

GE_GERICHTE A/759/2011 vom 15. November 2011

GE Cour de justice, 2011-11-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_759_2011

FR: GE_GERICHTE A/759/2011 du 15 novembre 2011

IT: GE_GERICHTE A/759/2011 del 15 novembre 2011

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame S _____, domiciliée à THONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre SEIDLER recourante contre HELSANA ACCIDENTS SA, sise avenue de Provence 15; 1001 Lausanne intimée EN FAIT Madame S _____ (ci-après l'assurée), née en 1948, a créé une école de danse dans laquelle elle travaille en tant que professeur. A ce titre, elle est assurée contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de HELSANA ACCIDENTS SA (ci-après l'assurance). A la suite d'un accident de voiture survenu le 16 juin 2010, l'assurée a consulté en urgence le Dr A _____ à la CLINIQUE DES GRANGETTES. Elle lui a déclaré qu'un véhicule avait percuté le sien. Elle avait subi un mécanisme de flexion forcée et d'hyperextension de la nuque. Des douleurs cervicales étaient apparues en regard de C3 et C5-C6, mais l'assurée ne rapportait pas de déficit neurologique, d'impact crânien ou de perte de connaissance. L'examen clinique des nerfs crâniens et des membres supérieurs s'est révélé normal, avec des douleurs à la palpation de C3 et de C5. Le médecin a diagnostiqué un coup du lapin sans signe de gravité, pour lequel il a prescrit des antalgiques. Il a attesté d'une incapacité de travail totale du 16 au 23 juin 2010. Une radiographie cervicale pratiquée le même jour par le Pr B _____ a mis en évidence une discrète attitude scoliotique à convexité droite, ainsi qu'une discopathie dégénérative C5-C6 et C6-C7 plus sévère. Le 23 juin 2010, l'assurée a fait parvenir une déclaration de sinistre à l'assurance en précisant que quatre voitures avaient été embouties lors de l'accident qui lui avait causé un coup du lapin et un choc dans le dos. L'incapacité de travail serait probablement de dix jours. Le 20 juillet 2010, l'assurance a eu un entretien téléphonique avec l'assurée. Celle-ci a décrit des difficultés à sortir de sa voiture après l'accident, des douleurs ressenties immédiatement à la nuque, au bassin et au milieu du dos, ainsi que des nausées. L'assurance a noté que l'assurée pratiquait un certain tourisme médical, puisqu'elle suivait des séances d'acupuncture, d'ostéopathie, de drainage lymphatique et de massage. Elle souffrait depuis de nombreuses années du dos. Elle avait repris le travail à 20 % depuis le 26 juin 2010, mais le port de charges était douloureux. Par courrier du 6 septembre 2010, la Dresse C _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine physique et médecin traitant, s'est adressée à l'assurance en rappelant que l'assurée avait été victime d'un traumatisme cervical par décélération, et se plaignait de flashbacks, de cauchemars et d'une anxiété importante en lien avec l'événement accidentel. Lors de sa consultation du 18 juin 2010, la Dresse C _____ avait constaté une discrète restriction de mobilité en rotation et inclinaison gauche de la tête. L'assurée présentait des cervicalgies en relation avec l'accident dans un contexte de cervicarthrose compensée sur le plan algique depuis plusieurs mois. Elle avait manqué deux rendez-vous et la rhumatologue avait elle-même été en vacances par la suite, mais l'assurée lui avait indiqué que son incapacité de travail n'avait pas varié et restait de 70 % depuis le 16 juin 2010. Elle souffrait actuellement d'une fatigue importante,

