule droite du 17 mars 2009 révélant des signes compatibles avec une tendinopathie de la coiffe, sans rupture visible ;

- un gril costal droit effectué le 24 avril 2009 ne montrant ni fracture costale visible, ni épanchement plural, ni contusion pulmonaire ni pneumothorax mais, en revanche, une altération dégénérative de la colonne dorsale basse (DISH).

- un courrier de la Dresse A_____, spécialiste FMH en psychiatrie, daté du 27 avril 2009, indiquant que l'assurée souffrait d'un état de stress post-traumatique consécutif à l'accident du 29 janvier 2009 ;

un courrier du Dr B_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et médecin traitant de l'assurée, daté du 29 avril 2009, concluant à une séquelle traumatique sans fracture de l'accident du 29 janvier 2009, à un état anxiodépressif et à une totale incapacité de travail ;

- un rapport de la Dresse C_____, spécialiste FMH en chirurgie mandatée par la SUVA, qui, le 30 avril 2009, a posé les diagnostics suivants : suspicion de stress post-traumatique, contusion à l'épaule gauche, contusion cervicale et contusion occipitale ; à l'examen clinique, le médecin n'avait trouvé aucune lésion ou trouble physique susceptible de justifier une incapacité de travail ;

- un courrier rédigé le 11 mai 2009, par la Dresse A_____, confirmant le diagnostic d'état de stress post-traumatique et précisant que, malgré un traitement médicamenteux et un suivi régulier, l'assurée rencontrait des difficultés à se stabiliser et était totalement incapable de travailler sur le plan psychique ;

- un courrier de la Dresse A_____ du 29 juin 2009 indiquant qu'une reprise d'activité à 50% était envisagée dès le 1er juillet 2009 ;

- un rapport rédigé par le Dr D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin d'arrondissement de la SUVA après son examen de l'assurée, le 1er juillet 2009, confirmant le diagnostic d'état de stress post-traumatique dont il a précisé qu'il ne faisait aucun doute ; le Dr D_____ a jugé préoccupante la multiplication et la persistance des plaintes exprimées par l'assurée sur le plan somatique ; il y a vu un risque que la situation évolue vers un

tableau psychosomatique chronicisé, avec persistance d'un handicap à long terme ;

- un rapport de la Policlinique de neurologie des HUG établi consécutivement à une consultation le 20 août 2009, dans lequel les Desses E_____, cheffe de clinique, et F_____, médecin interne, ont fait état d'un traumatisme crânien survenu le 29 janvier 2009 et d'intenses céphalées survenant toutes les deux à quatre semaines ; le diagnostic posé était celui de céphalées post-traumatiques avec composante migraineuse ;

- une IRM de la colonne cervicale effectuée le 16 septembre 2009, montrant une hernie discale C4-C5 médiane et paramédiane gauche pouvant créer un conflit avec la racine C5 gauche, ainsi qu'une discrète proéminence uncarthrosique ;

- un courrier de la Dresse A_____ du 21 septembre 2009 précisant que la reprise du travail tentée au début du mois de juillet 2009 s'était mal passée, l'assurée ayant rencontré des problèmes avec sa hiérarchie ; par la suite, son état s'était péjoré et l'assurée avait à nouveau été mise en arrêt de travail ;

- un courrier du 22 septembre 2009 du Dr B_____ confirmant en substance ses avis précédents et rappelant que l'état de santé de l'assuré s'était détérioré essentiellement sur le plan psychique, à tel point qu'un suivi était nécessaire ;

- un courrier du 14 octobre 2009 du Dr B_____ faisant état d'une pathologie mixte évolutive somatique avec rachialgie diffuse, surtout cervicale, et état dépressif réactionnel ; de multiples douleurs étaient apparues suite à de précédents accidents, cela étant, les plaintes de sa patiente concernaient essentiellement le rachis cervical et la cheville droite ; son état n'était pas stabilisé et l'incapacité de travail était toujours totale, à moyen et long termes ;

- un rapport établi le 7 octobre 2009 par le Dr G_____, spécialiste FMH en neurologie, posant les diagnostics de syndrome post-traumatique avec céphalées et de douleurs cervicales avec hernie discale de projection gauche ; le médecin expliquait que l'assurée souffrait d'un syndrome post-traumatique avec cauchemars persistants ainsi que de maux de tête et de vertiges post-traumatiques ;

- un rapport intermédiaire du 13 octobre 2009 du Dr B_____ faisant état d'une légère amélioration de l'état psychique de sa patiente suite à la modification du traitement médicamenteux ;

- un nouveau rapport du Dr D_____ suivant un examen du 28 octobre 2009 et concluant à un état de stress post-traumatique et à un probable syndrome douloureux somatoforme persistant ; selon le médecin, les plaintes s'expliquaient par le registre psychosomatique (céphalées et douleurs ostéoarticulaires multiples) mais certaines pouvaient toutefois être en lien avec un substrat somatique objectivé (hernie discale C4-C5) ; le médecin soupçonnait fortement un trouble somatoforme douloureux, se superposant aux troubles anxieux et notamment à l'état de stress post-traumatique ;

