

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/91/2012

ATAS/1179/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 septembre 2012

3ème Chambre

En la cause

Madame P _____, domiciliée à FRANCE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Marianne BOVAY

recourante

contre

HELSANA ACCIDENTS SA, sise avenue de Provence 15, 1007
Lausanne

intimée

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

EN FAIT

1. Madame P_____ (ci-après : l'assurée), née en 1955, a travaillé en qualité d'assistante dentaire à Genève à 80%. À ce titre, elle était assurée contre le risque d'accidents et de maladies professionnelles auprès de LA SUISSE ASSURANCE, devenue depuis lors HELSANA ACCIDENTS SA (ci-après : l'assurance).
2. Le 20 mars 2003, l'assurée a été victime d'un accident annoncé par son employeur le 25 mars 2003 : son véhicule a été heurté par un autre. Depuis lors, le genou gauche, le dos et la nuque de l'assurée étaient particulièrement douloureux.
3. Dans un rapport du 21 juillet 2003, le Dr A_____, médecin généraliste, a indiqué que l'assurée souffrait de contractures musculaires au niveau de tout le rachis et d'une asymétrie des réflexes cubitiaux à gauche et tricipital à droite au niveau des membres supérieurs.
4. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la colonne lombaire réalisée le 28 juillet 2003 a révélé une scoliose lombaire et une spondylose ébauchée ainsi que des discopathies dégénératives pluri-étagées avec une protrusion focale postéro-médiane du disque L4-L5.
5. Le 27 novembre 2003, l'assurée s'est soumise à l'examen du Dr B_____, neurologue, qui a retenu les diagnostics de syndrome post-traumatique subjectif, décompensation d'un syndrome de burn out, syndrome du tunnel carpien droit, céphalées tensionnelles et contractures musculaires à prédominance cervicale. Le médecin a estimé que si les plaintes initiales de l'assurée étaient en relation de causalité certaine avec son accident, les plaintes subsistant encore étaient la conséquence d'une mauvaise gestion du stress, secondaire notamment à un syndrome douloureux chronique entrant dans le contexte d'un syndrome post-traumatique subjectif. Selon le médecin, le lien de causalité devrait être considéré comme rompu d'ici à la fin de l'année 2003 et l'assurée pourrait reprendre son activité professionnelle à 100% dès le 1^{er} janvier 2004. Par ailleurs, il n'y avait aucune atteinte à l'intégrité physique due à l'accident.
6. Par décision du 27 mars 2007, l'assurance, considérant que les troubles de l'assurée n'étaient pas uniquement le fait de son accident puisqu'une IRM pratiquée le 8 avril 2003 – c'est-à-dire avant l'accident – avait déjà révélé des troubles dégénératifs majeurs en C5 et C6, a jugé que les conditions requises pour l'octroi des prestations n'étaient plus remplies dès le 9 février 2004.
7. Le 12 avril 2007, l'assurée s'est opposée à cette décision en alléguant avoir toujours travaillé régulièrement avant son accident et n'avoir auparavant jamais souffert de douleurs dans la nuque, d'insomnies ou de maux de tête comme c'était le cas depuis lors. Selon elle, les douleurs constantes l'empêchaient de dormir et

affectaient sa santé psychique. Malgré sa volonté de reprendre le travail, elle n'avait pas pu continuer son activité en raison notamment des douleurs ressenties lorsqu'elle devait se pencher sur un patient. Elle en tirait la conclusion que le blocage de sa colonne cervicale, les douleurs et les insomnies étaient manifestement en relation de causalité adéquate avec l'accident puisqu'auparavant, les troubles dégénératifs étaient asymptomatiques. Par ailleurs, l'assurée a mis en doute la valeur probante de l'expertise du Dr B _____, motif pris que ce dernier ne l'avait examinée qu'une demi heure.

