

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3152/2009

ATAS/1643/2009

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 15 décembre 2009

En la cause

Madame F _____, domiciliée au GRAND-SACONNEX

recourante

contre

NATIONALE SUISSE, sise Steinengraben 41, BÂLE, comparant
avec élection de domicile en l'Étude de Me David MÉTILLE

intimée

**Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Patrick
MONNEY, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Née en 1976, Madame F_____ (ci-après l'assurée ou la recourante) travaillait en qualité d'huissière assistante au service de l'Office des poursuites de l'État de Genève (ci-après l'employeur). À ce titre, elle était assurée auprès de NATIONALE SUISSE (ci-après l'assureur ou l'intimée) contre le risque d'accidents professionnel et non professionnel.
2. Le 6 juin 2007, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation, son véhicule étant percuté par le véhicule qui la suivait. Les premiers soins ont été prodigués par le Dr L_____, son médecin traitant, qui a attesté une totale incapacité de travail jusqu'au 10 juin 2007 et une totale capacité de travail par la suite.
3. Le rapport de l'examen radiologique effectué le jour de l'accident par le Dr M_____ faisait notamment état de ce qui suit :

«Colonne cervicale : rectitude, avec perte de la lordose physiologique ; bon alignement des corps vertébraux sans anté- ou rétrolisthésis ; absence de fracture ou de tassement identifiable ; minime ébauche d'ostéophytose de la partie postérieure des espace discaux C4-C5 et C5-C6 ; minime sclérose étagée des articulaires postérieures ; discrète inclinaison de la colonne vers la droite sur le cliché de face ; absence de signe d'appel en faveur d'un canal étroit d'origine constitutionnelle.

Colonne dorsale : minime scoliose dorsale haute à convexité droite ; aspect feuilleté et irrégulier des plateaux vertébraux évoquant les séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann ; minime ébauche d'ostéophytose antérieure ; absence de fracture ou de tassement identifiable.

Colonne lombaire : bon alignement des corps vertébraux sans anté- ou rétrolisthésis ; discrets pincements discaux étagés prédominant au niveau de la partie postérieure du disque L4-L5 et L5-S1 ; minime sclérose des articulaires postérieures au niveau L5-S1 ; absence de fracture ou de tassement identifiable. ».

4. Selon le rapport médical qu'il a établi le 25 août 2007, le Dr L_____ a attesté la présence d'une contusion au niveau des vertèbres cervicales et des deux épaules.
5. Invitée par l'assureur à fournir des indications complémentaires à la déclaration d'accident, l'assurée a répondu à un questionnaire le 30 août 2007 duquel il ressort notamment qu'elle était alors à nouveau apte au travail mais qu'elle souffrait de "maux de tête trop fréquents".
6. Selon un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) établi le 10 septembre 2007 par le Dr N_____, l'assurée présentait alors une dégénérescence discale avec discopathie C5-C6 associée à une hernie discale de localisation surtout médiane et discrètement paramédiane, appuyant sur la partie

antérieure du cordon médullaire et discrètement sur les racines C6. Le cordon médullaire était cependant encore de signal homogène, sans signe de myélomalacie.

