

GE_GERICHTE ATAS/862/2023 vom 9. November 2023

GE Cour de justice, 2023-11-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_862_2023

FR: GE_GERICHTE ATAS/862/2023 du 9 novembre 2023

IT: GE_GERICHTE ATAS/862/2023 del 9 novembre 2023

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

E. 3

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA a contrario).

E. 4

Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable.

E. 5.1

En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours. Le juge n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et les références). La procédure juridictionnelle administrative peut toutefois être étendue pour des motifs d'économie de procédure à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut

A/266/2021 - 12/29 - parler d'un état de fait commun et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins. Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les

suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins ; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (ATF 130 V 501 consid. 1.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2019 du 22 avril 2020 consid. 4.4.1 et les références).

E. 5.2

En l'état, la décision querellée ne porte que sur le refus de SWICA de prise en charge financière des traitements d'octobre 2018 à novembre 2019 de l'assurée. Or, le mandataire de la recourante conclut non seulement à l'annulation de la décision querellée, mais également à ce qu'il soit dit et constaté que la recourante remplit les conditions afin de bénéficier des prestations de la LAA et des assurances complémentaires souscrites auprès de SWICA en raison de son accident du 1er juillet 2017 et à compter de cette date jusqu'à ce jour et à venir, et qu'elle soit condamnée à prendre en charges lesdites prestations.

E. 5.3

Il convient de relever que les conclusions constatatoires de la recourante, en principe irrecevables (cf. ATF 129 V 289 consid. 2.1), n'ont pas de portée propre, puisqu'elles ne visent qu'à asseoir le fondement juridique des conclusions condamnatoires également formulées.

E. 5.4

Néanmoins, ces dernières ne peuvent pas être examinées et jugées par la chambre de céans dans la mesure où elles excèdent les rapports juridiques à propos desquels l'autorité intimée s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. De surcroît, l'objet du litige ne peut pas être étendu, dès lors que SWICA ne s'est pas prononcée, dans un acte de procédure au moins, sur l'ensemble des conclusions prises par la recourante et qui excèdent l'objet du litige. Partant, le litige ne porte que sur la question de savoir si c'est à bon droit que SWICA a refusé d'intervenir et de prendre en charge financièrement l'ensemble des traitements de la recourante d'octobre 2018 à novembre 2019.

E. 6.1

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).

A/266/2021 - 13/29 - La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

E. 6.2

L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en

revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b).

E. 6.3

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 un 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 -

A/266/2021 - 14/29 - mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (SVR 2007 UV n. 23 p. 75 ; arrêt du Tribunal fédéral U 580/06 du 30 novembre 2007 consid. 4.1).

E. 7.1

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli,

l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 précité consid. 5.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2).

E. 7.2

Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

E. 7.3

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 115 V 403 consid. 5) ou d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale et d'un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable (ATF 134 V 109 consid. 7 à 9 ; ATF 117 V 369 consid. 4b ; ATF 117 V 359 consid. 6a ; SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2 ; sur l'ensemble de la question cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb).

A/266/2021 - 15/29 -

E. 7.4

Selon la pratique du « coup du lapin », l'examen de ces critères doit se faire au moment où aucune amélioration significative de l'état de santé de l'assuré ne peut être attendue de la poursuite du traitement médical relatif aux troubles typiques du « coup du lapin » – dont les composantes psychologique et physique ne sont pas facilement différenciées – (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et consid 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_303/2017 consid. 4.1) ou, autrement dit, du traitement médical en général (« ärztlichen Behandlung insgesamt » une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (RUMO-JUNGO / HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG] 2012 ad art. 6 p. 60). Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre les plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, il y a lieu d'abord d'opérer une classification des accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement ; les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; ATF 115 V 133 consid. 6). Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à

la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 117 V 359 consid. 6a). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références). Lorsque l'accident est insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles peut, en règle générale, être d'emblée niée, sans même qu'il soit nécessaire de trancher le point de savoir si l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'une lésion analogue à une telle atteinte ou d'un traumatisme cranio- cérébral (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; ATF 117 V 359 consid. 6a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 428/2006 du 30 octobre 2008 consid. 4.2). Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail et de gain. Il faut alors que les conséquences immédiates de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères applicables en cas d'accident de gravité moyenne se cumulent ou revêtent une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2008 du 24 avril 2009 consid. 5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral U 369/01 du 4 mars 2002 consid. 2c). 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 adéquate entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; par analogie ATF 115 V 403 consid. 5b).