8. Dans un rapport du 16 avril 2007, le Dr C _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a confirmé que sa patiente ne s'était jamais plainte de douleurs cervicales avant son accident, malgré la présence de discopathies préexistantes. Le médecin en a tiré la conclusion que l'accident avait déclenché une instabilité en C5-C6 qui n'existait pas auparavant.
9. L'assurance a alors confié un nouveau mandat d'expertise au Dr B _____ qui, dans un rapport du 11 avril 2008, a retenu les diagnostics de syndrome cervical sans syndrome radiculaire associé, syndrome du tunnel carpien droit, stable, céphalées tensionnelles, douleurs diffuses, asthénie, troubles du sommeil d'origine psychophysiologique, troubles dégénératifs étagés notamment au niveau C5-C6 et scoliose associée à des troubles dégénératifs.

L'expert a constaté que, près de cinq ans après l'évènement, les douleurs cervicales persistaient et s'étaient même aggravées de façon secondaire. L'examen neurologique était quant à lui normal, hormis l'existence d'un syndrome du tunnel carpien droit. Au niveau cervical plus particulièrement, les radiographies n'avaient pas montré de lésions traumatiques mais des troubles dégénératifs prédominant en C5-C6, auparavant asymptomatiques.

L'expert a conclu qu'une relation de causalité persistait entre l'accident et les troubles, mais à moins de 50%. En d'autres termes, ce lien était tout au plus probable, d'autres facteurs d'origine non traumatique expliquant également le tableau clinique.

La capacité de travail de l'assurée était certes réduite en raison du syndrome cervical et des douleurs importantes mais cette réduction n'était pas liée de façon prépondérante aux suites de l'accident du 20 mars 2003. Quant à l'atteinte à l'intégrité, elle était de 10% tout au plus vu l'absence de lésion traumatique objective. Il fallait toutefois tenir compte du fait que l'ensemble de la vie de l'assurée avait été transformée suite de l'accident.

10. Le 27 mai 2008, le Dr B _____ a précisé les termes de son expertise. Il a notamment relevé qu'avant l'accident, l'assurée était totalement indépendante alors qu'ensuite, son état de santé n'avait fait que s'aggraver, notamment sur les plans anxio-dépressif et tensionnel - en dépit du fait que l'employeur avait tenté à de

multiples reprises d'assurer à son employée une réinsertion professionnelle. Le médecin traitant avait admis une relation de causalité entre l'accident et les troubles subsistants mais le Dr B_____ était d'avis que d'autres facteurs s'étaient développés et expliquaient indubitablement l'état de l'intéressée, parmi lesquels, notamment, un état anxio-dépressif, une diminution des seuils de sensibilité à la douleur et aux émotions et des troubles du sommeil. En conséquence, la causalité entre l'accident et l'atteinte persistante ne pouvait s'expliquer par le seul accident, raison pour laquelle il avait conclu à une causalité probable à moins de 50%. L'état actuel de l'intéressée ne pouvait toutefois pas non plus s'expliquer uniquement par des comorbidités psychiatriques, de sorte qu'une atteinte à l'intégrité partielle, consécutive à l'accident de mars 2003, devait être admise à hauteur de 10%.

11. Le 1^{er} juin 2007, l'assurée a complété son opposition en alléguant que la causalité naturelle ne faisait aucun doute, que son médecin traitant avait attesté de l'absence de facteurs étrangers à l'accident pouvant jouer un rôle dans le cours normal de la guérison et que le Dr C_____ avait récemment constaté une aggravation de la discopathie, à mettre sur le compte de la collision frontale dont elle avait été victime.
12. Dans un rapport du 2 juillet 2008, le Dr D_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a posé les diagnostics de cervicalgies chroniques sur discopathie intervertébrale C5-C6 décompensée par le traumatisme en 2003, d'épicondylite droite et d'épitrôchléite gauche. Il a confirmé que les douleurs persistantes très localisées ne s'étaient manifestées qu'après l'accident de 2003. Les nombreux examens radiologiques avaient mis en évidence des changements dégénératifs et non traumatiques, mais l'imagerie rencontrait des limites dans l'évaluation des douleurs rachidiennes. Le médecin a émis l'avis que l'absence de lésion traumatique visible à l'IRM n'était en tout cas pas un argument contre l'origine post-traumatique des douleurs. Il a également relevé n'avoir pas décelé d'élément parlant pour une majoration des douleurs, ni de signe inconstant lors des examens cliniques. L'assurée admettait d'ailleurs souffrir d'un état dépressif réactionnel à l'accident de 2003. Selon le médecin, son incapacité et sa souffrance devaient dès lors être considérées comme des résultats de cet accident.
13. Une nouvelle expertise a été réalisée le 28 novembre 2008 par le Dr E_____, spécialiste FMH en neurologie, qui, dans son rapport du 12 décembre 2008, a diagnostiqué un status après distorsion cervicale simple, un syndrome post-distorsion cervicale chronifié, un probable état anxio-dépressif, voire un état de stress post-traumatique et des troubles dégénératifs cervicaux pluri-étagés.