7. À partir du 17 septembre 2007, le Dr L_____ a attesté l'incapacité de sa patiente de travailler à plus de 50%.
8. Consulté le 24 septembre 2007, le Dr O_____, neurochirurgien, a posé le diagnostic de hernie discale C5-C6 droite et status "post-whiplash" (soit post-troubles associés à une entorse cervicale).
9. Selon une attestation établie le 22 octobre 2007 à l'attention de l'assureur, le Dr P_____, chiropraticien, a posé le diagnostic de lésion articulaire fonctionnelle cervicale et précisé que, jusqu'au dernier traitement qui avait eu lieu le 5 septembre précédent, il avait constaté une légère amélioration au début puis peu d'évolution. Pour le surplus, une discopathie C5-C6, sans rapport avec l'accident, jouait un rôle dans le processus de guérison.
10. Au cours des mois d'octobre et novembre 2007, le Dr Q_____, radiologue, a procédé à trois séances d'infiltration. Selon le rapport établi le 12 novembre 2007 par le Dr O_____, l'état de santé de l'assurée présentait une amélioration suite aux dites infiltrations.
11. Selon le rapport qu'il a établi à l'attention de l'assureur le 7 janvier 2008, le Dr L_____ a fait état d'une nette dégradation de l'état somatique et psychique de sa patiente, laquelle présentait des paresthésies des membres supérieurs avec perte de force. En outre, ce praticien préconisait notamment un traitement chirurgical de la hernie discale.
12. Par une déclaration de sinistre adressée le 10 mars 2008 à l'assureur, l'employeur a annoncé une rechute des suites de l'accident du 6 juin 2007.
13. Mandaté par l'assureur aux fins de réaliser une expertise multidisciplinaire, le Centre d'expertise médicale (ci-après CEMed) a rendu son rapport le 21 mai 2008.

Selon ce document, établi conjointement par les Drs R_____, rhumatologue, S_____, neurologue, et T_____, psychiatre, l'assurée présentait un status après distorsion cervicale simple (de degré I à II selon Québec Task Force) le 6 juin 2007, des céphalo-cervico-brachialgies droites persistantes et des altérations dégénératives disco-vertébrales pluri-étagées de C4 à C7 avec présence d'une hernie discale C5-C6 médiane et paramédiane bilatérale préexistante à l'événement accidentel (mais asymptomatique).

Les experts précisaient que, compte tenu du laps de temps relativement bref écoulé depuis cet événement, il existait encore une relation de causalité probable entre les cervico-céphalalgies dont l'assurée se plaignait et l'accident du 6 juin 2007. En

revanche, les altérations dégénératives préexistaient à l'accident et elles n'avaient vraisemblablement pas été aggravées par celui-ci.

S'agissant des seules suites de l'événement accidentel, on devait admettre que le *statu quo ante*, respectivement *sine*, n'était pas encore atteint et il n'était pas possible de déterminer quand il le serait. On pouvait néanmoins estimer que le rôle des facteurs dégénératifs deviendrait progressivement plus important dans la persistance de la symptomatologie, si tel devait être le cas. Pour le surplus, l'assurée ne présentait pas d'élément psychotique ni d'élément psychopathologique particulier.

En conclusion, même s'il subsistait encore des plaintes douloureuses en relation avec l'accident, la part purement post-traumatique des troubles ne pouvait habituellement être considérée comme représentant une cause d'incapacité de travail au terme d'une période de six mois après l'accident. Pour ce qui était donc des suites de l'accident uniquement, la capacité de travail de l'assurée était complète.

14. Selon le rapport d'IRM établi le 27 mai 2008 par le Service de radiologie des Hôpitaux universitaires de Genève en vue d'un bilan préopératoire, l'assurée présentait une barre ostéophytaire C5-C6 associée à une uncarthrose bilatérale et un rétrécissement des trous de conjugaison.
15. Selon le rapport d'électroneuromyographie qu'il a établi le 5 juin 2008, le Pr. U_____ a exposé que l'examen de l'assurée était normal. En particulier, "les potentiels évoqués moteurs étaient normaux à destinée des deux membres supérieurs", ce qui permettait raisonnablement d'écarter l'existence d'une myélopathie cervicale, et les conductions nerveuses périphériques des nerfs cubital et médian étaient normales, ce qui écartait l'éventualité d'un trouble fonctionnel sur le trajet du nerf cubital entre la moelle cervicale et la main ainsi qu'une anomalie de conduction dans le tunnel carpien, des deux côtés.
16. Par pli adressé le 8 juin 2008 à l'assureur, l'assurée a communiqué un commentaire critique détaillé du rapport d'expertise du 21 mai précédent, qui sera repris en tant que de besoin ultérieurement.
17. Consulté le 25 juin 2008, le Pr. U_____, neurochirurgien, a rapporté que l'assurée avait bénéficié d'un traitement conservateur durant le mois précédent et que la douleur qui irradiait dans le bras droit avait disparu. Il restait une cervicalgie intermittente et l'assurée ressentait également des céphalées.

