

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3559/2015

ATAS/282/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 avril 2016

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à ONEX, comparant avec élection
de domicile en l'étude de Maître Thierry ULMANN

recourante

contre

ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, sise à ZURICH

intimée

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née en 1987, travaillait depuis le 1^{er} avril 2012 en tant que planificatrice financière auprès de B_____ AG (ci-après l'employeur) et était, à ce titre, assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de Zurich compagnie d'assurances SA (ci-après l'assureur).
2. Le 15 juin 2013, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation. Le véhicule, dans lequel elle était passagère avant et qui se trouvait dans un rond-point, a été percuté à l'arrière gauche par une voiture. Suite au choc, le véhicule a fait une rotation de trois-quart, puis est venu heurter une bordure de trottoir.
3. Emmenée en ambulance au service des urgences de l'Hôpital universitaire de Genève (ci-après HUG), l'assurée, qui souffrait de céphalées, présentait une contusion cérébrale diffuse (S06.21). Les médecins ont relevé un traumatisme crânien avec perte de connaissance, une amnésie circonstancielle et des douleurs lombaires. Il n'y avait pas de fracture lombaire et le scanner cérébral ne révélait ni saignement intra-crânien, ni fracture du crâne, ni autre anomalie décelable. Un traitement antalgique en réserve a été préconisé et l'assurée a pu quitter les HUG le jour-même (rapport du 15 juin 2013 de la doctoresse C_____).
4. Le 18 juin 2013, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale à la clinique et permanence d'Onex, a attesté une incapacité de travail totale du 15 au 20 juin 2013.
5. L'assureur a pris en charge le cas.
6. À compter du 17 octobre 2013, l'assurée a été à nouveau en incapacité de travail totale.
7. Le 18 octobre 2013, une imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) cérébrale a été effectuée en raison de céphalées frontales gauches persistantes. Le docteur E_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu à une volumineuse granulation de Pacchioni de 9 mm de diamètre au niveau du sinus transverse droit, sans autre anomalie visible, et d'apparence banale.
8. Le contrat de travail de l'assurée a été résilié avec effet au 31 octobre 2013.
9. Le 11 novembre 2013, le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne à la clinique et permanence d'Onex, a prescrit des séances de physiothérapie en raison d'une entorse cervicale et d'une arnoldite post-traumatiques.
10. Par rapport du 11 novembre 2013, le docteur G_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu que les radiographies de la colonne cervicale face et profil réalisées à cette date étaient normales.
11. Par rapport du 11 décembre 2013, le Dr F_____ a contesté le rapport précité. L'assurée, qui nécessitait un traitement, présentait une entorse cervicale post-traumatique avec une radiographie cervicale démontrant des troubles statiques compatibles avec un accident.

12. Le 16 décembre 2013, l'assurée a indiqué à l'assureur qu'elle souffrait de douleurs cervicales et de nausées.
13. Dès le 13 janvier 2014, l'assurée a été en incapacité de travail à 75%.
14. Selon un avis du 10 mars 2014 du docteur H_____, médecin conseil de l'assureur, vu l'absence de lésion cérébrale, l'assurée avait subi vraisemblablement une commotion cérébrale et non une contusion cérébrale comme mentionné dans le rapport des HUG du 15 juin 2013. À défaut d'une atteinte structurelle, organique ou osseuse, la commotion n'avait pas été conséquente et les probables troubles persistants (troubles statiques non précisés, céphalées, etc.) ne devaient plus influencer sa capacité de travail. Cependant, il convenait d'effectuer une analyse dynamique de l'accident.
15. Par courriel du 10 mars 2014, l'assureur a informé l'assurée que les éléments au dossier ne lui permettaient pas de verser les prestations au-delà du 12 janvier 2014. Une instruction complémentaire était en cours afin d'examiner la poursuite de la prise en charge du cas.
16. Par rapport du 4 avril 2014, le Dr F_____ a diagnostiqué un status post-entorse cervicale. L'incapacité de travail avait été totale du 17 octobre 2013 au 12 janvier 2014, puis à 75%. L'assurée suivait un traitement médicamenteux antalgique et des séances de physiothérapie.
17. Le 10 avril 2014, l'assureur a requis l'analyse dynamique de l'accident.
18. Par rapport du 24 avril 2014, la doctoresse I_____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, a diagnostiqué des cervicalgies post-traumatiques. Elle n'avait vu l'assurée qu'une fois.
19. Le 2 mai 2014, la doctoresse J_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a prescrit des séances de physiothérapie à titre de traitement des céphalées post-traumatiques.
20. Le 12 mai 2014 l'assurée a signalé qu'elle souffrait encore de maux de tête, de nausées, de vertiges, de troubles de la concentration, de fatigue, etc. Selon elle, elle avait dû taper sa tête dans l'habitacle du véhicule. Avant l'accident, elle n'avait pas de problème de santé particulier.
21. Par rapport du 21 mai 2014, le docteur K_____, spécialiste FMH en médecine générale, a diagnostiqué un stress post-traumatique avec peur de conduire. L'assurée avait interrompu les entretiens thérapeutiques.
22. Le 23 mai 2014, le Dr F_____ a indiqué qu'en raison des cervicalgies, l'assurée n'avait pas pu travailler de manière continue suite à l'accident.
23. Par rapport du 19 juin 2014, la Dre J_____ a diagnostiqué des céphalées frontales gauches post-traumatiques avec syndrome cervical. Les douleurs persistaient malgré les médicaments, la physiothérapie et l'acupuncture.

-
24. Le 27 juin 2014, le Dr F_____ a diagnostiqué des céphalées en casque post-entorse cervicale. La capacité de travail de l'assurée était de 50% dès le 7 juillet 2014.
 25. Dès le 4 août 2014, l'assurée a travaillé en tant que juriste à 50% dans une étude d'avocats.
 26. Par rapport du 6 août 2014, le service spécialisé de l'assureur a déterminé les différences de vitesse (delta-v) à laquelle l'assurée avait été soumise suite aux deux chocs. La première était de l'ordre de 30 à 33 km/h et celle suite à la collision avec le bord du trottoir de l'ordre de 5 à 10 km/h. Ces valeurs étaient à prendre avec prudence car la collision était fortement excentrique, ce qui amenait une grande sensibilité aux paramètres. D'autre part, le point de collision avait été repris tel que mentionné par la police, sans connaître les raisons exactes qui avaient permis à la police de le définir.
 27. Le 26 août 2014, l'assureur a indiqué au Dr H_____ que l'assurée décrivait la persistance de maux de tête, de cervicalgies, de troubles du sommeil, de troubles de la concentration, etc. Elle affirmait que son état médical ne lui permettait pas d'augmenter le taux de son activité de juriste.
 28. À cette même date, le Dr H_____ a estimé que les valeurs delta-v mises en évidence par l'examen du 6 août 2014 démontraient que l'accident avait été relativement conséquent. Il convenait de soumettre l'assurée à un bilan neuropsychologique afin d'évaluer sa capacité de travail.
 29. Le 12 septembre 2014, l'assureur a informé l'assurée de la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire auprès de la clinique Corela, en lui soumettant le nom des experts et la liste des questions qu'il entendait leur poser.
 30. Par rapport du 20 janvier 2015, le professeur L_____, neurochirurgien, le docteur M_____, psychiatre, et Monsieur N_____, neuropsychologue, ont retenu, suite à l'examen de l'assurée les 1^{er}, 4, 30 octobre et 12 novembre 2014, que l'accident avait entraîné, sur le plan somatique, une commotion cérébrale, une contusion cervicale avec des cervicalgies et un syndrome cervical, ainsi que des céphalées de tension post-traumatiques. Ces atteintes n'étaient toutefois plus en lien de causalité naturelle avec l'accident, depuis le 18 octobre 2013 s'agissant de la commotion cérébrale, et depuis le 11 novembre 2013 s'agissant des autres diagnostics. Depuis cette dernière date, la capacité de travail de l'assurée était totale sans baisse de rendement. Sur le plan psychiatrique, l'assurée avait présenté, en relation de causalité certaine avec l'événement, un syndrome post-commotionnel (F07.2) sans répercussion sur sa capacité de travail, avec des céphalées, des vertiges, une fatigue, des troubles du sommeil et des difficultés de concentration. Dès le 11 novembre 2013, ce diagnostic était passé au premier plan et dès le 31 décembre 2014, il était en rémission totale.