A/266/2021 - 16/29 - 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 admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un tel accident et des 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 crânio-cérébral, il faut que soient réunis certains critères objectifs, désormais formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 10.2) : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions ; - l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ; - l'intensité des douleurs ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ; - et, enfin, l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré. L'examen de ces critères est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques : ainsi, les critères relatifs à la gravité ou à la nature particulière des lésions subies, aux douleurs persistantes ou à l'incapacité de travail sont déterminants, de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 359 consid. 6a ; ATF 117 V 369 consid. 4b).

E. 7.5

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 134 V 109 consid. 10.1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références). La raison pour laquelle la jurisprudence a adopté le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident

repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances de l'espèce. On ajoutera que la survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime,

A/266/2021 - 17/29 - ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère (arrêt du Tribunal fédéral 8C_766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.1.1). Le Tribunal fédéral a rappelé que le critère de « circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident » a été admis, s'agissant d'un important carambolage sur l'autoroute, ou d'une collision entre une voiture et un camion dans un tunnel d'autoroute avec nombreux heurts contre le mur du tunnel, ou d'une collision entre une voiture et un semi-remorque, le conducteur du semi-remorque n'ayant pas remarqué le véhicule dans lequel se trouvait l'assuré et l'ayant poussé sur une longue distance (300 m de côté), ou encore, d'une importante embardée du véhicule qui perd une roue sur l'autoroute alors qu'il circule à haute vitesse, avec plusieurs tonneaux et projection d'un passager hors du véhicule (arrêt du Tribunal fédéral 8C_817/2009 du 26 mars 2010 et les références). Ce critère ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (arrêt du Tribunal fédéral 8C_766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.3). Il a estimé que lorsque l'effet des forces en présence n'était pas dérisoire, l'accident est qualifié de gravité moyenne et non de moyen à la limite des cas graves (arrêt du Tribunal fédéral 8C_316/2008 du 29 décembre 2008 et les références). Ont été qualifiés de gravité moyenne un choc frontal entre deux voitures (arrêt du Tribunal fédéral 8C_354/2011 du 3 février 2012), une chute d'ascenseur sur deux étages (arrêt du Tribunal fédéral U 204/00 du 30 avril 2001), la chute d'un bloc de pierre d'un immeuble en construction sur un ouvrier lui percutant le dos, la jambe et causant un traumatisme crânien (arrêt du Tribunal fédéral U 338/05 du 1er septembre 2006), un piéton renversé par une voiture avec traumatisme crânien (arrêt du Tribunal fédéral U 128/03 du 23 septembre 2004). Le Tribunal fédéral a considéré qu'un accident impliquant une voiture roulant à moins de 50 km/h pouvait être qualifié d'accident de gravité moyenne en l'absence de circonstances particulières (arrêt du Tribunal fédéral 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 3). Un accident impliquant une collision par l'arrière du véhicule de l'assuré qui a été projeté sur une distance de 15 m doit être considéré comme un accident de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral U 142/05 du 6 avril 2006 consid. 4.2). Lorsqu'un véhicule est percuté par l'arrière par une autre voiture alors qu'il se trouve à l'arrêt sur la chaussée en présélection à gauche, il s'agit d'un accident de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral U 237/04 du 13 septembre 2005 consid. 4).