de céphalées, de nausées, de troubles du sommeil, d'anxiété, de contractures musculaires et de douleurs à la palpation des C5-C6-C7 des deux côtés, ainsi que de difficultés de concentration et d'un nystagmus dans le regard droit. Dans un certificat du 21 septembre 2010, Madame T _____, thérapeute en électro-acupuncture, a confirmé qu'elle avait rencontré l'assurée le 18 juin 2010 et que celle-ci était extrêmement choquée à la suite de son accident, souffrant de nombreuses douleurs sur la colonne vertébrale et aux lombaires, ainsi que de troubles circulatoires. Elle lui avait prodigué un traitement en juillet et août. Le 22 septembre 2010, Monsieur U _____, ostéopathe, a certifié que l'assurée l'avait consulté deux fois à la suite de son accident, en raison d'une cervicalgie, de céphalées occipitales, de fatigue et de multiples courbatures. L'assurance a eu un entretien avec l'assurée le 22 septembre 2010. Selon la note établie à la suite de cette conversation, l'assurée était très plaintive et focalisée sur son état de santé, dont elle n'acceptait pas la détérioration liée à l'âge. Elle a relaté son accident, en relevant que malgré ses céphalées, ses douleurs dorsales, la perte d'énergie, les angoisses et la vision floue, elle considérait l'évolution satisfaisante. L'assurance a noté que l'assurée souffrait de douleurs dorsales depuis plusieurs années, ainsi que de douleurs au bassin et au sacrum. Elle avait connu des incapacités de travail pour cette pathologie ainsi que pour des problèmes psychiques par le passé. Parallèlement à l'école de danse qu'elle dirigeait, elle était thérapeute de reiki. Elle se sentait jeune et en bonne forme, et ne comptait pas prendre sa retraite. S'agissant des incapacités de travail attestées, l'assurance a noté qu'il n'y avait pas de certificat d'incapacité pour les périodes du 24 au 28 juin 2010 et du 30 juillet 2010 au 30 août 2010, et que l'incapacité était de 70 % du 29 juin au 20 juillet 2010 et du 1^{er} septembre au 20 septembre 2010, puis de 50 % dès le 21 septembre 2010. Dans son évaluation du 23 septembre 2010, le Dr D _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assurance, a rappelé que l'assurée avait des problèmes dorsaux et psychologiques avant l'accident. Elle se plaignait de céphalées, de douleurs dorsales, d'angoisses, de vision floue et d'une perte d'énergie. Elle avait été en incapacité de travail totale pour des problèmes dorsaux de février à juin 2010, et l'accident était survenu trois jours après la fin de cet arrêt de travail. L'assurée pratiquait également le tourisme médical. Le Dr D _____ a admis que l'accident était à l'origine des problèmes, mais que ceux-ci ne lui étaient pas imputables au long cours. L'accident avait entraîné une aggravation passagère, mais le statu quo sine ou ante pouvait être considéré comme atteint selon ce médecin, qui a considéré que la symptomatologie n'était pas invalidante puisque l'assurée avait manqué plusieurs rendez-vous auprès de la Dresse C _____. L'absence de contrôle médical de près de trois mois démontrait que le statu quo était atteint au plus tard le 23 juin 2010, une deuxième incapacité de travail débutant le 29 juin étant attestée pour cause de maladie par un autre médecin. Selon une fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération crânio-cervical remplie le 5 octobre 2010 par le Dr E _____, spécialiste FMH en médecine interne, l'assurée a déclaré que sa voiture avait été percutée par l'arrière, sans choc de la tête, alors qu'elle portait sa ceinture de sécurité et que l'appuie-tête était installé. Elle n'avait subi ni perte de connaissance, ni trou de mémoire. Des douleurs de la nuque étaient immédiatement apparues, à l'exclusion d'autres symptômes. Le diagnostic était celui de douleurs de la nuque, sans signes somatiques et avec une mobilité normale. Le Dr F _____, spécialiste FMH en radiologie, a pratiqué une IRM cervicale de l'assurée le 18 novembre 2010. Cet examen a révélé une discarthrose C5-C6 et C6-C7, une protrusion discale C5-C6 de localisation médiane et paramédiane droite sans conflit radiculaire, une hernie discale C6-C7 de