Les experts ont relevé que l'assurée se plaignait surtout de céphalées centrées sur le lobe frontal gauche, d'une instabilité avec des nausées, des troubles de la

concentration et d'une fatigabilité. Elle décrivait également un certain découragement vis-à-vis de la lente évolution des symptômes et de leurs conséquences.

S'agissant des examens radiologiques, le Prof. L_____ a relevé que le scanner cérébral du 15 juin 2013 ne révélait aucune fracture, aucun hématome ou contusion et l'IRM du 18 octobre 2013 ne démontrait aucune anomalie; la granulation de Pacchioni au niveau du sinus n'avait aucun rapport avec les plaintes de l'assurée. Enfin, un scanner cérébral réalisé le 1^{er} octobre 2014 ne faisait état d'aucune lésion au niveau de l'os temporal et l'assurée présentait un parenchyme cérébral normal.

Après avoir effectué un examen clinique, le Prof. L_____ a indiqué que suite à l'accident, l'assurée avait présenté un traumatisme crânien avec courte perte de connaissance initiale et une brève amnésie circonstancielle. Une commotion cérébrale était retenue initialement et, en l'absence de lésions anatomiques parenchymateuses et d'anomalies physiologiques sans lésion anatomique visible, cette atteinte avait guéri au plus tard le 18 octobre 2013, date à laquelle aucune anomalie n'était observée à l'IRM.

L'accident avait également engendré, de façon certaine, une simple contusion cervicale, avec des cervicalgies et un syndrome cervical. Les radiographies de novembre 2013 avaient permis de s'assurer de l'absence d'entorse cervicale, c'est-à-dire de rupture des moyens d'union. Il n'y avait pas de troubles de la statique, autrement dit, pas de bascule d'une vertèbre sur une autre. Ainsi, dans un contexte de traumatisme d'importance moyenne, mais avec un double impact et une double possibilité de mouvements cervicaux, il était tout à fait plausible de retenir le diagnostic de contusion cervicale, sans entorse cervicale au sens d'une déchirure ligamentaire ou lésion osseuse, avec des algies pouvant persister quelques mois après le traumatisme. La contusion avait évolué vers la guérison, laquelle était atteinte au plus tard le 11 novembre 2013, puisque les radiographies ne montraient ni d'argument en faveur d'une contusion, ni de troubles de la statique. Dès cette date, la capacité de travail était entière sans baisse de rendement. La persistance des plaintes à la mobilisation ne pouvait plus s'expliquer par le diagnostic de contusion cervicale.

Par ailleurs, l'assurée avait également présenté immédiatement après l'accident, des céphalées de tension en relation de causalité vraisemblable avec cet événement. Il persistait, au jour de l'examen, des céphalées localisées au niveau frontal gauche, ne répondant pas au traitement antalgique. Les céphalées gauches ne trouvaient toutefois pas d'explication anatomique objectivable à l'imagerie et leur siège frontal excluait un éventuel lien avec la contusion cervicale. Les contractures musculaires ne pouvaient plus être mises en lien avec la contusion cervicale. Si la causalité naturelle était vraisemblable pour les céphalées de tension présentées initialement, la persistance des plaintes sur le long terme ne s'expliquait pas du point de vue accidentel, compte tenu de l'absence d'anomalie sur les imageries des 18 octobre, 11 novembre 2013 et 1^{er} octobre 2014. Même si la contusion cervicale légère avait

pu avoir une incidence sur la persistance des céphalées initialement, cette contusion était guérie dès le 11 novembre 2013 et la localisation strictement frontale décrite le jour de l'expertise était tout de même un peu curieuse et ne permettait pas de mettre en relation les céphalées avec la contusion. Ainsi, la causalité avec les céphalées de tension pouvait être admise initialement au critère de la vraisemblance prépondérante, mais non le fait qu'elles durent après le 11 novembre 2013, ni qu'elles conduisent à une incapacité de travail totale. Au-delà de cette date, la causalité s'était éteinte.

En conclusion, la commotion cérébrale n'avait pas entraîné de lésions objectivables à l'imagerie et la persistance des céphalées n'était pas non plus explicable par la contusion cervicale en status post. Les céphalées persistantes, de siège uniquement frontal gauche, ne pouvaient pas être mises en lien avec la commotion cérébrale, ni avec la contusion cervicale. La rémission significative était fixée au plus tard au 11 novembre 2013, date à laquelle l'imagerie avait démontré l'absence d'atteinte. La persistance des plaintes ultérieurement ne s'expliquait pas au vu de l'imagerie, excluant toute origine accidentelle. Si des tensions musculaires étaient retrouvées à l'examen clinique, le déclenchement des céphalées à la simple palpation du rachis cervical était difficilement explicable sur le plan organique. Les signes objectifs persistants n'avaient pas de substrat organique propre et la persistance des céphalées au-delà du 11 novembre 2013 relevait de la participation d'autres facteurs. L'incapacité de travail due aux céphalées de tension post-traumatiques pouvait être admise jusqu'au 11 novembre 2013, date à laquelle la causalité prenait fin, les radiographies ne montrant plus aucune anomalie.