- un rapport établi par les médecins de la Clinique de Montana, où l'assurée a séjourné du 18 novembre au 2 décembre 2009, concluant principalement à un état de stress post-traumatique ; les comorbidités étaient les suivantes : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec somatisations, attaque de panique, hypertension artérielle (HTA), syndrome cervical vertébral, syndrome lombovertébral, troubles statiques et dégénératifs du rachis cervico-dorso-lombaire et obésité ; les médecins relevaient dix points de Smith sur dix-huit, orientant le diagnostic vers un probable syndrome douloureux diffus chronique, avec une composante angoissante ;

- un rapport rédigé après un examen du 3 décembre 2009 par le Dr H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement remplaçant de la SUVA ; constatant, sur le plan purement somatique, des cervicobrachialgies droites sur cervico-discarthrose avec déficit sensitif du membre supérieur droit pouvant traduire une composante radiculaire, étant précisé que les diverses investigations et l'imagerie permettaient d'exclure une lésion telle qu'une fracture, une rupture ligamentaire cervicale ou une lésion cérébrale imputables à l'accident ; selon le Dr H_____, la probable entorse-contusion cervicale subie lors de l'accident avait contribué à décompenser une cervicarthrose préexistante, vraisemblablement déjà symptomatique avant l'accident ; en effet, les douleurs scapulo-brachiales chroniques gauches, dont l'assurée se plaignait déjà avant l'accident, ne pouvaient être mises exclusivement en relation avec l'atteinte de la coiffe des rotateurs constatée à l'échographie mais suggéraient déjà une composante cervicale ; en d'autres termes, l'accident avait pu aggraver passagèrement la comorbidité dégénérative préexistante mais il n'avait pas occasionné de lésion déterminante susceptible de conduire à une aggravation durable ; il paraissait dès lors probable que l'accident ne jouait plus qu'un rôle minime sur le plan strictement somatique, la problématique de l'assurée relevant principalement de facteurs psychiatriques.

- un courrier du Dr B_____ du 26 janvier 2010, précisant que sa patiente ne se plaignait pas de cervicobrachialgies avant l'accident du 29 janvier 2009 et qu'elle n'avait jamais fait l'objet d'un contrôle radiologique évoquant une arthrose cervicale, même minime ;

- l'avis de sortie de la Clinique de Montana, après séjour de l'assurée du 2 au 18 mars 2010, concluant à une cervicobrachialgie gauche sur cervicarthrose étagée décompensée suite à l'accident, avec hernie discale C4-C5, et à un trouble anxio-dépressif avec syndrome de stress post-traumatique ; les médecins préconisaient une reprise à 50% à condition d'éviter les efforts physiques ;

- un certificat établi par la Dresse A_____ en date du 25 mars 2010 contestant l'existence de la moindre capacité de travail : les symptômes de l'état de stress post-traumatique s'étaient péjorés avec une anxiété invalidante ;

- un rapport détaillé rédigé le 6 avril 2010 par les médecins de la Clinique de Montana ; l'examen neurophysiologique avait révélé une discrète neuropathie cubitale droite, à la gouttière épitrochléaire du coude, sans toutefois mettre en évidence d'indice de radiculopathie cervicale ; l'examen neuropsychologique était globalement rassurant, sans déficit cognitif ; sur le plan ostéo-articulaire, la radiographie de la colonne cervicale infirmait des lésions traumatiques et révélait une discarthrose ostéophyttaire C4-C5 ainsi que C5-C6, associée à une uncarthrose gauche C5-C6 ; sur le plan rhumatologique, l'examen clinique était normal, sans limitation fonctionnelle des épaules et sans aucun élément en faveur d'une rupture de la coiffe chez cette patiente qui s'autolimitait ; les documents d'imagerie étaient également rassurants : tant l'IRM que les radiographies standards ne montraient aucun indice en faveur d'une lésion traumatique ou instabilité ; même les troubles dégénératifs paraissaient modestes ; l'élaboration ostéophyttaire visible en C4-C5 et C5-C6 était ancienne ; en conséquence, l'expert en médecine interne et rhumatologie considérait qu'aucune limitation dans les activités professionnelles ne se justifiait ; sur les plans physiothérapeutique et ergothérapeutique, l'assurée était angoissée et très plaintive ; le psychiatre retenait un diagnostic de stress post-traumatique, au décours, associé à un trouble panique ; vu l'instabilité de l'état psychique, une reprise professionnelle ne pouvait être justifiée qu'à but thérapeutique ; en conclusion, les médecins estimaient qu'il n'y avait aucune incapacité de travail sur le plan organique mais qu'en revanche, l'état psychique de l'assurée justifiait une réduction à 50%, la capacité résiduelle n'étant motivée qu'à titre thérapeutique.

