

S2 21 128

ARRET DU 7 FEVRIER 2024

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Christophe Joris, juges ;
Simon Hausammann, greffier

en la cause

X _____, recourante, représentée par Maître Guillaume Grand, avocat, Sion

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA),
intimée

(Stabilisation de l'état de santé, rente d'invalidité LAA et indemnité pour atteinte à
l'intégrité)

Faits

A. X _____, née le xx.xx1 1964, mariée et sans enfant, travaillait depuis le 5 novembre 2007 en tant que secrétaire à un taux de 60% auprès de l'entreprise A _____ SA, à B _____ (pièce CNA 1). A ce titre, elle était assurée contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA).

B. Le 15 août 2019, alors que l'intéressée faisait une balade en VTT avec son mari, elle a voulu écarter une guêpe qui se trouvait devant son visage, ce qui l'a déstabilisée et l'a fait chuter la tête en avant sur l'asphalte. Elle a été immédiatement héliportée aux soins intensifs de C _____, où le diagnostic de traumatisme facial avec plaie transfixiante des lèvres inférieure et supérieure, fracture non déplacée de la mandibule, avulsion des dents 11 et 21 et fracture des dents 14, 15, 22 et 32 a été posé. Le Dr D _____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie (ORL) et médecin chef du service d'ORL de C _____, a procédé le jour même à la suture de la plaie transfixiante des lèvres inférieure et supérieure ainsi qu'à une ostéosynthèse de la fracture mentonnière (pièces CNA 1, 31, 34, 35 et 53).

Le 17 septembre 2019, la CNA a informé l'assurée qu'elle lui allouait les prestations d'assurance pour les suites de l'accident du 15 août précédent, étant précisé qu'aucune indemnité journalière ne lui serait versée, dès lors qu'elle était reconnue inapte au travail en raison d'une affection malade (*burn-out*) préexistante audit accident, laquelle était prise en charge par l'assureur-maladie (pièces CNA 14 et 23).

Des radiographies du coude droit effectuées le 16 octobre 2019 ont mis en évidence que la structure osseuse était d'aspect intact et n'ont pas permis de repérer une fracture. Une IRM du coude droit réalisée le 10 décembre suivant a confirmé la normalité des structures osseuses, mais a montré des signes d'épicondylite latérale avec enthésopathie et désinsertion partielle (pièces CNA 51 et 69).

Le 20 janvier 2020, le Dr D _____ a indiqué que lors d'une consultation de contrôle ayant eu lieu le 27 novembre précédent, il avait observé l'existence d'une cicatrice très acceptable de la lèvre inférieure et supérieure, sans asymétrie à ce niveau, ainsi qu'une absence de séquelles fonctionnelles (pièce CNA 68).

Dans un rapport d'expertise du 16 janvier 2020, rédigé à la demande de l'assureur-maladie de l'intéressée, le Dr E _____, spécialiste FMH en psychiatrie et

psychothérapie, a retenu le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif léger, sans comorbidité psychiatrique, et a estimé que la capacité de travail de l'assurée était entière et sans restriction, d'un point de vue psychiatrique, depuis le 15 août 2019. Ce spécialiste a précisé que les troubles psychiques étaient apparus suite à des difficultés professionnelles qui avaient justifié une incapacité de travail complète dès le 15 mars 2019, que l'évolution avait été favorable, et que la problématique dépressive était passée au second plan suite à l'accident du 15 août 2019 (pièce CNA 82).

Dans un rapport du 11 mai 2020, le Dr F _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin traitant de l'intéressée, a relevé que l'évolution psychique de sa patiente était favorable au moment de l'accident du 15 août 2019, qu'une reprise progressive et partielle du travail chez un nouvel employeur avait été envisagée à partir du mois de novembre 2019 et qu'à son avis, l'assurée aurait pu récupérer une pleine capacité de travail en janvier 2020 si ledit accident n'était pas survenu (pièce CNA 116).

Le 13 mai 2020, la CNA a informé l'intéressée qu'elle reprenait le versement des indemnités journalières dès le 1^{er} janvier 2020, l'assureur-maladie ayant mis fin au paiement desdites indemnités au 31 décembre 2019 (pièce CNA 118).

A l'issue d'un électroneuromyogramme (ENMG) réalisé le 22 mai 2020, le Dr G _____, spécialiste FMH en neurologie et médecin consultant auprès de la H _____, a noté que cet examen avait mis en évidence une neuropathie tronculaire des deux nerfs médians au tunnel carpien, nettement prédominante du côté gauche, et que les douleurs du coude droit n'étaient pas en lien avec un problème neurologique (pièce CNA 138).

Le 8 juin 2020, le Dr I _____, spécialiste de l'épaule, du coude et de l'orthopédie du sport et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, a indiqué que les douleurs résiduelles présentées par l'assurée n'étaient pas claires du point de vue orthopédique et qu'il n'existait selon lui pas de signe clinique pour une épicondylite (pièce CNA 143).

Le 14 août 2020, la Dresse J _____, médecin d'arrondissement et spécialiste en médecine interne générale et médecine intensive, a relevé que l'atteinte neurologique ressortant du rapport du Dr G _____ était probablement en lien avec l'accident du 15 août 2019 (pièce CNA 151).

Dans un rapport du 23 juin 2020, le Dr K _____, spécialiste FMH en chirurgie plastique reconstructive et esthétique ainsi qu'en chirurgie des nerfs périphériques, a noté que l'intéressée avait deux problèmes principaux, à savoir d'une part des cicatrices instables de la lèvre inférieure et d'autre part des douleurs sous forme de névralgie du nerf d'Arnold droit et du nerf du trijumeau causant des céphalées réfractaires, pour lesquels il a préconisé des séances de physiothérapie spécialisée (pièce CNA 154).

Le 28 juillet 2020, à l'issue d'un examen psychiatrique réalisé le 30 juin précédent, le Dr L _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin d'arrondissement, a posé les diagnostics de trouble dépressif en rémission complète ainsi que de probables troubles neuropsychologiques, l'assurée se plaignant de troubles mnésiques, de la concentration, de l'écriture, de la lecture et de calcul. Il a précisé que ces troubles ne semblaient pas en relation avec la pathologie dépressive (pièce CNA 164).

Dans un rapport du 4 août 2020, le Dr M _____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué avoir constaté, lors de son examen clinique, une épicondylite hyperalgique à droite avec douleur à la palpation (pièce CNA 167).