Sur le plan neuropsychologique, M. N_____ a relevé que l'assurée se plaignait de difficultés de langage et d'un manque de mot, de difficultés à se souvenir d'informations contenues dans un texte et de troubles de la concentration. L'assurée apparaissait ralentie, notamment dans la compréhension des consignes et la réalisation de certaines tâches. Le tableau neuropsychologique semblait à première vue indiquer des difficultés, d'intensité a priori modérée à sévère et touchant différents domaines du fonctionnement cognitif. Cependant le test de surcharge cognitive était nettement déficitaire, rendant les résultats obtenus lors du bilan neuropsychologique difficilement interprétables, et certains résultats semblaient par ailleurs peu congruents. Les observations ne permettaient donc pas de retenir un syndrome précis. L'assurée se plaignait d'une fatigue importante, or l'expert avait toutefois pu observer qu'elle travaillait de manière efficace sur une longue durée, soit sur plus de deux heures trente, sans qu'aucune fatigue cognitive ne soit observée. Elle affirmait également que les difficultés cognitives pouvaient entraîner des maux de tête après une journée de travail à 50%. Or, cela n'était pas non plus retrouvé lors du bilan, alors qu'une évaluation neuropsychologique approfondie était pourtant particulièrement sollicitante sur le plan cognitif et notamment attentionnel. À la suite de l'accident, aucune évaluation neuropsychologique n'avait été effectuée et aucun suivi spécialisé entrepris. Les premières plaintes avaient été

décrites à distance de l'accident. Dans le cadre d'une commotion cérébrale, si certaines difficultés cognitives et notamment attentionnelles pouvaient être attendues, en tout état de cause, elles évoluaient généralement favorablement dans les semaines suivant le traumatisme, aucune péjoration secondaire ou apparition de nouvelles difficultés ne pouvant intervenir à distance en l'absence d'un trouble neurologique intercurrent. En l'occurrence, l'expert neurochirurgical n'avait mis en évidence aucune lésion cérébrale objectivable en imagerie, ni aucun diagnostic neurologique évolutif, rendant dès lors impossible une péjoration du tableau cognitif à distance.

Sur le plan psychiatrique, le Dr M_____ a noté que les plaintes se caractérisaient par une fatigabilité, des céphalées, des sensations vertigineuses, une intolérance aux bruits ainsi que des plaintes cognitives subjectives. Il était également rapporté une irritabilité, des troubles du sommeil en lien avec les douleurs, mais en amélioration.

Suite à l'examen de l'assurée, cet expert a estimé que l'enchaînement des événements, la tonalité des plaintes et leur subjectivité avec des résultats neuropsychologiques non interprétables et des examens somatiques ne montrant pas de lésion neurologique ou neurochirurgicale, correspondaient à un syndrome post-commotionnel (F07.2) en relation de causalité certaine avec l'accident, sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. En l'occurrence, des plaintes douloureuses persistantes avaient été rapportées et la symptomatologie algique s'était maintenue malgré un traitement médicamenteux associé à de la physiothérapie. Les céphalées, les sensations vertigineuses, la fatigue, les troubles du sommeil et les difficultés de concentration étaient des symptômes classiques dans le cadre d'un syndrome post-commotionnel.

Si les céphalées et les cervicalgies avaient pu initialement être expliquées par la commotion cérébrale et la contusion cervicale, en l'absence toutefois de substrat organique objectivement décelable, et vu notamment les radiographies cervicales du 11 novembre 2013, l'explication somatique n'était à partir de cette date plus possible. Ainsi, à compter de cette date, le syndrome post-commotionnel, au sens psychiatrique, était passé au premier plan. Courant avril-mai 2014, l'assurée avait suivi un traitement de cipralax® en raison d'appréhensions importantes par rapport à sa capacité à mener l'organisation et le déroulement de son mariage. La prise de cipralax® avait été poursuivie, mais plus dans un contexte de réassurance que dans un authentique effet thérapeutique. Malgré la persistance des plaintes (céphalées, nausées, sensations vertigineuses, fatigabilité associées à des difficultés de concentration), l'assurée avait pu organiser son mariage, qui avait eu lieu en juin 2014, et planifier son voyage de noces, ce qui démontrait un bon investissement et une dynamique d'amélioration. Une évolution favorable était donc observée, amélioration par ailleurs admise par l'intéressée. S'agissant des plaintes cognitives, étudiées par le neuropsychologue, sans pouvoir mettre en exergue un tableau clairement interprétable au vu d'éléments incohérents ou évoquant une surcharge cognitive, l'assurée rapportait le sentiment qu'il était difficile de récupérer ses

capacités cognitives telles qu'elle les avait avant l'accident. Selon l'expert, l'assurée était une jeune femme dynamique, volontaire, carriériste, ambitieuse, mais présentant une grande crainte de ne pas retrouver les capacités qui étaient les siennes auparavant. Elle décrivait un découragement vis-à-vis de la lente évolution des symptômes et de leurs conséquences, mais elle avait malgré tout conscience que les choses allaient rentrer dans l'ordre. L'expert a noté qu'il s'agissait plus d'une appréhension vis-à-vis des performances cognitives que d'une diminution objectivable de ces dernières. Il persistait de manière surajoutée, le sentiment d'être inefficace dans l'activité professionnelle et de ne pas pouvoir reprendre à plus de 50%. Or, une reprise professionnelle à temps plein allait permettre le dépassement de ces craintes anticipatoires. La discordance entre les plaintes persistantes et le fonctionnement réel indiquait que les troubles ressentis relevaient de symptômes subjectifs, ce qui était classique dans un syndrome post-commotionnel, mais d'autre part, la possibilité d'un bénéfice secondaire ne pouvait être écartée. La rémission totale du syndrome post-commotionnel pouvait être estimée au 31 décembre 2014.

En conclusion, il n'y avait aucun état antérieur avéré que ce soit sur le plan somatique ou sur le plan psychiatrique. Les diagnostics somatiques étaient passés au second plan depuis le 11 novembre 2013. Par la suite, le tableau relevait davantage du syndrome post-commotionnel dont la date d'une rémission complète pouvait être fixée au 31 décembre 2014. L'assurée ne présentait aucune limitation somatique, psychique ou neurocognitive. Malgré les plaintes de difficultés de concentration, celles-ci n'étaient pas confirmées, ni lors des entretiens, ni par l'évaluation neuropsychologique dont l'interprétation des résultats était rendue impossible par l'existence d'éléments d'incohérence et de surcharge cognitive. La capacité de travail de l'assurée était donc totale sans baisse de rendement depuis le 11 novembre 2013.

31. Le 29 janvier 2015, l'assureur a transmis une copie de l'expertise à l'assurée. Il en résultait que sa capacité de travail était entière dans toute activité, sans baisse de rendement depuis le 11 novembre 2013 et les troubles ne nécessitaient plus de traitement spécifique dès janvier 2015. Par conséquent, l'assureur n'entendait pas indemniser l'arrêt de travail prescrit au-delà du 12 janvier 2014 et il mettait fin à la prise en charge des frais médicaux dès le 29 janvier 2015.
32. À compter du 2 février 2015, une capacité de travail de 75% a été attestée.
33. Le 23 février 2015, le Dr F_____ a indiqué que l'assurée avait présenté dans les suites de l'accident d'importantes douleurs cervicales, des troubles du sommeil et un épuisement certain. Cet état l'avait empêchée de fournir un travail adéquat durant les mois qui avaient suivi l'événement. Elle avait même été mise au bénéfice d'un arrêt de travail de longue durée pour cette raison.
34. Dès le 1^{er} mars 2015, l'assurée a recouvré une capacité de travail entière.
35. Par courriel du 2 mars 2015, l'assurée a contesté le rapport d'expertise. Les experts avaient déformé ses propos et s'étaient fondés sur des faits non avérés. Elle n'avait

pas organisé son mariage, ni le voyage de noces et elle prenait ses médicaments tous les jours. Elle reprochait à l'assureur d'avoir mis fin rétroactivement au versement des indemnités journalières, sans l'avoir avertie au préalable.