A/266/2021 - 18/29 - Selon la casuistique des accidents impliquant des motocyclistes percutés par un véhicule automobile, les cas classés dans la catégorie des accidents de gravité moyenne stricto sensu ont en commun le choc d'un motocycliste roulant à une vitesse comprise entre 50 km/h et 70 km/h avec un automobiliste en train de bifurquer (arrêt du Tribunal fédéral 8C_99/2019 du 8 octobre 2019 consid. 4.4.1). Ont par contre été considérés comme des accidents moyens, à la limite des accidents graves, une violente collision frontale, suivie d'une collision latérale avec une troisième voiture et une sortie de route pour éviter un véhicule arrivant en sens inverse, suivie d'un choc contre un talus, puis

contre un arbre, entraînant la destruction totale du véhicule (arrêt du Tribunal fédéral U 88/98 du 7 juin 1999). Il en va de même d'une collision où un motocycliste a été projeté à une dizaine de mètres du point d'impact après avoir été percuté par un véhicule automobile (arrêt du Tribunal fédéral 8C_134/2015 du 14 septembre 2015 consid. 5.3.1) et d'une collision frontale violente entre un scooter et une camionnette (arrêt du Tribunal fédéral 8C_917/2010 du 28 septembre 2011 consid. 5.3).

E. 8.1

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

E. 8.2

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants,

A/266/2021 - 19/29 - le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 8.3

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2. et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les

références).

E. 8.4

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin

A/266/2021 - 20/29 - traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4).

E. 8.5

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

E. 8.6

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de

doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 8.7

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement

A/266/2021 - 21/29 - vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

E. 9

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 10

La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPG) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPG). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne

s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

E. 11

En l'espèce, la recourante considère, en substance, qu'il existe un lien de causalité naturel et adéquat entre les troubles physiques et psychiques dont elle souffre actuellement et l'événement du 1er juillet 2017. Elle rejette les conclusions des expertises médicales judiciaires, dans la mesure où ces dernières concluent qu'elle a retrouvé une pleine capacité de travail, dès le 1er janvier 2020. L'intimée, de son côté, ne remet pas en question les conclusions des experts et estime que les troubles somatiques consécutifs à l'accident ont cessé de déployer leurs effets à la fin du mois de juillet 2017, raison pour laquelle il n'existe plus de lien de causalité naturel et adéquat entre les troubles de la santé postérieurs invoqués par la recourante et l'événement du 1er juillet 2017. En ce qui concerne le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, qui est de nature psychique,

A/266/2021 - 22/29 - l'intimée nie l'existence d'un lien de causalité adéquat entre ledit trouble et l'événement du 1er juillet 2017 dans la mesure où ce dernier ne remplit aucune des conditions fixées par la jurisprudence pour reconnaître le lien adéquat entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques.

E. 11.1

Les rapports établis par les experts énumèrent les pièces qui ont été consultées et qui sont exhaustives. En cela, les experts ont tenu compte de l'ensemble des pièces médicales, notamment toutes celles rédigées par les médecins traitants de la recourante. Les médicaments pris par la recourante ont été énumérés ainsi que leurs effets.

E. 11.2

L'évaluation consensuelle a été effectuée avec soin, en séparant clairement le plan somatique du plan psychique et en indiquant également les interférences entre la composante somatique et la composante psychique, les experts relevant que les problèmes somatiques sans lien avec l'accident, soit le conflit radiculaire, les opérations lombaires, la pose de PTH gauche, ont généré des incapacités de travail temporaires, qui sont non pertinentes du fait que pendant cette période, il existait de toute façon une incapacité de travail totale sur le plan psychiatrique (rapport d'expertise du Dr O _____, let. E : appréciation consensuelle, p. 77). Les très nombreuses remarques et critiques de la recourante exprimées dans son courrier du 5 octobre 2023, concernant les rapports d'expertise, et portant sur des éléments factuels, n'ayant, parfois aucune pertinence quant aux conclusions, ne permettent pas de remettre en cause la valeur probante desdits rapports, ce d'autant moins que la recourante critique souvent les appréciations des médecins, qu'elle oppose aux siennes propres, de manière évidemment subjective. On relèvera notamment, pour le Dr O _____, au regard du ch. 11.1 du rapport d'expertise : « **TOTALEMENT FAUX** », (sic) en majuscules, dans le courrier de la recourante du 5 octobre 2023, ad 11.1, p. 13 et pour le prof. N _____, au regard du ch. 13.3 de son rapport d'expertise : « Non, l'accident a été un prétexte pour valider les conclusions prises dans le cadre de la complicité acquise entre SWICA et COTY », dans le même courrier de la recourante du 5 octobre 2023, ad 13.3, p.

