

S2 20 79

JUGEMENT DU 17 JANVIER 2023

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

Composition : Candido Prada, président ; Thomas Brunner et Christophe Joris, juges ;
Mireille Allegro, greffière

en la cause

X _____, recourante, représentée par Maître Charles Guerry, avocat, 1701 Fribourg

contre

AXA-ARAG, 8401 Winterthur, intimée, représentée par Maître Patrick Moser, avocat,
1001 Lausanne

(« coup du lapin » ; statu quo sine)

Faits

A. X _____, née le xxx, travaillait depuis novembre 2012 comme catéchiste à un taux de 40% pour le compte de la Ville de A _____ et, à ce titre, était assurée contre les accidents auprès d'Axa Assurances SA (ci-après : Axa)(pièce A1).

B.a Le 11 avril 2019, elle a été victime d'un accident de la circulation sur l'autoroute A1. Alors qu'elle était à l'arrêt en raison d'un bouchon, ceinture de sécurité attachée, son véhicule a été heurté à l'arrière par une autre voiture (pièce A17). Un constat à l'amiable a été établi, sur lequel les conductrices ont indiqué que le parechoc arrière du véhicule Ford de l'assurée était fissuré - alors que l'autre voiture de marque Smart n'avait rien - et que l'assurée ressentait des maux de dos potentiellement dus à l'accident (pièces A18 et A41). Le rapport d'analyse d'accident demandé ultérieurement par l'assurance RC B _____ est arrivé à la conclusion que le delta-v (à savoir le changement de vitesse provoquée par la collision) s'était situé entre 4.20 et 7.70 km/h pour le véhicule de l'assurée (pièce A41).

Le 15 avril 2019, l'assurée a consulté la Dresse C _____, spécialiste FMH en médecine générale, en raison de céphalées, douleurs à la nuque, vertiges et fourmillements dans les mains (pièce M10). La doctoresse a constaté des douleurs à la palpation cervicale et des trapèzes et a diagnostiqué un traumatisme cervical indirect (whiplash) de degré II ; elle n'a pas observé de lésion traumatique au bilan radiologique, mais une arthrose C4-C5 et C6-C7 ; elle a prescrit de la physiothérapie, des anti-inflammatoires, des analgésiques et un traitement antivertigineux, mais n'a pas attesté d'arrêt de travail (pièces M8 et M13).

Le 16 avril 2019, l'employeur a annoncé le sinistre à Axa (pièce A1), qui a accepté sa prise en charge (pièce A3).

B.b En raison de la persistance des cervicalgies, de la fatigue, des nausées et des vertiges, l'assurée a été examinée par le Dr D _____ à la Clinique E _____, le 10 juillet 2019 (pièce M8). Dans son rapport, le spécialiste FMH en rhumatologie a confirmé le whiplash de degré II en relevant qu'il s'était agi d'un traumatisme à basse énergie, avec un simple bris de parechoc et sans blessés. Il a précisé que l'examen clinique était parfaitement rassurant et que les radiographies avaient montré une légère diminution de l'espace de sécurité en C3, mais pas de signe indirect d'une entorse cervicale. Il a estimé qu'il y avait lieu de démedicaliser la situation et a invité l'assurée à se tourner vers une méthode active de rééducation.

Consulté par l'assurée, le Dr F _____, médecin généraliste, a ordonné la réalisation d'IRM cérébrale, cervicale et lombaire (pièce M3). Le 23 décembre 2019, l'IRM cérébrale n'a pas montré de signe de lésion hémorragique ou traumatique séquellaire au niveau intracrânien, ni de signe d'un processus expansif ou d'une pathologie dégénérative ou vasculaire. Le 27 décembre 2019, l'IRM cervicale a mis en évidence une petite protrusion discale paramédiane droite sans évidence de conflit discoradiculaire C5-C6. Quant à l'IRM lombaire, il a montré de légers étalements discaux L2-L5 sans évidence de conflit discoradiculaire, ainsi qu'un petit kyste périradiculaire droit en S2.

Le 17 février 2020, l'assurée a été examinée par le Dr G _____, spécialiste FMH en neurologie (pièce M5). Dans son rapport, ce praticien a noté que l'évolution avait été marquée par la persistance des troubles de l'équilibre, des vertiges et des nausées et que la patiente se plaignait d'insomnie en raison de douleurs lombaires, de fatigue, d'irritabilité, de troubles de l'attention et de la mémoire, ainsi que de fourmillements intermittents à la main et au pied gauches. Son examen neurologique a confirmé une douleur assez diffuse crânio-cervico-scapulaire avec des tensions musculaires et une légère douleur à la mobilisation et palpation lombaire, sans aucun déficit neurologique périphérique ou central aux quatre extrémités. L'électroneuromyographie (ENMG) a permis d'écarter toute neuropathie d'enclavement à la main et au membre inférieur gauche. Quant à l'examen électroencéphalographique (EEG), il s'est révélé parfaitement normal (cf. rapport du 2 mars 2020 ; pièce M13). En conclusion, le neurologue s'est contenté de rassurer la patiente et de lui proposer de pratiquer de la gymnastique active du dos. De son point de vue, un bilan neuropsychologique détaillé à la E _____ pouvait être utile.