36. Par décision du 14 avril 2015, l'assureur a informé l'assurée qu'il cessait le versement des indemnités journalières à partir du 13 janvier 2014 et la prise en charge du traitement médical à partir du 29 janvier 2015. Il a notamment relevé que dans les suites immédiates de l'accident, l'assurée avait présenté, dans le cadre d'un traumatisme cranio-cérébral, une brève perte de connaissance avec une amnésie circonstancielle et des céphalées. La causalité naturelle initiale entre les troubles et l'accident ne pouvait donc être contestée. Vu la persistance de l'incapacité de travail toutefois, la mise en œuvre d'une expertise interdisciplinaire avait été nécessaire. Il résultait du rapport d'expertise, que si l'accident avait causé une commotion cérébrale légère avec un syndrome post-commotionnel, une contusion cervicale bénigne et des céphalées de tension, les effets délétères de ces atteintes sur la capacité de travail de l'assurée avaient disparu au plus tard le 11 novembre 2013 et les troubles ne justifiaient plus de traitement au-delà de la fin 2014. Le lien de causalité naturelle n'était ainsi plus établi depuis ces dates. Même si la causalité naturelle était admise, la causalité adéquate devait quoi qu'il en soit être niée, puisque l'accident, de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité, ne présentait pas des circonstances particulièrement dramatiques et n'avait pas été particulièrement impressionnant. Il n'avait pas entraîné de blessure grave et le traitement conservateur n'avait pas engendré de complication ou d'aggravation de l'état de santé. L'importance des douleurs avait été variable et étaient en partie attribuables à des facteurs sans lien avec l'accident. Après une courte période d'arrêt de travail, l'assurée avait pu reprendre son activité professionnelle, avec quelques difficultés caractéristiques d'un syndrome post-commotionnel. Il n'y avait donc ni critère revêtant une intensité particulière, ni plusieurs critères remplis. Enfin, la critique de l'assurée au sujet de l'annonce tardive de la fin des prestations n'était pas fondée puisque l'assureur pouvait à tout moment mettre fin à son obligation pour autant que sa décision porte sur des prestations futures.
37. Par plis des 21 mai et 17 août 2015, l'assurée a contesté avoir pu reprendre une activité professionnelle entre le 21 juin et le 16 octobre 2013. Son incapacité de travail n'avait toutefois pas été constatée par un certificat médical. Par ailleurs, elle avait été en incapacité de travail du 13 janvier 2014 au 1^{er} mars 2015 en raison des conséquences liées à l'accident, comme l'attestaient les rapports du Dr F_____ et celui du docteur O_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, qu'elle produisait. Elle subissait en outre encore d'importantes douleurs cervicales et des céphalées qui nécessitaient un traitement. Enfin, elle reprochait à l'assureur d'avoir décidé, le 14 avril 2015, de ne plus lui verser d'indemnités journalières avec effet rétroactif au 13 janvier 2014. Elle avait toujours fait preuve de bonne foi en cherchant à reprendre son activité professionnelle. D'ailleurs, elle avait quitté son emploi à 50%

au sein de l'étude pour travailler à 100% auprès de P_____ depuis le 1^{er} juillet 2015.

L'assurée a joint:

- un rapport du 27 mai 2015 du Dr F_____, indiquant qu'à la consultation du 11 novembre 2013, l'assurée se plaignait de céphalées en casque, intenses et ne cédant pas aux médications habituelles. Par ailleurs, la radiographie cervicale démontrait une rectitude cervicale attestant les contractures de la musculature para-vertébrale constatées à l'examen clinique. Selon l'assurée, ces douleurs cervicales étaient présentes depuis l'accident;

- un rapport du 11 août 2015 établi par le Dr O_____, lequel a diagnostiqué des céphalées frontales gauches, des vertiges et des nausées sur syndrome post-commotionnel et une entorse cervicale. Ce praticien a notamment indiqué que l'assurée présentait, à la suite d'un traumatisme crânien cervical, une symptomatologie relativement classique de syndrome post-commotionnel et d'entorse cervicale, avec, à plus de deux ans d'évolution, globalement une amélioration qui avait permis à l'assurée de reprendre une activité à plein temps. Elle restait toutefois limitée dans les activités sportives et les tâches ménagères. Le bilan radiologique cérébral et cervical ne montrait pas de lésion traumatique, ce qui était typique de ce type de pathologie. Le Dr O_____ était d'avis que les symptômes décrits par l'assurée étaient consécutifs à l'accident et la durée de l'évolution de la symptomatologie pouvait tout à fait être expliquée par le diagnostic de commotion cérébrale et d'entorse cervicale. Il était fort probable qu'au moment où les symptômes étaient plus sévères, l'assurée n'était pas en mesure d'exercer son activité lucrative à plein temps. Enfin, s'agissant des radiographies du 11 novembre 2013, celles-ci révélaient une discrète discarthrose étagée avec effacement de la lordose physiologique.

38. Par décision sur opposition du 8 septembre 2015, l'assureur a maintenu sa position. Les rapports des Drs F_____ et O_____ attestaient certes la persistance des douleurs, mais ils ne prenaient pas clairement position sur le lien de causalité naturelle et ils ne pouvaient donc pas remettre en cause les conclusions des experts. Quoiqu'il en soit, le droit aux prestations devait être nié en raison de l'absence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les affections, comme indiqué dans la décision. C'était ainsi à bon droit que l'assureur avait mis un terme aux prestations.
39. Par acte du 9 octobre 2015, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre la décision, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement à la restitution de l'effet suspensif et à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, et principalement, à l'annulation de la décision, au constat que les douleurs cervicales et les céphalées entraînant une incapacité de travail étaient en lien de causalité avec l'accident, au versement d'une indemnité journalière du 13 janvier 2014 au 1^{er} mars 2015, ainsi qu'à la prise en charge des frais de traitement.

La recourante a exposé que l'accident avait engendré notamment un traumatisme crânien, une commotion cérébrale et une entorse cervicale. Après le 20 juin 2013, elle n'avait pas été en mesure de reprendre son activité professionnelle. Cette incapacité de travail totale n'avait toutefois pas été constatée par certificat avant celui établi par le Dr F_____ le 11 novembre 2013. Elle subissait toujours d'importantes douleurs cervicales et des céphalées qui nécessitaient un traitement médical. Par ailleurs, les autres symptômes découlant de l'accident (nausées, vertiges, vomissements, pertes de mémoire, pertes de concentration et fatigue) n'avaient pas entièrement cessé. Même si elle avait repris une activité lucrative à 100%, les douleurs persistantes ne lui permettaient pas d'assumer les tâches ménagères quotidiennes usuelles et d'avoir des loisirs.