L'expert a considéré que la symptomatologie persistante était en relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel. Il a précisé que les troubles dégénératifs relativement importants alors présentés par l'assurée - très

fréquemment observés chez des patients de son âge – étaient asymptomatiques et auraient pu le rester sans la survenue de l'accident.

L'assurée n'était pas à même de reprendre son activité précédente - à quelque taux que cela soit – vu l'importance des troubles dont elle continuait à souffrir. En effet, cette activité exigeait des positions prolongées de flexions forcées de la nuque impossibles à supporter, raison pour laquelle l'expert a conclu que l'incapacité de travail était en lien direct avec l'accident.

S'agissant toutefois de la causalité adéquate, l'expert a souligné que, dans la majorité des cas (plus de 95% des patients), l'évolution des troubles faisant suite à une distorsion cervicale était suffisamment favorable pour autoriser la reprise de l'activité professionnelle à 100%.

Il a estimé que dans une activité adaptée, c'est-à-dire ne nécessitant ni le maintien prolongé de la nuque dans une position donnée ni le port régulier de charges de plus de 10 kg, la capacité de travail de l'assurée était de 50% au moins sur le plan somatique. Il fallait néanmoins tenir compte de l'état psychologique de la patiente qui nécessitait une appréciation psychiatrique.

Quant à la perte d'intégrité, l'expert l'a évaluée à 10% en raison des cervico-céphalalgies persistantes, après exclusion des facteurs psychiques et des altérations dégénératives.

14. Suivant l'avis de l'expert, l'assurance a alors mis sur pied une expertise psychiatrique, qu'elle a confiée au Dr F_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Ce dernier, dans son rapport du 12 février 2009, a conclu à une névrose post-traumatique caractérisée par un état dépressif majeur de gravité légère, un trouble somatoforme indifférencié, une personnalité avec traits histrioniques décompensée, des difficultés professionnelles et conjugales.

L'expert a estimé que la symptomatologie anxio-dépressive n'était pas majeure. Bon nombre des limitations de l'assurée semblaient plus subjectives qu'objectives, de sorte qu'il fallait fixer à 50% son incapacité de travail médico-théorique dans une activité adaptée à ses compétences et problèmes somatiques objectifs.

L'expert a expliqué que la différence d'appréciation entre l'assurée, ses médecins traitants et les experts tenait en grande partie à la personnalité de l'expertisée, qui ne pouvait accepter la moindre faille ou insuffisance et qui tendait à se focaliser sur l'accident incriminé qui paraissait devoir tout justifier. Elle disposait notamment de très faibles facultés introspectives et tendait à banaliser, minimiser ou scotomiser toutes ses difficultés personnelles, à l'exception de l'événement accidentel. Cet événement avait certes joué un rôle déclencheur. Il existait toutefois un état

antérieur qui avait conduit à une névrose traumatique et non à un état de stress post-traumatique. L'état psychique actuel s'expliquait d'ailleurs par des éléments étrangers à l'événement accidentel incriminé (vie familiale, conjugale et échecs des reprises de travail dans une autre fonction). L'expert reconnaissait que, sans l'accident, l'expertisée aurait probablement pu continuer à mener une existence professionnelle tout à fait satisfaisante. Il en a tiré la conclusion que l'état étiologique mixte de l'assurée était imputable à 50% à l'accident et à 50% aux singularités de sa personnalité et à des facteurs extérieurs.