- l'avis émis le 9 avril 2010, par le Dr H_____, suite à ce rapport, selon lequel on pouvait clairement conclure que l'accident avait largement et entièrement cessé de déployer ses effets sur le plan somatique ; sur le plan psychique, le Dr H_____ a relevé, à la lecture du consilium psychiatrique effectué le 9 mars 2010 à la clinique, que le vécu de l'assurée laissait supposer l'existence de facteurs prédisposant sur le plan psychologique (suicide d'une sœur aînée à 22 ans, tentative d'assassinat du père et assassinat d'un frère alors âgé de 14 ans, difficultés professionnelles et litiges avec différents employeurs) ; selon le médecin, il convenait de soumettre aux instances juridiques compétentes la question de l'adéquation entre la problématique psychiatrique et l'accident du 29 janvier 2009.

- un certificat établi par le Dr G_____ le 20 mai 2010, rappelant que l'assurée souffrait d'une affection neurologique, comprenant notamment une hernie discale C4-C5 gauche démontrée par IRM et expliquant ses douleurs à la nuque et aux épaules ;

- un rapport de la Clinique de Montana du 3 septembre 2010, consécutif au séjour de l'assurée du 14 au 29 juillet 2010, confirmant le diagnostic principal d'état de stress post-traumatique et mentionnant les comorbidités suivantes : trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec somatisations, attaques de panique,

HTA, cervicobrachialgies droites non déficitaires, lombosciatalgies droites non déficitaires, troubles statiques et dégénératifs du rachis cervico-dorso-lombaire et obésité de stade I ;

- un certificat établi le 14 septembre 2010 par le Dr B _____, faisant état d'une douleur chronique du membre supérieur droit et de l'épaule avec cervicalgie chronique ainsi que d'un état somatique évolutif somatoforme douloureux se superposant aux troubles anxieux ; le médecin y précisait qu'outre les séquelles somatiques installées et chroniques, l'assurée avait également développé un état de stress post-traumatique anxiodépressif avec des crises de panique - lesquelles n'existaient pas avant l'accident ;

- un certificat établi par la Dresse A _____ le 14 septembre 2010, confirmant le diagnostic d'état de stress post-traumatique et précisant que, suite à son licenciement, l'état psychique de l'assurée s'était péjoré (aggravation de l'anxiété généralisée et attaques de panique) ;

- l'audition, en date du 5 mai 2011, du Dr B _____, selon lequel l'accident du 29 janvier 2009 avait entraîné une importante décompensation sur le plan psychique, et, sur le plan somatique, des cervicalgies et des douleurs dorsales, douleurs qui s'étaient chronicisées en raison de l'état de stress post-traumatique et qui se manifestaient régulièrement par une demande d'antalgiques ou de physiothérapie ; le médecin a relevé, sur le plan objectif, une cervicarthrose en C4-C5 ainsi qu'une petite compression par hernie au niveau cubital mais a admis ne pouvoir se montrer catégorique quant au caractère traumatique des lésions constatées, aucun examen n'ayant été pratiqué avant l'accident ; lesdites lésions avaient été découvertes aux endroits dont l'assurée disait souffrir, ce qui permettait de suspecter un lien de causalité ; avant l'accident, l'assurée souffrait déjà de l'épaule gauche et des hautes cervicales ; l'accident de janvier 2009 avait péjoré les douleurs mais c'était surtout l'état de stress post-traumatique qui les avait installées ; l'aggravation était toutefois limitée sur ce plan, mais bien réelle ;

- l'audition, le même jour, de la Dresse A _____, confirmant avoir constaté la présence de tous les symptômes d'un état de stress post-traumatique (angoisse à l'idée de sortir, cauchemars et reviviscence de l'événement), symptômes qui avaient nécessité l'administration d'antidépresseurs, d'anxiolytiques, de somnifères et un suivi hebdomadaire ; le médecin a précisé que la plupart des patients souffrant d'un état de stress post-traumatique évoluent vers une guérison au bout de huit mois, voire un an, mais il arrive que l'évolution tende à une chronicisation pouvant durer plusieurs années et déboucher sur une modification durable de la personnalité ; s'agissant plus particulièrement de l'assurée, le témoin a indiqué que son angoisse pouvait atteindre un paroxysme et que des attaques de panique avaient surgi en novembre 2009 ainsi qu'en mars 2011 ;

- un courrier de la Dresse A _____ du 24 octobre 2011, dans lequel ce praticien précise que l'état psychique de sa patiente fluctuait et que le 7 septembre

2011, elle avait assisté à un accident sur la voie publique qui l'avait bouleversée et lui avait fait revivre son accident avec des symptômes post-traumatiques.

La Cour de céans a confirmé que la SUVA était fondée à mettre un terme au versement des prestations avec effet au 30 avril 2010 (à défaut de lien de causalité - naturelle pour les cervicalgies, adéquate pour les troubles psychiques - au-delà de cette date). En revanche, elle a partiellement admis le recours en ce sens qu'elle a reconnu à l'assurée le droit au versement des prestations du 18 mars au 30 avril 2010.