E. 11.3

Le Dr O_____ a téléphoné à divers médecins étant intervenus auprès de la recourante, notamment : le docteur P_____, neurochirurgien au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) (entretien téléphonique du 7 août 2023), le docteur Q_____ (entretien téléphonique du 12 avril 2023), le professeur R_____ (entretien téléphonique du 12 avril 2023 qui a « abasourdi » la recourante, ad. rapport p. 52/ligne 19, p. 8 de son courrier du 5 octobre 2023), faisant suite à un échange d'emails « houleux » entre la recourante et le prof. R_____, ce dernier n'acceptant pas le ton employé par la recourante et le mettant sur le compte d'une détresse psycho-physique, mais renonçant à être son

A/266/2021 - 23/29 - opérateur et lui suggérant de se trouver un autre chirurgien (rapport d'expertise du Dr O_____, p. 54). L'expert a eu un entretien ouvert avec l'assurée, en date du 29 mars 2023, puis il l'a examinée. Le rapport est très complet ; l'anamnèse familiale, socioprofessionnelle et médicale est détaillée, avec, en complément, la description d'une journée-type, la description des plaintes de l'expertisée et les constatations faites lors de l'examen clinique. Les conclusions du rhumatologue quant au diagnostic et à la causalité entre les atteintes constatées et l'accident sont bien décrites et claires avec une motivation qui peut être suivie, en ce sens que seules les cervicalgies sont en lien de causalité naturel et adéquat avec l'événement du 1er juillet 2017, compte tenu notamment de la décompensation transitoire des cervicalgies d'origine dégénérative préexistantes. Élément que l'on retrouve également dans le rapport médical du docteur S_____ du 2 août 2018, p. 2, sous « antécédents ». Concernant lesdites cervicalgies, aucun traitement n'est plus nécessaire depuis le 1er août 2017, l'état final étant atteint et le problème n'ayant affecté la capacité de travail de l'expertisée que pendant un mois (rapport d'expertise du Dr O_____, p. 73). Enfin, s'agissant de l'appréciation des avis médicaux du dossier, il s'avère que l'expert partage les appréciations de l'expert rhumatologue I_____ (expertise du 3 juillet 2018), ainsi que l'appréciation du Dr S_____ du 2 août 2018, de même que l'appréciation du Dr L_____, du 11 novembre 2020, mandaté par SWICA et qui conclut, comme lui, à l'absence de lésion dont l'origine traumatique puisse être démontrée et à un statu quo sine un mois après l'événement du 1er juillet 2017 (rapport d'expertise du Dr O_____, p. 74). Compte tenu des éléments exposés supra, la chambre de céans considère que le rapport d'expertise du Dr O_____ présente une pleine valeur probante.