localisation médiane et paramédiane droite en contact avec la racine C7 droite, ainsi qu'une arthrose des masses latérales en C3-C4 à gauche, une uncarthrose en C5-C6 à gauche et des deux côtés en C6-C7. Dans son rapport du 19 novembre 2010, le Dr E_____ a diagnostiqué un coup du lapin avec évolution favorable. Le traitement consistait en antalgie et physiothérapie. Il n'a pas attesté d'incapacité de travail, en précisant qu'il n'avait pas revu l'assurée depuis fin septembre 2010. Le Dr G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué dans son rapport du 30 novembre 2010 que l'assurée avait subi un choc antérieur puis postérieur lors de son accident, et qu'elle souffrait de raideur cervicale et lombaire. Il a posé le diagnostic de contusion cervicale et lombaire, exclusivement imputable à l'accident. S'agissant de l'incapacité de travail, il a renvoyé aux médecins traitants de l'assurée. L'assurance a confié un consilium au Dr H_____, spécialiste FMH en rhumatologie. Celui-ci a vu l'assurée les 12 et 24 novembre 2010 et rendu son rapport le 6 décembre 2010. L'assurée lui a déclaré qu'elle circulait à 40 km/h lors de l'accident. Le rhumatologue a résumé les rapports du Dr A_____ et de la Dresse C_____, et noté que l'assurée travaillait désormais à 50 %. Elle se plaignait de maux de tête en casque et de nausées. Sa nuque était douloureuse à l'effort et lors des changements de position. Elle avait la sensation d'avoir la nuque instable et portait une minerve en mousse plusieurs fois par jour pendant une heure, et rapportait également des douleurs abdominales et au niveau du moyen fessier gauche. Elle était très soucieuse de ne plus pouvoir assurer son activité professionnelle. Le Dr H_____ a noté dans les antécédents de l'assurée que celle-ci avait eu des douleurs cervicales pendant une année, consécutives à une chute sur le coccyx en 2008. Une IRM cervicale réalisée en décembre 2008 avait montré une spondylo-discarthrose étagée prédominant en C5-C6 et C6-C7 avec une protrusion disco-ostéophyttaire et une uncarthrose réalisant des rétrécissements des trous de conjugaison, plus marqués en C6-C7 à droite. Elle avait été en incapacité de travail du 11 février au 14 juin 2010 en raison de sciatalgies du membre inférieur gauche. Une IRM lombaire, pratiquée le 31 mars 2010, avait révélé un antérolisthesis modéré en L4-L5 et des images dégénératives articulaires postérieures étagées au niveau des dernières articulations. Lors de son examen clinique, le Dr H_____ a constaté que la colonne cervicale était souple et sans limitation des amplitudes articulaires, mais avec des contractures musculaires au niveau des trapèzes. La palpation et la percussion des vertèbres n'était pas douloureuse, et l'examen neurologique était entièrement dans la norme. A l'issue de l'examen, ce spécialiste a posé le diagnostic de cervicalgies chroniques sur arthrose, de discopathie C5-C6 et C6-C7 et de hernie discale C6-C7 droite. Il a conclu que l'évolution était lentement favorable et que le statu quo ante était atteint cinq mois après l'épisode traumatique, soit à partir du 16 novembre 2010. Le 13 décembre 2010, le Dr D_____ s'est déterminé sur les conclusions du Dr H_____ en indiquant que le statu quo était défini par l'absence de lésion accidentelle objectivable, par un status cervical quasiment normal, soit sans limitation, et par des antécédents de cervicarthrose. Il était "déjà pas mal" de l'arrêter à cinq mois de l'accident. Dans son rapport du 17 décembre 2010, le Dr I_____, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué qu'il n'avait vu l'assurée qu'une fois le 2 juillet 2010. Il a diagnostiqué un whiplash entraînant des tensions des muscles trapèzes, sans incapacité de travail. Par décision du 3 janvier 2011, l'assurance a mis un terme aux prestations légales au 15 novembre 2010, se référant aux avis du Dr H_____ et de son médecin-conseil, lesquels considéraient que le statu quo ante était atteint au plus tard le 16 novembre 2010. L'assurée s'est opposée à la décision par courrier du 26 janvier 2011. Elle a affirmé qu'elle n'avait jamais eu de grave maladie ou d'accident