Selon le praticien, l'IRM du 26 mai 2008 montrait une régression significative de la hernie discale au niveau C5-C6, qui ne comprimait pas encore la moelle épinière. Devant une situation qui s'était améliorée cliniquement et morphologiquement, l'indication à une intervention pour cette hernie n'existait pas pour le moment.

18. Invité à compléter le rapport d'expertise du 21 mai 2008 suite aux observations de l'assurée, le Dr S_____ a établi un rapport complémentaire le 25 août suivant.

Aux dires de l'expert, les troubles présentés par l'assurée étaient en relation de causalité naturelle certaine avec l'événement accidentel du 6 juin 2007. Bien que, comme mentionné dans le rapport d'expertise, l'importance actuelle des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail de l'assurée fût inhabituelle compte tenu du caractère objectivement modeste de l'accident, la relation de causalité naturelle (mais non pas adéquate) était encore maintenue de façon probable. On ne pouvait donc pas parler de retour au *statu quo ante*, respectivement *sine*, d'autant plus que l'assurée était asymptomatique avant l'événement accidentel.

Le mécanisme de l'accident avait causé les cervico-céphalalgies. Le caractère tardif de l'apparition des brachialgies droites et des troubles sensitifs au niveau de la main droite permettait en revanche de considérer que la relation de causalité entre ces plaintes et l'événement accidentel n'était que possible. Compte tenu de l'importance des altérations dégénératives disco-vertébrales cervicales, qui n'avaient vraisemblablement pas été aggravées par l'événement accidentel lui-même, on devait admettre que les troubles précités en résultaient exclusivement.

19. Par décision du 22 septembre 2008, l'assureur a pris à sa charge les indemnités journalières versées à l'employeur jusqu'au 31 décembre 2007, ainsi que les frais médicaux relatifs au cervico-céphalalgies exclusivement.

À l'appui de sa décision, l'assureur faisait notamment valoir que, conformément à ce qu'avaient retenu les experts, l'incapacité de travail due exclusivement à l'accident avait pris fin six mois après cet événement, de sorte qu'à partir du 1^{er} janvier 2008, l'incapacité partielle de travail de l'assurée était due aux troubles d'origine dégénérative. Les experts précisait en outre que seules les cervico-céphalalgies étaient encore en relation de causalité naturelle probable avec l'accident du 6 juin 2007, avec pour conséquence que tout traitement médical et investigation médicale concernant les brachialgies était à la charge de l'assureur-maladie.

20. Par lettres des 15 et 23 octobre 2008 respectivement, l'assureur-maladie et l'assurée ont déclaré faire opposition à ladite décision. Par lettre du 12 novembre 2008, l'assureur-maladie a informé l'assureur qu'il retirait son opposition.
21. Par lettre adressée à l'assureur le 28 novembre 2008, le Dr D. L_____ a notamment exposé qu'il ne comprenait pas l'argument des experts selon lequel la hernie discale C5-C6 ne serait pas l'origine certaine de la symptomatologie douloureuse et des paresthésies décrites par l'assurée au niveau du membre supérieur droit ; il avait pour sa part constaté, pour la première fois en près de dix ans, une symptomatologie radiculaire dès l'événement accidentel, de sorte que les

conclusions des experts sur ce point étaient erronées. Même si l'IRM du 10 juillet 2007 ne montrait pas de traumatisme, fracture ou tassement d'une vertèbre cervicale, il était notoire qu'un choc mécanique pouvait provoquer une protrusion discale ou une hernie. Pour le surplus, l'assurée avait dû reprendre le travail à plein temps le 2 juillet 2008 en raison de la décision de l'assureur, et elle s'administrait régulièrement des anti-inflammatoires depuis lors ; elle souffrait en outre de douleurs cervicales avec des paresthésies et une diminution de force intermittente.