Le 31 août 2020, suite à un examen neuropsychologique effectué les 17 et 20 août précédent, N _____, psychologue et spécialiste FSP en neuropsychologie, et O _____, neuropsychologue, ont relevé que l'intéressée présentait des difficultés attentionnelles, de discrètes difficultés d'expression orale, des difficultés de calcul ainsi que des résultats à la limite de la norme pour les fonctions mnésiques et exécutives. Elles ont ajouté que ces difficultés cognitives étaient discrètes et en grande partie explicables par la composante émotionnelle ainsi que les séquelles du fracas facial (pièce CNA 178).

Le 31 août 2020, le Dr I _____ a posé le diagnostic de douleurs chroniques latérales du coude droit suite à un polytraumatisme lors d'un accident de VTT, tout en précisant que ces douleurs, très intenses, demeuraient peu claires du point de vue orthopédique et qu'il était possible que l'assurée présente un doigt à ressort du majeur de la main droite débutant ainsi qu'une discrète épicondylopathie (pièce CNA 183).

A l'issue d'un examen final réalisé le 22 septembre 2020, la Dresse J _____ a retenu que, suite au traumatisme facial, l'intéressée avait développé des douleurs associées à des céphalées quotidiennes, en raison desquelles un complément de bilan par un neurologue s'avérait nécessaire, et que des troubles neuropsychologiques légers avaient été mis en évidence, au contraire d'une atteinte psychiatrique invalidante. Au

niveau du coude droit, la Dresse J _____ a expliqué que l'épicondylite, actuellement appelée tendinopathie épicondylienne, était une atteinte dégénérative et non traumatique et que l'événement du 15 août 2019 avait tout au plus transitoirement aggravé l'atteinte préalable, mais qu'il avait cessé de produire ses effets depuis de nombreux mois. Sur le plan médical, cette spécialiste a ajouté que l'atteinte faciale serait probablement stabilisée d'ici à la fin de l'année et qu'une intervention par le dentiste, avec greffe osseuse, devait encore être effectuée, laquelle serait suivie de la reprise de la cicatrice au niveau du visage. Enfin, même en l'absence de stabilisation, la Dresse J _____ a estimé qu'une activité initialement à 30% (50% du taux d'activité habituel de 60%) pouvait être attendue de l'assurée pour autant qu'elle soit adaptée et respecte les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activité intellectuelle soutenue, pas d'activité de calculs, pas de contact avec la clientèle, pas d'interaction verbale prolongée et possibilité d'effectuer des pauses régulières, soit 30 minutes toutes les 2 heures (pièce CNA 191).

Le 22 octobre 2020, le Dr P _____, médecin-dentiste SSO et médecin-conseil, a relevé que toutes les dents de l'arcade supérieure avaient été heurtées lors de l'accident, si bien que la responsabilité de la CNA était engagée pour celles-ci. A titre de traitement, il a proposé un pont 13 à 23 de type céramo-métallique et a précisé que si l'intéressée souhaitait un traitement avec des implants, la CNA pouvait accorder une solution « pro forma ». Une garantie de prise en charge en ce sens a ainsi été adressée à l'assurée le 28 octobre suivant (pièce CNA 205).

Le 27 novembre 2020, le Dr G _____ a indiqué que le tableau clinique présenté par l'intéressée s'intégrait dans le cadre de céphalées de tension chroniques dans un contexte post-traumatique, et que le traumatisme initial pouvait être générateur des tensions musculaires expliquant les céphalées, mais que le contexte émotionnel participait à leur chronicisation (pièce CNA 212).

Le 3 décembre 2020, le Dr Q _____, spécialiste FMH en neurologie et médecin-conseil auprès du R _____, a rappelé qu'aucun substrat organique traumatique n'avait été mis en évidence, tant au niveau cérébral que cervical, et que l'assurée présentait à ce niveau des pathologies malades et dégénératives qui n'avaient pas été aggravées par l'accident du 15 août 2019. Ce spécialiste a ainsi conclu que les céphalées ne sauraient être attribuées audit accident, et ce au degré de la vraisemblance prépondérante. S'agissant des troubles neuropsychologiques, le Dr Q _____ a ajouté que les difficultés cognitives étaient discrètes et en grande partie explicables par une composante émotionnelle, de sorte que, faute de lésion

structurelle au niveau cérébral, il n'était pas possible d'établir un lien de causalité pour le moins probable entre les difficultés neuropsychologiques retenues et l'accident, le degré du lien de causalité se situant au niveau du « tout au plus possible ». Quant aux paresthésies au niveau des deux membres supérieurs, ce spécialiste a estimé que l'atteinte du nerf médian bilatéral était douteuse en soi et que la causalité avec l'accident pouvait être écartée (pièce CNA 219).

Le 6 janvier 2021, la CNA a fait savoir à l'assurée que selon l'avis de son spécialiste en neurologie (Dr Q _____), il n'y avait aucun lien de causalité à tout le moins vraisemblable entre l'accident du 15 août 2019 et les douleurs au tunnel carpien des deux côtés, de sorte qu'elle n'entendait pas verser de prestations pour cette atteinte (pièce CNA 227).

Le 12 janvier 2021, le Dr L _____ a confirmé que, sur le plan psychique, il n'y avait pas de plaintes ou de signes justifiant un diagnostic psychiatrique et que le fait de vivre une chute à vélo avec traumatisme du visage représentait un facteur de stress qui avait pu jouer un rôle dans la survenue de la symptomatologie résiduelle, mais que, faute de psychopathologie avérée, il fallait tout au plus retenir une causalité naturelle possible avec l'accident (pièce CNA 235).

C. Par décision du 13 janvier 2021, la CNA a informé l'assurée que selon les pièces médicales au dossier, il n'y avait aucun lien de causalité certain, ou du moins vraisemblable, entre l'événement du 15 août 2019 et les maux de têtes ainsi que les troubles neurologiques et neuropsychologiques dont elle souffrait, de sorte qu'elle ne prenait plus en charge le traitement en relation avec ces troubles (pièce CNA 240).

