

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4633/2006

ATAS/368/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 27 mars 2008

En la cause

Madame L _____, domiciliée à Saint-Julien-en-Genevois,
FRANCE, comparant avec élection de domicile en l'étude de
Maître Alessandro DE LUCIA

recourante

contre

LA MOBILIERE SUISSE, SOCIETE D'ASSURANCES, sise
Bundesgasse 35, case postale, BERNE, comparant avec élection de
domicile en l'étude de Maître Philippe GRUMBACH

intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Bertrand REICH et Christine KOEPEL, Juges

EN FAIT

1. Madame L_____, née en 1966, mariée, mère de cinq enfants, est domiciliée à Saint-Julien-en-Genève, en France.
2. Du 1^{er} septembre au 31 décembre 2005, elle a été employée sur la base d'un contrat de travail de durée déterminée par la X_____ Sàrl à Genève. A ce titre, elle était assurée contre les accidents auprès de LA MOBILIERE SUISSE (ci-après : LA MOBILIERE).
3. Le 13 septembre 2005, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation routière. Selon ses dires, elle était arrêtée à un feu rouge lorsque son automobile a été emboutie par l'arrière par un véhicule tout terrain muni d'un pare-buffles dont la conductrice était distraite par une conversation téléphonique. Suite au choc, son véhicule a été totalement démolé.
4. Le 15 septembre 2005, l'assurée a été examinée par le docteur A_____, du service des urgences de l'hôpital de St-Julien-en-Genève, qui a constaté une entorse cervicale modérée en C3-C4 (pièce 3 intimée).
5. Dès le lendemain, elle a été suivie par les docteurs Laurent B_____ et B_____, puis, à partir du 1^{er} décembre 2005, par cette dernière uniquement. Dans une « fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération crânio-cervical », le premier de ces médecins a exposé que sa patiente avait présenté d'intenses douleurs à la nuque bilatérales immédiatement après l'accident et qu'elles étaient devenues irradiantes une semaine plus tard environ. L'intéressée se plaignait également de céphalées intenses à compter du lendemain de l'accident. Enfin, des vertiges, des nausées et des douleurs au niveau de l'épaule gauche et du dos étaient également signalées dès le jour de la collision et le médecin avait pu constater une parésie du membre supérieur gauche, accompagnée d'une absence de réflexes tendineux. La patiente ne pouvait pas se coucher et présentait une hypotension. Vu les symptômes, le médecin a posé le diagnostic d'entorse cervicale de moyenne gravité post-traumatique et prescrit un traitement sous forme de médication anti-inflammatoire, antalgique puissante et myorelaxante, port d'une minerve cervicale et physiothérapie (pièce 4 intimée).
6. Le 22 décembre 2005, la X_____ a confirmé formellement à l'assurée le terme de son contrat de travail. Il lui a été précisé que son sinistre serait traité par LA MOBILIERE à compter du 1^{er} janvier 2006.
7. Selon la doctoresse B_____ (certificat du 30 décembre 2005), il n'existait pas d'état antérieur et une reprise du travail, malgré la persistance des douleurs, avait été tentée pendant 15 jours en novembre, sans succès. Il demeurait une irradiation dans le membre supérieur gauche, une raideur, des douleurs cervicales et des

céphalées. Le traitement était poursuivi et l'évolution allait vers une amélioration progressive (pièce 5 intimée).

8. Par pli simple daté du 31 janvier 2006, l'assureur a demandé à l'intéressée de se soumettre à une expertise, laquelle serait confiée au docteur C_____. Rendez-vous lui était fixé pour le 13 février 2006 à la Clinique Générale Beaulieu, à Genève.
9. Par courrier recommandé du 14 février 2006, l'assurée a informé l'assureur - avec copie au docteur C_____ -, qu'elle n'avait reçu sa convocation du 31 janvier 2006 que très tardivement, si bien qu'elle n'avait pu se rendre au rendez-vous fixé. Elle avait joint téléphoniquement le médecin et avait convenu avec ce dernier d'un autre rendez-vous, le 22 février 2006. L'assurée s'est également plainte de ne pas avoir été consultée quant au choix de l'expert et aux questions qui lui seraient posées. Elle a néanmoins accepté la désignation de l'expert et a demandé à l'assureur de lui adresser la liste des questions posées à ce dernier, ce qui a été fait par courrier recommandé du 20 février 2006. L'assurée affirme cependant que ce courrier ne lui est parvenu que postérieurement à son entretien avec le docteur C_____.
10. Le docteur C_____ a rendu son rapport d'expertise le 9 mars 2006 (pièce 5 recourante). Il a diagnostiqué un status après entorse cervicale par mécanisme d'accélération. Selon lui, les plaintes de la patiente trouvaient une explication organique, principalement dans la persistance d'une contracture musculaire latéro-cervicale gauche et une limitation de la mobilité. Les affections étaient en relation de causalité quasi certaine avec l'événement accidentel du 14 septembre 2005. Le début de modification dégénérative au niveau du rachis cervical inférieur, relativement minime, avait vraisemblablement été décompensé provisoirement par l'accident ; il estimait que l'état de santé tel qu'avant l'accident n'avait pas encore été retrouvé et il n'y avait aucune raison de penser, vu que la patiente était asymptomatique avant l'accident, qu'elle aurait ce même problème de santé si l'accident ne s'était pas produit. En conséquence, il excluait un statu quo sine. L'incapacité de travail actuelle complète ne lui paraissait pas anormale compte tenu de ses constatations. Toutefois, une amélioration progressive était en cours et, en accord avec le médecin traitant, l'expert estimait qu'une capacité partielle de 50 % devait être reconnue à compter du 1^{er} avril 2006. Si le travail n'était pas repris en totalité avant l'été, il pensait opportun de revoir l'assurée. Il était conseillé à cette dernière d'abandonner progressivement sa collerette mousse et de continuer la physiothérapie (relaxante et musclante pour le rachis cervical). L'antalgie devait être poursuivie pour aider à l'abandon de la collerette portée trop longtemps. Enfin, une perte de poids était jugée essentielle et le pronostic était favorable à moyen terme.
11. Sur question de l'assureur, l'expert a précisé qu'une capacité de travail entière était exigible à compter du 1^{er} juin 2006 (pièce 9 intimée).