jusqu'au 16 juin 2010, et qu'elle avait été capable de danser jusqu'à cet accident, malgré son âge. Une IRM pratiquée en 2008 n'avait révélé aucune lésion, alors que celle réalisée après l'accident avait mis en évidence une hernie discale. Elle avait été en arrêt de travail jusqu'au 15 décembre 2010 et contestait la prise en charge du cas jusqu'au 15 novembre 2010 seulement. Par décision du 10 février 2011, l'assurance a écarté l'opposition. Elle a relevé qu'il n'existait pas de motif de s'écarter du rapport du Dr H _____, qui devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. L'apparition de la hernie discale après l'accident ne suffisait pas à établir qu'elle avait été causée par cet événement. Elle a souligné que l'accident subi par l'assurée était banal au vu des circonstances, et ne pouvait objectivement être qualifié de dramatique. Le traitement médical de l'assurée n'avait pas été entaché d'erreur ou retardé, et son incapacité de travail était identique à celle qui existait avant l'accident. Les critères jurisprudentiels permettant de tenir pour établi un lien de causalité adéquat n'étaient ainsi pas réunis en l'espèce. L'assurée présentait de nombreuses atteintes dégénératives, aggravées passagèrement par l'accident. Le statu quo ante avait cependant été atteint le 16 novembre 2010, et aucun élément médical ne permettait de remettre en cause cette appréciation. De plus, l'assurée souffrait de problèmes dorsaux avant l'accident. L'assurance a cependant accepté de verser des indemnités journalières à 50 % pour cinq jours supplémentaires dès le 16 novembre 2010, à bien plaisir. Le 11 mars 2011, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'assurance. Elle conclut sous suite de dépens à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'assurance pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle déclare souffrir d'importantes cervicalgies post-traumatiques, de troubles de la concentration et du sommeil, d'une grande fatigabilité ainsi que d'une perte d'énergie qui ont occasionné de nombreux arrêts de travail. L'assurance n'a pas amené la preuve de la disparition du caractère causal de l'accident, contrairement à ce qu'exige la jurisprudence, et a instruit le dossier de manière incomplète, notamment en omettant de procéder à une expertise pluridisciplinaire. Elle requiert que de nouvelles investigations médicales, comprenant notamment une IRM cérébrale, soient entreprises. Précisant qu'elle se soumettra prochainement à de nouvelles investigations médicales, elle sollicite un délai pour compléter son recours. L'assurance a conclu au rejet du recours dans sa réponse du 11 avril 2011. Elle allègue que l'instruction du dossier est suffisante et qu'une expertise privée n'est pas nécessaire. Il est établi que l'assurée a été victime d'une collision par l'arrière alors qu'elle se trouvait dans une file de voitures roulant à faible vitesse, et qu'elle n'a subi ni impact crânien, ni perte de connaissance. Le tableau clinique typique d'un accident par coup du lapin n'est donc pas réalisé dans les suites immédiates de l'accident. Une IRM cérébrale n'est en particulier pas nécessaire, en l'absence de choc de la tête, d'évanouissement ou d'atteinte neurologique. Une expertise pluridisciplinaire n'est pas non plus requise, puisque seules les répercussions de l'atteinte des cervicales doivent être évaluées, ce que le Dr H _____, rhumatologue, et le Dr D _____, chirurgien orthopédiste, ont été à même de faire. Or, ces médecins ont établi sans doute aucun que le statu quo sine avait été atteint. De plus, les critères jurisprudentiels pour admettre un lien de causalité entre les troubles de l'assurée et l'accident ne sont pas réalisés. L'assurance, soulignant que l'assurée a admis que son incapacité de travail s'était terminée en décembre 2010, s'interroge sur le dommage justifiant une action en justice. Après plusieurs prolongations de délai, l'assurée a produit sa réplique le 22 juin 2011. Elle a déclaré persister dans ses conclusions, et a requis la suspension de la procédure jusqu'à réception des expertises qu'elle a diligentées auprès de différents spécialistes. Elle soutient qu'il incombe à l'assurance de prouver la disparition du caractère causal de