Le 11 février 2021, l'intéressée, représentée par Me Guillaume Grand, s'est opposée à la décision du 13 janvier précédent, arguant en substance que le lien de causalité entre les troubles dont elle souffrait et l'accident du 15 août 2019 était corroboré par de nombreux rapports médicaux au dossier, y compris provenant de médecins de la CNA, de sorte qu'il n'était pas possible de le nier comme l'avait fait cette dernière. L'assurée a notamment joint à son écriture un rapport du 28 janvier 2021 de son médecin traitant, le Dr S _____, qui a affirmé que sa patiente n'avait jamais eu de maux de têtes particuliers avant l'accident du 15 août 2019, ainsi qu'un rapport du 29 janvier 2021 du Dr T _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, qui a indiqué que l'intéressée le consultait depuis le 20 novembre 2017 pour des lombalgies chroniques ainsi que des cervico-dorsalgies mineures et qu'elle n'avait jamais présenté de

céphalées avant son accident de VTT, estimant ainsi que le lien de causalité entre ledit accident et les maux de tête était évident (pièce CNA 260).

Par décision sur opposition du 26 février 2021, la CNA a rejeté les griefs de l'intéressée et confirmé sa décision du 13 janvier précédent (pièce CNA 272). L'assurée a recouru céans contre ce prononcé le 14 avril 2021 (cause S2 21 38). Par jugement du 1^{er} juin suivant, le recours a été déclaré irrecevable, au motif qu'il avait été déposé tardivement. Non contesté, ce jugement est entré en force.

D. Dans une appréciation du 25 janvier 2021, la Dresse J _____ a notamment procédé à une estimation de l'atteinte à l'intégrité, à l'issue de laquelle elle a conclu qu'une indemnité de 5% devait être attribuée à l'intéressée en raison de la cicatrice au niveau du visage, et ce par application analogique de la table 18, page 18.2, du barème d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, en vertu de laquelle la perte d'un pavillon d'oreille justifie une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 10%. La Dresse J _____ a ajouté que cette évaluation ne tenait pas compte des éventuelles séquelles dentaires, qui faisaient l'objet d'une appréciation séparée, et ni des autres troubles présentés par l'assurée (douleurs au niveau du coude droit, troubles neurologiques et neuropsychologiques, névralgies), qui n'étaient pas en lien avec l'accident (pièce CNA 248).

Une radiographie ainsi qu'une IRM du coude droit, réalisées respectivement le 26 janvier 2021 et le 2 février suivant, ont mis en évidence une structure et une morphologie osseuse normale, sans changement par rapport à l'IRM du mois de décembre 2019 (pièces CNA 264 et 265).

Les 1^{er} et 3 mars 2021, la Dresse J _____ a relevé que les imageries récentes étaient compatibles avec une atteinte dégénérative sur sur-utilisation du poignet/coude, et qu'elles confirmaient ainsi le diagnostic de tendinopathie (ou entésopathie). Elle a ajouté que l'atteinte tendineuse pouvait devenir symptomatique spontanément ou des suites d'un traumatisme, en l'espèce des suites de l'accident du 15 août 2019, et que l'atteinte présentée par l'assurée pouvait être considérée comme une aggravation transitoire d'une pathologie préexistante pour une durée maximale de 6 mois, soit au plus tard jusqu'au 15 février 2020 (pièces CNA 267 et 276).

Le 3 mars 2021, la CNA a informé l'intéressée que selon les appréciations médicales des 25 janvier 2021 et 1^{er} mars suivant du médecin d'arrondissement (Dresse J _____), il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration des séquelles de l'accident, hormis de l'atteinte dentaire qui

était en cours de traitement, de sorte qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux ainsi qu'au versement des indemnités journalières au 31 mars 2021. La CNA a ajouté qu'elle était en train d'examiner dans quelle mesure l'assurée avait droit à une rente d'invalidité ou à une IPAI et qu'elle la renseignerait sur ce point ultérieurement (pièce CNA 279).

Dans un rapport du 15 mars 2021, les Drs U _____, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et médecin chef de service à V _____, et W _____, cheffe de clinique adjointe, ont indiqué qu'ils suivaient l'intéressée pour une désinsertion partielle du ligament collatéral radial du coude à droite ainsi que pour le développement d'une épicondylite latérale dans un contexte post-traumatique. Ils ont précisé ne pas avoir de geste chirurgical à proposer sur le ligament collatéral radial, mais que l'enthésopathie des épicondyliens devait être prise en charge par la CNA, dans la mesure où cette problématique était, selon eux, clairement en lien avec l'accident du 15 août 2019 (pièce CNA 294).

Le 30 mars 2021, la CNA a pris note du choix de l'assurée à la participation « pro forma » s'agissant du traitement dentaire, a rappelé que cette participation couvrait les soins des dents 13 à 23 et a indiqué que la somme maximale mise à disposition pour le traitement s'élevait à 12'351 francs (pièce CNA 298).

Par décision du 13 avril 2021, la CNA a d'une part dénié le droit de l'intéressée à une rente d'invalidité, faute de diminution notable de la capacité de gain due à l'accident. A cet égard, l'assurance a précisé avoir tenu compte uniquement des séquelles résultant de l'accident, mais pas des atteintes consécutives à une maladie (soit les troubles ayant fait l'objet d'un refus confirmé par décision sur opposition du 26 février 2021, auxquels il convenait d'ajouter les problèmes de tunnels carpiens et d'épicondylite). D'autre part, la CNA a octroyé à l'assurée une IPAI de 5%, basée sur l'appréciation médicale au dossier (pièce CNA 308).

L'intéressée s'est opposée à cette décision le 12 mai 2021, soutenant en substance que la CNA ne l'avait jamais rencontrée ni examinée afin de poser un diagnostic, qu'il était erroné de considérer sa situation comme stabilisée en se fondant uniquement sur l'appréciation de la Dresse J _____ et en faisant fi des examens et rapports des autres professionnels qui la suivaient et qui avaient largement attesté que les douleurs se manifestant sous forme de névralgies et causant des céphalées résultaient de l'accident du 15 août 2019, que la Dresse J _____ n'expliquait du reste pas pour quelles raisons elle infirmait l'avis des autres spécialistes, que, s'agissant des douleurs

qu'elle présentait au coude droit, le Dr U _____ avait affirmé qu'elles étaient en lien avec ledit accident, que l'instruction menée par la CNA avait violé à la fois son droit d'être entendue et la maxime inquisitoire, dès lors qu'aucune démarche n'avait été effectuée et que l'assureur s'était contenté de relire son dossier avant de rendre sa décision, qu'il se justifiait ainsi de diligenter une expertise pluridisciplinaire neutre, qu'en outre, l'évaluation de l'IPAI ne devait pas se faire en comparaison de la perte d'un pavillon d'oreille mais bien plutôt d'une dermatose généralisée (40%) ou d'une dépigmentation du visage (30%) et qu'enfin, la prise en compte d'un seul avis médical, soit celui de la Dresse J _____, pour le calcul de l'incapacité de gain et de l'IPAI relevait de l'arbitraire (pièce CNA 323).