S'agissant des cervicalgies, la Cour a constaté que plusieurs spécialistes avaient considéré, de manière convaincante, que l'événement assuré n'avait entraîné aucune lésion traumatique du rachis de l'assurée. Ainsi, la Dresse C_____ n'avait trouvé à l'examen clinique, aucune lésion ou trouble susceptibles de justifier une incapacité de travail, opinion corroborée par le Dr H_____ et par les médecins de la Clinique de Montana (ni l'IRM ni les radiographies n'avaient montré d'indices en faveur d'une lésion traumatique ou d'une instabilité). Les troubles dégénératifs –notamment au niveau C4-C5 et C5-C6 – étaient déjà anciens et au demeurant modestes ; leur existence avait déjà été relevée par les HUG lors de l'IRM effectuée le jour-même de l'accident. Dans ces circonstances, le lien de causalité naturelle entre l'accident et les plaintes ne pouvait être admis que pour une durée limitée, conformément à la jurisprudence selon laquelle, lorsque des douleurs cervicales persistent plus de deux ans après l'événement assuré, il doit être considéré qu'elles ne sont plus en lien de causalité naturelle avec l'événement assuré mais qu'elles doivent être attribuées à d'autres facteurs, notamment psychiques. La Cour a relevé qu'en l'occurrence, le diagnostic de probable syndrome somatoforme douloureux avait d'ailleurs été posé à plusieurs reprises (par le Dr D_____, les médecins de la Clinique de Montant et même le Dr B_____).

Quant aux céphalées et à l'état de stress post-traumatique, la Cour a nié tout lien de causalité adéquate avec l'accident assuré. Elle a en effet constaté que l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis l'accident jusqu'à la date de la décision sur opposition litigieuse, avait été caractérisée par l'apparition - très tôt et de manière prédominante - de troubles psychiques, sous la forme d'un stress post-traumatique, alors que les atteintes physiques n'avaient joué qu'un rôle de moindre importance, ce qui a d'ailleurs été admis tant par le Dr B_____ que par l'assurée elle-même. De plus, c'était cet état de stress post-traumatique qui avait installé les douleurs. Par conséquent, conformément à la jurisprudence, le caractère adéquat du lien de causalité devait être examiné en application de critères précis, en tenant compte uniquement des troubles physiques. La Cour a considéré que l'accident pouvait être classé dans les accidents de gravité moyenne et qu'aucun des sept critères énoncés par la jurisprudence n'était rempli en l'espèce, de sorte que l'accident du 29 janvier 2009 ne pouvait pas être tenu pour la cause adéquate de l'affection psychique dont souffrait l'assurée.

6. Depuis lors, l'assurée a été victime de deux nouveaux accidents :

- le 2 avril 2012, elle a été heurtée du côté gauche, aux niveaux de la tête et de l'épaule, par une porte d'entrée automatique ; le Dr B _____ a retenu les diagnostics de PSH gauche et de cervicobrachialgies ; la SUVA a prie cet accident en charge ; il n'y a pas eu de séquelles,
- le 28 juin 2012, l'assurée se trouvait dans un bus qui a brusquement freiné ; l'assurée, qui était assise, a été entraînée vers l'avant puis vers l'arrière, où elle a été plaquée au dossier de son siège ; cet évènement a exacerbé ses douleurs, notamment aux niveaux du bas du cou et du milieu du dos ; le Dr J _____, chiropraticien consulté le 2 juillet 2012, a conclu à une réactivation douloureuse d'un état vertébral antérieur et la SUVA est également intervenue pour les suites de cet accident.

7. L'assurée a été adressée pour examen au Dr I _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, qui l'a reçue le 18 septembre 2012.

Ce médecin a constaté que l'examen clinique suite à l'évènement d'avril 2012 était très rassurant, avec une normalité et une symétrie des deux membres supérieurs et aucune anomalie pouvant faire évoquer des séquelles. Aucune incapacité de travail n'était justifiée.

Quant à l'évènement du mois de juin 2012, l'examen clinique était également très rassurant, avec une mobilité complète et indolore de la colonne cervicale en flexion-extension ainsi qu'en cas de rotation vertébrale. Le Dr I _____ a souligné que le bilan radiologique avait mis en évidence des lésions anciennes de la colonne dorsale dont il a indiqué qu'elles avaient pu temporairement être déstabilisées par l'évènement de juin 2012.

Selon les éléments disponibles, le médecin a jugé qu'aucune aggravation durable dans l'état arthrosique préexistant n'avait été mise en évidence. En l'absence de lésion déterminante dans les suites du dernier accident, le médecin a estimé qu'il était difficile de justifier un arrêt de travail de plus de deux mois, d'autant que la capacité de l'assurée lui avait semblé totale le jour de l'examen.

