

# **VD\_GERICHTE ZA24.051729 vom 12. März 2026**

VD Tribunal cantonal, 2026-03-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA24.051729](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA24.051729)

FR: VD\_GERICHTE ZA24.051729 du 12 mars 2026

IT: VD\_GERICHTE ZA24.051729 del 12 marzo 2026

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, le recours a été déposé auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]), si bien qu'il est recevable *ratione materiae* et respecte les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment). Il apparaît, en outre, selon le suivi des envois, que la décision sur opposition litigieuse a été notifiée à la recourante le 19 octobre 2024 et que son recours a été remis à la Poste suisse le 17 novembre 2024, si bien que le délai de 30 jours a été respecté. Le recours est donc également recevable *ratione temporis*. Enfin, compte tenu du dernier lieu de travail de la recourante, qui se situe en Suisse, à S\*\*\*, la recevabilité du recours est aussi acquise *ratione loci*.

### **E. 2**

Le litige a pour objet le point de savoir si la recourante peut prétendre, en lien avec les accidents survenus les 22 juin 2022 et 26 janvier 2024, à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 26 avril 2024. 10J010

- 9 -

### **E. 3**

a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident 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. b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua*

non de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références citées). Le point de savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 402 consid. 4.3.1). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un 10J010

- 10 - rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement post hoc ergo propter hoc ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). 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 (TF 8C\_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1). c) 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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid.

### **E. 3.2**

et la référence ; TF 8C\_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.1). d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, 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 ou 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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A l'inverse, 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 ; TF 8C\_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.2). 10J010

- 11 - e) Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve incombe à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité. 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 (ATF 117 V 265 consid. 3b et les références citées ; TF 8C\_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2 ; voir également ATF 139 V 176 consid. 5.2).

#### **E. 4**

a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son 10J010

- 12 - contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). b) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence ; TF 8C\_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 9C\_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 360 consid. 5b). 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 (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 319 consid. 5a).

#### **E. 5**

a) En l'espèce, l'intimée ne remet pas en cause, à juste titre, le caractère accidentel des événements des 22 juin 2022 et 26 janvier 2024, puisqu'elle a pris en charge les suites de ces accidents. Se fondant sur les appréciations du Dr O. \_\_\_\_\_, l'intimée a toutefois mis

un terme à son intervention au titre de l'assurance-accidents 10J010

- 13 - au 26 avril 2024, au motif que les troubles persistants au niveau lombaire et cervical, au-delà de cette date, résultaient d'atteintes dégénératives indépendantes des accidents de la voie publique des 22 juin 2022 et 26 janvier 2024. b/aa) Dans son appréciation du 22 août 2024, le Dr O. \_\_\_\_\_ a exposé, en se fondant notamment sur les IRM réalisées les 22 février 2024 (colonne cervicale) et 7 mars 2024 (rachis), les raisons pour lesquelles il fallait considérer que l'accident du 26 janvier 2024, qui avait causé une contusion cervicale, ainsi qu'une contusion lombaire, avait fini de déployer ses effets délétères après trois mois au maximum. Il a ainsi observé que les imageries évoquées ci-avant n'avaient pas mis en évidence de lésions objectivables permettant d'établir l'existence probable d'une atteinte traumatique. Les constatations déduites de l'IRM de la colonne cervicale avait fait ressortir des éléments qui plaidaient bien plutôt dans le sens de la présence d'atteintes malades, en particulier sous la forme d'une discopathie dégénérative C5-C6, sans évidence pour un conflit discoradiculaire. En outre, les examens radiologiques permettaient d'exclure une origine traumatique aux diagnostics de lombosciatalgies et de névralgies cervicobrachiales posés pour la première fois par le Dr G. \_\_\_\_\_ en mai 2024 (cf. rapport du 7 mai 2024). Un potentiel diagnostic d'entorse cervicale par « coup du lapin » devait par ailleurs être écarté selon le médecin-conseil. En effet, si l'action vulnérante du choc avait certes été susceptible de pouvoir générer un traumatisme en flexion et hyperextension de la colonne cervicale, il n'était pas apparu de tableau clinique caractéristique d'un whiplash. A cet égard, aucun des médecins consultés par la recourante n'avait fait état de symptômes tels que des vertiges, des maux de tête diffus, des troubles de la concentration ou de la mémoire, une fatigabilité accrue ou encore une dépression. 10J010