Par décision sur opposition du 10 novembre 2021, la CNA a écarté les griefs de l'assurée et confirmé sa décision du 13 avril précédent. Elle a notamment rappelé que la décision du 26 février 2021, niant la causalité entre l'accident du 15 août 2019 et les céphalées ainsi que les troubles neurologiques et neuropsychologiques, était entrée en force, si bien que c'était à juste titre qu'elle n'en avait pas tenu compte dans l'évaluation de l'invalidité et de l'IPAI (pièce CNA 345).

E. X _____ a recouru céans le 13 décembre 2021 contre la décision sur opposition du 10 novembre précédent, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de cette décision, à l'octroi d'une IPAI d'au moins 60%, à la prise en charge des traitements découlant de l'accident du 15 août 2019 et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimée pour nouvelle décision. La recourante a également requis la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire tendant notamment à déterminer l'atteinte à l'intégrité. A l'appui de son recours, elle a intégralement réitéré les arguments déjà développés dans l'opposition du 12 mai 2021, insistant particulièrement sur le lien de causalité entre les crises de céphalées dont elle souffrait et l'accident du 15 août 2019. Par ailleurs, elle a notamment joint à son écriture un rapport du 18 novembre 2021 du Dr S _____, qui estimait que l'évolution était lentement favorable, qu'aucun élément ne permettait de conclure qu'il n'y avait plus de potentiel d'amélioration et que « tous les traitements qui visent à continuer le traitement de ce problème complexe » devaient être pris en charge par l'assurance-accidents.

Dans sa réponse du 22 février 2022, l'intimée a renvoyé à la teneur de sa décision sur opposition s'agissant du lien de causalité entre les céphalées et l'accident du 15 août 2019 et a soutenu qu'il était erroné de prétendre que la recourante était en bonne santé avant ledit accident, que même si tel avait été le cas, il ne suffisait pas que les troubles soient apparus après l'accident pour qu'ils soient en relation de causalité avec celui-ci,

qu'un rapport médical pouvait être établi sans examen personnel de la personne assurée pour autant qu'il se fonde sur un dossier complet, que tant les avis du Dr Q _____ que ceux de la Dresse J _____, sur lesquels reposait la décision entreprise, avaient pleine valeur probante, si bien que l'expertise pluridisciplinaire requise ne se justifiait pas, que le calcul du taux d'invalidité était certes légèrement erroné mais que cela ne changeait pas les conclusions de la décision entreprise dès lors qu'il s'élevait à 1% au lieu d'être nul et que, s'agissant de l'IPAI, l'assimilation à une dépigmentation du visage ou à une dermatose généralisée ne résistait pas à l'examen, dès lors que les cicatrices de l'intéressée ne portaient que sur le bas du visage. L'intimée a ainsi conclu au rejet du recours.

Le 28 mars 2022, la recourante a notamment relevé que son état de santé avant l'accident du 15 août 2019 n'était pas la cause des atteintes faisant l'objet de la présente procédure, qu'aucune pièce n'attestait de l'existence, avant ledit accident, d'une tendinopathie épicondylienne au niveau du coude droit, que le fait que ni le Dr U _____ ni le Dr S _____ n'avaient proposé de traitement susceptible de modifier son état de santé ne signifiait pas pour autant que sa situation était stabilisée, que contrairement à l'avis de la Dresse J _____, qui estimait qu'une activité sans contact avec la clientèle était adaptée en raison de la cicatrice résiduelle, elle avait pu retrouver une activité professionnelle à 50% depuis le 13 décembre 2021 à la réception d'un hôtel, et que s'agissant de l'IPAI, le taux de 5% retenu était manifestement trop bas, aux motifs que l'événement du 15 août 2019 l'avait totalement défigurée et qu'il fallait en outre tenir compte de l'atteinte psychique.

Le 6 mai 2022, la CNA a précisé que l'affirmation selon laquelle l'assurée présentait une tendinopathie épicondylienne au niveau du coude droit, laquelle était devenue symptomatique suite à l'accident du 15 août 2019, reposait sur les appréciations médicales de la Dresse J _____ des 25 janvier 2021 et 3 mars suivant et a, pour le surplus, renvoyé à la décision querellée ainsi qu'à sa réponse du 22 février 2022.

L'échange d'écritures a été clos le 13 juin 2022.

Le 15 juin 2022, la recourante a versé en cause un projet de décision du 12 mai 2022 de l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI), qui estimait son degré d'invalidité à 26.81 %, et a soutenu que cet élément était essentiel afin de déterminer les séquelles de son accident.

Le 11 juillet 2022, la CNA a noté que l'OAI avait tenu compte du niveau de compétence 1 de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour déterminer le revenu

d'invalidé, alors qu'elle s'était pour sa part référée au niveau de compétence 2. Cela étant, l'intimée a rappelé que l'assurance-invalidité était une assurance finale qui prenait en compte toutes les atteintes à la santé, quelle qu'en soit la cause (maladie ou accident), et que dans la mesure où l'intéressée présentait des céphalées ainsi que des troubles neurologiques et neuropsychologiques, dont la causalité avec l'accident était niée, il n'était pas impossible qu'ils aient dicté le choix de l'OAI. En tout état de cause, la CNA a relevé que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'avait pas de force contraignante pour l'assurance-accidents.

Considérant en droit

1.

1.1 Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (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 LAA n'y déroge expressément.

Remis à la poste le 13 décembre 2021, le recours à l'encontre de la décision sur opposition du 10 novembre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA), et devant la Cour de céans, compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

2.

2.1 Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents en lien avec sa chute à VTT du 15 août 2019. La recourante conteste plus particulièrement la stabilisation de son état de santé, annoncée au 31 mars 2021 par la CNA, le refus de cette dernière de lui verser une rente d'invalidité – bien que la recourante n'ait pris aucune conclusion s'agissant de la rente – ainsi que le taux de l'IPAI octroyée.