12. Le 16 mars 2006, LA MOBILIERE a fait savoir à l'assurée que si son incapacité totale de travail lui paraissait justifiée jusqu'au 1^{er} avril 2006, elle ne le serait plus qu'à 50 % à compter de cette date; elle était supposée recouvrer sa totale capacité de travail à compter du 1^{er} juin 2006. Des indemnités journalières lui seraient donc versées en conséquence. Une copie de ce courrier a été envoyée au médecin traitant (pièce 16 recourante).
13. L'assurée s'est alors adressée par courrier (du 28 mars 2006 ; pièce 17 recourante) au docteur C _____, contestant qu'il eut pu rendre ses conclusions relatives à la capacité de travail en accord avec son médecin traitant. En effet, le docteur B _____ dont il était fait mention dans le dossier n'était autre que l'époux de son médecin traitant. Elle demandait à l'expert de s'adresser à cette dernière et de reconsidérer en conséquence la question de sa capacité de travail. Elle joignait à cette lettre un document rédigé à l'attention de l'expert par le docteur Laurent B _____ le 28 mars 2006 (pièce 18 recourante), aux termes duquel ce médecin se disait surpris d'être cité autant de fois dans le rapport d'expertise et soulignait ne plus avoir suivi l'assurée depuis le 30 novembre 2005, date à laquelle cette dernière avait choisi son épouse comme médecin traitant.
14. Le docteur C _____ a maintenu les termes de son rapport dans un courrier adressé au docteur B _____ le 6 avril 2006. Il y mentionnait ne voir aucune raison de modifier son expertise, puisqu'elle correspondait à sa propre évaluation du cas (pièce 19 recourante).
15. Le 10 avril 2006, la doctoresse B _____ a établi un certificat dans lequel elle a indiqué que l'état de santé de sa patiente ne lui permettait pas de reprendre son travail d'aide soignante. Il lui semblait nécessaire de réévaluer sa capacité de travail dans cette activité.
16. Par décision du 16 mai 2006, LA MOBILIERE a mis fin au versement des indemnités journalières avec effet au 31 mai 2006. Elle a en effet considéré qu'à partir du 1er avril 2006, l'assurée était capable de reprendre le travail à 50% et, dès le 1^{er} juin 2006, à 100%. Les contrôles médicaux encore nécessaires continueraient toutefois à être pris en charge.
17. Dans un rapport médical du 6 juin 2006, la doctoresse B _____, reprenant ses précédentes considérations, a conclu à l'incapacité totale de travail de sa patiente.
18. L'opposition formée par l'assurée le 21 juin 2006 a été rejetée par acte du 5 septembre 2006.

LA MOBILIERE relevait que, suite à l'accident, l'assurée n'avait ni perdu connaissance ni présenté de troubles de mémoire et qu'elle s'était rendue normalement à son travail jusqu'à 20h30. Ce n'est qu'après avoir ressenti des douleurs à la nuque, des vertiges et des nausées durant la nuit qu'elle avait consulté

le docteur A _____, le lendemain. Les radiographies effectuées par ce dernier n'avaient pas mis en évidence de lésions traumatiques. Il avait posé le diagnostic d'entorse cervicale modérée en C3-C4 et prescrit le port d'une collerette rigide, la prise d'anti-inflammatoires et de myorelaxants. Après deux mois, la collerette rigide avait été remplacée par une collerette mousse. Dans la semaine suivant l'accident, une irradiation des douleurs dans le membre supérieur gauche était apparue.

L'épaule gauche et le dos étaient également devenus douloureux.

L'assurance a reconnu que la loi lui faisait obligation de transmettre aux parties le nom de l'expert et que la doctrine et la jurisprudence prévoyaient également l'obligation de leur soumettre le libellé des questions. A cet égard, elle faisait valoir que le nom de l'expert avait été transmis par courrier du 31 janvier 2006, le libellé des questions par courrier du 20 février 2006 et que ni l'un ni l'autre n'avaient été contestés.

Quant à l'incapacité de travail due à l'entorse cervicale, l'assurance a retenu que selon le docteur C _____, dont le rapport avait entière valeur probante au sens de la jurisprudence, le statu quo ante avait été retrouvé à 50% dès le 1er avril 2006 et à 100% dès le 1er juin 2006.