8. Ont été versés au dossier de l'assurée :

- un courrier du Dr J _____, chiropraticien, daté du 16 juillet 2012, indiquant qu'un scanner dorsal pratiqué le 6 juillet 2012 avait montré une fracture de l'apophyse épineuse de L1, d'aspect ancien, qui n'avait donc pu se produire lors de l'évènement du 28 juin 2012 mais pourrait être la conséquence de celui du 29 janvier 2009 ;
- un rapport rédigé le 19 janvier 2013 par le Dr K _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et spécialiste de la colonne vertébrale, concluant à une instabilité avec début d'ossification de l'étage vertébral situé entre les 5ème et 6ème vertèbres cervicales et à une instabilité avec ossification des étages vertébraux situés entre

les 6ème et 11ème vertèbres thoraciques ; le médecin a évalué la capacité de travail de l'assurée à trois heures par jour et à condition de respecter un certain nombre de limitations (pause de 30 minutes toutes les heures, pas de port de charges, pas de travail répétitif des membres supérieurs, pas de position statique de plus de 30 minutes, pas de travail au-dessus du niveau des épaules, pas de travail en hauteur, pas de mobilisation répétée du tronc, pas d'exposition au froid ou à l'humidité, pas de conduite de véhicule) ; le médecin a émis l'avis que les instabilités discales seraient dues à un traumatisme dont il est impossible de fixer la date exacte, étant précisé que ces lésions ont été discernées sur une IRM pratiquée le 6 juillet 2012 et qu'elles demandent un certain temps avant d'être visibles ; le médecin en a tiré la conclusion que l'aspect morphologique des lésions était compatible avec la date de l'accident du 29 janvier 2009 ; il a ajouté que l'origine dégénérative de cette instabilité au niveau cervical devait être écartée puisque le médecin traitant avait attesté qu'avant l'accident de janvier 2009, sa patiente ne s'était jamais plainte ; qui plus est, le caractère brutal de l'apparition de la douleur serait inhabituel dans le cadre d'une dégénérescence arthrosique ;

- un courrier du Dr J_____ du 13 septembre 2012, dont il ressort que, bien que la fracture de l'épineuse de L1 soit ancienne, il subsiste des contractures importantes à ce niveau et émettant l'avis que l'accident du 28 juin 2012 a réactivé l'instabilité d'une zone déjà traumatisée le 29 janvier 2009, tout en admettant ne pouvoir se montrer catégorique sur ce point puisqu'il ne suit l'assurée que depuis juillet 2012.

9. Par décision du 16 novembre 2012, la SUVA, se référant à l'avis du Dr I_____, a considéré que les troubles subsistant plus de deux mois après l'accident du 28 juin 2012 n'étaient plus en relation de causalité avec celui-ci mais exclusivement de nature malade. En conséquence, la SUVA a mis un terme à sa prise en charge de l'accident du 2 avril 2012 au 30 septembre 2012 pour le traitement médical et au 27 juin 2012 pour les indemnités journalières. S'agissant de l'accident du 28 juin 2012, la SUVA a mis un terme au versement des indemnités journalières au 30 septembre 2012.

10. La SUVA a confirmé cette décision le 18 février 2013.

11. Le 8 mars 2013, l'assurée a saisi la Cour de céans d'une demande de révision de son arrêt du 3 mai 2012.

La demanderesse en révision conclut à ce qu'il soit constaté que son incapacité de travail en lien avec l'accident du 29 janvier 2009 s'est prolongée au-delà du 30 avril 2010.

Un fait nouveau serait intervenu en ce sens qu'il aurait depuis lors été établi que l'accident du 29 janvier 2009 a provoqué une fracture de l'apophyse épineuse de L1 qui explique ses douleurs dorsales continues.

La demanderesse en révision allègue que l'accident du 29 janvier 2009 lui a occasionné une fracture de l'apophyse épineuse L1 décrite par le Dr J_____ dans son courrier du 16 juillet 2012. Elle en tire la conclusion que c'est à tort que la Cour a considéré, dans son arrêt du 3 mai 2012, que ses plaintes au niveau du rachis ne reposaient sur aucun élément objectif d'origine traumatique. Selon elle, les douleurs incriminées étaient bien une conséquence des accidents des 29 janvier 2009 et 28 juin 2012, lesquels ont cumulé leurs effets. L'incapacité de travail en lien avec l'accident de janvier 2009 se serait donc étendue au-delà du 30 avril 2010 et encore aggravée suite à l'accident du 28 juin 2012.

12. Invité à se déterminer, la défenderesse en révision, dans sa réponse du 17 avril 2013, a conclu au rejet de la demande de révision.

Elle fait remarquer que dans le cadre de la procédure de révision, seul peut être pris en compte l'état de fait ayant présidé à la décision sur opposition du 19 août 2010 dont avait à connaître la Cour dans son arrêt du 3 mai 2012. Les séquelles de l'accident du 28 juin 2012 doivent par conséquent être analysées dans le cadre de la procédure y consécutive.

La défenderesse en révision fait valoir qu'en tout état de cause, l'assurée n'a pas démontré la persistance d'un lien de causalité au-delà du 30 avril 2010 ; les nouvelles investigations médicales du Dr K_____ tentent surtout d'expliquer globalement l'état clinique actuel de l'assurée mais ne sont pas de nature à remettre en question les moyens de preuve administrés en temps utile.