Compte tenu du caractère enkysté, chronifié depuis 2003, le pronostic était réservé quant à une amélioration subséquente de la capacité de travail ; le statu quo ante n'était pas atteint et ne le serait probablement jamais.

Enfin, l'expert a considéré que la capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée aux seules limitations physiques objectives de l'assurée et qu'il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité en lien de causalité naturelle avec l'accident.

15. Dans un rapport du 29 avril 2009, les Drs G_____ et H_____ du cabinet de médecine physique, orthopédique et de rééducation, ont diagnostiqué un syndrome post-traumatique du rachis cervical survenant sur des troubles dégénératifs cervicaux pluri-étagés et une névrose post-traumatique caractérisée par un état dépressif majeur, un trouble somatoforme indifférencié, une personnalité avec des traits histrioniques décompensée, des difficultés de réadaptation professionnelle et des conflits conjugaux. Ils ont reconnu à ces diagnostics une origine traumatique, soit en l'occurrence l'accident du 20 mars 2003.

Les médecins ont noté qu'il existait avant celui-ci des altérations dégénératives disco vertébrales prédominant en C4 mais jusqu'alors muettes, inconnues de l'assurée et ne la limitant pas dans ses activités quotidiennes. Elles n'avaient été révélées que par l'accident. Les médecins ont ajouté que même si ces troubles dégénératifs préexistants avaient poursuivi leur évolution naturelle, ils n'auraient jamais occasionné une telle symptomatologie ni causé un tel tableau clinique sans l'accident. Le diagnostic de syndrome post-traumatique du rachis cervical était dès lors imputable de façon directe, exclusive et certaine à l'accident de mars 2003.

Sur le plan psychique, ils ont émis l'avis que le Dr F_____ avait analysé pertinemment les éléments cliniques l'amenant au diagnostic de névrose traumatique. S'il avait décrit que l'accident avait décompensé un état psychopathologique antérieur, ledit état était toutefois totalement muet et inconnu de l'assurée, de son médecin traitant et de son entourage avant l'événement du 20 mars 2003. Là aussi, l'éventuel état psychopathologique antérieur n'avait été révélé que par le fait dommageable; si l'accident ne s'était pas produit, le tableau clinique psychique de l'assurée ne se serait jamais développé.

En définitive, les médecins ont conclu que les troubles présentés par l'intéressée étaient en lien de causalité avec l'accident dont elle avait été victime.

16. Une IRM du 25 février 2010 a montré une discopathie dégénérative en C5-C6 avec pincement du disque et ostéophytose marginale des limitantes somatiques, une minime atteinte dégénérative débutante en C5-C6 et C6-C7, une arthrose postérieure latérale gauche en C3-C4 et une uncarthrose importante en C5-C6 avec pincement de l'interligne articulaire droit.
17. Suite à une demande de prestations formulée par l'assurée le 3 octobre 2005, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI) a mandaté le Centre d'expertise médicale (CEMED), lequel a rendu son rapport d'expertise pluridisciplinaire le 4 juin 2010.

Les experts ont retenu à titre de diagnostic principal des cervicalgies persistantes post-whiplash et, à titre de diagnostics secondaires, des lombalgies communes de longue date, une scoliose et un état dépressif léger sans syndrome somatique. Ils ont également noté une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

Sur le plan rhumatologique, l'expertisée a été décrite comme ayant un bon état général mais se plaignant d'importantes douleurs cervicales avec restriction de la mobilité et irradiation vers la zone scapulaire bilatérale, les membres supérieurs et la région lombaire depuis 2005 au moins. L'examen clinique a mis en évidence un syndrome cervical important, caractérisé par une restriction de la colonne cervicale et des contractures musculaires, ainsi qu'une scoliose lombaire ancienne. L'évolution avait été marquée par un phénomène d'extension de la douleur de la région cervicale aux régions scapulaire et lombaire. Les différents examens radiologiques n'avaient toutefois pas montré de lésions spécifiques pouvant expliquer l'intensité des douleurs décrites par l'assurée, de sorte qu'un phénomène inconscient d'amplification des symptômes n'était pas exclu.

