

200.2019.104.LAA
N° AVS
NIG/REN

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 5 août 2020

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
G. Niederer, greffier

A. _____
représentée par B. _____ SA
recourante

contre

Suva, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6004 Lucerne
intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 9 janvier 2019



En fait:

A.

Par déclaration d'accident du 30 novembre 2017, l'entreprise horlogère employant A._____, née en 1982, mère d'un enfant né en 2017, en tant qu'opératrice à 100% depuis 2012, a annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Suva) que son employée avait subi un accident le 28 novembre 2017 en le décrivant comme suit: "Conduite d'une automobile: une voiture a glissé et est entrée en collision avec la voiture de Madame A._____". L'employeur a aussi précisé que la colonne vertébrale cervicale, la jambe et le poignet droits étaient contusionnés et que le travail avait été interrompu depuis le 29 novembre 2017. Le 8 janvier 2018, la Suva a demandé un rapport de police, puis, le lendemain, accepté de prendre en charge les suites immédiates de l'accident et communiqué à l'employeur de l'assurée qu'en attendant de se prononcer sur le droit à des indemnités journalières, elle allouait de telles indemnités, réduites à 30%, dès le 1^{er} décembre 2017. La Suva a ensuite requis un rapport d'un spécialiste en anesthésiologie et traitement invasif de la douleur, puis l'avis d'un médecin-conseil. Par écrit du 6 mars 2018, elle a alors reconnu le droit de l'assurée à des indemnités journalières entières et invité cette dernière à reprendre le travail à partir du 1^{er} avril 2018. Elle a confirmé cette exigence le 28 mars 2018. Après avoir reçu un rapport médical du spécialiste précité, du 26 mars 2018, la Suva a sollicité son médecin d'arrondissement, qui a délivré un rapport le 13 avril 2018, puis obtenu des rapports radiologiques. La Suva a ensuite organisé une expertise pluridisciplinaire (en rhumatologie, neurologie, psychiatrie et psychothérapie, ainsi qu'en physiothérapie), qui s'est déroulée lors d'une hospitalisation de l'assurée du 28 au 30 mai 2018 auprès de la Clinique C._____, dont les conclusions ont été retranscrites les 28, 29 et 30 mai 2018. Le médecin d'arrondissement s'est déterminé à ce propos le 12 juin 2018. Par décision du 23 juillet 2018, la Suva a alors mis fin aux prestations d'assurance avec effet au 30 juillet 2018.

B.

L'opposition formée les 2 et 13 août 2018 par l'assurée, représentée par un avocat de son assurance de protection juridique, a été rejetée par décision sur opposition de la Suva du 9 janvier 2019, dans laquelle l'effet suspensif à un éventuel recours contre cet acte a par ailleurs été retiré.

C.

Après avoir informé le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) de sa volonté de recourir contre cet acte, puis été rendue attentive aux conditions de forme d'un recours ainsi qu'au fait que le délai de recours n'était pas prolongeable, l'assurée, toujours représentée, a porté le litige auprès du TA par envoi du 6 février 2019, dans lequel elle a en bref conclu à l'annulation de la décision sur opposition précitée et à l'octroi des prestations de l'intimée au-delà du 30 juillet 2018, sous suite de frais et dépens. Le 3 avril 2019, dans le délai qui lui a été accordé pour ce faire par ordonnance du 8 février 2019, elle a produit un nouveau rapport médical. L'intimée a conclu au rejet du recours aux termes d'une réponse du 5 juin 2019. La recourante a renoncé à répliquer, ce qu'elle a fait savoir le 24 juin 2019. L'avocat de cette dernière a fait parvenir sa note d'honoraires le 2 juillet 2019. Donnant suite à une ordonnance du 20 avril 2020 et par écrit du 4 juin 2020, l'intimée s'est prononcée au sujet de l'absence de notification de la décision sur opposition à l'assureur-maladie de la recourante. Interpellé par la juge instructrice le 5 juin 2020, celui-ci a indiqué, le 19 juin 2020, qu'il ne souhaitait pas participer à la procédure. Cette correspondance a été transmise aux parties par ordonnances des 5 et 22 juin 2020.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 9 janvier 2019 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la décision du 23 juillet 2018 qui prononce la fin des prestations d'assurance au 30 juillet 2018. L'objet du litige porte sur l'annulation de cet acte ainsi que sur l'octroi des prestations d'assurance au-delà du 30 juillet 2018. Est particulièrement critiqué par la recourante l'avis de l'intimée, selon lequel il n'existe plus de lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et les troubles encore présentés après le 30 mai 2018.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le Tribunal examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

A titre liminaire, il convient d'emblée de relever qu'en tant que le TA a permis à l'assureur-maladie de la recourante de participer à la présente procédure (voir c. D; ce que ce dernier a renoncé à faire), le vice découlant du fait que l'acte entrepris ne lui a pas été notifié initialement a été réparé

(voir à ce propos: art. 49 al. 5 LPGA et UELI KIESER, *ATSG – Kommentar*, 2020, art. 49 n. 113).

3.

3.1 En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA, RS 832.20]). L'assurance-accidents obligatoire n'alloue des prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 c. 3.1 et 3.2; SVR 2018 UV n° 3 c. 3.1, 2012 UV n° 2 c. 3.1).

3.2 Si un accident aggrave ou même révèle une prédisposition malade, l'assureur-accidents peut refuser ses prestations uniquement si l'accident ne représente pas la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, à savoir lorsque cette dernière ne procède plus que, et exclusivement, de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas si l'assuré recouvre un état (maladif) de santé soit tel qu'il existait juste avant l'accident (*statu quo ante*), soit tel qu'il serait advenu tôt ou tard, fatalement, en fonction de l'évolution de la prédisposition malade (*statu quo sine*; ATF 146 V 51 c. 5.1; SVR 2016 UV n° 18 c. 2.1.1).

3.3 Tout événement est une cause au sens de la causalité naturelle, lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière ou au même moment. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 142 V 435 c. 1, 129 V 177 c. 3.1; SVR 2019 IV n° 9 c. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C_781/2017 du 21 septembre 2018 c. 5.1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration – ou le tribunal en cas de recours – examine en se

conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation de l'état de fait et des preuves en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage ne suffit pas à justifier le droit à des prestations (ATF 142 V 435 c. 1, 129 V 177 c. 3.1; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.1).