l'accident au degré de la vraisemblance prépondérante, et qu'à cet égard, le raisonnement de médecins internes à l'assurance n'est pas suffisant compte tenu des autres éléments médicaux du dossier. Elle requiert la mise en œuvre d'une expertise complémentaire si les rapports qu'elle déposera ne sont pas considérés comme suffisants. Elle sollicite derechef une IRM conventionnelle ainsi qu'une IRM par tenseur de diffusion. Elle allègue que quand bien même ce type d'examen a été considéré comme une méthode expérimentale, une telle imagerie permet de mettre en évidence des lésions cérébrales organiques prouvant le tableau neuropsychologique selon des publications médicales de 2007, et qu'elle est en droit d'amener cette preuve afin de remettre en cause les rapports des médecins de l'assurance. Par duplique du 20 juillet 2011, l'assurance a persisté dans ses conclusions. Elle relève qu'elle ne s'est pas contentée de l'opinion de son médecin-conseil, mais qu'elle a confié un examen au Dr H_____, praticien indépendant, et que c'est ce dernier qui a fixé le statu quo ante cinq mois après l'accident. Elle s'oppose aux demandes d'IRM. S'agissant de l'IRM par tenseur de diffusion, elle soutient que la jurisprudence a mis en doute la pertinence de cette méthode. Elle est d'avis qu'aucune mesure d'instruction complémentaire n'est nécessaire, d'autant moins que la causalité adéquate entre les troubles de l'assurée et l'accident n'est pas donnée. Elle rappelle que le tableau clinique typique d'un accident avec coup du lapin n'a pas été mis en évidence dans les suites immédiates de l'accident, et s'oppose à la suspension de la procédure. Copie de cette écriture a été adressée à l'assurée par courrier du 25 juillet 2011. Par la suite, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, 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 345, consid. 3). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56 ss LPGA), le recours est recevable. L'objet du litige porte sur le point de savoir si l'assurance était fondée à cesser le versement des prestations légales de l'assurée dès le 16 novembre 2010. Il convient préalablement d'examiner la requête de suspension de procédure formulée par l'assurée dans sa réplique. En vertu de l'art. 14 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA; RS E 5 10), lorsque le sort d'une procédure administrative dépend de la solution d'une question de nature civile, pénale ou administrative relevant de la compétence d'une autre autorité et faisant l'objet d'une procédure pendante devant ladite autorité, la suspension de la procédure administrative peut être prononcée jusqu'à droit connu sur ces questions. La suspension de la procédure peut également être prononcée pour les motifs énoncés à l'art. 78 LPA, soit à la requête simultanée de toutes les parties (let. a), le décès d'une partie (let. b), la faillite d'une partie (let. c), son interdiction (let. d), la cessation des fonctions en vertu desquelles l'une des parties agissait (let. e) ou le décès, la démission, la suspension ou la destitution de l'avocat

ou du mandataire qualifié constitué (let. f). Force est de constater qu'aucune des conditions légales n'est réalisée en l'espèce. L'assurée n'invoque pas l'existence d'une autre procédure dont l'issue pourrait influencer sur le sort de la présente cause. Une suspension en vertu de l'art. 78 LPA ne peut pas non plus être ordonnée, l'assurance s'étant formellement opposée à une telle mesure. Par surabondance, l'assurée a interjeté recours le 11 mars 2011 déjà, et a disposé de deux prolongations de délai pour le dépôt de sa réplique. Elle n'a pas non plus produit les documents annoncés dans les mois qui ont suivi la duplique de l'assurance. En outre, plus de neuf mois se sont écoulés depuis la décision litigieuse. Partant, on peut considérer que l'assurée a disposé d'un laps de temps assez long pour le cas échéant procéder aux examens destinés à étayer son argumentation. Partant, elle sera déboutée de sa conclusion tendant à la suspension de la procédure. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335, consid. 1). 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) (ATF 8C_551/2007 du 8 août 2008, consid. 2.2). 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.). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 8C_135/2011 du 21 septembre 2011, consid. 3.2). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte la santé. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177, consid. 3.2; ATF 8C_628/2007 du 22 octobre 2008, consid. 5.1), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents, eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (ATF 8C_336/2008 du 5 décembre 2008, consid. 3.1). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, car l'assureur répond dans ce cas aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102, consid. 5b/bb; ATF 8C_694/2007 du 3 juillet 2008, consid. 4.1). 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 8C_339/2007 du 6 mai 2008, consid. 2.1). La jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement; les accidents insignifiants ou de peu de gravité, tels qu'une banale chute, les accidents de gravité moyenne et enfin les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, un lien de causalité adéquate peut, en règle générale, être d'emblée nié, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave. 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 d'origine psychique. 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 (ATF 8C_510/2008 du 24 avril 2009, consid. 5.2; ATF U 369/01 du 4 mars 2002, consid. 2c). Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération les sept critères suivants, dont la liste est exhaustive (ATF 134 V 109 , consid. 10.2; ATF 8C_311/2009 du 26 octobre 2009, consid. 4.1) : 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; l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré. 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 402 , consid. 4.4.1 et les références, ATF 115 V 133 , consid. 6c/aa). Pour déterminer s'il existe ou non un rapport de causalité adéquate dans les cas d'accident de type "coup du lapin", il n'est pas nécessaire d'établir si les atteintes mentionnées ont une origine somatique ou psychique. Pour décider, dans un cas concret, de l'existence ou non de ce rapport de causalité adéquate, on applique par analogie les mêmes critères que ceux dégagés par la jurisprudence à propos des troubles psychiques, à la différence que l'examen de ces critères est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques et psychiques: les trois critères de la gravité ou la nature particulière des lésions subies, des douleurs persistantes, ainsi que du degré et de la durée de l'incapacité de travail sont déterminants de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques. (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., n. 98 p. 873). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarter en principe 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 118 V 286 , consid. 1b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 , consid. 3b/ee; ATF U 216/04 du 21 juillet 2005, consid. 5.2). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 , consid. 3b/bb et cc). 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). D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 , consid. 3 et les références). La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 , consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2 ème éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61 ; ATF 130 II 425 , consid. 2.1; ATF 124 V 90 , consid. 4b; ATF 122 V 157 , consid. 1d). En l'espèce, le Dr H_____ a admis que le statu quo ante était atteint cinq mois après l'accident de l'assurée, soit dès le 16 novembre 2010. Son rapport correspond aux