22. Par décision du 29 juillet 2009, l'assureur a confirmé sa décision du 22 septembre 2008 et rejeté l'opposition. Ses arguments seront repris plus avant dans la mesure utile.
23. Par acte de recours déposé au bureau de poste le 31 août 2009, l'assurée a déclaré conclure à l'annulation des décisions précitées et à ce que le paiement des montants dus soit ordonné.

À l'appui de ses conclusions, la recourante fait en substance valoir qu'elle n'avait jamais souffert de douleurs ni même d'inconforts liés aux pathologies qui, selon les experts, préexistaient à l'accident ; elle n'avait jamais observé ni ressenti la moindre déformation de sa colonne vertébrale, son médecin traitant n'avait jamais détecté la moindre irrégularité, et l'hypersensibilité aux événements liés à sa colonne vertébrale n'était présente que depuis l'accident. En tout état, la présence possible, avant l'accident, des pathologies constatées ne pouvait pas l'emporter sur leur présence certaine après l'accident. Partant, l'avis des experts selon lequel ces pathologies préexistaient mais ne se manifestaient pas ne devait pas être retenu.

Dans le même ordre d'idées, la distinction qui était faite par le Dr W_____ entre la "possibilité" et la "probabilité" d'un lien de causalité entre les plaintes qu'elle exprimait et l'événement accidentel du 6 juin 2007 était trop ténue pour que la position de ce praticien fût prise en compte. À cet égard, l'avis du Dr L_____ était sans ambiguïté : un choc mécanique pouvait fort bien provoquer une protrusion ou une hernie.

Enfin, la recourante fait valoir que le caractère "modeste" de l'accident avait été déterminé par l'assureur sur la base du coût de la réparation de sa voiture (1'970 fr. 15). C'était faire abstraction de sa réactivité physique et émotionnelle particulière, qui ne pouvait être comparée à la réactivité "standard" de la population, et qui expliquait qu'elle ait "développé des hernies, des douleurs et des brachialgies récurrentes" après l'accident.

24. Par mémoire de réponse adressé au Tribunal de céans le 24 septembre 2009, l'assureur a pour sa part conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée.

À l'appui de ses conclusions, l'intimée fait notamment valoir que l'argumentaire de la recourante reposait essentiellement sur la perception de l'état de santé qui était le sien avant l'accident, et sur un raisonnement de type "*post hoc ergo propter ho*" pour ce qui concernait les faits postérieurs à l'événement accidentel, de sorte qu'il ne pouvait être tenu compte des considérations ainsi émises.

D'autre part, c'était à tort que la recourante considérait les termes "possible" et "probable" comme parfaitement superposables ; c'était là méconnaître la notion de vraisemblance prépondérante applicable dans le domaine de la preuve en matière d'assurances sociales.

25. Sur quoi la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées par lettres du 3 novembre 2009.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1^{er} let. a ch. 5 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire (RSGe E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accident (LAA ; RS 832.20).

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

2. À teneur de l'art. 1^{er} al. 1^{er} LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents à moins que la LAA n'y déroge expressément.
3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours déposé à l'office postal le 31 août 2009 conformément à l'art. 39 al. 1^{er} LPGA est recevable.
4. Le litige porte sur la question de savoir si c'est ou non à juste titre que l'intimée a refusé à la recourante la prise en charge des indemnités journalières postérieurement au 31 décembre 2007 et des frais de traitement des brachialgies et de la hernie discale C5-C6.

À titre liminaire, il convient d'examiner la valeur probante des avis médicaux versés à la procédure, de manière à pouvoir déterminer la base sur laquelle le Tribunal de céans devra s'appuyer pour répondre à la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate, au-delà du 31 décembre 2007, entre les affections précitées et l'événement du 6 juin précédent.

5. 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 consid. 3).

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 (ATF 125 précité, consid. 3b/ee).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 précité, consid. 3b/bb et cc).