3.4 De même qu'en ce qui concerne l'existence du lien de causalité naturelle à la base de l'obligation de prestations, la cessation de l'influence causale des origines accidentelles d'une atteinte à la santé doit être établie avec une vraisemblance prépondérante, degré de preuve usuel en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'une disparition totale des effets d'un accident ne suffit pas. Comme il s'agit là d'un fait susceptible de supprimer le droit aux prestations, le fardeau de la preuve en incombe – contrairement à la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle fondant l'obligation de prester – non pas à la personne assurée, mais à l'assureur-accidents (ATF 146 V 51 c. 5.1).

3.5 Selon la jurisprudence, un fait est la cause adéquate d'un résultat si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, ce fait était propre à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit, la survenance de celui-ci paraissant ainsi de façon générale favorisée (ATF 129 V 177 c. 3.2, 125 V 456 c. 5a; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.2).

3.6 En présence de séquelles organiques d'un accident objectivement établies, la causalité adéquate se recouvre en grande partie avec la causalité naturelle et n'a pratiquement pas de signification propre (ATF 140 V 356 c. 3.2; SVR 2018 UV n° 3 c. 3.1). Sont objectifs les résultats d'examens qui sont reproductibles et ne dépendent ni de la personne de l'examineur, ni des indications du patient. On ne peut dès lors parler de séquelles organiques d'un accident objectivement établies que si les résultats d'examens ont été confirmés par des appareils diagnostiques, en particulier radiographiques ou d'imagerie médicale, selon des méthodes d'examen reconnues par la science médicale (ATF 138 V 248 c. 5.1; SVR 2018 UV n° 3 c. 3.1).

3.7 En cas de symptômes non objectivables du point de vue organique, 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. En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 140 V 356 c. 3.2, 115 V 133 c. 6c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral, on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (ATF 134 V 109 c. 2.1; SVR 2018 UV n° 29 c. 2.2). La distinction suivante s'impose à cet égard: il faut déterminer tout d'abord si la personne assurée a subi lors de l'accident un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à un "coup du lapin" (SVR 1997 UV n° 95 c. 2a, 1995 UV n° 23 c. 2) ou un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 c. 4b; SVR 2001 UV n° 1 c. 3), étant précisé que la jurisprudence relative au "coup du lapin" ne trouve application que si les douleurs se manifestent dans un délai de latence de 24 à 72 heures dans la région du cou et de la colonne vertébrale cervicale (SVR 2009 UV n° 30 c. 5.2). En l'absence de l'une des lésions évoquées ci-dessus, la jurisprudence selon l'ATF 115 V 133 relative aux accidents avec des séquelles psychiques trouve application. Lorsque les investigations révèlent au contraire que la personne assurée a subi l'un des traumatismes évoqués ci-avant, il faut déterminer si les symptômes du tableau clinique typique d'une telle lésion (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, labilité affective, dépression, altération de la personnalité, etc.; ATF 119 V 335 c. 1, 117 V 359 c. 4b), bien qu'en partie établis, sont relégués au second plan en raison d'un problème psychique prédominant apparu directement après l'accident ou encore si l'on peut retenir que durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation, les troubles physiques n'ont joué qu'un rôle de moindre importance (cf. RAMA 2002 p. 437 c. 3a). Lorsque tel est le cas, ce sont les critères énumérés à l'ATF 115 V 133 pour les accidents avec séquelles psychiques qui doivent fonder l'appréciation de la causalité adéquate; en revanche, dans les autres cas, l'examen du caractère

adéquat du lien de causalité doit se faire d'après les critères développés dans la jurisprudence relative au "coup du lapin" (ATF 134 V 109, 117 V 359), c'est-à-dire sans distinguer les symptômes physiques des symptômes psychiques (ATF 134 V 109 c. 2.1, 127 V 102 c. 5b/bb).

3.8

3.8.1 D'après la jurisprudence relative au "coup du lapin", pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité, il convient d'examiner, par analogie avec la jurisprudence en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident (ATF 115 V 133 c. 6), si l'accident en cause s'est avéré déterminant dans l'apparition de l'incapacité de travail et de gain de la personne assurée. Tel est le cas s'il était empreint d'une certaine gravité ou, en d'autres termes, revêt une importance sérieuse. Pour trancher cette question, il faut se fonder sur l'événement accidentel lui-même. Ainsi, suivant la manière dont ils se sont déroulés et en fonction des forces développées au cours de l'événement (ATF 140 V 356 c. 5.1), les accidents peuvent-ils être classés en trois catégories: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents graves et, entre deux, les accidents de gravité moyenne. Dans ce contexte, les blessures subies peuvent permettre de tirer des conclusions quant aux forces qui se sont développées lors de la survenance de l'accident (SVR 2011 UV n° 10 c. 4.2). Tandis que l'existence d'un lien de causalité adéquate peut en règle générale être admise dans le cas d'un accident grave et niée en présence d'un accident de peu de gravité, lorsqu'il s'agit d'un accident de gravité moyenne, le caractère adéquatement causal ne peut être évalué uniquement d'après le déroulement de l'accident. Dans ce cas, il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré (ATF 134 V 109 c. 10.1; SVR 2019 UV n° 11 c. 8.2.1). Selon les circonstances concrètes, un seul critère peut suffire pour faire admettre l'existence d'une causalité adéquate. Tel est tout d'abord le cas lorsqu'il s'agit d'un accident qui doit être rangé parmi les plus graves de la catégorie intermédiaire ou que l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Par ailleurs, un seul critère peut également s'avérer suffisant dans

la catégorie intermédiaire lorsqu'il s'est manifesté de façon particulièrement importante pour l'accident. Si aucun critère ne se présente d'une manière à ce point prononcée ou frappante lorsqu'est en cause un accident de la catégorie intermédiaire proprement dite, le lien de causalité doit être admis lorsque trois critères sont remplis (SVR 2018 UV n° 3 c. 5.1). En présence d'un accident faisant partie de la catégorie intermédiaire mais à la limite des cas de peu de gravité, quatre critères doivent être réalisés pour retenir un caractère adéquatement causal (SVR 2019 UV n° 11 c. 8.4). Cette appréciation de l'accident en lien avec les critères objectifs conduit à reconnaître ou nier l'existence d'une causalité adéquate (ATF 117 V 359 c. 6, 117 V 369 c. 4c).