S'agissant des troubles psychiques allégués par l'opposante, l'assureur a considéré que l'accident en cause n'était que de peu de gravité, voire de gravité moyenne et que le lien de causalité entre l'accident et d'éventuels troubles psychiques – au demeurant jamais évoqués par le médecin traitant -, devait être nié puisque les critères imposés par la jurisprudence, même en cas d'accident de gravité moyenne, n'étaient pas remplis. En effet, l'assurance estimait que l'accident n'avait pas revêtu de caractère particulièrement dramatique ou impressionnant, que l'assurée n'avait pas perdu connaissance, était allée travailler immédiatement après et ne s'était pas rendue à l'hôpital le jour même, que les lésions physiques n'avaient été ni particulièrement graves ni propres à entraîner des troubles psychiques et, enfin, qu'il n'y avait eu ni complications importantes ni erreurs dans le traitement médical.

Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité réclamée par l'assurée, l'assurance l'a contestée, dès lors que, selon les constatations du docteur C _____, l'atteinte à la santé n'était ni durable ni importante ; les douleurs devaient en effet disparaître lorsque l'assurée aurait rééduqué son rachis cervical.

19. Par mémoire du 6 décembre 2006, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, dont elle requiert l'annulation, concluant, à titre préalable, à la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire (notamment psychologique) et, à titre principal, à la poursuite du versement des indemnités journalières correspondant à un taux d'incapacité de travail de 100 % au-delà du 1^{er} avril 2006 et jusqu'à reddition d'un rapport d'expertise médicale multidisciplinaire ou réexamen de sa situation. Elle conclut également à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle,

mentale ou psychique, ainsi qu'à la poursuite de la prise en charge du traitement médical.

S'agissant des indemnités journalières, l'assurée fait remarquer qu'à aucun moment le docteur C _____ n'a conclu que sa capacité de travail serait de 100% dès le 1^{er} juin 2006. Elle conteste qu'il en soit que sa capacité eut même été de 50 % dès le 1^{er} avril 2006 vu ses douleurs, tant physiques que psychiques, qui persistent. Elle invoque à l'appui de ses dires l'opinion de son médecin traitant, la doctoresse B _____.

Elle estime que l'assurance a failli à ses obligations en ne lui transmettant pas le nom de l'expert et le libellé des questions en temps utile. Elle en tire la conclusion que l'expertise n'a pas fait l'objet d'une procédure régulière et qu'elle ne saurait donc revêtir une valeur probante suffisante. Par ailleurs, elle remet en question les allégations du docteur C _____ en rappelant que le docteur B _____ ne l'a plus suivie à compter du 1^{er} décembre 2005 et conteste au surplus les conclusions du docteur C _____ et les propos qui lui ont été prêtés par ce dernier. La recourante ajoute que l'expert lui-même a reconnu que l'examen clinique avait été difficile et imprécis - ce qu'il a attribué à l'obésité de la patiente -, et que son état psychique n'avait jamais été investigué.

20. Dans sa réponse du 31 janvier 2007, LA MOBILIERE met en exergue, tout d'abord, que si le rapport du docteur C _____ ne peut être qualifié d'expertise administrative dans la mesure où les étapes prévues par la procédure administrative et la LPGA n'ont pas été intégralement respectées, il n'en demeure pas moins qu'en application de la jurisprudence constante, il doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, au contraire des deux certificats médicaux émanant de la doctoresse B _____, médecin traitant. Dès lors, c'est à juste titre qu'elle a tout d'abord diminué de moitié le montant des indemnités journalières, puis supprimées celles-ci à compter du 31 mai 2006.

En ce qui concerne les troubles psychiques avancés par la recourante, l'intimé relève que ceux-ci ne lui ont jamais été annoncés. Il ne peut donc lui être reproché de les avoir ignorés. Même si de tels troubles devaient être établis, cela n'aurait pas de conséquence sur la poursuite du versement d'indemnités journalières. En effet, les critères fixés par la jurisprudence (l'intimé se réfère notamment à un arrêt publié aux ATF 115 V 403) pour juger du lien de causalité adéquate entre un accident (qui, même s'il était qualifié d'accident de gravité moyenne à la limite inférieure, ce qui est contesté) et des troubles psychiques ne sont pas remplis dans la présente cause.

Selon l'intimée, les conclusions de la recourante portant sur la prise en charge du traitement des troubles psychiques qu'elle fait valoir ne sauraient être admises, vu l'absence de lien de causalité.

Enfin, l'intimée soutient que l'atteinte à l'intégrité physique subie par la recourante n'est ni durable ni importante selon les constatations du docteur C_____ (les douleurs sont sentées disparaître au moment où l'intéressée rééduquera son rachis cervical). Quant aux troubles psychiques, leur caractère durable doit être nié d'emblée eu égard au fait que l'accident incriminé est de peu de gravité.

En conséquence, l'intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de sa décision attaquée.