Les experts ont conclu à une incapacité de travail de 20% dans une activité professionnelle adaptée avec une diminution de rendement de 20%, en raison des atteintes somatiques.

Sur le plan psychiatrique, l'anamnèse mettait au premier plan les douleurs - multiples et variables - et les craintes de l'assurée de se retrouver handicapée. Les médecins ont conclu à un trouble dépressif d'intensité moyenne sans syndrome somatique depuis l'automne 2009, caractérisé par un abaissement important de l'humeur, une perte de l'énergie vitale et une fatigue intense, une diminution importante des intérêts, des plaisirs, de l'estime et de la confiance en soi. L'assurée verbalisait des sentiments de culpabilité excessive et des idées dépressives importantes. Elle n'avait par contre ni idées suicidaires, ni de troubles de l'appétit. Les symptômes anxieux (ruminations, comportement d'évitement, nervosité et

irritabilité) étaient liés à sa situation financière et pouvaient s'intégrer à l'épisode dépressif. L'intensité des signes dépressifs observés était nettement en décalage avec les plaintes, ce qui a conduit les médecins à conclure à une exagération des plaintes ainsi qu'à une réaction anxieuse et dépressive évoluant vers un épisode dépressif léger sans syndrome somatique. Selon eux, il n'y avait pas d'argument pour parler d'un processus invalidant, d'autant que l'assurée n'avait jamais consulté de psychiatre et qu'il n'y avait ni comorbidité psychiatrique grave, ni état psychique cristallisé, ni perte d'intégration sociale.

En conclusion, le tableau somatique (syndrome cervical important) et psychique (avec une réelle souffrance psychologique) justifiait une capacité de travail réduite à 80% dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 20%.

18. Le 14 février 2011, l'assurance-invalidité a considéré que si l'assurée avait été totalement incapable de travailler depuis l'accident jusqu'en juin 2004, période à laquelle elle avait recouvré une capacité de travail de 85% dans toute activité, étant rappelé qu'avant l'accident, son taux d'occupation avait été de 80%. Son état de santé s'était cependant aggravé depuis le 1^{er} septembre 2005, date à compter de laquelle l'assurance invalidité a évalué la capacité de travail de l'intéressée à 80%.
19. Par décision sur opposition du 24 novembre 2011, l'assurance-accidents a partiellement admis l'opposition de l'assurée. Elle a annulé sa décision du 27 mars 2007 et admis une prolongation de la prise en charge des suites de l'accident du 20 mars 2003 au-delà du 9 février 2004.

S'agissant du lien de causalité naturelle, l'assurance a admis avoir commis une erreur en considérant que l'état de santé de l'assurée se serait nettement amélioré dès la fin de l'année 2003.

Sur le plan de la causalité adéquate, l'assurance a qualifié l'accident de moyennement grave. Elle a relevé l'absence de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou à caractère particulièrement impressionnant, l'absence de lésions d'une gravité ou d'une nature particulière, l'existence de troubles statiques et d'une discopathie déjà très évoluée en C5-C6. Elle a souligné qu'en novembre 2003, le Dr B_____ avait conclu à un syndrome post-traumatique subjectif, une décompensation de burn out, un syndrome du tunnel carpien droit, des céphalées tensionnelles et des contractures musculaires diffuses à prédominance cervicale, alors que, sept ans plus tard, le CEMED n'avait plus retenu que des cervicalgies persistantes post whiplash. L'assurance a constaté que l'assurée n'avait pas suivi un traitement médical spécifique, pénible et prolongé, mais principalement médicamenteux, antalgique et antidépresseur et qu'en 2010, le CEMED avait noté que l'assurée ne suivait plus aucun traitement depuis deux ans. L'assurance a ajouté que la persistance des douleurs était désormais à mettre en relation avec les facteurs dégénératifs disco-vertébraux préexistants à l'accident,

qu'il n'y avait par ailleurs eu aucune erreur dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident, que les difficultés apparues au cours de la guérison étaient d'étiologie multifactorielle - en particulier en lien avec des facteurs dégénératifs disco-vertébraux -, que la péjoration clinique progressive, sans pouvoir parler de complications importantes, était surtout en lien avec des douleurs majorées par des facteurs psychologiques - en particulier un épisode dépressif modéré avec syndrome somatique, et qu'enfin, l'incapacité de travail n'était pas importante puisqu'évaluée à 20% par le CEMED. Par ailleurs, les efforts de l'assurée pour reprendre une activité professionnelle prêtaient à discussion, vu la majoration des symptômes somatiques pour raisons psychologiques.