3.8.2 Le TF a précisé sur plusieurs points sa jurisprudence (ATF 117 V 359 c. 6a, 117 V 369 c. 4b) au sujet de la relation de causalité entre des plaintes et un traumatisme de type "coup du lapin" ou un traumatisme analogue à la colonne cervicale, ou encore un traumatisme cranio-cérébral, sans preuve d'un déficit organique objectivable (ATF 134 V 109 c. 10.2 et 10.3; voir aussi TF 8C_339/2007 et 8C_152/2007 des 6 et 26 mai 2008). Selon cette jurisprudence, il y a lieu de s'en tenir à une méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquate en présence de tels troubles (ATF 134 V 109 c. 7 à 9). Par ailleurs, le TF n'a pas modifié les principes qui ont fait leur preuve, à savoir la nécessité, d'une part, d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, d'inclure, selon la gravité de l'accident, d'autres critères lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (c. 10.1). Cependant, il a renforcé les exigences concernant la preuve d'une lésion en relation de causalité naturelle avec l'accident, justifiant l'application de la méthode spécifique en matière de traumatisme de type "coup du lapin" (c. 9), et modifié en partie les critères à prendre en considération lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (c. 10).

3.8.3 Les critères énumérés de manière exhaustive dans l'ATF 134 V 109 c. 10.2 et à prendre en considération lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité sont formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 c. 10.3; SVR 2017 UV n° 41 c. 6.1):

- Les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;

- la gravité ou la nature particulière des lésions;
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible;
- l'intensité des douleurs;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes;
- l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré.

Lors de l'examen des critères précités, d'après la jurisprudence constante en matière d'accidents de type "coup du lapin", lorsqu'il est admis que les troubles sont dans un lien de causalité naturelle avec l'accident, on peut s'abstenir de distinguer entre composantes somatiques et psychiques pour l'appréciation de la causalité adéquate (ATF 117 V 359 c. 5d/aa et 6a; RAMA 1999 p. 409, 1997 p. 167 c. 4a). Pour ce faire, il faut néanmoins impérativement que les troubles psychiques soient consécutifs à l'accident en cause et qu'ils forment avec les séquelles somatiques du même accident un tableau clinique complexe (SVR 2001 UV n° 13 c. 3b).

3.9 L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet *ex nunc* et *pro futuro* à son obligation de prester, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), c'est-à-dire liquider le cas en invoquant le fait qu'un événement assuré – selon une appréciation correcte de la situation – n'est jamais survenu. Il en va de même en ce qui concerne l'examen de la causalité adéquate entre l'accident assuré et l'atteinte à la santé. Là également, l'assureur-accidents, après avoir pris en charge le traitement médical et versé des indemnités journalières, peut nier la causalité adéquate entre l'accident assuré et l'atteinte à la santé et, sur cette base, mettre fin aux prestations avec effet *ex nunc*. Ce n'est qu'en cas de demande de restitution de prestations que les conditions d'une révocation doivent être observées (voir ATF 130 V 380 c. 2.3.1).

4.

4.1 Dans la décision sur opposition attaquée, l'intimée a considéré que la recourante souffrait de douleurs cervicales de façon continue et fluctuante (en fonction des mouvements des membres supérieurs) avec

des éveils fréquents ainsi qu'un sentiment de blocage, de même que de céphalées, d'acouphènes intermittents, de vertiges et de nausées mais sans trouble de la concentration ou visuel. L'intimée a toutefois retenu que l'expertise n'avait pas permis de constater d'atteinte du système nerveux et que la recourante avait démontré un comportement douloureux caricatural lors des examens, un trouble anxieux réactionnel ayant cependant encore été posé par l'expert en psychiatrie sur le plan psychique. Suivant l'avis du médecin d'arrondissement, l'intimée a ainsi retenu que la recourante avait subi une contusion simple du rachis, sans lésion structurelle et que l'accident avait cessé de déployer ses effets sur le plan organique au 30 mai 2018. L'intimée a encore expliqué que, même si les troubles rapportés devaient être qualifiés de perceptibles cliniquement mais sans substrat organique, elle ne serait néanmoins pas tenue de continuer à fournir ses prestations, dès lors que, parmi les critères développés par la jurisprudence pour guider l'examen du lien de causalité adéquate, seul celui des douleurs importantes pourrait être admis (le cumul de 3 voire 4 critères étant nécessaire).

4.2 Dans son recours, l'intéressée affirme que la causalité naturelle doit être reconnue entre l'accident qu'elle a subi (un choc frontal alors qu'elle circulait à 50 km/h) et les atteintes qu'elle continue de présenter, dans la mesure où, depuis cet événement, elle présente des troubles appartenant typiquement au tableau clinique d'une distorsion cervicale par mécanisme de type "coup du lapin" (en particulier des éveils nocturnes fréquents qui provoquent une fatigabilité accrue, des acouphènes intermittents, ainsi que des vertiges et des nausées). Elle souligne par ailleurs qu'elle n'a jamais connu de problème de dos avant l'accident et insiste aussi sur le fait que ses ennuis de santé ont précisément commencé après l'événement litigieux. En outre, elle met en lumière qu'il ressort du rapport de son spécialiste en rhumatologie et en médecine interne qu'il ne fait aucun doute que ses douleurs sont dues à l'accident, des examens complémentaires ayant du reste encore été appointés auprès d'une polyclinique orthopédique et de chirurgie de la colonne vertébrale. Enfin, la recourante soutient que la causalité adéquate doit également être admise, dès lors qu'en plus du critère jurisprudentiel relatif à l'intensité des douleurs, celui ayant trait au caractère particulièrement impressionnant de l'accident, de

même que celui se rapportant à la présence d'une incapacité de travail importante malgré des efforts avérés, sont aussi remplis. La recourante affirme par conséquent que trois critères sont réunis et que cela suffit, au regard de la jurisprudence topique, s'agissant d'un accident qui a causé un traumatisme dont la cause organique n'est pas démontrable.