21. Statuant sur requête à fin de mesures provisionnelles tendant au versement des indemnités pendant la procédure de recours, la Présidente de la 3^{ème} Chambre du Tribunal de céans a débouté la recourante de ses conclusions par arrêt incident du 13 février 2007.
22. Dans sa réplique du 16 mars 2007, la recourante conteste tout d'abord l'objectivité du docteur C_____ et met en exergue que l'intimé n'a pas donné suite à l'avis de ce dernier relatif à un nouvel examen en cas de non-reprise du travail au 1^{er} juin 2006. Elle conteste par ailleurs les allégués de l'intimée relatifs à la non-violence du choc subi lors de l'accident.

La recourante produit un rapport du 7 mars 2007 de la doctoresse B_____, (pièce 24 recourante), dans lequel ce médecin fait état d'une évolution fluctuante avec persistance des douleurs et une limitation de la mobilité. L'exacerbation des douleurs nécessite parfois le repos au lit jusqu'à une semaine, la prise d'antalgiques de classe II et de myorelaxants ; les tâches quotidiennes de mère de famille sont rendues difficiles. La reprise du travail en tant qu'aide soignante était donc impossible.

Elle produit également un certificat du docteur D_____, spécialiste en rhumatologie et médecine manuelle, du 13 mars 2007. Ce médecin, qui a examiné pour la première fois la recourante le 13 mars 2007, a constaté des douleurs cervico-dorsales bilatérales d'ordre musculo-ligamentaires limitant la mobilité cervicale surtout en flexion-extension. Les antalgiques devaient être pris de façon continue et les douleurs étaient invalidantes avec crises douloureuses de 2 ou 3 jours contraignant à l'alitement chaque semaine et perturbant la vie quotidienne.

Dans ces conditions, aucune reprise d'activité professionnelle ne pouvait être envisagée. Il suggérait une prise en charge multidisciplinaire dans une structure adaptée au traitement des états douloureux chroniques (pièce 25 recourante).

Pour le surplus, la recourante persiste dans ses conclusions et arguments.

23. Par mémoire de duplique du 20 avril 2007, l'intimée confirme tant son argumentation que ses conclusions.
24. Le Tribunal de céans a tenu une audience d'enquêtes le 19 octobre 2007.

Entendue en qualité de témoin, Madame M_____ a déclaré que le jour de l'accident dont elle a été à l'origine, elle se trouvait dans une file de voitures, dont la vitesse ne devait pas dépasser 20 km/h. Lorsque la file avait à nouveau progressé, elle ne s'était pas arrêtée à temps et avait touché le véhicule de la recourante qui la précédait. La police n'avait pas été appelée pour procéder à un constat, car la recourante était pressée, en retard pour son travail. Le témoin a précisé qu'au vu de l'ancienneté et de l'état du véhicule de la recourante, il était difficile de distinguer les dégâts ; visiblement, il n'y avait rien d'enfoncé, mais la recourante avait affirmé ne plus pouvoir ouvrir son coffre. Le témoin a déclaré que son véhicule n'avait pour sa part subi aucun dommage et qu'il ne disposait pas de pare-buffles. Elle a également souligné que le constat amiable d'accident produit par la recourante avait dû être complété a posteriori par la recourante puisqu'y figuraient désormais un croquis de l'accident, la mention qu'il y avait eu un blessé, des dégâts matériels et la liste de ceux-ci. L'heure de l'accident avait également été complétée. Le témoin a remis une copie du constat d'accident en sa possession.

La recourante a admis avoir complété ledit constat a posteriori, au motif que l'assurance demandait une liste des dommages. Elle a encore déclaré que si le croquis avait été effectué par la suite, c'était en accord avec le témoin. Interrogée sur ce dernier point, Madame M_____ a manifesté sa surprise et indiqué qu'elle peinait à croire qu'elle ait pu donner son accord et signer un constat qui n'était pas terminé. Le témoin a encore relaté que pour établir le constat, elle et la recourante s'étaient mises à l'écart dans une petite rue. La recourante était très calme et très aimable. Elle n'était absolument pas étourdie ni choquée. Enfin, le témoin a formellement contesté avoir été au téléphone au moment de la collision.

25. Le docteur C_____ a été entendu à son tour en qualité de témoin le 23 novembre 2007.

Il a confirmé la teneur du rapport d'expertise rendu en date du 9 mars 2006. Il a exposé que dans les cas tels que celui de la recourante, les douleurs ne surviennent pas forcément le jour de l'accident, surtout les douleurs à la nuque ; elles peuvent se développer dans les 24 heures qui suivent. Lorsqu'il a examiné la recourante, il n'a pas pensé nécessaire qu'elle voie un spécialiste ; il n'a pas non plus eu le sentiment qu'elle rencontrait des problèmes psychiques importants. Ses conclusions se sont basées sur ses constatations.

Il a reconnu qu'en raison de l'obésité de la patiente, les muscles et articulations étaient plus difficilement atteignables, ce qui l'a empêché de procéder à une palpation précise.

Le témoin a relevé avoir été relativement large dans son appréciation puisqu'en règle générale, dans les cas comme celui-ci, l'état des patients s'améliorait dans les

cinq ou six mois jusqu'à recouvrer une pleine capacité de travail. Or, il avait prévu une reprise en juin 2006, alors que l'accident avait eu lieu en septembre 2005.