E. 11.4

Le prof. N_____ a eu quatre entretiens avec l'expertisée, d'une durée totale de 345 minutes, s'est entretenu téléphoniquement avec une ancienne supérieure de l'expertisée, en date du 19 juin 2023, et a eu un échange d'e-mails avec le Dr K_____, psychiatre traitant de la recourante, également en date du 19 juin 2023. Il a procédé à une évaluation neuro psychologique de l'assurée le 26 mai 2023, d'une durée de 315 minutes. L'expert s'est livré à un entretien très complet avec la recourante, portant sur le contexte social, notamment l'anamnèse familiale, personnelle et professionnelle de cette dernière ; il a relevé les plaintes et les données subjectives de l'expertisée et a exposé, en détail, le status clinique et le bilan neuropsychologique. Il a consigné le résultat de son entretien téléphonique avec l'ancienne supérieure de l'assurée, qui a confirmé l'efficacité et l'investissement de cette dernière dans son travail et a émis l'opinion que l'accident avait tout changé et avait

A/266/2021 - 24/29 - « consommé » l'assurée, qui avait besoin de clore ce chapitre de sa vie et passer à autre chose. Le contact avec le psychiatre traitant de l'assurée a permis d'établir que l'expertisée était investie dans le suivi psychiatrique et que le médecin avait pour

objectif thérapeutique de traiter la dépression récurrente et son trouble anxieux, tout en effectuant un travail sur les relations interpersonnelles de l'assurée, le sentiment de préjudice et la prise de conscience de son anxiété (rapport d'expertise prof. N_____, p. 22). L'expert a conclu qu'il n'existait plus aucun diagnostic de nature psychiatrique ayant une répercussion sur la capacité de travail au moment de l'expertise, tout en relevant l'existence de diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de trouble de personnalité mixte avec traits paranoïaques sensitifs et anankastiques, de syndrome douloureux somatoforme et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger. Il a conclu que l'état de santé psychique de l'assurée n'était pas stabilisé, notamment en raison de troubles de la personnalité et du conflit asséculo-logique qui alimente la fixation du syndrome douloureux somatoforme et des affects dépressifs. Selon l'expert, ces derniers pouvaient fluctuer en fonction de facteurs externes et notamment du conflit asséculo-logique, avec la constatation surprenante qu'en dépit de diagnostics considérés comme lourds, l'assurée peut fonctionner sur le plan professionnel, car cet investissement à une forte valence anti dépressive et est une des rares sources de valorisation narcissique de l'assurée. En d'autres termes, la recourante jouit d'une pleine capacité de travail malgré la présence de troubles psychiques. L'expert est parfaitement clair quant au lien de causalité entre les troubles psychiques et l'événement du 1er janvier 2017. Il nie, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il existe un tel lien de causalité en ce qui concerne le trouble de la personnalité, qui aurait été déclenché non pas par l'accident, mais par le conflit asséculo-logique. Le trouble dépressif, quant à lui, n'a pas de lien de causalité avec l'accident et aurait été déclenché par la réception, dans le cadre professionnel, d'un avertissement et le sentiment d'être discriminée négativement au travail suite à la dénonciation des comportements de son responsable hiérarchique. Enfin, en ce qui concerne le syndrome douloureux somatoforme, l'expert considère qu'il existe un lien de causalité naturel probable avec l'accident de 2017 qui aurait fixé la plainte douloureuse et pris une grande ampleur. Il conclut qu'en l'absence de l'accident, il est probable que le syndrome douloureux somatoforme n'aurait pas fait son apparition. Il convient toutefois de noter que, pendant tout l'examen de l'existence du lien de causalité, l'expert psychiatre parle de causalité naturelle probable ou inexistante mais ne mentionne jamais un lien de causalité adéquate (rapport d'expertise du prof. N_____, pp. 24 – 25). Il précise, par ailleurs, que le conflit avec l'employeur et le licenciement trouvent leur racine dans des événements totalement indépendants de l'accident, chez une cadre respectée et investie dans