En définitive, l'assurance en a tiré la conclusion qu'un seul des sept critères posés par la jurisprudence était partiellement réalisé, si bien que le lien de causalité adéquate entre les troubles somatiques et l'accident devait être nié à compter du 28 novembre 2008 – date de l'expertise du Dr E. _____ - au plus tard.

Quant au lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques ayant subsisté au-delà du 9 février 2004 et l'accident, il était de 50% tout au plus et aucun des critères n'était réalisé non plus, l'analyse relative aux affections somatiques s'appliquant mutatis mutandis.

En conséquence, l'assurance a reporté la date de la survenance du statu quo sine vel ante au 28 novembre 2008 et nié à l'assurée le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

20. Le 13 janvier 2012, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant à la prise en charge des traitements médicaux consécutifs à l'accident du 20 mars 2003 sans limite dans le temps, à l'octroi d'une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle de 40%.

La recourante soutient que ses problèmes cervicaux et la névrose post-traumatique dont elle souffre sont les conséquences de son accident. Elle relève que l'intimée n'a pas nié le lien de causalité naturelle entre ces troubles et l'événement du 20 mars 2003.

La recourante conteste que l'accident dont elle a été victime ait consisté en une simple collision entre deux véhicules. Elle explique que le conducteur fautif a reculé sur une rue à grand trafic sans porter attention à la circulation et l'a violemment heurtée alors qu'elle arrivait à 80 km/h. ; le choc a été très violent et sa voiture a été soulevée avant de retomber sur ses roues. Selon elle, le caractère impressionnant de l'accident est donc avéré.

La gravité des lésions somatiques est quant à elle certes discutable, mais la recourante souligne qu'elle souffre depuis lors de hernies discales particulièrement douloureuses et d'un traumatisme psychique qui persistera. Elle ajoute que si son

traitement n'est certes constitué que d'antalgiques et d'antidépresseurs, il n'en demeure pas moins qu'elle devra le prendre sa vie durant. Des difficultés sont par ailleurs apparues en cours de guérison, consistant en une péjoration progressive de son état de santé. S'agissant enfin de l'incapacité de travail consécutive à l'accident, elle est totale depuis 2005 ; l'assurance-invalidité lui a d'ailleurs reconnu un degré d'invalidité de 55%. Selon la recourante, la plupart des critères relatifs permettant d'admettre un lien de causalité adéquate sont dès lors remplis.

S'agissant enfin de l'atteinte à son intégrité, elle conclut à l'octroi d'une indemnité de 40% puisque les Drs G_____, E_____ et B_____ l'ont estimée à 10% pour tenir compte des seules lésions somatiques et ont considéré que le préjudice résultant de l'atteinte psychique était plus important.

21. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 14 février 2012, a conclu au rejet du recours.

L'intimée nie tout lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles dégénératifs antérieurs à celui-ci (soit les troubles cervicaux pluri-étagés).

Elle ajoute que même si la collision entre les deux véhicules a été violente, elle n'a toutefois été ni frontale, ni particulièrement dramatique ou impressionnante.

Elle maintient qu'en ce qui concerne les troubles somatiques, il n'y a plus eu de lien de causalité adéquate à compter du 28 novembre 2008.

Quant à l'allégation de la recourante selon laquelle elle a souffert d'un traumatisme psychique suite à l'accident, aucun argument ne permet de plaider en faveur d'un processus invalidant, d'autant que l'intéressée n'a jamais consulté de psychiatre et que sa capacité de travail psychique a été jugée entière par le CEMED dont l'intimée rappelle qu'il a conclu par ailleurs à l'absence d'état psychique cristallisé, de perte de l'intégration sociale ou d'isolement. Vu l'absence de lien de causalité adéquate, l'intimée estime avoir à bon droit mis un terme à sa prise en charge le 28 novembre 2008.