En l'espèce, il apparaît que le rapport d'expertise des Drs R_____, S_____ et T_____ du 21 mai 2008, complété le 25 août suivant, a été établi sur la base d'examen complets et en pleine connaissance du dossier ; au surplus, les plaintes exprimées par la recourante ont été prises en compte. Les experts ont en outre tenté de décrire clairement les interférences médicales, leurs conclusions sont dûment motivées et elles ont été largement confirmées par le résultat des examens réalisés subséquemment par les Prs. .U_____ et V_____ notamment, de sorte qu'il s'impose d'accorder pleine valeur probante à leur avis.

D'autre part, il n'apparaît pas que le Dr L_____ ait procédé à l'étude fouillée, sur la base d'examens complets, requise par la jurisprudence rappelée plus haut, pour fonder un avis revêtu d'une force probante suffisante. En outre, il y a lieu de tenir compte du fait qu'en sa qualité de médecin traitant de la recourante, ce praticien a tissé une relation de confiance étroite avec celle-ci, susceptible d'influencer sensiblement le contenu de ses propos.

6. Selon l'art. 10 al. 1^{er} let. a LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, notamment au traitement ambulatoire dispensé par le médecin ou, sur sa prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien. Le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (art. 19 al. 1^{er} LAA, *a contrario* ; ATF 116 V 44 consid. 2c ; ATF A non publié du 23 mars 2000, U 378/99 consid. 3a et les références citées).

Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a en outre droit à une indemnité journalière (al. 1^{er}). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident et s'éteint notamment dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Le droit au versement de telles indemnités suppose en outre, cumulativement, l'existence d'un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 103 consid. 3d, 122 V 416 consid. 2a et les références) entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré.

- a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose donc d'abord, entre l'événement de caractère accidentel et l'atteinte dommageable 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 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, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

À toutes fins utiles, il sied ici de relever que le Tribunal fédéral a maintes fois eu l'occasion de préciser qu'un traumatisme de type "coup du lapin" doit, en principe, être nié lorsqu'il existe un temps de latence trop long entre l'accident et l'apparition des douleurs cervicales (ATFA du 12 août 1999, publié in RAMA 2000 n. U 359 p. 29 consid. 5). Se référant à d'autres arrêts rendus antérieurement (notamment les ATFA du 20 octobre 1993, U 87/92, et du 7 décembre 1992, U 88/90), notre haute Cour s'est appuyée sur la doctrine médicale d'après laquelle les cervicalgies doivent nécessairement se manifester dans le délai de septante-deux heures après l'événement accidentel pour qu'on puisse admettre l'existence d'un lien de causalité naturel avec ce dernier. Cette jurisprudence a été maintes fois confirmée depuis lors (cf. ATFA du 31 mai 2006, U 238/05, consid. 3.2 et les références).

Relevons en outre que 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). 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). *A contrario*, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident. L'on ne perdra cependant pas de vue que le seul fait que des symptômes douloureux se manifestent après la survenance d'un accident ne suffit pas pour établir un rapport de causalité entre celui-ci et le dommage (inapplicabilité du principe "*post hoc ergo propter hoc*"; ATF 119 V 341 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 U 341 p. 407 consid. 3b).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve incombe à la partie qui invoque la suppression du droit (ATFA non publié au Recueil officiel, du 9 septembre 1999, U 355/98 consid. 2 in RAMA 2000 n. U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible d'établir, dans le cadre de la maxime inquisitoire et 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 citées). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être rapportée 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 désormais 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 (ATFA du 10 mai 2007, U 172/06 consid. 6 et les références citées).

- b) Le lien de causalité adéquate est en revanche une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. 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. 3.2, 125 V 461 consid. 5a et les références).

Comme il a déjà été dit, la responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA ; RS 832.202]).

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 ; ATFA du 18 novembre 2005, U 80/05).

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

Dans de telles circonstances, l'assureur-accidents doit, selon la jurisprudence, allouer ses prestations également en cas de rechutes et pour des opérations

éventuelles. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles ne doivent être prises en charge que s'il existe des symptômes évidents attestant une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (RAMA 2000 n. U 378 p. 190 consid. 3 ; ATFA non publié du 14 février 2006, U 351/04 ; ATFA du 7 février 2000, U 149/99).