13. En parallèle à sa demande de révision, l'assurée, par écriture du 12 mars 2013, a interjeté recours contre la décision du 18 février 2013.

Invoquant les avis des Drs J_____ et K_____, elle conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité de 70% à compter du 1er mai 2010, puisqu'elle ne dispose plus que d'une capacité résiduelle de travail de trois heures par jour au maximum.

14. Invité à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 10 avril 2013, a conclu au rejet du recours.

Elle rappelle que l'événement du 28 juin 2012 a fait l'objet de trois appréciations médicales par les Drs I_____ et L_____, qui ont considéré, sur la base du matériel à disposition, qu'il n'avait provoqué aucune lésion propre ni aggravé de manière significative et durable un état antérieur, tout au plus une aggravation passagère, de deux mois au maximum.

L'intimée estime que les constatations du médecin d'arrondissement sont pleinement convaincantes à cet égard et relève d'ailleurs que la recourante poursuit principalement le but de se voir reconnaître une incapacité de travail suite à l'accident du 29 janvier 2009, au-delà du 30 avril 2010, l'événement du 28 juin 2012 n'ayant fait que réactiver cette incapacité, son état de santé étant, selon elle, principalement dû au traumatisme de 2009.

15. Par ordonnance du 22 avril 2013, la Cour de céans a prononcé la jonction des causes A/3127/2010 (demande en révision du 8 mars 2013) et A/862/2013 (recours du 12 mars 2013 contre la décision sur opposition du 18 février 2013) sous le numéro de cause A/3127/2010.
16. Par écriture du 10 mai 2013, la recourante a allégué que la probabilité que la fracture découverte en 2012 soit due à l'accident du 29 janvier 2009 « n'est pas contestable » puisqu'elle n'a eu aucun accident entre le 29 janvier 2009 et le 28 juin 2012 et que ce dernier n'a pu provoquer cette fracture.
17. Entendu par la Cour de céans en date du 13 juin 2013, le Dr K_____, lequel a expliqué que l'imagerie actuelle, associée à la description des douleurs et à l'anamnèse, l'ont amené à la conclusion qu'il y a eu des lésions non pas osseuses (il n'y a en effet pas eu de fracture) mais des éléments de maintien (ligaments) et que ces lésions étaient traumatiques. Ces lésions, qui se situent d'une part au niveau des vertèbres cervicales C5-C6, d'autre part, au niveau des vertèbres thoraciques 7 à 11 sont dues, à son avis, aux accidents de 2009 et 2012. Selon le médecin, cette conclusion est très vraisemblable, même si elle ne peut pas être posée de manière absolue puisqu'il n'y a pas eu d'imagerie au moment des faits. En revanche, l'imagerie à distance montre un phénomène qui se développe depuis un certain temps, vraisemblablement depuis 2009.

Selon lui, on peut exclure le caractère dégénératif des lésions, pour plusieurs raisons :

- l'absence de signes cliniques antérieurs à l'accident,
- l'absence d'investigations particulières avant l'accident,
- le caractère brutal de l'apparition des douleurs, qui serait très inhabituel pour une atteinte dégénérative,
- et, surtout, le type de calcification au niveau des cervicales mais surtout du thorax : totalement asymétrique, cantonné au côté droit des vertèbres (alors que des troubles dégénératifs auraient conduit à une dégénération symétrique) et l'aspect morphologique de la calcification en « bec d'aigle » (2 éléments superposés avec une fente entre les deux).

S'agissant de la fracture de l'apophyse épineuse relevée par le Dr J_____, le Dr K_____ a indiqué qu'elle ne jouait à son avis aucun rôle dans la symptomatologie, qui se limite à la partie cervicale et thoracique. Cette constatation a posteriori ne justifie donc pas une réévaluation de la situation.

En revanche, l'instabilité présente depuis 2009 mise en évidence pourrait être un élément nouveau dans la mesure où je n'en ai pas vu trace auparavant.

18. Entendu à son tour, le Dr J_____, qui suite l'assurée depuis juillet 2012, a expliqué avoir demandé des radiographies qui ont montré un tassement en D11 et

une fracture de l'épineuse (face postérieure de la vertèbre) de la première lombaire, d'aspect ancien. Un scanner a confirmé ces observations.

Selon lui, il est probable que cette fracture soit la conséquence de l'accident de 2009 et que celui de 2012 ait réactivé la symptomatologie traumatique.

19. Par écriture du 4 juillet 2013, la recourante a persisté dans ses conclusions.
20. L'intimée a fait de même.

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; RS 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).

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAA).

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1; ATF 129 V 1 consid. 1.2). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b, ATF 112 V 359 consid. 4a).

3. Se pose en premier lieu la question de la demande de révision.
4. a) Selon l'art. 61 LPGA, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA), la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est régie par le droit cantonal. Elle doit notamment satisfaire à l'exigence suivante (let. i) : les jugements sont soumis à révision si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts ou si un crime ou un délit a influencé le jugement.