La recourante reprochait à l'intimée de ne pas avoir pris en compte les avis des Drs F_____ et O_____. Or, selon le Dr F_____, elle présentait une entorse cervicale, avec des troubles statiques et une rectitude cervicale attestant de contractures de la musculature para-vertébrale, et les douleurs cervicales faisaient suite à l'accident. Selon le Dr O_____, elle souffrait d'un syndrome post-commotionnel et d'une entorse cervicale consécutifs à l'accident, et la radiographie du 11 novembre 2013 révélait une discrète discarthrose étagée avec effacement de la lordose physiologique. Selon la recourante, ces éléments permettaient d'établir l'existence d'un rapport de causalité entre ses symptômes et l'accident. Ils remettaient sérieusement en doute l'expertise, s'agissant notamment de l'existence de traces à l'imagerie de troubles somatiques compatibles avec ses douleurs. L'intimée n'en avait pas tenu compte et avait rendu une décision manifestement insoutenable. Une expertise judiciaire devait par conséquent être mise en œuvre. Par ailleurs, l'intimée avait minimisé la gravité de l'accident subi, en retenant une variation de vitesse de 30-33 km/h, alors que selon les témoins, la voiture qui l'avait percutée roulait entre 120 et 150 km/h et la sienne entre 20 et 30 km/h. Ainsi, la variation de vitesse au moment de l'accident était de 100km/h. Enfin, la recourante reprochait également à l'intimée d'avoir attendu plus de sept mois, après l'arrêt effectif du versement des indemnités journalières, pour ordonner la mise en œuvre d'une expertise, sans rendre, dans l'intervalle, une décision formelle confirmant la fin du versement. L'intimée avait ainsi eu un comportement abusif, raison pour laquelle la décision devait être annulée.

40. Le 22 octobre 2015, l'intimée a conclu au rejet de la requête de rétablissement de l'effet suspensif.
41. Par arrêt incident du 4 novembre 2015, la chambre de céans a déclaré le recours recevable et a rejeté la requête en rétablissement de l'effet suspensif (ATAS/837/2015).
42. Par écriture du 20 novembre 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision litigieuse. Par ailleurs, les éléments mis en avant par la recourante avaient été pris en compte par les experts et les radiographies ne montraient pas d'anomalie, et notamment pas de troubles de la statique. Même si

une discrète discartrhose devait être présente, rien ne laissait penser qu'elle serait en lien de causalité naturelle avec l'accident. La différence d'interprétation des clichés n'était pas suffisamment pertinente pour remettre en cause les conclusions des experts. Si les douleurs dont se plaignait la recourante n'étaient pas contestées, elles n'étaient toutefois pas en relation de causalité avec l'accident. Enfin, l'analyse de l'accident avait mis en évidence une différence de vitesse (delta-v) de 30 à 33 km/h lors du choc avec le véhicule arrière et non de 100 km/h comme l'alléguait la recourante.

43. Le 15 décembre 2015, la recourante a contesté le delta-v retenu par l'intimée. Elle a expliqué que la vitesse des véhicules faisait encore l'objet d'une instruction en cours dans le cadre de la procédure pénale. La chambre de céans ne pouvait donc pas se fonder sur les valeurs calculées par l'intimée. Enfin, les Drs O_____ et F_____ avaient soulevé plusieurs éléments pertinents mettant en doute l'expertise effectuée par la clinique Corela. Il ne s'agissait donc pas d'une simple différence d'interprétation comme l'alléguait l'intimée.

À l'appui de ses griefs, la recourante a produit l'acte d'accusation du Ministère public du 23 décembre 2014 rendu à l'encontre du conducteur de la voiture responsable de l'accident. Il en résulte notamment que dans le cadre d'un duel routier, le prévenu circulait à une vitesse de 100 km/h à tout le moins, que les deux véhicules ont continué à accélérer tandis qu'ils se trouvaient côte-à-côte et que le prévenu s'est engagé sans freiner dans le rond-point de l'avenue Vibert, percutant l'arrière gauche de la voiture qui circulait normalement et dans laquelle se trouvait la recourante.

44. Le 7 janvier 2016, l'intimée a fait valoir notamment que la vitesse entre 120 et 150 km/h, évoquée par la recourante, ne se retrouvait pas dans la pièce produite.
45. Après avoir adressé une copie de cette écriture à la recourante, la chambre de céans a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. La chambre de céans a déjà examiné les questions relatives à sa compétence et à la recevabilité du recours dans son arrêt incident du 4 novembre 2015 (ATAS/837/2015), de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir ici.
2. À teneur de l'art. 1 al. 1 de loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20), les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) 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 343 consid. 3).

3. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a mis fin au versement des indemnités journalières dès le 13 janvier 2014 et à la prise en charge des frais de traitement dès le 29 janvier 2015. Il s'agira en particulier de déterminer si les troubles présentés par la recourante à compter du 13 janvier 2014 sont en lien de causalité avec l'accident survenu le 15 juin 2013.
4.
 - a. Il convient tout d'abord de déterminer si l'intimée pouvait – en date du 14 avril 2015 – supprimer les indemnités journalières et de la prise en charge des frais de traitement, avec effet au 13 janvier 2014, respectivement au 29 janvier 2015.
 - b. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). L'assureur-accidents conserve la possibilité d'ajuster rétroactivement le droit à des indemnités journalières qu'il n'a pas encore versées, ainsi que le droit à un traitement médical pour lequel il n'a pas encore admis son obligation de prester (ATF 133 V 57).
 - c. En l'occurrence, dans la mesure où la décision du 14 avril 2015 porte sur des indemnités journalières qui n'avaient pas encore été versées et pour lesquelles l'intimée n'avait pas admis son obligation de prester, comme cela ressort de son courriel du 10 mars 2014, l'intimée était en droit de prononcer rétroactivement leur suppression avec effet au 13 janvier 2014. S'agissant des frais médicaux, au vu de la teneur du courrier du 29 janvier 2015 adressé à la recourante, il apparaît que l'intimée a supprimé leur prise en charge avec effet ex nunc et pro futuro.
 - d. Il s'ensuit que la décision n'est pas criticable sur ce point.
5.
 - a. 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).
 - b. 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 337 consid. 1; ATF 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable,

associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; RAMA 1992 no U 142 p. 75, consid. 4b; Frésard/Moser-Szeless, *L'assurance-accidents obligatoire*, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, 2ème éd., n. 80 p. 865).

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).

6. a. En matière de lésions du rachis cervical par accident de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1; 117 V 359 consid. 4b).
- b. L'existence d'un traumatisme de type «coup du lapin» et de ses suites doivent être dûment attestées par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 117 V 359 consid. 4b). La jurisprudence a posé récemment diverses exigences sur les mesures d'instruction nécessaires de ce point de vue (ATF 134 V 109 consid. 9).

Le Tribunal fédéral a précisé qu'il est indispensable, pour examiner le lien de causalité, de mettre en œuvre, déjà dans les premiers temps qui suivent l'accident, une instruction médicale approfondie (sous la forme d'une expertise pluri- ou interdisciplinaire), lorsqu'il existe des motifs de craindre une persistance ou une chronicisation des douleurs. Par ailleurs, une expertise apparaît indiquée dans tous les cas où les douleurs se sont déjà maintenues durant une assez longue période, sans que l'on puisse augurer une amélioration décisive dans un proche délai. En principe, une telle mesure devrait être ordonnée six mois environ après le début des plaintes (ATF 134 V 109 consid. 9.4).