4.3 Dans sa réponse, l'intimée a surtout défendu la valeur probante du dernier rapport du médecin d'arrondissement, soulignant que les conclusions de celui-ci concordent avec les données scientifiques et avec les pièces au dossier. L'intimée a précisé que l'existence d'un lien de causalité naturelle n'était pas évidente mais que cette question pouvait demeurer indécise, puisque la causalité adéquate devait en tous les cas être niée. L'intimée a en effet écrit que l'accident devait être qualifié de moyennement grave, à la limite des accidents de peu de gravité et qu'aucun des critères découlant de la jurisprudence applicable pour examiner cette question n'était rempli.

5.

Sur le fond, se pose la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a nié l'existence d'un lien de causalité (naturelle mais aussi adéquate) entre l'accident du 28 novembre 2017 et les troubles présentés par la recourante au-delà du 30 mai 2018. A ce titre, en tant que l'intimée a admis devoir prendre en charge les suites immédiates de cet accident et qu'elle lui a alloué des indemnités journalières (la réduction pratiquée initialement ayant été levée), c'est à elle qu'il incombe, cas échéant, de supporter l'absence de preuve de la disparition du lien de causalité (voir c. 3.4).

6.

En l'occurrence, jusqu'au prononcé de la décision sur opposition attaquée (les faits survenus postérieurement, à l'instar de ceux visés par le rapport médical du 15 février 2019, produit à l'appui du recours, n'étant en principe

pas déterminants, voir ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1), le dossier contient les éléments médicaux principaux suivants.

6.1 Le département de chirurgie d'un centre hospitalier régional a rempli un questionnaire à l'intention de l'intimée le 29 novembre 2017, relatif à la première consultation, le soir même, qui a fait suite à un traumatisme cranio-cervical. Il en ressort que la recourante n'a pas subi de choc à la tête, de perte de conscience, de trou de mémoire ou de réaction anxieuse. Il a en outre été spécifié qu'elle n'a plus pu utiliser son véhicule après l'accident, en raison des dégâts survenus sur celui-ci, l'airbag ne s'étant toutefois pas déclenché. De plus, selon ce document, la recourante a souffert de migraines et de douleurs à la nuque, ainsi qu'à la colonne vertébrale, immédiatement après l'événement litigieux.

6.2 Un rapport radiologique (téléradiologie, "CT Polyspirale" [scanner spiralé] du 28 novembre 2017) a également été établi le 29 novembre 2017 par un institut universitaire spécialisé. Dans cet écrit, il a surtout été précisé qu'aucune lésion ou fracture post-traumatique cervico-thoraco-abdomino-pelvienne n'a été décelée.

6.3 Dans la déclaration d'accident du 30 novembre 2017, l'employeur de la recourante a décrit l'événement litigieux (voir c. A). Dans la rubrique "Blessure", une contusion a été évoquée à la colonne vertébrale cervicale, de même qu'à la jambe et au poignet droits. Il a en outre été spécifié que le travail a été interrompu dès le 29 novembre 2017.

6.4 Du rapport de police du 28 décembre 2017, il ressort que la recourante circulait hors d'une localité, vers 18h40, à près de 50 km/h, lorsque son véhicule a été percuté au niveau de l'avant-gauche, par l'arrière-gauche d'une automobile arrivant en sens inverse dont le conducteur venait de perdre la maîtrise (la voiture en cause ayant été équipée de trois pneus d'été et d'un seul pneu d'hiver, alors que la route était enneigée et glissante). Selon le conducteur fautif, celui-ci se déplaçait à environ 10 km/h. En outre, l'enfant de la recourante était assis à l'arrière du véhicule de cette dernière. Le montant des dégâts a été estimé à Fr. 22'500.-, la part relative à l'automobile de la recourante étant de Fr. 20'000.-. De plus, il a été précisé qu'à l'arrivée de la police, la

recourante, qui avait appelé cette dernière à 18h48, attendait à l'arrière de son véhicule avec son bébé dans les bras. Elle a ensuite été conduite en ambulance à l'hôpital.

6.5 Le 9 février 2018, un spécialiste en anesthésiologie/traitement invasif de la douleur de l'hôpital régional déjà mentionné a établi un rapport à l'intention de l'intimée et a posé le diagnostic de douleurs pan-vertébrales accentuées au niveau inter-scapulaire et cervical depuis un accident le 28 novembre 2017. Le pronostic a été jugé incertain et une reprise du travail exclue.

6.6 Le 1^{er} mars 2018, à la demande de l'intimée, un spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin assesseur certifié en capacité de travail a retenu le diagnostic de traumatisme d'hyper-extension de la colonne cervicale avec des cervicalgies persistantes. Il a expliqué que la recourante avait rapporté qu'elle avait senti des douleurs cervicales irradiant dans le dos immédiatement après l'accident. De même, il a indiqué que l'IRM effectuée après cet événement n'avait pas révélé de lésion ostéo-articulaire et que le centre hospitalier consulté en urgence avait alors posé le diagnostic de contusion de la colonne cervicale avec une hyper-extension. Selon ce spécialiste, la recourante a déclaré souffrir de migraines pouvant survenir à tout moment (déclenchées par des mouvements de rotation), de douleurs dorsales et parfois d'une sensation de blocage. Elle a aussi mentionné être gênée par un acouphène. Le chirurgien orthopédique a également signalé que la recourante présentait encore des cervicalgies et qu'elle ne pouvait rester longtemps dans la même position. Il a conclu qu'elle n'était pas en mesure de travailler mais qu'il fallait s'attendre à une reprise du travail à 50% dès le 1^{er} avril 2018, puis à 100% dès le 1^{er} mai 2018.

6.7 Dans un certificat médical du 23 mars 2018, le spécialiste en anesthésiologie et traitement invasif de la douleur a attesté que la recourante présentait une incapacité de travail de durée indéterminée à 100% et qu'elle n'était pas en mesure de reprendre le travail le 3 avril 2018. Il s'est encore adressé à l'intimée le 26 mars 2018 et a notamment expliqué qu'il était d'avis que la recourante n'était pas apte à travailler pour le moment, présentant encore des douleurs importantes dans tout le dos.