2.2 A titre liminaire, il est rappelé que, par décision sur opposition du 26 février 2021, la CNA a nié l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 15 août 2019 et les maux de têtes ainsi que les troubles neurologiques et neuropsychologiques présentés par l'intéressée. Dans la mesure où le recours interjeté céans à l'encontre de cette décision

a été, par décision du 1^{er} juin 2021 du Tribunal, déclaré irrecevable en raison de son dépôt tardif (cause S2 21 38) et que la décision du 1^{er} juin 2021 n'a pas été contestée devant le Tribunal fédéral, la décision rendue sur opposition par la CNA le 26 février 2021 est entrée en force. Partant, faute de lien de causalité établi, c'est à juste titre que la CNA n'a pas tenu compte des céphalées ainsi que des troubles neurologiques et neuropsychologiques dont souffre la recourante dans l'examen du droit de celle-ci à une rente d'invalidité ainsi qu'à une IPAI. Les griefs fondés sur ces atteintes tombent ainsi à faux et n'ont pas à être analysés dans le cadre de la présente cause.

3.

3.1 Dans un grief d'ordre formel qu'il convient d'examiner en premier lieu, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue, en raison d'un défaut de motivation de la décision entreprise, qui serait selon elle fondée sur des « constatations médicales » dont elle ignorerait l'existence.

3.2 S'agissant du devoir pour l'autorité de motiver sa décision (cf. les art. 35 PA, 42 LPGA, 52 al. 2 LPGA et 29 al. 2 Cst), le but est que le destinataire puisse la comprendre et l'attaquer utilement s'il y a lieu, et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Pour répondre à ces exigences, le juge – ou l'administration - doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé(e) et sur lesquels il/elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (arrêts du Tribunal fédéral 9C_499/2013 du 20 février 2014 consid. 4.2 ; 1C_499/2011 du 19 juin 2013 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6050/2012 du 9 décembre 2013 consid. 8.2 ; ATF 137 II 266 consid. 3.2 ; 134 I 83 consid. 4.1 ; 133 III 439 consid. 3.3).

Enfin, il est rappelé que le Tribunal fédéral admet que la violation du droit d'être entendu peut être réparée, pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière ou ne relève pas d'une pratique courante et que l'assuré ait la possibilité de faire valoir ses arguments devant une instance disposant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa).

3.3 En l'occurrence, la motivation de la décision querellée permet aisément d'identifier les rapports médicaux sur lesquels la CNA s'est fondée pour dénier le droit de la recourante à une rente d'invalidité ainsi que pour lui octroyer une IPAI de 5%. En effet, une simple lecture de dite décision permet de comprendre que l'intimée a suivi l'avis de son médecin d'arrondissement, la Dresse J _____, émis dans un rapport du 25 janvier 2021, fondé sur l'examen final du 20 septembre 2020, et confirmé par rapports

des 1^{er} et 3 mars 2021. Il est d'ailleurs surprenant que l'intéressée allègue ignorer l'existence de ces rapports, dès lors que le courrier de la CNA du 3 mars 2021 en fait explicitement mention (cf. pièce 279) et que l'assurée a été en mesure d'attaquer utilement la décision litigieuse devant la Cour de céans, en contestant notamment la valeur probante de l'avis de la Dresse J _____. En outre, la Cour de céans relève d'une part que le dossier complet de l'intimée a été produit dans la présente cause et était à disposition de la recourante, qui n'a pas souhaité le consulter, et d'autre part que l'intimée a encore développé sa motivation dans le cadre de sa réponse au recours, sur laquelle la recourante s'est déterminée en date du 28 mars 2022, ainsi que de sa duplique, suite à laquelle l'intéressée n'a pas jugé utile de formuler des remarques dans le délai qui lui a été octroyé par l'autorité de céans. Enfin, s'agissant du contenu des rapports et des conclusions de la Dresse J _____, il en sera question ci-dessous (cf. *infra* consid. 4.7).

Partant, le grief de violation du droit d'être entendu doit être écarté et il n'y a pas lieu d'annuler la décision entreprise pour ce seul motif.

4.

4.1 La recourante soutient tout d'abord que son état de santé ne pouvait pas être considéré comme stabilisé au 31 mars 2021 par l'intimée, car cette dernière s'était fondée uniquement sur l'avis de son médecin d'arrondissement, la Dresse J _____, qui ne l'avait jamais examinée personnellement. L'intéressée se base quant à elle sur l'avis des Drs U _____/W _____ et S _____ pour affirmer que sa situation n'était pas stabilisée et que des investigations supplémentaires devaient avoir lieu.

4.2 Selon l'article 6 alinéa 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles énumérées exhaustivement à l'article 6 alinéa 2 LAA, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle et adéquate.

L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement 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 *conditio sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'évènement 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 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 123 V 102 ; 122 V 417 ; 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb).

Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références).

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 (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_335/2018 du 7 mai 2019 consid. 5). 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. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas

particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.3).

4.3 Selon l'article 10 alinéa 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Ce droit s'étend à toutes les mesures qui visent à améliorer l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. En outre, durant son incapacité de travail (art. 6 LPG), l'assuré a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Ce droit prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

En vertu de l'article 19 alinéa 1 LAA, le droit à la rente prend naissance lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Cette disposition délimite du point de vue temporel le droit au traitement médical, respectivement aux indemnités journalières, et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (arrêts du Tribunal fédéral 8C_20/2022 du 10 juin 2022, consid. 6.2 ; 8C_655/2018 du 31 octobre 2019 consid. 6.2).

La preuve que la mesure envisagée permettra d'atteindre cet objectif doit être établie avec une vraisemblance suffisante ; elle est rapportée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration (arrêts du Tribunal fédéral 8C_584/2009 consid. 2, in SVR 2011 UV n° 1 p. 1 et 8C_112/2014 du 23 janvier 2015 consid. 2.1). Le traitement médical n'est alloué qu'aussi longtemps que sa continuation est susceptible d'apporter une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré. L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident, étant précisé que l'amélioration attendue par la continuation du traitement médical doit être significative et que des améliorations mineures ne suffisent ainsi pas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_20/2022 du 10 juin 2022, consid. 6.2). Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures ne donnent droit à sa mise en œuvre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_142/2017 du 7 septembre 2017 consid. 4 et la référence citée), à l'instar d'une cure annuelle qui ne ferait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (arrêts

U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1, in RAMA 2005 n° U 557 p. 388 ; 8C_270/2018 du 6 juin 2019 ; 8C_215/2018 du 4 septembre 2018 consid. 5.2.2). Il ne suffit non plus pas qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée (arrêt 8C_736/2017 du 20 août 2018 consid. 4.1 et la référence citée).