Le témoin a déclaré avoir pris contact avec le cabinet des docteurs B_____ ; c'était le docteur B_____ qui lui avait répondu; il lui avait donné les renseignements qu'il sollicitait ainsi que son avis; ce médecin ne lui avait pas mentionné, selon son souvenir, ne plus suivre la recourante. Quant à l'accord intervenu entre ce médecin et lui-même relatif au fait que la patiente avait porté trop longtemps la collerette, qu'elle devait perdre du poids et qu'elle devrait reprendre le travail à 50 % à fin mars, il ressortait de ses notes. La date de reprise de l'activité professionnelle a été fixée eu égard à la nécessité de faire de la physiothérapie et de se remuscler durant un bon mois, puis de consolider la physiothérapie durant quelques mois avant de pouvoir reprendre à plein temps.

26. A la suite de l'audience, la recourante a produit un rapport d'expertise portant sur son véhicule du 13 octobre 2005 (expertise confiée le 23 septembre 2005). Il en ressort que le véhicule, sur lequel le seul point de choc, qualifié d'intensité moyenne, a été décelé, était techniquement réparable. Toutefois, les frais de réparation s'élevaient à près du double de la valeur résiduelle du véhicule (pièce 31 recourante).

27. Les parties ont eu l'occasion de se prononcer au terme des enquêtes.

L'intimée a estimé qu'il n'était point possible de suivre les déclarations de la recourante relatives au déroulement de l'accident, eu égard au fait qu'elles reposaient sur un constat amiable complété a posteriori et qu'elles étaient contredites par les pièces du dossier, respectivement par le témoignage de Madame M_____. Par ailleurs, le docteur B_____ n'avait pas contesté les propos qui lui étaient prêtés par l'expert dans son rapport du 9 mars 2006, mais s'était contenté de lui indiquer 3 semaines après la reddition du rapport d'expertise que la recourante avait choisi la doctoresse B_____ en tant que médecin traitant. Vu le silence de cette dernière, qui avait pourtant été invitée à prendre contact avec le docteur C_____, il y avait lieu de penser qu'elle était en réalité en accord avec les conclusions de l'expert. Les certificats médicaux subséquents avaient d'ailleurs été rédigés à la demande de la recourante. Quant au certificat médical du docteur D_____, il était lacunaire et ne saurait emporter la conviction. Enfin, les troubles psychiques avancés par l'intéressée n'avaient nullement été étayés ; de toute manière, eu égard au peu de gravité de l'accident subi, ils ne seraient en aucun cas en lien de causalité avec ce dernier et la responsabilité de l'intimé ne peut donc être engagée. Celle-ci conclut dès lors au rejet du recours.

La recourante, quant à elle, conteste le témoignage de Madame M_____ et maintient avoir subi un choc violent. En regard des conclusions du docteur C_____, elle estime que dès lors qu'il a procédé à un examen rendu difficile et

imprécis par son surpoids, on ne peut déclarer que ce médecin a affirmé avec certitude une exigibilité de la reprise de travail au 1^{er} juin 2006. En définitive, elle conclut à l'admission du recours et confirme l'intégralité de ses conclusions.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 LPGa qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. Conformément à l'art. 58 al. 2 LPGa, si l'assuré a son domicile à l'étranger, le Tribunal des assurances compétent est celui du canton de son dernier domicile en Suisse ou celui du canton de son dernier employeur suisse. En l'espèce, le dernier employeur suisse de l'assurée a été la X_____ dont le siège social est à Genève.

Pour le surplus, interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 106 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003, en dérogation à l'art. 60 LPGa).

3. Le litige porte sur le point de savoir si la recourante peut prétendre des prestations de l'assurance-accidents sous la forme d'indemnités journalières pour une incapacité de travail entière au-delà du 31 mars 2006, de la prise en charge d'un traitement pour troubles d'ordre psychique et, enfin, d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.
4. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate. L'exigence d'un lien de causalité naturelle 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. 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 juge, cas échéant, 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 (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3).
- b) En matière de lésions du rachis cervical par accident du type « coup du lapin » (Schleudertrauma, whiplash-injury) sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un rapport de causalité naturelle doit, dans la règle, être reconnue lorsqu'un tel traumatisme est diagnostiqué et que l'assuré en présente le tableau

clinique typique (cumul de plaintes telles que maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, troubles de la vision, irritabilité, labilité émotionnelle, dépression, modification du caractère, etc.). Il faut cependant que, médicalement, les plaintes puissent de manière crédible être attribuées à une atteinte à la santé ; celle-ci doit apparaître, avec un degré prépondérant de vraisemblance, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 338 consid. 2, 117 V 360 consid. 4b). En outre, 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 exemple : 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 apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (cf. arrêts U 580/06 du 30 novembre 2007 et U 215/05).