Le Tribunal fédéral a précisé les conditions de validité d'une telle expertise pluri- ou interdisciplinaire. Celle-ci doit non seulement satisfaire aux exigences relatives à la valeur probante des expertises et rapports médicaux, mais elle doit encore émaner de médecins spécialisés, particulièrement au fait de ce genre de traumatismes. Il s'agit en priorité d'effectuer des investigations dans les domaines neurologique/orthopédique (dans la mesure du possible à l'aide d'appareils appropriés), psychiatrique et, au besoin, neuropsychologique. Pour trancher des questions spécifiques et exclure des diagnostics différentiels, il est indiqué de procéder aussi à des investigations otoneurologiques, ophtalmologiques, etc. L'expert doit disposer d'un dossier fiable. Cela souligne encore une fois l'importance d'une documentation détaillée du déroulement de l'accident et des premières constatations médicales, mais également du développement ultérieur jusqu'à la mise en œuvre de l'expertise. En ce qui concerne le contenu, il faut que l'on dispose de conclusions convaincantes pour déterminer si les plaintes sont crédibles et, le cas échéant, si, en dépit de l'absence d'un déficit organique consécutif à l'accident, ces plaintes sont - au degré de la vraisemblance prépondérante - au moins partiellement en relation de causalité avec un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (distorsion), un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral. En raison des spécificités de la jurisprudence applicable en matière de traumatisme du type «coup du lapin», l'expertise doit, en cas de confirmation du diagnostic, contenir également des renseignements permettant de déterminer si une problématique d'ordre psychique doit être considérée comme une partie du tableau clinique typique de tels traumatismes, dont les aspects somatique et psychique sont difficilement séparables, ou si cette problématique représente une atteinte à la santé psychique propre, distincte du tableau clinique. C'est seulement dans le cas où l'expertise établit de manière convaincante que cette atteinte ne constitue pas un symptôme du traumatisme qu'une autre origine peut être envisagée. Il ne suffit pas de relever les circonstances sociales et socio-culturelles défavorables dans lesquelles se trouve l'assuré. Ensuite, il y a lieu d'établir dans quelle mesure la capacité de travail dans l'activité habituelle ou (en cas d'octroi d'une rente) dans des activités adaptées est limitée par les plaintes considérées comme étant en relation de causalité naturelle avec l'accident (ATF 134 V 109 consid. 9.5).

Une expertise pluri- ou interdisciplinaire répondant aux exigences ci-dessus exposées doit notamment permettre de trancher la question de savoir quels sont les principes applicables pour examiner le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des plaintes (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb ; ATF 123 V 98 consid. 2a et les références ; RAMA 2002 n° U 470 p. 531).

7. a. 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 convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c).
- b. 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, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).
- c. Quant aux 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).
- d. 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 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 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

8. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). 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. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).
9. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst - RS 101; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).
10. Enfin, 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).
11. a. En l'occurrence, l'intimée a retenu dans sa décision litigieuse, en se référant au rapport d'expertise du 20 janvier 2015, que si l'accident avait provoqué notamment

un traumatisme crânio-cérébral et entraîné initialement une incapacité de travail, en l'absence d'explication anatomique objectivable à l'imagerie, les plaintes de la recourante persistant après le 11 novembre 2013 n'étaient toutefois plus en lien de causalité naturelle avec l'accident et la capacité de travail de la recourante était entière sans baisse de rendement à compter de cette date. Enfin, les troubles ne justifiaient plus de traitement postérieurement à fin 2014.

b. La recourante conteste l'absence de lésion somatique objectivable et est d'avis que les rapports des médecins qu'elle a consultés permettent de retenir un lien de causalité entre ses plaintes et l'accident.

c. Il convient en premier lieu d'examiner si le rapport sur lequel se fonde l'intimée répond aux exigences dégagées par la jurisprudence.

Par rapport du 20 janvier 2015, le Prof. L_____, le Dr M_____ et M. N_____ ont retenu que l'accident avait entraîné une commotion cérébrale, une contusion cervicale avec des cervicalgies et un syndrome cervical, ainsi que des céphalées de tension. Ces diagnostics avaient évolué vers la guérison, atteinte au plus tard le 11 novembre 2013, date à laquelle la recourante avait recouvré une capacité de travail entière. Par ailleurs, les plaintes de la recourante n'avaient pas été confirmées par l'évaluation neuropsychologique et à compter du 11 novembre 2013, elles s'expliquaient par un syndrome post-commotionnel (F07.2) incluant des céphalées, des vertiges, une fatigue, des troubles du sommeil et des difficultés de concentration. Cette atteinte psychique, en lien de causalité naturelle certain avec l'accident, était passée au premier plan dès la date précitée et elle n'entraînait pas de répercussion sur la capacité de travail de la recourante. À compter du 31 décembre 2014, ce diagnostic avait atteint une rémission totale.

La chambre de céans constate que le rapport d'expertise du 20 janvier 2015 repose sur des examens de la recourante et l'étude de son dossier médical. L'anamnèse est détaillée et les plaintes de la recourante ont été prises en considération. L'expertise est en outre claire et circonstanciée, expliquant notamment les raisons pour lesquelles les experts ont retenu les diagnostics précités et l'évolution de l'état de santé de la recourante. Leurs conclusions sont ainsi dûment motivées et convaincantes.

Il convient encore d'examiner si d'autres spécialistes ont émis des opinions contraires aptes à écarter l'appréciation des experts.

d. La recourante fait valoir que les appréciations émises par les Drs F_____ et O_____ mettent sérieusement en doute les conclusions de l'expertise, dans la mesure où ces médecins ont retenu, contrairement au Prof. L_____, non seulement une entorse cervicale, mais également l'existence à l'imagerie de lésions somatiques.

e. À la lecture des rapports versés au dossier, les Drs F_____ et O_____ ont effectivement diagnostiqué une entorse cervicale consécutive à l'accident. À cet égard, le Dr F_____ a estimé que la radiographie cervicale du 11 novembre 2013

démontrait des troubles statiques (rapport du 11 décembre 2013) et une rectitude (rapport du 27 mai 2015).

La chambre de céans relèvera toutefois que le Prof. L_____ a expliqué, de manière convaincante, pour quelles raisons il ne retenait pas le diagnostic d'entorse cervicale. Selon cet expert, cette atteinte correspond à une rupture des moyens d'union (ligaments intervertébraux), de sorte qu'il y aurait eu sur les radiographies initiales et plus encore sur celles réalisées ensuite, des troubles de la statique rachidienne cervicale, soit une bascule d'une vertèbre sur l'autre, ce qui n'était pas observé en l'occurrence puisque la radiographie du rachis cervical du 11 novembre 2013 révélait une lordose normale et un aspect normal du rachis cervical. La relecture des clichés ne permettait ainsi pas d'objectiver les troubles statiques retenus par le Dr F_____. Il a encore ajouté que le Dr G_____, spécialiste FMH en radiologie, avait d'ailleurs également noté l'absence d'anomalie sur les clichés du 11 novembre 2013 (rapport d'expertise pp. 34 et 37).

Au vu de ces explications dûment motivées et convaincantes, la chambre de céans ne saurait retenir l'existence d'une entorse cervicale en lien avec l'accident du 15 juin 2013.

Par ailleurs, si le Dr O_____ a effectivement indiqué que l'imagerie du 11 novembre 2013 révélait une discrète discarthrose étagée avec effacement de la lordose physiologique (rapport du 11 août 2015), contrairement à ce que la recourante allègue, ce médecin n'a toutefois pas retenu que cette atteinte avait été causée par l'accident. Au demeurant, force est de constater que dans son rapport, le Dr O_____ a, de manière claire, relevé l'absence de lésion traumatique au bilan radiologique cervical et cérébral, corroborant ainsi les conclusions du Prof. L_____ sur ce point.