exigences jurisprudentielles rappelées ci-dessus. Il contient en effet une anamnèse, relate les plaintes de l'assurée, se fonde sur l'étude du dossier médical et sur son examen clinique. Le rhumatologue a par ailleurs motivé ses conclusions. Partant, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'avis de ce spécialiste, que corrobore d'ailleurs le médecin-conseil de l'assurance. On notera en outre qu'il n'existe pas d'autres avis remettant en cause les conclusions du Dr H_____. Le Dr E_____ n'a en effet pas attesté d'incapacité de travail dans son rapport du 19 novembre 2010, à l'instar du Dr J_____. Quant au Dr G_____, il ne s'est pas prononcé sur ce point. La Dresse C_____ a certes fait état d'une capacité de travail réduite dans son rapport du 6 septembre 2010. Cependant, la formulation de son rapport laisse à croire qu'elle se fonde à cet égard sur les déclarations de l'assurée, qui ne l'avait cependant pas consultée durant une partie de la période d'incapacité. Partant, les indications de ce médecin ne peuvent guère être considérées comme concluantes sur ce point. Elles ne sont quoi qu'il en soit pas en contradictions avec celles du Dr H_____, puisque ce dernier admet l'existence d'une incapacité de travail à la date du rapport de la Dresse C_____. En outre, il y a lieu de relever que le cas de l'assurée diffère de la situation rencontrée en général lors d'accidents induisant un coup du lapin. En effet, l'assurée avait des lésions dorsales avant son accident et venait d'ailleurs de reprendre le travail après une incapacité de travail due à des problèmes de cet ordre. On ne se trouve dès lors pas dans la situation classique liée au coup du lapin, à savoir celle où un assuré présente des souffrances non objectivables. Les douleurs alléguées par l'assurée et subsistant après le 15 novembre 2010 peuvent en effet s'expliquer par les atteintes préexistantes. A cet égard, la Cour de céans retiendra que l'argumentation de l'assurée, qui allègue ne pas avoir eu d'hernie avant son accident, revient à adopter un raisonnement post hoc, ergo propter hoc. Or, le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec l'accident (ATF 119 V 335, consid. 2b/bb). 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. Ici, le rapport de radiographie du Pr B_____ a mis en évidence l'origine dégénérative des discopathies cervicales de l'assurée. L'IRM lombaire réalisée le 31 mars 2010, soit avant l'accident, à laquelle se réfère le rapport du Dr H_____ évoque également des troubles dégénératifs de la colonne. Il sied d'ajouter que selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte (ATF 8C_486/2007 du 4 avril 2008, consid. 4.3.1). L'assurée soutient également que son dossier n'a pas été instruit de manière complète. Elle reproche à l'assurance de ne pas avoir procédé à une expertise pluridisciplinaire. Sur ce point, il faut rappeler que selon la jurisprudence, une telle mesure est indiquée en matière de lésions du rachis cervical par accident de type coup du lapin, de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, pour autant que l'état de santé d'un assuré ne laisse pas espérer d'amélioration notable relativement rapidement après l'accident, c'est-à-dire dans un délai d'environ six mois (ATF 8C_262/2008 du 11 février 2009, consid. 2.2). Tel n'est pas le cas ici: d'une part, comme on l'a vu, l'assurée présente des lésions préexistantes expliquant ses douleurs dorsales, si bien qu'il existe un substrat organique à ses plaintes. De plus, elle a admis lors de son entretien avec le Dr H_____ que son état de santé s'améliorait, et a affirmé dans son opposition que son incapacité de travail s'était achevée le 15 décembre