Autrement dit, l'assureur-accidents est tenu de prendre en charge le traitement médical aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre une amélioration notable de l'état de santé. Si une telle amélioration ne peut plus être envisagée, il doit clore le cas (cf. FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^e éd., n. 222 p. 975).

4.4 Dans le domaine des assurances sociales, l'autorité fonde généralement sa décision 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 (ATF 135 V 39 consid. 6.1). Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a).

L'autorité compétente doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 8C_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-1472/2012 du 24 mars 2014 consid. 7.1.1 et C-6844/2011 du 5 juin 2013 consid. 7.1). Elle peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 125 V 351 consid. 3a ; SVR 2007 IV n° 31 p 111 [I 455/06] consid. 4.1). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 3.3). En particulier, une expertise sera mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5618/2012 précité consid. 7). Le cas échéant, l'autorité

peut par ailleurs renoncer à l'administration d'une preuve, si elle acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3. ; 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc).

Il ne se justifie pas d'écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 4A_172/2013 du 1er octobre 2013 consid. 3.5 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-4232/2011 du 17 juillet 2012 consid. 5 et C-3456/2010 du 23 janvier 2012 consid. 8). En ce qui concerne en particulier les documents produits par le service médical de l'assureur, le Tribunal fédéral n'exclut pas que ce dernier ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci (ATF 122 V 157 consid. 1d). En revanche, lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'article 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 ; 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'article 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Par ailleurs, le juge doit avoir égard au fait que la relation de confiance unissant un patient à son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci; cela ne justifie cependant pas en soi d'évincer tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1)

Dans tous les cas, il convient cependant de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Cela signifie qu'en procédure judiciaire, le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve objectivement et indépendamment de leur origine puis décider si les pièces à disposition permettent de procéder à une appréciation fiable des prétentions litigieuses. En présence de rapports médicaux contradictoires, il ne peut notamment pas trancher le litige sans apprécier toutes les pièces médicales et exposer les motifs pour lesquels il se fonde sur un avis médical plutôt que sur un autre.

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant de savoir si cet acte est complet compte tenu des droits contestés, s'il est fondé sur des examens approfondis en tous points, s'il tient compte des affections dont se plaint l'intéressé, s'il a été établi en connaissance de l'anamnèse, si l'exposé du contexte médical est cohérent, voire si l'appréciation de la situation médicale est claire, et si les conclusions de l'expert sont dûment motivées. N'est donc en soi déterminante pour la valeur probante d'un moyen de preuve ni la provenance d'une prise de position reçue ou demandée par le biais d'un mandat ni sa désignation en tant que rapport ou expertise. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète et approfondie, elle ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_543/2011 du 19 janvier 2012 consid. 2.3.1). De plus, on rappellera que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (arrêt du Tribunal fédéral 8C_469/2020 du 26 mai 2021, consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345).

4.5 De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et 131 V 242 consid.2.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêt du Tribunal fédéral 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1 et les autres arrêts cités).

4.6 Dans le cas d'espèce, la recourante soutient, sur la base des avis des Drs U _____/W _____ et S _____, que son état de santé n'était pas stabilisé au 31 mars 2021 et réclame ainsi le maintien de la prise en charge des traitements découlant de l'accident du 15 août 2019. L'intimée s'appuie quant à elle sur

l'avis de la Dresse J _____ (rapports des 25 janvier 2021, fondé sur l'examen final du 22 septembre 2020, et 1^{er} et 3 mars 2021) pour retenir qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration des séquelles de l'accident.

4.6.1 A la lecture des pièces au dossier, force est de constater que la recourante ne peut pas être suivie dans son argumentation. En effet, dans leur rapport du 15 mars 2021, les Drs U _____ et W _____ se sont contentés d'indiquer qu'ils suivaient l'intéressée pour une désinsertion partielle du ligament collatéral radial du coude à droite ainsi que pour le développement d'une épicondylite latérale dans un contexte post-traumatique, et que même s'ils n'avaient pas de geste chirurgical à proposer sur le ligament collatéral radial, l'enthésopathie des épicondyliens devait être prise en charge par la CNA, dans la mesure où cette problématique était, selon eux, clairement en lien avec l'accident du 15 août 2019. Ainsi, non seulement ces médecins ne mentionnent aucun traitement médical, si ce n'est des séances d'ergothérapie et de physiothérapie, toutefois jugées insuffisantes par la jurisprudence (cf. *supra* consid. 4.3) qui serait susceptible d'améliorer sensiblement l'état de santé de l'assurée, mais ils n'expliquent pas non plus pour quelle raison ils affirment que les douleurs au niveau du coude droit sont à leur sens en lien avec l'accident du 15 août 2019, se référant tout au plus succinctement à l'imagerie du coude droit réalisée en 2019. Quant à l'avis du 18 novembre 2021 du Dr S _____, il n'est également d'aucun secours à la recourante, dès lors que ce médecin ne préconise aucun traitement particulier visant à améliorer l'état de sa patiente mais se contente de retenir de manière abstraite que « tous les traitements qui visent à continuer le traitement de ce problème complexe doivent être pris en charge par l'assurance-accidents ». Cela vaut d'autant plus compte tenu de la jurisprudence, rappelée ci-dessus (cf. *supra* consid. 4.4), relative aux rapports émis par les médecins traitant de la personne assurée.

4.6.2 A l'inverse, dans son appréciation du 25 janvier 2021, fondée sur l'examen final du 22 septembre précédent, la Dresse J _____ a expliqué de manière claire et détaillée que les douleurs au niveau du coude droit étaient la conséquence d'une tendinopathie épicondyléenne, qui était, selon les nouvelles définitions, une pathologie dégénérative, avec possible décompensation transitoire par un traumatisme même mineur. Elle a ajouté que les autres troubles présentés par l'assurée, notamment les troubles neurologiques et neuropsychologiques, n'étaient pas en lien avec l'événement initial, et que les troubles dentaires feraient l'objet d'une évaluation à part, de sorte qu'hormis l'atteinte esthétique (deux cicatrices au bas du visage), l'intéressée ne gardait