Interpellé par Axa, le Dr F _____ a attesté le 30 mars 2020 que sa patiente présentait un syndrome de whiplash stable, avec une stagnation des atteintes ; il n'a pas mentionné de traitement en cours ni d'incapacité de travail mais a relevé que la prise en charge (PEC) à la E _____ n'était pas encore possible en raison du COVID (pièce M9). Le 11 mai 2020, il a demandé à la E _____ de bien vouloir convoquer sa patiente pour un bilan et prise en charge rééducative post syndrome de whiplash (pièce M11).

Le 10 juin 2020, Axa a transmis le dossier à son médecin-conseil, le Dr H _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Sur la base des rapports médicaux au dossier, il a retenu une entorse cervicale bénigne dans un mécanisme de whiplash à basse vitesse (pièce M12). Il a constaté que le bilan exhaustif n'avait mis en évidence aucune lésion traumatique du rachis lombaire dorsal et cervical et que l'IRM cérébrale

ainsi que l'EEG étaient strictement normaux. Il a dès lors estimé que le statu quo sine pouvait être fixé au plus tard à une année après l'accident.

Par décision du 23 juin 2020 (pièce A24), Axa a mis fin au versement de ses prestations au 10 avril 2020, dès lors qu'en l'absence de lésion traumatique, les troubles n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident au-delà d'une année selon l'avis du médecin-conseil (pièce A24).

C.a Par courrier du 29 juin 2020, la caisse-maladie de l'assurée, l' _____ SA, a formé opposition provisoire contre cette décision (pièce A30). Le 27 juillet suivant, elle a motivé sa position en relevant que le rapport d'imagerie du 23 décembre 2019 n'avait pas montré de signes d'un état dégénératif ou vasculaire et que le Dr G _____ avait proposé un bilan neuropsychologique à la E _____, de sorte qu'il n'était pas exclu que les troubles soient dus à l'événement et que ce n'est qu'après le séjour à la E _____ qu'un éventuel statu quo pouvait être atteint.

C.b Le 25 août 2020, l'intéressée a également formé opposition contre la décision d'Axa, en signalant qu'elle était hospitalisée à la E _____ en raison de troubles liés à l'accident, de sorte que les coûts de ce séjour devaient être pris en charge (pièce A38).

C.c Le 31 août 2020, l'employeur a annoncé une rechute à Axa en indiquant que l'assurée avait interrompu son travail le 29 juillet 2020, en raison de douleurs chroniques séquellaires l'empêchant de dormir (pièce A43) et a remis le certificat d'incapacité de travail à 100% établi par le Dresse J _____ de la E _____ pour la période du 29 juillet au 29 septembre 2020 (pièce K2), puis celui établi le 23 septembre 2020 par le Dr K _____ pour la période du 30 septembre 2020 au 31 octobre 2020 (pièce K1).

C.d Le 29 septembre 2020, dans le cadre de la procédure d'opposition, Axa a demandé à la E _____ de lui fournir tous les rapports établis à l'occasion du séjour de l'assurée (pièce A44).

La E _____ a alors remis son rapport de sortie du 7 septembre 2020, duquel il ressort que l'assurée a séjourné à la E _____ du 29 juillet au 26 août 2020 pour une neuroréhabilitation dans les suites d'un whiplash, ordonnée par le Dr G _____ (pièce M15). L'IRM du cerveau réalisée le 18 août 2020 s'est révélée normale pour l'âge de l'assurée, sans lésion de nature post-traumatique. Les séances de physiothérapies ont permis une diminution de la fréquence et de la durée des vertiges, ainsi qu'une diminution des douleurs. Le bilan initial d'ergothérapie a mis en évidence une apathie, un fort ralentissement psychomoteur et une perte de force au niveau de la main gauche,