6.8 Dans un écrit du 13 avril 2018, le médecin d'arrondissement de l'intimée, un spécialiste en médecine intensive et en médecine interne, a, pour pouvoir se prononcer, requis la production de tous les examens radiologiques et des rapports y relatifs, de même que conseillé des examens neurologiques et oto-rhino-laryngologiques (ORL).

6.9 Une expertise a été organisée à la Clinique C._____ du 28 au 30 mai 2018 par des spécialistes en médecine interne générale et rhumatologique, en neurologie, en psychiatrie et psychothérapie, ainsi qu'en physiothérapie. Dans leur rapport du 28 mai 2018, les deux premiers ont posé le diagnostic de contusion rachidienne le 28 novembre 2017. Ils ont expliqué que la recourante se plaignait de douleurs cervicales basses s'étendant vers le bas, se manifestant continuellement mais fluctuant en fonction des mouvements des membres supérieurs et de la nuque. Ils ont ajouté que la recourante leur avait confié que les douleurs provoquaient des éveils nocturnes fréquents, avec un sentiment de blocage, qu'elle souffrait de céphalées importantes et que l'état de santé n'avait pas évolué. Les experts ont nié tout trouble de la concentration ou visuel mais rapporté la présence d'acouphènes intermittents, de vertiges et de nausées. Ils ont écrit que les mouvements du rachis étaient amples et harmonieux et les rotations cervicales nulles (hormis lors de mouvements spontanés). Les experts ont toutefois relevé que la recourante s'autolimitait de façon incompréhensible au cours des examens (voir aussi dossier [dos.] Suva 56/12 § 4) et annonçait des douleurs pour des stimuli qui n'étaient pas censés en provoquer. De même, ils ont avancé que la démonstration de la souffrance s'était intensifiée au cours de l'évaluation. Les experts ont donc qualifié le comportement douloureux de "caricatural", la douleur étant considérablement disproportionnée avec les données objectives. Selon eux, ces dernières ne permettraient pas de comprendre le handicap allégué. Ils ont donc conclu que le pronostic de retour au travail était surtout lié à des facteurs contextuels (dos. Suva 54/1 ss). S'agissant du volet neurologique, l'expert spécialisé dans cette discipline n'a retenu aucun diagnostic. Il a en particulier expliqué que la recourante n'apparaissait ni ralentie, ni fatigable, qu'elle ne présentait aucun trouble sensitif (hormis une discrète diminution du sens tactile sur le bord de la main droite et à deux doigts). Il a ainsi relaté que l'examen n'avait révélé

aucun signe d'une atteinte du système nerveux (dos. Suva 56/11 ss). Quant à l'expert psychiatre et psychothérapeute, il a posé le diagnostic de trouble anxieux réactionnel (ch. F41.9 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé), chez une personne qui dispose probablement d'un fonctionnement intellectuel limite, en expliquant que des signes anxieux étaient présents, notamment une hyperactivité neurovégétative lorsque la recourante se trouve au volant. Il a ajouté qu'elle manifestait un comportement d'évitement par rapport à la conduite nocturne mais pas d'idées intrusives (flashback) ou de cauchemars liés à l'accident. L'expert a en outre nié la présence d'une symptomatologie thymique décompensée, nécessitant un traitement antidépresseur (dos. Suva 56/8 ss). Enfin, l'expert en physiothérapie a déclaré que la recourante s'était plainte de douleurs cervicales, dorsales et lombaires lors de la mobilisation de la tête, ainsi que de migraine en casque. Il a retenu que la recourante sous-estimait le niveau de ses performances fonctionnelles et aussi souligné qu'elle avait fait montre de nombreuses autolimitations, si bien que l'évaluation ne traduisait que l'effort auquel la recourante avait bien voulu consentir, la cohérence étant ainsi jugée faible (dos. Suva 58/15 s.).

6.10 Le médecin d'arrondissement de l'intimée a encore expliqué, dans un rapport du 12 juin 2018, que sur le plan assécurologique, la recourante avait seulement subi une contusion simple du rachis qui n'avait occasionné aucune lésion anatomique structurelle. Partant, il a conclu que l'accident avait cessé de déployer ses effets sur le plan organique dès le 30 mai 2018, date de la fin de l'expertise pluridisciplinaire.

6.11 Avec son opposition, la recourante a produit un avis du spécialiste en anesthésiologie et traitement invasif de la douleur du 12 septembre 2018. Ce dernier y a relaté qu'il était connu qu'après un accident avec contusion de la nuque, des douleurs pouvaient persister à ce niveau durant des années, sans qu'on constate une pathologie au bilan. Il a ajouté que la recourante avait continué de souffrir de douleurs au dos comme auparavant, voire de manière péjorée pendant un certain temps. Il a aussi déclaré qu'on ne pouvait retenir que les douleurs avaient diminué ou que la

recourante allait mieux. Ce spécialiste a encore mentionné que, par rapport à son examen clinique, l'évaluation pluridisciplinaire du 28 mai 2018 lui semblait complète et qu'elle correspondait à ses examens de janvier 2018.

6.12 Le 24 septembre 2018, le médecin d'arrondissement de l'intimée a écrit que l'avis découlant du dernier rapport du spécialiste en anesthésiologie et traitement invasif de la douleur ne modifiait pas son appréciation. Il a encore demandé à pouvoir consulter l'éventuelle IRM mentionnée par le chirurgien assesseur (voir c. 6.6) dans l'hypothèse où il n'y aurait pas confusion avec le scanner (voir c. 6.2).

6.13 Le mandataire de la recourante a confirmé, le 26 novembre 2018, qu'il n'existait pas d'autre IRM que celle réalisée le 20 novembre dernier en vue d'une consultation rhumatologique fixée le 28 novembre. Le 30 novembre 2018, deux nouveaux rapports radiologiques sont parvenus à l'intimée. Une IRM du 20 novembre 2018 du rachis dorso-lombaire démontrait une discopathie L5-S1 avec une petite hernie centrale sous-ligamentaire. Cette IRM ne révélait toutefois pas de lésion vertébrale, de conflit disco-radiculaire ou d'anomalie du canal dorso-lombaire. Une IRM cervicale du 26 novembre 2018 mettait quant à elle en relief des discopathies dégénératives prédominant en C3-C4, C4-C5 et C5-C6, avec de petits becs ostéophytaires au même niveau. Il était en outre indiqué qu'au niveau C4-C5, la protrusion discale, en association avec les becs ostéophytaires, était responsable d'une réduction des trous de conjugaison non significative à gauche et significative à droite, avec un probable contact de la racine C5 à droite.