Compte tenu de ce qui précède, c'est par conséquent à tort que la recourante invoque l'existence d'une lésion objectivable consécutive à l'accident.

f. La recourante fait également valoir que selon les Drs F_____ et O_____, ses plaintes et son incapacité de travail à compter du 13 janvier 2014 sont en lien de causalité avec l'accident.

g. Dans ses rapports des 11 décembre 2013, 4 avril, 23 mai 2014 et 27 mai 2015, le Dr F_____ a estimé notamment que les douleurs étaient dues à une entorse cervicale post-traumatique, que la recourante présentait des contractures de la musculature para-vertébrale et une incapacité de travail. Le Dr O_____ a, quant à lui, considéré que les symptômes décrits par la recourante étaient consécutifs à l'accident, que la durée d'évolution de la symptomatologie pouvait être expliquée par le diagnostic de commotion cérébrale et d'entorse cervicale et qu'il était fort probable que la recourante n'était pas en mesure d'exercer une activité lucrative à plein temps au moment où les symptômes étaient plus sévères (rapport du 11 août 2015).

À la lecture de ces rapports, force est déjà de constater qu'en l'absence d'une explication circonstanciée sur la question déterminante de la causalité naturelle entre les troubles de la recourante et l'accident, la chambre de céans ne peut se fonder sur l'appréciation émise par les Drs F_____ et O_____. Qui plus est, ces derniers considèrent que les plaintes s'expliquent par l'entorse cervicale. Or, on rappellera que ce diagnostic a été écarté de manière convaincante par le Prof. L_____. En outre, s'agissant de la commotion cérébrale retenue par le Dr O_____, l'expert neurochirurgical a également expliqué qu'en l'absence d'une anomalie à l'IRM du 18 octobre 2013, la rémission significative de ce diagnostic avait été atteinte à cette date au plus tard (p. 27 du rapport d'expertise). Enfin, on relèvera que si le Prof. L_____ a également constaté à l'examen clinique, des contractures cervicales, para-cervicales et scapulaires, il a toutefois souligné que ces contractures ne trouvaient plus de lien avec l'accident au vu du délai passé et au vu de l'absence de lésion objectivable sur l'imagerie cervicale. Elles ne pouvaient ainsi plus être mises en lien avec la contusion cervicale engendrée par l'accident (pp. 35 et 44 du rapport d'expertise). Enfin, le Prof. L_____ a ajouté que si des tensions musculaires étaient retrouvées, le déclenchement des céphalées à la simple palpation du rachis cervical était difficilement explicable sur le plan organique (p. 50 du rapport d'expertise).

Compte tenu de ce qui précède, les explications détaillées du Prof. L_____ emportent la conviction de la chambre de céans et les appréciations des Drs F_____ et O_____ ne sont pas propres à ébranler la crédibilité des conclusions de cet expert.

Enfin, que ce soit sur le plan psychique ou neuropsychologique, on relèvera encore qu'aucun rapport émanant de spécialistes dans ces domaines n'a été versé au dossier.

Force est ainsi de constater l'absence d'éléments permettant de remettre en cause les conclusions des experts, de sorte qu'il y a lieu de reconnaître une valeur probante entière à leur rapport d'expertise.

Compte tenu de ce qui précède, la mise en œuvre d'une expertise médicale sollicitée par la recourante n'apporterait, selon toute vraisemblance, aucune constatation nouvelle, mais uniquement une appréciation médicale supplémentaire sur la base d'observations identiques à celles des médecins déjà consultés. Il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves.

12. Par conséquent, il convient de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante a présenté, suite à l'accident, une commotion cérébrale, une contusion cervicale avec des cervicalgies et un syndrome cervical, ainsi que des céphalées de tension, sans preuve d'un déficit fonctionnel organique. Ces diagnostics ont évolué vers la guérison, atteinte au plus tard le 11 novembre 2013, date à laquelle la recourante a recouvré une capacité de travail entière, sans baisse de rendement. Dès cette date, un syndrome post-commotionnel (F07.2) incluant des

céphalées, des vertiges, une fatigue, des troubles du sommeil et des difficultés de concentration est passé au premier plan. Ce trouble psychique, en lien de causalité naturelle certain avec l'accident, n'a pas eu de répercussion sur la capacité de travail de la recourante, et à compter du 31 décembre 2014, il a atteint une rémission totale.

13. C'est par conséquent à juste titre que l'intimée a mis fin aux indemnités journalières dès le 13 janvier 2014 et à la prise en charge des frais de traitement dès le 29 janvier 2015.
14. Par surabondance, la chambre de céans relèvera que même en admettant un lien de causalité naturelle entre l'accident et les plaintes entraînant une incapacité de travail dès le 13 janvier 2014, en l'absence de preuve d'un déficit fonctionnel organique, le rapport de causalité adéquate devrait, quoi qu'il en soit, être nié pour les motifs qui suivent.
15. a. Le droit à des prestations suppose, outre un lien de causalité naturelle, l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).
b. 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'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 des assurances 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). Pour qu'un accident puisse être qualifié de moyen à la limite des cas graves, il faut des circonstances particulières, telle qu'une collision frontale violente entre deux voitures avec plusieurs blessés nécessitant une hospitalisation (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.412/05 du 20 septembre 2006), ou 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 des assurances U.88/98 du 7 juin 1999), ou un véhicule qui fait des tonneaux à la suite de l'éclatement d'un pneu (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.68/91 du 10 novembre 1992) ou si un assuré est éjecté à travers la fenêtre à la suite d'une collision frontale (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.47/90 du 8 avril 1991).

Sont réputés accidents de gravité moyenne, les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. 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 des assurances U.142/05 du 6 avril 2006 consid. 4.2).

c. 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).

Toutefois, même en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral, si les symptômes (non psychiques) du tableau clinique sont réellement à l'arrière-plan par rapport à l'importance des symptômes psychiques, ou si ces troubles

psychiques apparaissent très tôt de manière prédominante, soit dans un délai maximum de six mois, ou si l'accident n'a fait que renforcer des troubles psychiques qui étaient déjà présents avant cet événement, ou encore lorsque les troubles psychiques constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante et non seulement l'un des éléments du tableau clinique type (ATF 123 V 98 consid. 2), il convient d'appliquer, dans les cas d'accidents de gravité moyenne, les critères objectifs tels que définis à l'ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et à l'ATF 115 V 403 consid. 5c/aa, au regard des seules atteintes somatiques, soit :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- 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;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs physiques persistantes;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques

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).