7. En l'espèce, l'examen radiographique réalisé le 6 juin 2007, soit immédiatement après l'accident, a permis de conclure à l'absence de fracture ou de tassement identifiable au niveau de la colonne cervicale, et à la présence d'une minime ébauche d'ostéophytose de la partie postérieure des espaces discaux situés entre C4 et C6 et d'une minime sclérose étagée des articulaires postérieures. Les plateaux vertébraux de la colonne dorsale présentaient en outre un aspect feuilleté et irrégulier, qui évoquait les séquelles d'une maladie de croissance, et l'ensemble de la colonne dorsale et lombaire était exempt de fracture ou de tassement identifiable. La recourante a repris l'exercice de son activité professionnelle après cinq jours d'incapacité totale.

Quelques jours plus tard, soit dès le 15 juin 2007, elle s'est soumise à un traitement de chiropraxie dispensé par le Dr P_____, lequel a diagnostiqué une lésion articulaire fonctionnelle cervicale et constaté une faible amélioration, la présence d'une discopathie C5-C6 sans rapport avec l'accident jouant un rôle dans le processus de guérison. Une dégénérescence discale avec discopathie C5-C6 associée à une hernie discale a été confirmée par l'IRM réalisée le 10 septembre 2007, et le Dr L_____ a attesté l'incapacité de la recourante de travailler à plus de 50% à partir du 17 septembre suivant. L'état de santé de celle-ci s'est amélioré par la suite, pour se dégrader à nouveau au début de 2008, l'employeur annonçant une rechute au mois de mars.

Au vu des principes rappelés plus haut et compte tenu du fait que rien ne justifie de s'écarter des conclusions de l'expertise des 21 mai et 25 août 2008, il convient de retenir que l'hypothèse selon laquelle la collision du 6 juin 2007 aurait provoqué une hernie ou, à tout le moins, une protrusion discale apparaît très peu vraisemblable. Partant, il s'impose de retenir que, même si les premiers examens radiographiques n'ont pas permis de mettre en évidence d'anomalies préexistantes significatives, dégénératives ou autres, les troubles dont la recourante a souffert par la suite avaient nécessairement une ou des causes étrangères à l'événement accidentel. Hormis le Dr L_____, les médecins consultés s'accordent en effet à considérer que la recourante présente des troubles dégénératifs au niveau de la colonne cervicale notamment, qui sont sans lien avec le choc éprouvé lors de l'accident de la circulation, et qu'il ne se justifie pas davantage d'admettre que ce choc aurait aggravé ces troubles. Force est par conséquent d'admettre que si un lien de causalité naturelle est probable entre l'événement du 6 juin 2007 et les cervico-

céphalalgies persistantes diagnostiquée, il n'est que possible en ce qui concerne les syndromes douloureux et les paresthésies occasionnelles éprouvées par la recourante au membre supérieur droit. Il n'est donc pas question, comme semble le craindre le Dr L_____, de nier l'existence d'un lien de causalité entre ces dernières affections et la présence de la hernie discale C5-C6, mais seulement de tenir pour très peu vraisemblable l'existence d'un lien de causalité entre la présence de cette hernie et l'accident assuré. L'aggravation de l'état de santé de la recourante attestée par ce praticien en janvier 2008 ne saurait dès lors être qualifiée de rechute de l'accident.

En conclusion, il convient de se rallier à l'avis des experts et de l'assureur, selon lequel le *statu quo ante*, ou à tout le moins le *statu quo sine*, a été retrouvé au plus tard six mois après l'événement accidentel. L'assureur était par conséquent fondé à interrompre le versement des indemnités journalières et des frais du traitement des brachialgies le 31 décembre 2007.

8. La recourante n'ayant pas obtenu gain de cause, elle ne peut prétendre à l'octroi de frais et de dépens (art. 61 let. g LPGA, *a contrario*).

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties 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 du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, (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

Maryse BRIAND

Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste : Olivier TSCHERRIG

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