La loi de procédure administrative cantonale prévoit également, en son article 80 let. b, qu'il y a notamment lieu à révision lorsque, dans une affaire réglée par une décision définitive, il apparaît que des faits ou des moyens de preuve nouveaux et importants existent, que le recourant ne pouvait connaître ou invoquer dans la procédure précédente.

Conformément à l'art. 81 al. 1 LPA, la demande de révision doit être adressée par écrit à la juridiction qui a rendu la décision dans les 3 mois dès la découverte du

motif de révision. On relèvera que ce délai est similaire à celui retenu en procédure administrative fédérale (cf. art. 67 al. PA).

b) La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'art. 137 let. b OJ (actuellement art. 123 al. 2 let a LTF ; ATF du 7 février 2007, U 57/06, consid. 3.1).

Sont nouveaux au sens de cette disposition les faits qui n'étaient pas connus du requérant, malgré toute sa diligence, et qui se sont produits tant que, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables (ATF du 6 janvier 2006, I 551/04, consid. 4.1). En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zurich 2003, n. 13 ad art. 53).

Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références).

5. En l'espèce, la demanderesse en révision invoque la découverte par le Dr J _____ d'une fracture ancienne de l'apophyse épineuse de L1, imputable selon elle à l'accident de janvier 2009 et expliquant la persistance de ses douleurs dorsales.

Or, la fracture en question a été décrite par le Dr J _____ dans un courrier du 16 juillet 2012, si bien que la demande de révision déposée 18 mars 2013 doit être déclarée irrecevable pour cause de tardiveté puisqu'elle a été introduite bien au-delà du délai de 3 mois prévu par la loi.

Au demeurant, même si la demande avait été déposée à temps, elle aurait dû être écartée comme manifestation infondée. En effet, ainsi que l'a d'ailleurs relevé le Dr K _____ lors de son audition, cette fracture de l'apophyse épineuse relevée par le Dr J _____ ne joue vraisemblablement aucun rôle dans la symptomatologie, dont il convient de rappeler qu'au moment de la décision ayant donné lieu à l'arrêt dont la révision est demandée, elle se manifestait aux niveaux des cervicales

et du thorax. Cette constatation a posteriori ne justifie donc pas une réévaluation de la situation, comme l'a admis le Dr K_____.

Par surabondance, on relèvera que le rapport du Dr K_____ du 19 janvier 2013 ne saurait non plus être considéré comme un moyen de preuve nouveau justifiant la révision de l'arrêt de la Cour. En effet, ce médecin ne fait que porter une nouvelle appréciation sur une situation dont on rappellera qu'elle a été investiguée en profondeur, la Cour ayant statué sur la base d'un dossier volumineux et après que la colonne cervicale et lombaire de l'assurée ont fait l'objet de plusieurs examens ayant permis de cerner l'intégralité du tableau clinique. Le nouvel avis émis par le Dr K_____ selon lequel il faudrait exclure le caractère dégénératif des lésions déjà largement documentées ne constitue donc pas un élément suffisant à lui seul pour remettre en question l'arrêt rendu le 3 mai 2012.

6. Eu égard aux considérations qui précèdent, la demande de révision est rejetée, dans la mesure où elle est recevable.
7. Reste à examiner le recours interjeté contre la décision sur opposition du 18 février 2012 en tant qu'elle met un terme au versement des prestations, suite à l'accident du 28 juin 2010, le 30 septembre 2012.
8. Ce recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable (art. 56 ss LPGa).
9. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.
10. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle.

Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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 181 consid. 3.1 et ATF 118 V 289 consid. 1b et les références).

b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé.

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 129 V 181 consid. 2.2 et ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a et ATF 117 V 364 consid. 5d/bb; ATFA non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).

11. L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler au sens de l'art. 6 LPGA à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (art. 6, 1ère phrase, LPGA)

Le degré de l'incapacité de travail doit être fixé en tenant compte de la diminution de la productivité de l'assuré dans la profession exercée jusqu'alors, aussi longtemps qu'on ne peut raisonnablement exiger de lui qu'il mette à profit sa capacité de travail résiduelle dans une autre branche professionnelle (obligation de diminuer le dommage; ATF 129 V 460 consid. 4.2 p. 463, 114 V 281 consid. 1d p. 283). En revanche, l'estimation médico-théorique de l'incapacité de travail n'est pas déterminante (ATF 111 V 235 consid. 1b, p. 239; ATF 114 V 281 consid. 1c p. 283; cf. également Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 2009, n° 3 ad Art. 6).

Compte tenu de la formulation de l'art. 6 LPGA (utilisation des termes « résulter » en français et « bedingt » en allemand), un lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de travail doit exister (Ueli KIESER, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, 2008, n° 43, p. 164 et ATSG-Kommentar, 2009, n° 6 ad Art. 6).

12. a) 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 serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (cf. arrêt U 180/93 du 18 juillet 1994 consid. 3b in RAMA 1994 no U 206 p. 328; arrêt U 61/91 du 18 décembre 1991 consid. 4b in RAMA 1992 no U 142

p. 75 sv.). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine ou ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif pré-existant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêt 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 no U 363 p. 46).