qui se sont améliorés grâce à la prise en charge, l'assurée se montrant plus éveillée et dynamique, avec une bonne force de préhension globale et une dextérité fine. Les examens neuropsychologiques des 30 juillet, 2 et 6 août 2020 ont montré un ralentissement psychomoteur, des difficultés attentionnelles et des troubles mnésiques, exécutifs et langagiers, pour lesquels des facteurs non neurologiques, notamment d'ordre psychologique, devaient être postulés (pièce M15). Durant le séjour, l'assurée a été suivie régulièrement par le psychiatre qui a noté qu'à partir de l'automne 2019, l'assurée avait commencé à manifester des symptômes dépressifs et que son médecin traitant lui avait prescrit un traitement avec Paroxétin 20 mg (cf. rappel anamnestique contenu dans rapport de la E _____) et qui a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, existant depuis l'automne 2019. Avec l'augmentation de la médication déjà prescrite par le médecin traitant, l'évolution a été favorable ; la poursuite du suivi psychiatrique a été convenue et une incapacité de travail totale jusqu'au 30 septembre 2020 a été attestée, pour des raisons psychiatriques.

Par décision sur opposition du 28 octobre 2020, Axa a rejeté les oppositions et confirmé la fin des prestations au 10 avril 2020, en constatant que les troubles présentés par l'assurée étaient clairement de nature psychique et ne pouvaient pas être mis en lien de causalité adéquate avec l'accident qui devait être qualifié de léger (pièce A50).

D. L'assureur-maladie n'a pas recouru contre ce prononcé. En revanche, l'assurée, représentée par M^e Charles Guerry, a interjeté recours le 26 novembre 2020, en concluant sous suite de dépens, à l'annulation de la décision attaquée et à l'allocation des prestations LAA, à savoir notamment la prise en charge du traitement médical et le versement des indemnités journalières, au-delà du 10 avril 2020. Elle a contesté la valeur probante de l'avis du Dr H _____ qui n'avait pas effectué d'examen clinique et a estimé qu'Axa n'avait pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'accident ne jouait plus de rôle dans la symptomatologie dès avril 2020, étant précisé que l'absence de lésion traumatique n'était pas relevant dans le cas d'un whiplash, puisqu'il s'agissait justement d'un trouble sans déficit fonctionnel organique objectivable. Elle a rappelé que des examens et un traitement à la E _____ était encore prévus lorsque l'intimée avait rendu sa décision et que la jurisprudence en matière de « coup du lapin » ne pouvait s'appliquer qu'après stabilisation du cas.

Répondant le 13 janvier 2021, Axa a conclu au rejet du recours, en relevant que la recourante n'avait apporté aucun élément permettant de douter de l'avis du Dr H _____ et qu'un examen personnel n'était pas nécessaire dans la mesure où le dossier médical était suffisamment complet. Elle a ajouté que le whiplash n'avait pas

nécessité de traitement particulier ni d'arrêt de travail et que l'examen neurologique par le Dr G _____ s'était révélé normal, de sorte que le cas pouvait être examiné sous l'angle des critères jurisprudentiels en matière de « coup du lapin ». A cet égard, elle a considéré qu'en présence d'un accident banal, sans lésion physique, et de troubles essentiellement subjectifs, il y avait lieu de nier le lien de causalité adéquate.

Le 1^{er} avril 2021, la recourante a maintenu sa position selon laquelle la décision de l'intimée était prématurée.

Prenant position le 11 mai 2021, l'intimée a rappelé que la preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne devait pas être apportée par la preuves de facteurs étrangers à l'accident et que le rapport de la E _____ confirmait l'importance des facteurs psychologiques, pour lesquels la causalité adéquate faisait manifestement défaut.

L'échange d'écritures a été clos le 17 mai 2021.

Considérant en droit

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.

Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était pendant devant la Cour de céans, au 1^{er} janvier 2021, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

Remis à la poste le 26 novembre 2020, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 28 octobre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et devant la Cour 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. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'intimée au-delà du 10 avril 2020.

2.1 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. 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 ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; 122 V 230 consid. 1 et les références).

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

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit que, associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Le 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 ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). 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.

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 ; 117 V 369 consid. 4b ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références). En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), l'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'article 19 alinéa 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5).

2.2 L'obligation de prêter de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) 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 serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 ; arrêt du Tribunal cantonal genevois ATAS/928/2021 du 14 septembre 2021 consid. 6 et 19).

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 correspond 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

2.3 Pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

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

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation

peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). En outre, une appréciation médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment de rapports médicaux fondés, eux, sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré est reléguée au second plan lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

3.1 En l'espèce, la recourante estime que l'intimée ne pouvait pas mettre fin à ses prestations, respectivement examiner le lien de causalité sous l'angle de la jurisprudence en matière du « coup du lapin », puisque des examens étaient encore prévus à la E _____.

A cet égard, il sied d'examiner si, à la date de la décision attaquée, respectivement à celle de la fin des prestations du 10 avril 2020, il y avait encore lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assurée (cf. art. 19 al. 1 LAA), ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références).