Dans un arrêt du 19 février 2008 (U 394/06) destiné à la publication, le Tribunal fédéral a précisé la jurisprudence en matière d'accidents de type « coup du lapin » et lésions similaires. Il ressort de cet arrêt que la causalité naturelle ne peut être admise que dans la mesure où elle se fonde sur des données médicales fiables, soit des constatations de spécialistes. Les circonstances de l'accident et les douleurs dont se plaint l'assuré doivent être documentés de la manière la plus précise possible ; ainsi y a-t-il lieu d'interroger l'assuré sur son état antérieur (par exemple à l'aide du questionnaire préparé l'Association suisse d'assurance lors de la première consultation médicale après un traumatisme d'accélération crânio-cervical). Les déclarations de l'assuré sur les circonstances de l'accident et sur les douleurs doivent cependant être examinées de manière critique à l'aune d'exigences élevées et des autres données relatives au déroulement de l'accident (rapport de police, etc.) et de ses suites. Si le diagnostic de traumatisme cervical n'est qu'une suspicion, le médecin doit l'indiquer. Même si le médecin estime qu'il s'agit bien de lésions à la suite d'un traumatisme d'accélération crânio-cervical, il faut encore se fonder sur les circonstances de l'accident et sur l'appréciation du médecin-conseil de l'assurance pour allouer les premières prestations d'indemnités journalières et de frais de traitement (consid. 9). Dans un grand nombre de cas concernant ce type d'accident, on constate une amélioration sensible après peu de temps. Par contre, lorsque les douleurs sont durables et se chronicisent, se pose la question du droit à une rente. Dans cette hypothèse, il y a lieu de mettre en œuvre une expertise médicale multidisciplinaire. Il en va de même si un tel processus apparaît déjà peu de temps après l'accident (consid. 9.3). Précisément, une telle mesure d'instruction doit être ordonnée si les douleurs persistent six mois après le traumatisme et confiée à des spécialistes et comporter des examens neurologique, orthopédique, psychiatrique et, cas échéant, neuropsychologique. Pour certaines questions, elle devra être complétée par un examen otoneurologique,

ophtalmologique ou autre. L'expert devra prendre en compte les documents recueillis relatifs aux circonstances de l'accident, les premières constatations médicales et le développement jusqu'au jour de l'expertise. Seules seront considérées les déclarations convaincantes et les plaintes crédibles de l'assuré. Par ailleurs, l'expert posera un diagnostic différentiel entre les troubles de nature somatique et ceux de nature psychique, étant précisé que le seul fait qu'il y ait des circonstances sociales ou socioculturelles ne suffit pas à nier la relation de causalité (consid. 9.5).

c) En ce qui concerne la causalité adéquate, elle est donnée si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale 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, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références). Par la causalité adéquate, il s'agit de déterminer si un dommage peut encore être équitablement mis à la charge d'un tiers (en l'occurrence, l'assurance-accidents), eu égard au but de la norme de responsabilité applicable. Cette question est d'ordre juridique et il appartient au juge d'y répondre en se fondant sur des critères normatifs (cf. ATF 123 III 110 consid. 3a, 123 V 98 consid. 3, 122 V 415 consid. 2c).

En présence de troubles d'ordre psychique consécutifs à un accident, l'appréciation de la causalité adéquate se fonde sur des critères différents selon que l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue (cf. SVR 1995 UV n 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme crânio-cérébral. En effet, lorsque l'existence d'un tel traumatisme est établie, il faut examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur les critères énumérés aux ATF 117 V 366 consid. 6a et 382 consid. 4b, sans qu'il soit décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 367 consid. 6a ; RAMA 1999 n° U341 p. 408 consid. 3b). En revanche, dans les autres cas, l'examen du caractère adéquat du lien de causalité doit se faire sur la base des critères énumérés aux ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa (RAMA 2002 n° U 470 p. 531 consid. 4a).

Si les lésions appartenant spécifiquement au tableau clinique des suites d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme crânio-cérébral, bien qu'en partie établies, sont reléguées au second plan par rapport aux problèmes d'ordre psychique, le lien de causalité adéquate doit être apprécié à la lumière des principes applicables en cas de troubles du développement psychique (ATF 123 V 99 consid. 2a ; RAMA 2002 n° U 470 p. 531 consid. 4a). Ceci vaut lorsque le problème psychique apparaît prédominant directement après l'accident ou encore lorsqu'on peut retenir que durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation, les troubles physiques n'ont joué qu'un rôle de moindre importance. En ce qui concerne les troubles psychiques apparaissant dans de tels cas, il ne doit

pas s'agir de simples symptômes du traumatisme vécu, mais bien d'une atteinte à la santé (secondaire) indépendante, la délimitation entre ces deux situations devant être faite notamment au regard de la nature et de la pathogenèse du trouble, de la présence de facteurs concrets qui ne sont pas liés à l'accident et du déroulement temporel (RAMA 2001 n° U 412 p. 79).

Afin de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles psychiques développés ensuite par la victime, la jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement ; les accidents insignifiants ou de peu de gravité (p. ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. 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. En présence d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, un lien de causalité adéquate peut, en règle générale, être d'emblée nié, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave. Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération les sept critères exhaustifs (cf. arrêt du 19 février 2008 précité, consid. 10.2) suivants :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions, étant précisé que le seul diagnostic de distorsion cervicale ne suffit pas pour admettre la réalisation de ce critère. Il faut une gravité particulière du tableau clinique typique ou des circonstances particulières de nature à influencer la symptomatologie douloureuse, telles que la position particulière du corps lors de l'accident avec les complications qui s'en suivent ou d'autres lésions importantes déterminantes équivalentes à une distorsion cervicale ou à un traumatisme crânio-cérébral (consid. 10.2.2) ;
- la durée anormalement longue du traitement médical, qui ne saurait plus être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais sur l'existence de traitements continus spécifiques et lourds (consid. 10.2.3) ;
- les douleurs persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles en regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;