6.14 Dans un rapport du 30 novembre 2018, envoyé apparemment en annexe à une lettre du 10 décembre 2018 du mandataire de la recourante, un spécialiste en rhumatologie et médecine interne a posé le diagnostic de rachialgies diffuses post-traumatiques. Il a écrit que l'accident avait d'emblée provoqué des douleurs rachidiennes, d'abord cervicales puis s'étendant dans la région dorsale et lombaire, ainsi qu'au niveau des membres supérieurs, occasionnant parfois des paresthésies. Il a ajouté que des céphalées souvent concomitantes aux douleurs rachidiennes avaient aussi été rapportées, que la recourante n'avait jamais eu de problèmes de colonne vertébrale avant l'accident et que l'examen montrait

des contractures musculaires diffuses ainsi que des troubles statiques. Il a conseillé une physiothérapie, une antalgie et un travail de tonification musculaire.

6.15 Après avoir pris connaissance des rapports d'IRM précités, le médecin d'arrondissement s'est déterminé le 21 décembre 2018 et a alors confirmé le diagnostic de traumatisme de type "coup du lapin", ainsi que le fait que la recourante n'avait subi qu'une contusion simple de la colonne cervicale. Il a relaté que le CT-scanner du corps entier du 28 novembre 2017 excluait toute lésion traumatique organique et rappelé que les médecins consultés, de même que les investigations radiologiques complémentaires, permettaient de le confirmer. Il a précisé que l'accident avait pu aggraver de manière passagère les troubles dégénératifs du rachis illustrés par les examens radiologiques et relevé que, selon l'expertise, le tableau clinique était influencé par des facteurs contextuels. Enfin, il a indiqué qu'au vu de tous les éléments, il fallait considérer que l'accident avait cessé de déployer ses effets 6 mois après sa survenance ou au plus tard le 30 mai 2018.

7.

Pour prononcer la décision sur opposition entreprise, l'intimée s'est surtout basée sur le rapport de son médecin d'arrondissement du 21 décembre 2018. Se pose dès lors la question de la force probante de ce document.

7.1

7.1.1 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

7.1.2 La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

7.1.3 Les rapports et expertises émanant de médecins internes aux assureurs ont valeur probante, pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de façon compréhensible, soient dépourvus de contradictions et qu'il n'existe pas d'indices contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il en va de même lorsqu'un médecin est appelé de façon répétée à effectuer des expertises pour le compte d'une assurance (SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4). Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité. Eu égard à l'importance considérable qu'un tel rapport médical a en matière de droit des assurances sociales, il convient de poser des exigences sévères s'agissant de l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 c. 3b/ee).

7.2

7.2.1 D'un point de vue formel, il convient de constater que le médecin d'arrondissement a rendu ses conclusions en pleine connaissance des documents médicaux pertinents (voir dos. Suva 87/1-3). Certes, ni le médecin d'arrondissement, ni la décision sur opposition ne mentionnent le rapport du rhumatologue traitant, du 30 novembre 2018, produit par la recourante. Néanmoins, cet écrit ne contient aucun élément nouveau. Il se limite essentiellement à décrire l'historique et l'état de la recourante (déjà largement documenté au dossier), de même qu'à résumer les différents rapports d'IRM, qui ont quant à eux été discutés par le rapport du médecin d'arrondissement repris dans la décision sur opposition attaquée. Par

conséquent, on ne saurait remettre en cause la valeur probante du rapport du médecin d'arrondissement sous cet angle formel. Par ailleurs, le rapport de synthèse du médecin d'arrondissement est en particulier fondé sur les résultats de l'expertise pluridisciplinaire menée par des spécialistes en rhumatologie, neurologie, psychiatrie/psychothérapie et physiothérapie, de sorte que, même si le médecin d'arrondissement de l'intimée dispose seulement d'une spécialisation en médecine intensive et en médecine interne générale, ses qualifications ne sauraient être critiquées. De plus, l'expertise précitée, qui a été réalisée après un examen personnel de la recourante, fait état des plaintes subjectives et de l'anamnèse détaillée de cette dernière (personnelle, familiale, sociale et professionnelle), de sorte qu'il convient d'admettre que le médecin d'arrondissement a tenu compte de ces éléments. Enfin, dans le rapport de ce dernier, la description du contexte médical est claire et les conclusions qui en découlent sont détaillées, motivées et ne laissent pas apparaître d'élément permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise. La valeur probante du rapport du 21 décembre 2018 doit dès lors être reconnue sur le plan formel.

7.2.2 Quant au point de vue matériel, il y a d'abord lieu de souligner que le diagnostic du médecin d'arrondissement, soit un traumatisme de type "coup du lapin", n'est pas critiqué par la recourante (voir ch. III.2 § 3 du recours) et fait l'objet d'un consensus parmi les médecins consultés. Un tel consensus se dégage également des avis de ces derniers, quant au fait qu'aucune lésion fonctionnelle traumatique n'a été mise en évidence (dos. Suva 2/1, 4/3, 24/1, 30/1, 54/1 s., 87/3 et 93/1), comme l'a aussi écrit de façon probante le médecin d'arrondissement, qui a d'ailleurs fait compléter la documentation médicale pour s'en assurer (dos. Suva 42). Cette conclusion découle du reste expressément du CT-scanner effectué après l'accident (le jour de celui-ci; dos. Suva 45/2), dont les résultats ont été relevés par le médecin-conseil de l'intimée (sous la désignation d'IRM; voir c. 6.6), par les experts en rhumatologie et en neurologie (qui les ont confirmés; dos. Suva 54/6 § 8), ainsi que par le rhumatologue traitant (dos. Suva 93/1). De même, le spécialiste en anesthésiologie et traitement invasif de la douleur a indiqué qu'il n'avait constaté qu'une dureté de la musculature du dos (dos. Suva 38, voir aussi dos. Suva 30 et 93/1; à noter