Sur ce point, la Cour constate qu'aucun médecin n'a jamais attesté d'incapacité de travail dans les suites de l'accident du 11 avril 2019 et qu'hormis des AINS, des analgésiques et de la physiothérapie, aucun traitement invasif et particulier n'a été prescrit. En effet, tous les examens pratiqués au niveau radiologique, neurologique et de l'appareil locomoteur s'étaient révélés rassurants, sans signe de lésion traumatique, d'entorse cervicale ni de déficit neurologique. De l'avis de l'ensemble des spécialistes consultés, il s'agissait de rassurer la patiente et de l'encourager à se tourner vers une méthode active de rééducation (rapport du Dr D _____ du 10 juillet 2019 ; pièce M8), à pratiquer de la gymnastique active du dos (rapport du Dr G _____ du 18 février 2020 ; pièce M5), ainsi que de la tonification musculaire (rapport de la Dresse L _____ du 18 mars 2020 ; pièce M7). La proposition faite en février 2020 par le Dr G _____ d'organiser un bilan à la E _____ a été faite dans ce sens et non dans le but d'obtenir une amélioration sensible de la capacité de travail de l'assurée.

3.2 Dans ces conditions, l'intimée était en droit de considérer le cas comme stabilisé et d'examiner si les troubles encore existants étaient en lien de causalité adéquate avec

l'accident. A cet égard, les conclusions du Dr H _____ du 11 juin 2020 (pièce M12) ne sont contredites par aucun avis médical contraire. L'analyse des pièces du dossier montre effectivement l'absence de toutes lésions traumatiques et neurologiques au terme des derniers examens effectués par le Dr G _____, les 17 et 20 février 2020. Seule une légère arthrose cervicale et quelques discopathies modérées sans lien avec l'accident ont été mises en évidence. Ainsi, en juin 2020, la recourante ne présentait aucune séquelle organique consécutive à l'accident. Les troubles qu'elle présentait relevaient essentiellement de facteurs subjectifs, plus précisément d'ordre psychologique, ce que le rapport de la E _____ du 7 septembre 2020 (pièce M15) est venu confirmer. En effet, il apparaît que l'assurée avait commencé à manifester des symptômes dépressifs dès l'automne 2019. Durant le séjour, au vu des résultats des différents examens et thérapies réalisés, les troubles ont été associés à des facteurs d'ordre psychologique. Le psychiatre de la E _____ a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques existant depuis l'automne 2019 et a prescrit une incapacité de travail pour des raisons psychiatriques.

Il appert ainsi que la recourante a développé, en parallèle aux symptômes typiques du « coup du lapin », des symptômes psychiques qui ont progressivement pris de l'importance, au point de constituer après plusieurs mois une atteinte à la santé distincte. Dans ces conditions, il convient d'appliquer les critères jurisprudentiels exposés à l'ATF 115 V 133 cons. 6c/aa et de confirmer l'absence de lien de causalité adéquate en présence d'un accident de gravité moyenne à la limite des accidents légers, avec un mécanisme de whiplash à basse vitesse (en principe, selon la théorie du seuil de vulnérabilité : un accident présentant pour la victime un delta-v inférieur à 10 km/h n'est pas à même de causer des atteintes durables à la santé ; cf. http://www.grosslaw.ch/fileadmin/documents/061020_Expos%C3%A9_Coup_du_lapin.pdf), sans circonstances concomitantes particulièrement dramatiques, sans traitement médical long et pénible dans la mesure où il a consisté principalement en des séances de physiothérapie et un traitement médicamenteux (arrêt du Tribunal fédéral 8C_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 380/04 du 15 mars 2005 consid. 5.2.4), sans douleurs particulièrement intenses et sans incapacité de travail (arrêt du Tribunal cantonal neuchâtelois CDP.2016.408 du 8 février 2018).

Au regard de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, les critères mentionnés n'apparaissent donc pas suffisamment prégnants pour que l'accident du 11 avril 2019 soit tenu pour la cause adéquate des troubles (subjectifs) dont se prévaut l'assurée au-

delà du 10 avril 2020. Partant, l'intimée était légitimée à mettre fin au versement de ses prestations d'assurance au 10 avril 2020, de sorte que la décision querellée ne prête pas flanc à la critique.

4. Mal fondé, le recours est rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

5.1 Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. a aLPGA et 83 LPGA).

5.2 Vu l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens à la recourante (art. 61 let. g LPGA a contrario), ni à l'intimée, laquelle agit comme autorité chargée de tâches de droit public (art. 91 al. 3 LPGA ; ATF 126 V 143 consid.4).

Prononce

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

Sion, le 17 janvier 2023