- les difficultés apparues au cours de la guérison et aux complications importantes ;
- et, enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail. A ce propos, il y a lieu de considérer qu'en cas d'accident de gravité légère ou moyenne, le fait d'être écarté du monde du travail pendant une très longue durée ou de manière durable apparaît d'un point de vue médical comme plutôt inhabituel. Conformément au principe de l'obligation de réduire le dommage, il doit être reconnaissable concrètement que l'assuré a entrepris tout ce qui était possible et exigible pour regagner aussi vite que faire ce peut le monde du travail. Ainsi, il doit tenter de reprendre son activité malgré les éventuels désagréments personnels et, le cas échéant, avec un accompagnement thérapeutique médical. Est dès lors déterminant non plus la durée de l'incapacité de travail, mais l'importance de l'incapacité de travail malgré les efforts consentis pour reprendre le travail.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa).

5. En l'espèce, il ressort de l'intégralité des documents médicaux que la recourante a été victime d'une atteinte à la santé de type « coup du lapin », ce qui n'est nullement contesté.

Dans le cadre de l'instruction de la cause, l'intimée a confié une expertise médicale au docteur C _____, spécialiste en chirurgie et orthopédie, aux fins de juger de la présence d'un lien de causalité naturelle entre l'incapacité de travail et l'accident du 14 septembre 2005.

Or, dans la mesure où les troubles présentés par la recourante ont duré au-delà d'une période de six mois après l'événement dommageable assuré, une expertise multidisciplinaire aurait dû être mise en place. Le médecin expert suggérait d'ailleurs qu'il soit procédé à un nouvel examen de la recourante si la reprise du travail à temps plein ne devait pas avoir eu lieu à l'été 2006. A priori, le dossier devrait donc être renvoyé à l'intimée pour mise en œuvre d'une instruction complémentaire sur le plan médical, eu égard à la jurisprudence du Tribunal fédéral énoncée ci-avant (cf. consid. 5b). Toutefois, il peut être renoncé à pareille mesure dans le cas d'espèce. En effet, la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles présentés par la recourante à la date de diminution des prestations, respectivement de suppression de celles-ci, et l'accident de la circulation routière incriminé peut être laissée ouverte, dans la mesure où, même en

cas de réponse affirmative à cette dernière question, le rapport de causalité adéquate avec l'accident doit être nié, comme cela est démontré ci-dessous.

Dans ces circonstances, point n'est besoin de se prononcer sur la valeur probante ou la dénomination du rapport rendu par le docteur C_____.

6. En ce qui concerne tout d'abord la gravité de l'accident en cause, celui-ci doit être, eu égard au déroulement des événements (faible vitesse des véhicules impliqués dans la collision, absence d'hospitalisation de la recourante notamment) et en considération de l'abondante casuistique jurisprudentielle, classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite inférieure de ceux-ci. Il s'ensuit qu'il y a lieu de procéder à l'examen des sept critères définis par la jurisprudence fédérale.
7. En premier lieu, l'accident du 14 septembre 2005 ne s'est manifestement pas déroulé dans des circonstances particulièrement dramatiques ou impressionnantes. Il s'agit d'une collision entre deux véhicules roulant dans une file à un maximum de 20 km/h. Les dégâts matériels ne sont, contrairement à ce qu'allègue la recourante, pas importants. Notamment, il n'y a pas eu « destruction » du véhicule, mais seulement quelques dégâts au niveau de l'arrière de ce dernier. L'expertise produite par la recourante en témoigne d'ailleurs : le seul point de choc a été qualifié d'intensité moyenne et si les frais de réparation se sont révélés plus élevés que la valeur résiduelle du véhicule, c'est que ce dernier était manifestement vieux et en mauvais état, ainsi qu'en a d'ailleurs témoigné Madame M_____. En pareille hypothèse, il est difficile de concevoir qu'un choc violent ait pu avoir lieu. Par ailleurs, il ressort des déclarations de Madame M_____ ainsi que du constat d'accident amiable dans sa version originale (produite en audience d'enquête par le témoin) - auxquels il convient de donner la préférence sur les descriptions ultérieures émanant de la recourante (cf. ATF 121 V 47 consid. 2a) -, que l'assurée était très calme immédiatement après l'accident et qu'elle n'était nullement étourdie ou choquée.

Les lésions subies par l'intéressée (entorse cervicale modérée) ne sont pas particulièrement graves, elle n'a pas été victime d'erreurs dans le traitement médical qui auraient pu engendrer une aggravation des séquelles liées à l'accident et ledit traitement ne saurait être qualifié d' « anormalement long » au sens de la jurisprudence. En effet, elle n'a pas bénéficié de suivis thérapeutiques continus à la fois spécifiques et lourds. Si l'on peut discuter du caractère spécifique de la physiothérapie (ou kinésithérapie) prodiguée de façon quasi ininterrompue, le caractère lourd fait lui manifestement défaut.

Pas plus ne peut-on considérer que la recourante a rencontré des difficultés ou des complications importantes au cours du processus de guérison (le pronostic a

d'ailleurs été considéré comme favorable à plusieurs reprises par les différents médecins consultés).