que de telles contractures ne peuvent constituer un substrat organique des douleurs selon le Tribunal fédéral des assurances [TFA, ancienne dénomination des cours de droit social du TF], voir TFA U 360/05 du 21 août 2006 c. 3.4, U 211/03 du 20 janvier 2004 c. 2.3). De plus, les rapports d'IRM des 20 et 26 novembre 2018 n'ont mis en relief que des atteintes dégénératives que rien au dossier ne permet d'attribuer à l'accident litigieux, comme l'a également fait remarquer à bon droit l'intimée (ch. 4.3 de la réponse). Par ailleurs, il convient encore de tenir compte de l'avis des experts mandatés par l'intimée, qui ont insisté sur le fait que, durant les examens physiques, la recourante s'était autolimitée de façon incompréhensible au vu des données médicales (au point qu'ils ont qualifié ce comportement de "parasitage" de leur examen et mentionné que ce dernier n'avait finalement permis que de mettre en exergue des incohérences et une disproportion entre les données objectives et la douleur rapportée; dos. Suva 54/6 s.). Les experts n'ont ainsi relevé aucune limitation de l'appareil locomoteur mais surtout une attitude caricaturale de l'intéressée, s'agissant de l'illustration de ses douleurs (dos. Suva 6 s.). On ajoutera à cela que les constatations des experts, quant aux limitations de la mobilité démontrées par la recourante (en particulier une rotation cervicale nulle), contrastent avec celles faites environ 3 mois plus tôt par le médecin-conseil de l'intimée, qui avait relevé que la recourante pouvait marcher sans difficulté et qu'elle présentait une mobilité libre de la colonne cervicale, y compris pour les mouvements de rotation (dos. Suva 30/1 et 54/5 § 4; la recourante ayant toutefois déclaré lors de l'expertise que sa situation était restée identique depuis l'accident; dos. Suva 54/3). De surcroît, on ne saurait ignorer qu'alors que la recourante a confié au médecin du centre hospitalier (le lendemain de l'accident) et au médecin-conseil que ses douleurs étaient survenues immédiatement après l'événement du 28 novembre 2017 (dos. Suva 4/2, 30/1 et 93/1 à comparer avec 54/2 et 56/12), il apparaît qu'à la suite de la collision, la recourante a été en mesure de passer du siège conducteur à la banquette arrière de son véhicule sans sortir de ce dernier (sa portière étant restée coincée; dos. Suva 25/16 et 54/2). Dès lors, dans ces circonstances, c'est de façon cohérente que le médecin d'arrondissement a considéré que l'accident n'avait causé aucune lésion structurelle. Cela vaut d'autant plus que, même si le spécialiste en anesthésiologie et traitement invasif de la douleur a écrit

que la persistance des troubles de la recourante constituait un phénomène connu, s'agissant d'un traumatisme de type "coup du lapin", il a néanmoins admis que ceux-ci étaient issus de conséquences médicalement inexplicables (voir c. 6.11). Dès lors, au vu de tout ce qui précède, on ne voit rien à redire à l'avis du médecin d'arrondissement, en tant qu'il a conclu que l'accident avait tout au plus aggravé passagèrement l'état dégénératif documenté au dossier et que le traumatisme devait avoir cessé de déployer ses effets après 6 mois ou au plus tard après la fin de l'expertise pluridisciplinaire. Ces conclusions étant ainsi convaincantes et dénuées de contradiction, une pleine valeur probante doit être reconnue au rapport du médecin d'arrondissement du 21 décembre 2018, aussi sur le plan matériel.

7.3 Il s'ensuit que c'est à raison que l'intimée a exclu l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles encore présentés par la recourante au-delà du 30 mai 2018. Partant, l'intimée était fondée à mettre fin aux prestations transitoires déjà allouées (indemnités journalières et prise en charge des traitements médicaux) au 30 juillet 2018 (voir c. 3.9) et de refuser toutes autres prestations de longue durée.

8.

Il y a encore lieu de souligner que, même si un lien de causalité naturelle devait être reconnu, le droit à des prestations de l'intimée au-delà du 30 mai 2018 devrait néanmoins être exclu, faute de lien de causalité adéquate.

8.1 A ce propos il convient tout d'abord de relever que, comme évoqué, il n'est pas contesté et ressort du dossier que la recourante a subi un traumatisme de type "coup du lapin", dont les symptômes ne sont pas objectivables du fait d'un substrat organique telle une altération structurelle (voir c. 7.2). Quant à savoir si ces derniers correspondent au tableau clinique typique de cette lésion (voir c. 3.7), il sied de souligner ce qui suit. En plus de ses céphalées et de ses douleurs dorsales et cervicales, la recourante a notamment déclaré souffrir de vertiges, de nausées, de troubles de la mémoire, de fatigabilité et d'intolérance à la lumière (voir dos.

Suva 54/3 et 56/12). Certes, elle n'a rapporté de telles plaintes que lors de l'expertise de fin mai 2018, plusieurs mois après l'accident. Ces symptômes n'ont en particulier pas été mentionnés dans la déclaration d'accident (qui ne cite que des contusions à la colonne vertébrale/cervicale, à la jambe et au poignet), ainsi que dans le questionnaire rempli par le centre hospitalier au lendemain de l'accident, dans lequel cet établissement avait expressément exclu toute perte de conscience ou réaction anxieuse, de même qu'un trouble de la mémoire, des vertiges, des nausées, des vomissements, ainsi que des troubles de l'audition ou du sommeil (dos. Suva 4/1 s.). Aussi, lors de sa consultation du 16 février 2018 auprès du médecin-conseil de l'intimée, la recourante n'a pas non plus fait part de ces symptômes mais seulement des céphalées, des douleurs cervicales et dorsales, ainsi que des acouphènes (dos. Suva 30; voir aussi dos. Suva 15). Néanmoins, d'après la jurisprudence, il n'est pas nécessaire que ces autres troubles caractéristiques du tableau clinique apparaissent dans les 72 heures suivant l'accident (contrairement aux troubles à la nuque et à la colonne cervicale; TF 8C_792/2009 du 1^{er} février 2010 c. 6.1, 8C_450/2007 du 17 janvier 2008 c. 6, 8C_8/2007 du 15 janvier 2008 c. 4.1). Partant, il sied d'admettre que la recourante a présenté des troubles caractéristiques d'un traumatisme de type "coup du lapin", même si ceux-ci ont été signalés plusieurs mois après l'accident. Cela étant et dans la mesure où il ne ressort pas du dossier (notamment au vu des explications de l'expert psychiatre et psychothérapeute) que ces symptômes ont été relégués au second plan en raison d'un problème psychique prédominant, l'examen du lien de causalité adéquate doit se faire d'après les critères développés dans la jurisprudence relative au "coup du lapin", c'est-à-dire selon la méthode la plus favorable à la recourante ne différenciant pas les symptômes physiques de ceux psychiques (voir c. 3.7).