pas de séquelles de l'accident du 15 août 2019. Les 1^{er} et 3 mars 2021, suite aux nouvelles imageries réalisées les 26 janvier 2021 et 1^{er} février suivant, la Dresse J _____ a indiqué que ces IRM étaient compatibles avec une atteinte dégénérative consécutive à une sur-utilisation du poignet/coude et que l'atteinte actuelle pouvait être considérée comme une aggravation transitoire d'une pathologie préexistante, pour une durée maximale de 6 mois, soit jusqu'au 15 février 2020. Elle a précisé que les imageries les plus récentes confirmaient le diagnostic d'entésopathie ou tendinopathie, en l'absence d'atteinte ostéo-ligamentaire (la déchirure de fibres étant l'expression radiologique de la souffrance du tissu lésé). L'avis de ce médecin se fonde en outre sur l'ensemble des pièces au dossier et repose sur une évaluation médicale complète et approfondie. Par ailleurs, s'agissant de l'aspect psychique, la Cour relève qu'aucun des spécialistes en psychiatrie et psychothérapie ayant produit des rapports en cause (Dr E _____, Dr F _____ et Dr L _____) n'ont relevé d'atteinte incapacitante, si bien que c'est à juste titre que la Dresse J _____ n'a pas retenu de séquelles de l'accident sur ce plan.

4.6.3 Dès lors, de l'avis de la Cour de céans, les conclusions de la Dresse J _____, reprises par l'intimée, doivent être suivies, le cas ayant à raison été considéré comme stabilisé au 31 mars 2021, en l'absence de séquelles de l'accident, hormis l'atteinte esthétique. Il n'est ainsi pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, comme requis par la recourante, étant rappelé qu'il est de jurisprudence constante que, 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 de chercher d'autres preuves (sur l'appréciation anticipée des preuves, voir ATF 147 I 167 consid. 4.1 et 124 V 90 consid. 4b). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (art. 9 Cst ; ATF 141 I 60 consid. 3.3 ; 136 I 229 consid. 5.3 et les arrêts cités). Pour les mêmes motifs, la Cour de céans renonce à procéder à l'édition du dossier de l'intéressée auprès de V _____ ainsi qu'à une vision locale.

5.

5.1 La recourante critique ensuite le revenu d'invalidé déterminé par la CNA (61'512 fr.), motif pris qu'il se base sur les constatations médicales de la Dresse J _____ et qu'aucun abattement n'a été appliqué sur le salaire statistique. Elle conteste également le revenu d'invalidé retenu (62'288 fr.), en raison du fait qu'elle gagnait environ 4481 fr.

par mois en travaillant à 60% avant son accident, ce qui représente un salaire annuel moyen de 89'620 fr. pour un plein temps, soit 30% de plus que le montant retenu par l'intimée, sans que cette différence ne soit expliquée.

5.2 Si une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré n'est plus possible, le traitement médical prend fin et l'assuré peut prétendre à une rente d'invalidité pour autant qu'il présente une incapacité de gain de 10% au moins (art. 18 al. 1 et 19 al. 1 LAA).

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Selon l'article 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1) ; seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

L'invalidité est une notion économique et non médicale. Les critères médico-théoriques ne sont pas déterminants, mais les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain le sont (cf. par analogie, RAMA 1991 n° U130 p. 272 consid. 3b ; voir aussi ATF 114 V 314 consid. 3c). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin, ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).

5.3 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.3.1).

5.3.1 Le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1, arrêt du Tribunal fédéral 8C_610/2017 du 3 avril 2018

consid. 3.3.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (arrêt du Tribunal fédéral 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

Des exceptions ne sauraient être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 ; 135 V 58 consid.3.1 et la référence).

5.3.2 Le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_171/2021 du 11 décembre 2021 consid. 3.3 et 4.3, 9C_843/2015 du 7 avril 2016 consid. 5.2).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableau TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222).

5.4 L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de service, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de

procéder à une déduction de 25% au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75). L'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation. Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 6).

5.5 Il est en outre rappelé que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'assureur-accidents est fondé à procéder à sa propre évaluation de l'invalidité, indépendamment de la décision de l'office de l'assurance-invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_195/2013 du 15 octobre 2013 consid. 4.1 et 9C_813/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.4). L'uniformité de la notion d'invalidité n'a pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.2.1, 126 V 288 consid. 2a et 2d, 119 V 471 consid. 4a ; Pratique VSI 2004 p. 185 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 4). D'un autre côté, une évaluation entérinée par une décision entrée en force d'un assureur ne peut pas rester simplement ignorée par un autre assureur, qui ne peut s'en écarter que s'il existe des motifs suffisants ; peuvent constituer de tels motifs le fait qu'une évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré ou de mesures d'instruction extrêmement limitées ou superficielles, ou encore qu'elle n'est pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 4). Il faut en outre tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré. C'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et inversement (ATF 133 V 549 consid. 6 et 131 V 362 consid. 2).

5.6 En l'occurrence, la CNA a considéré, sur la base des conclusions de la Dresse J _____, que les séquelles de l'accident du 15 août 2019, soit uniquement deux cicatrices au bas du visage, n'empêchaient pas l'assurée d'exercer en plein une activité administrative s'effectuant en retrait de contact avec la clientèle, puis est arrivée à la conclusion qu'en l'absence d'une diminution notable de la capacité de gain due audit accident, la recourante ne présentait aucune invalidité. Celle-ci souhaiterait au contraire être mise au bénéfice d'une rente d'invalidité. Elle conteste en particulier, s'agissant du calcul du revenu avec invalidité, le fait que la CNA se soit fondée uniquement sur l'avis de la Dresse J _____ et n'ait pas appliqué d'abattement sur le salaire statistique. Quant au calcul du revenu sans invalidité, la recourante estime que l'intimée aurait dû le déterminer sur la base du salaire qu'elle percevait avant l'accident.