Dans ce contexte, il sied encore de relever que le 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 (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 sv.; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

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 (ATF U 355/98 du 9 septembre 1999, consid. 2 et la référence, publié in RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). 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 G. du 20 décembre 2005, U 359/04, consid. 2, B. du 27 octobre 2005, U 389/04, consid. 4.1, B. du 30 novembre 2004, U 222/04, consid. 1.3 et les références).

13. a) En matière d'assurance-accidents, l'incapacité de travail s'apprécie généralement sur la base de données médicales (Jean-Maurice FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, 1998, n° 69, p. 32).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa dé-

signation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99).

d) De plus, on rappellera que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345 consid. 3d).

14. 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. Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permette de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

15. En l'espèce, il y a tout d'abord lieu de déterminer si l'on peut considérer qu'un lien de causalité naturelle a subsisté au-delà du 30 septembre 2012 entre l'accident du 28 juin 2012 et les atteintes à l'origine de l'incapacité de travail de 70% alléguée par la recourante

L'intimée a considéré qu'il ressortait clairement des constatations du Dr I_____ que l'accident du 28 juin 2012 n'avait occasionné ni lésions structurelles propres ni aggravation déterminante de l'état pathologique antérieur. Des lé-

sions anciennes avaient pu temporairement être déstabilisées, mais pas au-delà de deux mois. Elle admet donc que l'accident du 28 juin 2012 a entraîné une aggravation, sous forme d'exacerbation douloureuse d'un état pathologique antérieur attesté d'ailleurs par le Dr C_____, mais de manière temporaire.

Il y a lieu à cet égard de se référer à la jurisprudence du Tribunal fédéral qui retient, en se fondant sur l'expérience médicale, qu'une aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année (SVR 2009 UV n° 1 p. 1; voir également les arrêts 8C_314/2011 du 12 juillet 2011 consid. 7.2.3, 8C_416/2010 du 29 novembre 2010 consid. 3.3 et 8C_679/2010 du 10 novembre 2010 consid. 3.3). Dans un arrêt 8C_412/2008 du 3 novembre 2008 concernant un cas d'hernie discale, décompensée par l'accident assuré, le Tribunal fédéral a considéré que la preuve médicale de la causalité naturelle était remplacée par cette présomption jurisprudentielle. Dans ce contexte, il y a encore lieu de préciser que l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est établie, selon la jurisprudence, que lorsque la radiographie met en évidence un tassement subi des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (ATFA non publié U 179/03 du 7 juillet 2004, consid. 4.4.2, RAMA n° U 363, p. 45, consid. 3a). S'il s'agit d'un accident sans lésions structurelles au squelette, il y a lieu de considérer que la chronicisation des plaintes doit être de plus en plus attribuée à d'autres factures (étrangers à l'accident ; arrêt U 354/04 du 11 avril 2005, consid. 2.2, avec références ; arrêt U 60/02 du 18 septembre 2002, avec références). Des plaintes consécutives à une simple contusion durant longtemps doivent en effet souvent être attribuées à un trouble de l'adaptation ou de graves perturbations (Fehlentwicklung ; arrêt U 354/04 du 11 avril 2005, consid. 2.2, voir également ATFA U 60/02 du 18 septembre 2002).

En l'espèce, force est de constater que l'accident du 28 juin 2013 n'a occasionné aucune lésion du squelette. Le Dr K_____ ne le soutient d'ailleurs pas, admettant que les lésions ne concernent pas les os mais les « éléments de maintien ».

En revanche, l'existence de troubles dégénératifs, notamment au niveau C4-C5 et C5-C6, déjà anciens, a d'ores et déjà été établie.

Il s'agit par conséquent d'un cas classique dans lequel le lien de causalité naturelle entre l'accident et les plaintes de l'assurée ne peut être admis que pour une durée limitée, conformément à la jurisprudence en la matière.

L'intimée a mis fin à ses prestations le 30 septembre 2012, soit trois mois après l'évènement. Il convient de relever que le Dr I_____, avait constaté, lors de son examen du 18 septembre 2012 déjà, que la capacité de l'assurée - en lien avec les atteintes causées par l'accident du 28 juin 2012 uniquement - était déjà totale. L'appréciation du Dr K_____ ne saurait suffire à s'écarter de celle du Dr

I _____ dans la mesure où le premier n'a pas fait la distinction, dans son évaluation de la capacité de travail, entre les différentes atteintes (celles résultant d'accidents antérieurs et celles résultant du dernier sinistre ; cf. audition du Dr K _____).

Eu égard aux considérations qui précèdent, c'est à juste titre que l'intimée a considéré que le lien de causalité naturelle entre l'accident et l'exacerbation des douleurs devait être nié à compter du 30 septembre 2012. Le recours est donc également rejeté.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare la demande de révision irrecevable pour cause de tardiveté.
2. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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