2010, soit moins de six mois après l'accident. Une telle expertise n'était partant pas nécessaire. Quant à l'IRM fonctionnelle par la technique dite de tenseur de diffusion 3D, le Tribunal fédéral a rappelé dans sa jurisprudence récente qu'il ne s'agissait pas d'une méthode diagnostique éprouvée et qu'on ne pouvait conférer de valeur probante à un tel examen pour statuer sur le rapport de causalité entre des symptômes présentés et un traumatisme par accélération cervicale ou équivalent (ATF 8C_978/2009 du 14 janvier 2011, consid. 5.2 et les références citées). Par conséquent, par appréciation anticipée des preuves, il convient de renoncer à diligenter un tel examen. L'assurée fait enfin grief à l'assurance de ne pas avoir amené la preuve de la disparition du caractère causal de l'accident. Cet argument ne résiste cependant pas à l'examen. En effet, le rapport du Dr H_____ est clair à cet égard, dans la mesure où il fixe le statu quo ante au 16 novembre 2010 et que cette appréciation doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. En outre, la preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (ATF 8C_463/2009 du 23 novembre 2009, consid. 3). Par surabondance, même s'il fallait admettre que les symptômes de l'assurée sont exclusivement imputables au coup du lapin subi lors de l'accident du 16 juin 2010, cela ne suffirait pas à établir un droit aux prestations de l'assurance après le 15 novembre 2010, conformément à la jurisprudence développée ci-dessus. S'agissant de la gravité de l'accident, on rappellera que l'assurée a déclaré qu'elle roulait à environ 40 km/h lorsque sa voiture a été percutée. Le Tribunal fédéral a considéré qu'un accident impliquant une voiture roulant à moins de 50 km/h pouvait être qualifié d'accident gravité moyenne en l'absence de circonstances particulières (ATF 8C_788/2008 du 4 mai 2009, consid. 3). Rien ne justifie dans le cas d'espèce qu'on s'écarte de cette appréciation. Quant aux critères dégagés par la jurisprudence, ils ne sont pas réunis en l'espèce. L'accident ne s'est pas déroulé de manière dramatique et n'avait rien de spécialement impressionnant. Si plusieurs voitures ont été embouties dans la collision du 16 juin 2010, l'assurée n'a pas subi de perte de connaissance et a pu s'extraire seule de son véhicule. Elle n'a pas subi de lésions particulièrement graves. Son traitement, lequel a duré moins de six mois, n'a en outre pas été entaché d'erreurs aggravant son état. L'assurée a admis une évolution lentement favorable, de sorte qu'on ne peut non plus retenir de complications durant sa convalescence. S'agissant du critère ayant trait à l'intensité des douleurs, on notera que malgré les cervicalgies alléguées, le Dr H_____ n'a pas constaté de limitation des amplitudes articulaires cervicales, si bien que cet élément ne semble pas réalisé non plus. Seul subsiste le critère de l'importance de l'incapacité de travail. Le point de savoir si une incapacité de travail de sept mois est suffisante peut être laissé ouvert en l'espèce, dès lors que la réalisation d'un seul critère n'est pas suffisante pour admettre un lien de causalité entre les troubles persistant après le 15 novembre 2010 et l'accident de gravité moyenne survenu en juin de la même année. Eu égard à ce qui précède, le recours sera rejeté. L'assurée, qui succombe, n'a pas droit à des dépens. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant Préalablement : Rejette la requête de suspension de la cause. A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss LTF; le

mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers par le greffe le

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