22. Le 23 mars 2012, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle souligne que les lésions somatiques, certes peu importantes immédiatement après l'accident, se sont depuis lors amplifiées et qu'aux douleurs, s'est ajouté un état dépressif d'intensité moyenne qui perdure.

Selon elle, l'accident est la seule cause de ses problèmes de santé et de son incapacité totale à reprendre le travail. Sans lui, elle travaillerait, aurait un salaire et poursuivrait une vie agréable et joyeuse. Au lieu de cela, elle vit recluse, ne peut plus travailler et subit une perte économique importante.

Elle ajoute que le droit à une rente d'invalidité d'un degré similaire à celui de la rente allouée par l'assurance invalidité devrait lui être reconnu et persiste à réclamer une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

23. Le 4 avril 2012, l'intimée a également persisté dans ses conclusions.

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 1^{er} 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément, étant précisé que les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).
3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur la question de savoir si le lien de causalité entre les troubles qui ont subsisté chez la recourante peut être admis au-delà du 28 novembre 2008 et si l'assurée peut prétendre une rente d'invalidité et/ou une indemnité pour atteinte à l'intégrité de la part de l'assureur-accidents.
5. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

La responsabilité de l'assureur accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1; ATF 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

6. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il 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 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

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

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).

7. a) Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 291 consid. 3a). En revanche, il en va autrement lorsque des

symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n°23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n°8 p. 27, consid. 2 et les références).

b) Dans le cas de troubles psychiques, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. 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 (par 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 (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 407 consid. 5).

Selon la jurisprudence (ATF 134 V 109 consid. 10.2), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

c) Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants, au regard des seuls aspects physiques:

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions. Il faut une gravité particulière du tableau clinique typique ou des circonstances particulières de nature à influencer la symptomatologie douloureuse ;
- 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 ;
- 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 et complications importantes apparues au cours de la guérison ;
- 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 se 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 déterminante 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 129 V 407 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/aa).

8. a) En matière de lésions du rachis cervical par accident de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.).

L'absence de douleurs dans la nuque et les épaules dans un délai de 72 heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type «coup du lapin» justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après une période de latence (par ex. vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes - qui appartiennent, avec les cervicalgies, au tableau clinique typique d'un traumatisme de type «coup du lapin» - apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (SVR 2007 UV n. 23 p. 75; ATFA non publié U 580/06 du 30 novembre 2007, consid. 4.1).

b) S'agissant du caractère adéquat du rapport de causalité, en cas d'atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme cranio-cérébral, la jurisprudence applique, par analogie, les mêmes critères que ceux dégagés à propos des troubles d'ordre psychique (ATF 117 V 359 consid. 5d/bb) et développés plus avant.

9. a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

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

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 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. 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).

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

10. En l'espèce, il ressort des différentes pièces versées au dossier que la recourante souffre d'un trouble dépressif d'intensité légère ainsi que des cervicalgies pluri-étagées.

Si la recourante impute son état de santé actuel au seul accident du 20 mars 2003, l'intimée considère au contraire qu'à partir du 28 novembre 2008 au plus tard, le statu quo a été atteint.

11. a) Figurent au dossier de nombreux rapports et expertises. Sur le plan somatique, les différents praticiens appelés à se déterminer concluent que les affections somatiques de la recourante sont d'origine dégénérative. Toutefois, ils s'accordent également à dire que, sans l'événement accidentel, sa symptomatologie ne se serait probablement pas réveillée. Selon eux, on peut dire que les troubles sont

imputables pour 50% environ à l'accident du 20 mars 2003 et pour 50% à des facteurs personnels.