En ce qui concerne le degré et la durée de l'incapacité de travail, la Juridiction de céans constate que si la recourante a bien tenté une reprise de son activité deux mois après l'accident, elle n'a plus fait d'efforts en ce sens ultérieurement. En particulier, elle n'a pas donné suite aux recommandations du docteur C_____ qui préconisait une reprise du travail à 50 % après rééducation par physiothérapie, sous la forme de séances de musculation notamment. Certes, à l'époque, elle n'était plus sous contrat de travail. Elle n'a toutefois pas jugé utile de s'annoncer auprès des organes de l'assurance-chômage. On doit donc en déduire qu'elle n'a pas entrepris tout ce qui était raisonnablement exigible d'elle en regard du principe de l'obligation de réduire le dommage.

Au vu des éléments du dossier, il n'est pas possible d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante applicable dans le domaine de l'assurance sociale, que les douleurs présentées par l'intéressée aient eu des conséquences particulièrement pénibles sur sa vie quotidienne (les difficultés rapportées à ce titre ne sont pas étayées à suffisance et n'ont été finalement mentionnées par les médecins traitants qu'à la demande de la patiente et de façon pour le moins tardive).

Enfin, quant aux troubles psychiques évoqués par la recourante, ils ne reposent sur aucune pièce médicale ; quoi qu'il en soit, eu égard aux développements qui précèdent, quand bien même on devrait les tenir pour établis, ils se révéleraient sans influence sur l'issue du litige.

Il suit de tout ce qui précède qu'un lien de causalité adéquate entre les troubles présentés par la recourante et l'accident du 14 septembre peut être nié à compter du 1^{er} avril 2006. La poursuite du versement des indemnités journalières durant deux mois supplémentaires à 50 % avait pour but de permettre à la recourante de reprendre son activité de façon progressive tout en suivant des mesures thérapeutiques utiles. Aucun fait de la cause ne permet de retenir que les mesures nécessaires à la rééducation (musculation) du rachis cervical eussent pu durer plus longtemps, de sorte qu'il n'y a pas de raison de prolonger le versement des dites indemnités, ce d'autant plus que, comme on l'a vu, le lien de causalité adéquate fait défaut à partir du 1^{er} avril 2006.

8. La recourante requiert la prise en charge de mesures médicales (traitement) en relation avec les troubles psychologiques dont elle se plaint.

Or, non seulement lesdits troubles ne ressortent pas du dossier (les médecins traitants n'en font même pas état), mais ils ne seraient de toute manière pas en relation de causalité adéquate avec l'accident. Dans ces circonstances, le recours doit être rejeté sur ce point également.

9. a) Enfin, l'intéressée conteste le refus de l'intimée de lui allouer une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

b) Aux termes de l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA), édicté conformément à cette délégation de compétence, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1).

Une atteinte à l'intégrité n'ouvre droit à une indemnisation que si elle est durable. Compte tenu du fait que selon la doctrine psychiatrique majoritaire, seuls des événements accidentels d'une gravité exceptionnelle entraînent des atteintes durables à l'intégrité psychique, il y a lieu, d'après la jurisprudence, de prendre en considération l'événement accidentel lui-même lorsqu'il s'agit d'examiner le caractère durable d'une affection psychique d'origine accidentelle. Le Tribunal fédéral se réfère sur ce point à la classification établie pour statuer sur le rapport de causalité adéquate entre un événement accidentel et des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 115 V 140 sv. consid. 6c, 409 sv. consid. 5c). Dans ce cadre, le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité doit être en principe nié en cas d'accident insignifiant ou de peu de gravité, de même qu'en cas d'accident de gravité moyenne, sans qu'il soit nécessaire de mettre en œuvre dans chaque cas une instruction plus approfondie au sujet de la nature et du caractère durable de l'atteinte psychique. Il ne convient de s'écarter de ce principe que dans des cas exceptionnels, à savoir lorsque l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves, pour autant que les pièces du dossier fassent ressortir des indices évidents d'une atteinte particulièrement grave à l'intégrité psychique, qui ne paraît pas devoir se résorber (cf. ATF 124 V 44 consid. 5c).

c) En l'espèce, aucun médecin n'a été en mesure d'objectiver une quelconque lésion somatique chez la recourante suite à l'événement du 14 septembre 2005. Pas plus n'a-t-il été mis en évidence de graves atteintes à la santé psychique. Dès lors, et surtout dans le contexte d'un accident de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité, une indemnité pour atteinte à l'intégrité n'entre pas en considération.

10. Selon la réglementation légale et la jurisprudence, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont pas droit à une indemnité de dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré. Cela vaut également pour les actions menées devant les tribunaux cantonaux en matière de prévoyance professionnelle (ATF 126 V 149 consid. 4; cf.

également l'art. 73 al. 2 LPP). Cette jurisprudence, fondée sur le principe de la gratuité de la procédure de première instance en droit fédéral des assurances sociales, l'emporte sur d'éventuelles dispositions contraires de droit de procédure cantonal.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); 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 :

Brigitte LUSCHER

Karine STECK

La secrétaire-juriste : Laurence SCHMID-PIQUEREZ

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