8.2 S'agissant de cet examen, force est premièrement de constater que le montant des dégâts liés à l'accident est important (s'agissant surtout de la voiture de la recourante). Toutefois, dans la mesure où les véhicules impliqués roulaient à des vitesses réduites (10 et 50 km/h), que le choc entre ceux-ci est survenu au niveau de leurs ailes (et pas frontalement), que l'automobile de l'intéressée est demeurée sur sa voie après l'impact, que son airbag ne s'est pas déclenché, qu'aucun des autres protagonistes

impliqués n'a été blessé (en particulier, ni le conducteur fautif, ses deux passagers ou encore l'enfant de la recourante, voir dos. Suva 25/10 et 25/14), que l'intéressée portait sa ceinture et qu'elle a pu se préparer à la collision (voir dos. Suva 4/1), force est d'admettre que l'accident ne peut être qualifié que de moyen, à la limite des accidents de peu de gravité (voir dans un cas similaire: TF 8C_796/2013 du 30 septembre 2014 c. 5.2; voir aussi TF 8C_576/2007 du 2 juin 2008 c. 5.3 et RFJ 2008 p. 438 c. 3c; pour une casuistique, voir également: RUMO-JUNGO/HOLZER, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, 2012, p. 64 ss). Pour les mêmes raisons, on ne saurait par ailleurs retenir que l'accident a été accompagné de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou qu'il a présenté un caractère particulièrement impressionnant (voir à ce propos: TF 8C_475/2018 du 5 septembre 2019 c. 5.3.1.1, 8C_96/2017 du 24 janvier 2018 c. 5.1). Du reste, la recourante, même si elle évite dorénavant de conduire la nuit, a repris le volant et n'a pas souffert d'un état post-traumatique ou de cauchemars récurrents par rapport à l'accident (dos. Suva 56/10). De plus, il n'est ni allégué, ni établi, qu'une erreur dans le traitement médical a été commise et qu'elle a conduit à une aggravation notable des séquelles de l'accident. Il en va de même, s'agissant du critère relatif aux difficultés apparues au cours de la guérison et aux complications importantes. Quant à l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible, il apparaît que des traitements de physiothérapie, de fangothérapie (voir pièce justificative [PJ] 1 de la recourante) ainsi que par des infiltrations et par la prise de médicaments, ne remplissent pas ce critère (TF 8C_99/2019 du 8 octobre 2019 c. 4.4.2.2, 8C_566/2013 du 18 août 2014 c. 6.2.3, 8C_55/2013 du 7 janvier 2014 c. 4.5.4, 8C_327/2008 du 16 février 2009 c. 4.2). Par ailleurs, aucune pièce au dossier ne met en évidence le suivi d'un traitement médical lourd et éprouvant ou une hospitalisation durable. En outre, la recourante ne présentait pas une position corporelle particulière au moment de l'accident, n'a subi aucune blessure importante en plus des symptômes typiques d'un "coup du lapin" et ces derniers ne se sont pas manifestés d'une manière particulièrement prononcée. Partant, il convient également de nier la réalisation du critère relatif à la gravité ou à la nature particulière des lésions (voir ATF 134 V 109 c. 10.2.2; SVR 2019 UV n° 11 c. 8.5). De surcroît, s'agissant du critère

relatif à l'intensité des douleurs, on ne saurait non plus admettre qu'il est réalisé (contrairement à ce que l'intimée a retenu dans la décision sur opposition attaquée mais plus dans sa réponse), dès lors que les experts ont remis en cause la crédibilité de l'ampleur des douleurs rapportées par la recourante (voir c. 7.2 et ATF 134 V 109 c. 10.2.4; SVR 2017 UV n° 9 c. 9). Finalement, dans la mesure où la recourante n'a attesté d'aucun effort particulier en vue de reprendre le travail (aucun essai en ce sens n'étant documenté au dossier ou allégué par l'intéressée, alors qu'une reprise a été jugée possible par le médecin-conseil de l'intimée dès le 1^{er} avril 2018; dos. Suva 30), que les experts ont également indiqué qu'il n'y avait aucune contre-indication à un tel projet (dos. Suva 54/7) mais que, lorsqu'ils lui ont proposé d'envisager un retour progressif au travail, celle-ci s'est retranchée derrière l'intensité de ses douleurs (dos. Suva 54/7), on ne saurait non plus considérer que le critère ayant trait à l'importance de l'incapacité de travail en dépit d'efforts raisonnables de l'assurée est rempli (voir à ce propos: ATF 134 V 109 c. 10.2.7; SVR 2009 UV n° 13 c. 7.7.1). Dès lors, ainsi que l'a souligné à juste titre l'intimée dans sa réponse (voir ch. 6.1 à 6.5), aucun des critères exigés par la jurisprudence n'est rempli. Partant, même s'il fallait reconnaître l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles encore présentés par la recourante au-delà du 30 juillet 2018, l'obligation de continuer de prêter de l'intimée devrait néanmoins être niée, faute de lien de causalité adéquate.

9.

Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

9.1 En vertu de l'art. 61 let. a LPGA, il n'est pas perçu de frais pour la procédure de recours.

9.2 Il n'y a lieu d'allouer de dépens ni à la recourante qui n'obtient pas gain de cause ni à l'intimée. L'octroi de dépens à un assureur pratiquant l'assurance-accidents obligatoire rendrait en effet le principe de la gratuité illusoire (art. 61 let. a et g LPGA; ATF 127 V 205 c. 3a, 126 V 143).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire de la recourante,
 - à l'intimée,
 - à D. _____ SA,
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

La présidente:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).