A/266/2021 - 25/29 - son travail, mais qui s'est exposée sur le plan des rapports interpersonnels (rapport d'expertise du prof. N_____, p. 31). Il conclut que la décompensation dépressive en lien avec le conflit professionnel, dès septembre 2017 et la fixation de la symptomatologie douloureuse, qui a pris le caractère d'un syndrome douloureux somatoforme à partir de cette même date, a impliqué une série de limitations fonctionnelles. L'expert conclut que le syndrome douloureux somatoforme, qui est le seul trouble de la santé psychique ayant un lien de causalité naturel avec l'événement du 1er juillet 2017, a conduit à une capacité de travail nulle de l'assurée, de septembre 2017 à fin 2019. Depuis janvier 2020, il considère que l'assurée à une capacité de travail de 100% et ceci jusqu'à l'heure actuelle. S'agissant de l'appréciation des avis médicaux du dossier, il estime que l'évaluation de la capacité de travail faite par le psychiatre J_____, dans son rapport d'expertise du 13 juillet 2018, ne tient pas suffisamment compte des constatations inquiétantes du psychiatre traitant et considère qu'il est probable, au degré de la vraisemblance prépondérante, que ce qui a été qualifié comme une réaction dépressive

prolongée appartenait à un épisode dépressif clair, qui évoluait difficilement, dans le contexte du conflit asséurologique qui débutait à l'époque. En ce qui concerne le rapport médical AI du psychiatre traitant K_____, daté du 23 septembre 2019, l'expert considère que l'évaluation faite par ce praticien semble cohérente, dès lors qu'il a retenu, à juste titre, un épisode dépressif moyen en 2017, avec un trouble dépressif récurrent, qui est devenu visible à partir de janvier 2022. Compte tenu des éléments exposés supra, la chambre de céans considère que le rapport d'expertise du prof. N_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

E. 11.5

Comme cela été exposé sous ch. 7.4, le lien de causalité adéquate entre un accident et des troubles psychiques est reconnu de manière restrictive en matière d'assurance-accidents et a fait l'objet de la mise en place de critères d'appréciation fixés par le Tribunal fédéral. En premier lieu, il sied de fixer le degré de gravité de l'accident, non pas sur la base du ressenti de l'assurée mais en se fondant sur les circonstances de l'accident. Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références). Au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, dans deux cas dans lesquels l'accident impliquait une collision par l'arrière du véhicule (arrêts du Tribunal fédéral U 237/04 du 13 septembre 2005 consid. 4 et U 142/05 du 6 avril 2006 consid. 4.2), les accidents ont été catégorisés comme étant de gravité moyenne. C'est le même critère qui sera appliqué dans le cas d'espèce, les

A/266/2021 - 26/29 - circonstances de l'accident étant très proches de celles ayant donné lieu aux deux décisions précitées. Or, pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un tel accident et des 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 crânio-cérébral, il faut que soient réunis certains critères objectifs, formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 10.2) : 1. les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; 2. la gravité ou la nature particulière des lésions ; 3. l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ; 4. l'intensité des douleurs ; 5. les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; 6. les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ; 7. et, enfin, l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré. En ce qui concerne la condition no 1, selon la description de l'accident faite par l'assurée et reprise, notamment, dans le rapport du Dr S_____ du 2 août 2018, l'assurée n'a pas perdu connaissance, elle a pu descendre seule de sa voiture et a été prise en charge, sur place, par la dépanneuse de son véhicule. Les sapeurs- pompiers dépêchés sur place ne l'ont pas transportée. Ce n'est que deux jours après, soit le 3 juillet 2017, qu'elle est allée consulter un médecin généraliste. Il résulte de ce qui précède que, même si l'assurée a déclaré à plusieurs reprises qu'elle avait eu peur de mourir lors de l'accident, celui-ci ne remplit pas les conditions de circonstances particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant. La condition no 2 n'est pas non plus remplie, dès lors que la seule atteinte physique objectivée, suite à l'accident, est constituée par les cervicalgies. Pour être retenu, le critère de la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques, postule d'abord l'existence

de lésions physiques graves ou, s'agissant de la nature particulière des lésions physiques, d'atteintes à des organes auxquels l'homme attache normalement une importance subjective particulière (par exemple la perte d'un œil ou certains cas de mutilations à la main dominante [arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 précité consid. 4.3.2]). S'agissant de la condition no 3, elle n'est pas remplie car la jurisprudence a notamment nié que ce critère fût rempli dans le cas d'un assuré dont le traitement