16. a. En l'occurrence, il n'est ni contesté par l'intimée, ni contestable que la recourante a été victime d'un traumatisme cranio-cérébral. Toutefois, il résulte du rapport d'expertise que les troubles d'ordre psychique sont venus rapidement au premier plan, soit cinq mois seulement après l'événement assuré, de sorte que le caractère adéquat du lien de causalité doit, en l'occurrence, s'examiner au regard des critères formulés par la jurisprudence à l'ATF 115 V 133, soit au vu des seules atteintes somatiques.

b. S'agissant de la gravité de l'accident, l'intimée a considéré que l'accident pouvait être qualifié de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité, ce que la recourante conteste, faisant valoir que le delta-v calculé par l'intimée ne peut être retenu et que la question de la vitesse du véhicule en cause est en cours d'instruction auprès du Ministère public.

c. La chambre de céans relèvera que si la vitesse des véhicules est certes un élément à prendre en compte dans l'examen de la gravité de l'accident, il n'en demeure pas

moins que cet examen doit se faire au vu de l'ensemble des circonstances de l'événement, sans qu'il soit nécessaire de connaître précisément ni la vitesse des véhicules, ni le delta-v. Au demeurant, on ajoutera que contrairement à ce qu'avance la recourante, le delta-v n'est pas déterminé uniquement en fonction de la vitesse des véhicules (rapport d'analyse de l'accident du 6 août 2014). Cela étant, même s'il apparaît, à la lecture de l'acte d'accusation du Ministère public du 23 décembre 2014, que le conducteur de la voiture responsable de l'accident roulait à une vitesse excessive, la collision n'a toutefois pas été frontale et la recourante a pu sortir de la voiture par ses propres moyens (rapport d'expertise p. 6). Par ailleurs, même si la recourante a ensuite perdu connaissance, son état n'a toutefois pas nécessité d'hospitalisation et ses blessures n'ont pas été graves. En outre, quand bien même le véhicule a été considéré comme « irréparable » d'un point de vue économique, il résulte des différentes photos versées au dossier qu'il n'a été que partiellement endommagé.

En l'absence de circonstances justifiant de ranger l'accident parmi les accidents graves, l'événement subi par la recourante doit ainsi être considéré comme étant de gravité moyenne.

Par ailleurs, la chambre de céans constate que les circonstances concomitantes n'ont été ni dramatiques, ni particulièrement impressionnantes. En outre, la recourante n'a manifestement pas subi de lésions physiques graves ou particulières à la suite de cet événement, ni menaçantes pour sa vie. On notera d'ailleurs que, dans les suites immédiates de l'accident, son incapacité de travail totale n'a été que de six jours, soit du 15 au 20 juin 2013. Elle allègue certes n'avoir pas été en mesure de reprendre son activité lucrative à compter du 21 juin 2013, ce en raison des suites de l'accident. Toutefois, en l'absence d'un certificat attestant ses allégations, celles-ci ne paraissent pas plausibles. Quoi qu'il en soit, quand bien même la recourante n'aurait pas repris son activité lucrative entre le 21 juin et le 16 octobre 2013, on ne saurait retenir que la durée de l'incapacité en raison des atteintes somatiques a été particulièrement longue, puisqu'elle a pris fin le 11 novembre 2013. Qui plus est, ni le critère relatif à l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible, ni celui relatif à l'intensité des douleurs physiques ne sont réalisés, puisqu'il apparaît que la recourante n'a ni consulté de médecin, ni suivi de traitement entre le 18 juin et le 17 octobre 2013, et qu'à compter du 11 novembre 2013 déjà, les troubles somatiques n'ont plus exercé d'influence sur son état de santé. Enfin, aucune erreur médicale, ni difficulté ou complication n'a compromis sa guérison.

En l'absence d'un cumul de critères ou d'un seul critère revêtant une intensité particulière, force est de constater que l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les plaintes persistant dès le 13 janvier 2014 doit être niée.

17. C'est par conséquent à juste titre que l'intimée a mis fin aux indemnités journalières dès le 13 janvier 2014 et à la prise en charge des frais de traitement dès le 29 janvier 2015.

18. a. Enfin, la recourante estime, en invoquant l'art. 9 Cst., que l'intimée a commis un abus en attendant plus de sept mois - après l'arrêt effectif du versement des indemnités journalières - pour ordonner la mise en œuvre d'une expertise, sans rendre, dans l'intervalle une décision confirmant la fin du versement.

b. Découlant directement de l'art. 9 Cst. et valant pour l'ensemble de l'activité étatique, le principe de la bonne foi permet à l'intéressé, lorsque certaines conditions cumulatives sont réunies, d'exiger que l'autorité respecte ses promesses et qu'elle évite de se contredire. Il faut notamment qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice (ATF 131 II 627 consid. 6.1; ATF 129 I 161 consid. 4.1 et les références).

c. En l'occurrence, à compter du 17 octobre 2013, la recourante a été en incapacité de travail totale, prise en charge par l'intimée. Le 10 mars 2014, le médecin conseil de l'intimée a estimé que les troubles persistants ne devaient plus influencer la capacité de travail de la recourante; il convenait cependant d'effectuer une analyse dynamique de l'accident. À cette même date, l'intimée a informé la recourante que les éléments au dossier ne lui permettaient pas de verser des prestations au-delà du 12 janvier 2014 et qu'une instruction complémentaire était en cours afin d'examiner la poursuite de la prise en charge du cas. Le 10 avril 2014, l'intimée a mandaté son service spécialisé pour l'analyse de l'accident. Après avoir réuni les documents nécessaires à l'analyse, le service spécialisé de l'intimée a rendu son rapport le 6 août 2014. Le 26 août 2014, le médecin conseil a estimé qu'un bilan neuropsychologique était nécessaire et l'intimée a mandaté les experts le 1^{er} septembre 2014.

La chambre de céans relèvera déjà que la recourante n'allègue pas s'être fondée sur des assurances données par l'intimée ou sur son comportement pour prendre des dispositions auxquelles elle ne saurait renoncer sans subir de préjudice. Par ailleurs, même si, au vu de la jurisprudence fédérale en matière de traumatisme crânio-cérébral, il apparaît que l'intimée a effectivement tardé en mettant en œuvre une expertise médicale seulement le 1^{er} septembre 2014, alors que la recourante était en incapacité de travail depuis le 17 octobre 2013 déjà, on ne saurait toutefois lui reprocher un comportement relevant de l'abus de droit. En effet, la recourante a été avertie par l'intimée le 10 mars 2014 qu'une instruction était nécessaire et qu'elle ne pouvait verser des prestations au-delà du 12 janvier 2014. L'intimée a ensuite sollicité l'analyse de l'accident et l'avis des experts médicaux. Les conclusions de l'expertise étant par ailleurs indispensables pour examiner le lien de causalité dans le cas d'espèce, c'est à juste titre que l'intimée n'a pas rendu une décision formelle sur la fin du versement des prestations avant d'être en possession des conclusions émises par les experts. Au demeurant, il n'apparaît pas que la recourante ait, à compter du 10 mars 2014, requis de la part de l'intimée la mise en œuvre d'une expertise ou la notification d'une décision formelle sur la fin du versement des prestations, et la recourante ne l'allègue pas. Or, si celle-ci estimait que l'intimée ne

traitait pas son cas correctement, il lui appartenait d'entreprendre ce qui était en son pouvoir pour que l'intimée fasse diligence, que ce soit en l'invitant à accélérer la procédure ou en recourant, le cas échéant, pour déni de justice. Le grief invoqué par la recourante tombe ainsi à faux.

19. Eu égard à ce qui précède, le recours est mal fondé et la décision de l'intimée doit être confirmée.
20. La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).
21. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

Au fond :

1. Rejette le recours.
2. Dit que la procédure est gratuite.
3. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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