La question de la causalité naturelle n'est pas contestée par l'intimée. En l'état, elle peut rester ouverte, dès lors que, pour qu'un droit aux prestations puisse être reconnu en matière d'assurance-accidents, il est également nécessaire que l'on puisse conclure à l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles persistants et que tel n'est pas le cas en l'occurrence, ainsi que cela ressort des considérants qui suivent.

b) Ainsi que cela a été rappelé supra, la problématique de la causalité adéquate entre les troubles sans preuve de déficit organique dont souffre la recourante et l'accident du 20 mars 2003 doit être examinée sous l'angle des critères énoncés par la jurisprudence en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident de type "coup du lapin".

Il convient ainsi tout d'abord de qualifier le degré de gravité de l'accident dont a été victime la recourante. Selon la déclaration d'accident, elle circulait à 70-80 km/h environ, lorsque son véhicule a été percuté par une voiture qui sortait d'une propriété en marche arrière, sans se soucier de la circulation. Il ne s'agissait donc pas d'une collision frontale. Au vu des circonstances et de la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATFA non publié U 237/04 du 13 septembre 2005, consid. 4), cet événement peut être classé parmi les accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu d'importance. En effet, la recourante n'a pas subi de trouble physique grave et l'accident ne revêtait pas un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant. Au demeurant, la recourante ne décrit aucune circonstance qui permettrait de qualifier cet événement de grave.

Quant aux lésions subies par la recourante, elles ne sont pas d'une nature particulière. Leur gravité ne revêt pas non plus un caractère spécifique.

En ce qui concerne l'appréciation du critère de la durée du traitement, il ne faut pas se fonder uniquement sur l'aspect temporel; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, si l'on peut s'attendre à une amélioration de l'état de santé (ATF non publié U 92/06 du 4 avril 2007, consid. 4.5; ATF non publié 8C_361/07 du 6 décembre 2007, consid. 5). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations, même pendant une certaine durée, ne suffisent pas à fonder ce critère (ATF non publié 8C_361/07 du 6 décembre 2007, consid. 5). À cet égard, il sied de constater que le traitement médical de la recourante consiste en des mesures conservatrices (médicaments et séances de physiothérapie), visant davantage à améliorer sa qualité de vie que son état de santé. Partant, il convient de nier que le critère de la longue durée du traitement soit rempli.

Il n'apparaît par ailleurs pas que la recourante ait été victime d'une erreur médicale ou que des difficultés soient apparues au cours de la guérison, de sorte que ces deux critères ne sont pas non plus remplis. Certes, l'état de santé de l'intéressée semble s'être aggravé au cours des années. La Cour de céans relèvera toutefois que cette aggravation est imputable à l'apparition de troubles psychiatriques ainsi qu'à l'évolution naturelle des affections dégénératives de la recourante.

Le critère relatif au degré et à la durée de l'incapacité de travail n'est pas non plus rempli. S'il est vrai que la recourante n'a jamais réellement pu reprendre son activité professionnelle, en raison notamment de la sollicitation de son dos et de sa nuque, elle n'a pas démontré avoir tout mis en œuvre pour retrouver une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Or, la Cour de céans rappelle qu'il incombe aux assurés de faire en sorte de réduire le dommage, en cherchant notamment à se réintégrer professionnellement.

Enfin, si les importantes douleurs alléguées par la recourante ne sont pas contestées, cela ne suffit pas à conclure à l'existence d'un rapport de causalité adéquate avec l'accident du 20 mars 2003 au-delà du 28 novembre 2008. Il sied à cet égard de relever que les différents praticiens se sont accordés à dire que les douleurs de la recourante sont majorées par des facteurs psychologiques, qui s'expliquent quant à eux davantage par des problèmes personnels que par l'accident. Dans cette mesure, ce critère n'est que partiellement rempli.

Eu égard aux considérations qui précèdent, c'est à juste titre que l'intimée a nié l'existence d'un lien de causalité adéquate – tant pour les troubles somatiques que pour les troubles psychiques - au-delà du 28 novembre 2008, date de la dernière expertise.

12. Dans la mesure où l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement du 20 mars 2003 et les affections de la recourante est niée au-delà de novembre 2008, la recourante ne saurait prétendre une rente d'invalidité et une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Compte tenu de ce qui précède, le recours est rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE 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; 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