A/266/2021 - 27/29 - médical du membre supérieur accidenté avait consisté en plusieurs opérations chirurgicales et duré 18 mois (arrêt du Tribunal fédéral U.37/06 du 22 février 2007 consid. 7.3). La jurisprudence a également nié que ce critère fût rempli dans le cas d'un assuré ayant subi quatre interventions chirurgicales entre juillet 2010 et juillet 2015, au motif notamment que les hospitalisations avaient été de courte durée et qu'hormis lesdites interventions, l'essentiel du traitement médical avait consisté en des mesures conservatrices (arrêt du Tribunal fédéral 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.3). En ce qui concerne la condition no 4, on ne saurait retenir des douleurs intenses découlant des cervicalgies, étant précisé que les douleurs apparues dans le cadre du trouble somatoforme douloureux consécutif ne sont pas dues à des troubles d'origine somatique. La condition no 5 n'est pas remplie, dès lors qu'aucune erreur médicale n'a pu être objectivée. La condition no 6 n'est pas non plus remplie dès lors qu'aucune difficulté particulière n'est apparue au cours de la guérison, ni n'a entraîné de complications importantes. Enfin, la condition no 7 n'est pas non plus remplie, dès lors que le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions doivent se rapporter aux seules lésions physiques et ne se mesurent pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente. Dans un arrêt 8C_566/2013 du 18 août 2014 dans lequel il s'était écoulé deux ans et sept mois avant que l'assuré ait pu récupérer une capacité de travail complète (dans une activité adaptée), entrecoupée par des périodes de capacité de travail partielle (à 50%), le Tribunal fédéral a considéré qu'il est douteux que le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques soit réalisé (consid. 6.2.7). Ce critère est en principe admis en cas d'incapacité totale de travail de près de trois ans sans interruption (arrêt du Tribunal fédéral 8C_116/2009 du 26 juin 2009 consid. 4.6). En outre, il convient de rappeler que, lorsqu'il s'agit d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept, ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 3.3 et la référence). 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 402 consid. 4.4.1 et les références ; 115 V 133 consid. 6c/bb ; 115 V 403 consid. 5c/bb).

A/266/2021 - 28/29 -

E. 11.6

À l'aune de ces considérations, la chambre de céans considère que le lien de causalité adéquat entre l'accident du 1er juillet 2017 et les troubles psychiques qui sont en lien de causalité naturel, soit le syndrome somatoforme douloureux, n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Par conséquent, c'est à bon droit que l'intimée a refusé de rembourser les frais médicaux en rapport avec les troubles psychiques.

E. 11.7

En ce qui concerne les troubles somatiques, il est également établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que seules les cervicalgies sont en lien de causalité naturel et adéquat avec l'accident du 1er juillet 2017. Partant, la décision de SWICA de refus de rembourser les frais médicaux pour la période allant du 14 septembre 2018 au 19 novembre 2019 est bien fondée.

E. 11.8

Par appréciation anticipée des preuves, la chambre de céans estime que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation ; il est superflu d'administrer d'autres preuves, notamment d'ordonner une nouvelle comparution personnelle, la recourante s'étant très largement exprimée lors de son audition et dans ses écritures, ainsi que l'audition des experts - dont on peut douter de l'utilité, au vu du caractère probant des rapports d'expertise - comme demandé par la recourante (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). 12. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans n'a d'autre choix que de rejeter le recours. 13. Pour le surplus, en l'absence de loi spéciale prévoyant des frais judiciaires, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA).

A/266/2021 - 29/29 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

E. 15

La motivation par les experts de l'incapacité de travail, que ce soit sur le plan orthopédique ou psychiatrique, est claire et complète.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.