5.6.1 S'agissant premièrement du calcul du revenu sans invalidité, il appert que la CNA n'a pas pris en compte le dernier salaire perçu par l'assurée dans son activité de secrétaire, mais qu'elle s'est fondée sur les données statistiques résultant des tables de l'ESS. Une telle façon de faire ne prête pas le flanc à la critique. En effet, s'il est vrai que le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que la personne assurée a obtenu avant l'atteinte à la santé, il est cependant possible de déroger à ce principe. Or, en l'espèce, il ressort des pièces médicales au dossier, notamment du rapport du 11 mai 2020 du Dr F _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin traitant de l'intéressée, que cette dernière était en arrêt maladie pour cause de burn-out depuis le mois de mars 2019, qu'au moment de l'accident du 15 août 2019, l'évolution psychique de l'assurée était favorable et qu'une reprise progressive et partielle du travail avait été envisagée à partir du mois de novembre 2019, mais chez un nouvel employeur, compte tenu du fait que ses problèmes psychiques s'étaient développés en raison de son cadre de travail. La recherche, respectivement la reprise d'un nouvel emploi n'a toutefois pas pu avoir lieu en raison de l'accident du 15 août 2019. Ainsi, il est erroné de prétendre que, sans ledit accident, la recourante aurait repris son activité habituelle, ce qui implique qu'il n'est pas possible de déterminer son revenu sans invalidité sur cette base. La CNA s'est dès lors à raison fondée sur les données statistiques résultant des tables de l'ESS. Ce faisant, et en classant la recourante dans la catégorie 2 – ce qui n'est pas contesté –, l'intimée a retenu un salaire encore exigible de 62'288 fr., qui doit toutefois être corrigé à 61'512 fr., le taux d'indexation définitif pour l'année 2020 ayant été porté à + 0,8%, au lieu du taux provisoire de + 1,3% appliqué par l'intimée (cf. pièce CNA 303). Cette correction se justifie d'autant plus que la CNA en a tenu compte dans le calcul du revenu avec invalidité.

5.6.2 Concernant ensuite la détermination du revenu d'invalidé, force est de constater qu'au moment du prononcé de la décision litigieuse, l'assurée n'avait pas repris d'activité lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, de sorte que la CNA s'est à raison fondée sur les données statistiques résultant des tables de l'ESS. De plus, eu égard à la pleine valeur probante qui a été reconnue à l'avis de la Dresse J _____ (cf. *supra* consid. 4.7), c'est à juste titre que la CNA s'est basée sur le profil d'exigibilité établi par ce médecin pour classer la recourante dans la catégorie 2 et retenir un salaire encore exigible, après correction, de 61'512 francs. Quant à l'absence d'abattement appliqué par l'intimée sur ce salaire, la Cour rappelle d'une part qu'une réduction n'a pas à être appliquée systématiquement par l'assurance et constate d'autre part que la recourante n'indique pas à quel titre une déduction du salaire statistique se justifierait dans son cas, se contentant de soutenir vaguement qu'un abattement aurait dû être appliqué sur ce salaire. En outre, il est précisé que la CNA n'avait pas à tenir compte du calcul de l'invalidité effectué par l'assurance-invalidité dans le projet de décision du 12 mai 2022, dès lors que l'assureur-accidents est fondé à procéder à sa propre évaluation de l'invalidité selon la jurisprudence relevée ci-avant (cf. *supra* consid. 5.5).

5.6.3 Il découle de ce qui précède qu'en l'absence de perte de gain, les salaires avec et sans invalidité étant identiques, la CNA a à juste titre dénié le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

6. La recourante conteste enfin l'évaluation de son IPAI.

6.1 Selon l'article 24 alinéa 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 OLAA). Il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36 al. 4 OLAA).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (SVR 2009 UV n° 27 p. 97 ; arrêt du

Tribunal fédéral 8C_459/2008 consid. 2.3 ; voir également FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant.

L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pourcent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b). Il représente une règle générale (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). La Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 211 consid. 4a/cc ; 116 V 157 consid. 3a).

6.2 En l'espèce, la CNA a octroyé à la recourante une IPAI de 5% pour les deux cicatrices se trouvant sur le bas de son visage, en se fondant sur une application par analogie de la table 18, page 18.2, du barème d'indemnisation, correspondant à la perte d'un pavillon d'oreille (indemnisée à 10%), et ce selon l'appréciation de la Dresse J _____. La recourante estime quant à elle que l'intimée ne tient pas compte de l'ensemble de ses séquelles (psychiques, neurologiques, coude droit, céphalées, lésions dentaires) et que l'atteinte esthétique au visage ne saurait correspondre à la perte d'un pavillon d'oreille, mais devrait bien plutôt être assimilée à une dermatose généralisée (40%) ou à une dépigmentation du visage (30%).

Au vu du dossier, la Cour de céans ne peut pas suivre la recourante. Il est en effet rappelé d'une part que les troubles ayant fait l'objet de la décision sur opposition du 26 février 2021 (céphalées, troubles neurologiques et neurpsychologiques), laquelle est entrée en force, n'ont pas à être pris en considération dans l'estimation de l'IPAI faute de lien de causalité avec l'accident (cf. *supra* consid. 2.2) et d'autre part qu'une pleine valeur probante a été reconnue à l'avis de la Dresse J _____ (cf. *supra* consid. 4.7), si bien que c'est à juste titre que l'intimée a évalué l'IPAI en ne tenant compte que de l'atteinte esthétique formée par les cicatrices sur le bas du visage, seules séquelles retenues par la Dresse J _____. Quant au taux de l'IPAI, la Cour constate que la recourante ne fait que substituer sa propre appréciation à celle de la Dresse

J _____, sans produire aucune pièce médicale attestant ses dires. Une telle façon de faire ne saurait être suivie. Il est en outre relevé que lors d'une consultation de contrôle ayant eu lieu le 27 novembre 2019, le Dr D _____ avait observé l'existence d'une cicatrice très acceptable de la lèvre inférieure et supérieure, sans asymétrie à ce niveau, ce qui tend à corroborer le taux de 5% retenu par la Dresse J _____. Cela vaut d'autant plus que la recourante a reconnu avoir été en mesure de retrouver un emploi à la réception d'un hôtel suite à l'accident, si bien que le taux de 5% ne saurait être augmenté au motif que les cicatrices résiduelles la défigureraient totalement. S'agissant enfin des lésions dentaires, l'intimée a clairement indiqué qu'elles feraient l'objet d'une évaluation séparée, ce qui s'explique aisément par le fait que le traitement dentaire était encore en cours au moment du prononcé de la décision litigieuse, si bien que les éventuelles séquelles à ce niveau-là ne pouvaient pas encore être estimées.

Partant, l'IPAI de 5% octroyée sur la base de l'avis de la Dresse J _____ pour l'atteinte esthétique doit être confirmée.

7.

7.1 En tous points mal fondé, le recours est rejeté et la décision sur opposition du 10 novembre 2021 confirmée.

7.2 Il n'est pas perçu de frais, la loi spéciale, en l'occurrence la LAA, n'en prévoyant pas (art. 61 let. ^f^{bis} LPGA). Au vu de l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 7 février 2024