- 14 - Aussi, pour le Dr O. \_\_\_\_\_, seules des contusions lombaire et cervicale pouvaient être retenues à titre de conséquences de l'événement du 26 janvier 2024. Ces atteintes s'inscrivant dans un status antérieur de type dégénératif, le statu quo sine devait être arrêté au 26 avril 2024, soit trois mois après l'événement. bb) Quant à l'accident du 22 juin 2022, le Dr O. \_\_\_\_\_ a constaté que les pièces médicales faisaient état d'un tableau identique, à savoir des cervicalgies et des névralgies, associées à des lombalgies. L'examen clinique rapportait une raideur cervicale associée à des contractures paracervicales et scapulaires, aucun bilan paraclinique n'ayant été réalisé pour le surplus. Dans le complément apporté le 16 janvier 2025, le Dr O. \_\_\_\_\_ a précisé que la radiographie du rachis lombaire effectuée le 30 août 2022 ne révélait pas de fracture mais la présence de troubles dégénératifs à type de discopathie L5-S1 et d'ostéophytes au niveau du plateau supérieur de L3 signalant une pathologie dégénérative. Dès lors, une contusion du rachis cervical et lombaire pouvait tout au plus être retenue dans un contexte de status antérieur dégénératif à type de discopathie. Cette atteinte cessait de déployer ses effets trois mois au plus tard après l'accident. c) En l'occurrence, aucun avis médical, ni aucun autre élément au dossier, ne permet de remettre valablement en cause l'appréciation convaincante du Dr O. \_\_\_\_\_, qui a tenu compte des pièces médicales antérieures et qui s'est fondé sur les imageries à disposition. aa) En particulier, le Dr I. \_\_\_\_\_, neurologue qui avait été consulté par la recourante, est parvenu à des conclusions similaires dans son rapport du 4 avril 2024. Il n'a ainsi pas visualisé, dans les imageries réalisées en février et mars 2024, de lésions traumatiques, mais exclusivement des atteintes dégénératives, à savoir en particulier des discarthroses et arthropathies étagées aux niveaux C4-C5 et C5-C6, ainsi qu'au niveau lombaire, un discret spondylolisthésis de grade I au niveau L4- L5, ainsi qu'un étalement

discal C5-C6 susceptible d'irriter la racine C6. L'IRM cervicale mettait en outre en évidence un important déconditionnement musculaire. 10J010

- 15 - bb) Quant au rapport établi le 10 décembre 2024 par le Dr P. \_\_\_\_\_, produit par la recourante au stade de la réplique, il se limite pour l'essentiel à faire état de la persistance d'une symptomatologie douloureuse, se localisant tant au niveau de la région lombaire gauche qu'au niveau cervical, irradiant vers les trapèzes et la région pectorale. Comme l'a observé le Dr O. \_\_\_\_\_ dans son appréciation complémentaire du 16 janvier 2025, le rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ ne mentionne aucun diagnostic traumatique. En effet, seuls les diagnostics – repris des Dr G. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ – de névralgie cervicobrachiale droite sur discopathie C5-C6 et de lombosciatalgie droite sont retenus. Or le Dr O. \_\_\_\_\_ a précisément écarté toute origine traumatique à ces deux diagnostics, compte tenu des imageries figurant au dossier. Le rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ n'apporte donc aucun élément médical nouveau, qui aurait été ignoré du Dr O. \_\_\_\_\_ ou dont il n'aurait pas tenu compte. Par ailleurs, le rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ ne comporte aucune analyse du lien de causalité, ce médecin se limitant à considérer un tel lien comme d'emblée acquis. L'approche adoptée par le Dr P. \_\_\_\_\_ repose sur le seul fait que les plaintes et pathologies sont apparues après l'accident du 26 janvier 2024, ce qui relève d'un raisonnement de type « post hoc ergo propter hoc » (cf. consid. 3b supra). Semblable assertion permet uniquement de considérer l'existence d'un rapport de cause à effet comme une hypothèse possible, ce qui n'est pas suffisant. En effet, le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. C'est le lieu de relever également que l'affirmation de la recourante, selon laquelle elle n'avait jamais présenté des symptômes aussi handicapants avant les accidents, ne permet pas d'examiner la situation sous un autre angle. cc) En outre, l'argument de la recourante, selon lequel elle aurait présenté des symptômes typiques d'un « coup du lapin » à la suite de l'accident du 26 janvier 2024, lesquels auraient nécessité la prise d'un anxiolytique dès le 8 février 2024, ainsi que d'un antidépresseur dès le 10 avril 2024 (cf. déterminations du 19 février 2025), ne peut être retenu, au 10J010

- 16 - stade de la vraisemblance prépondérante. En effet, seules des céphalées ont été mentionnées par le Dr G. \_\_\_\_\_ à la suite de l'accident en question (cf. rapport du 15 mars 2024), ce qu'a du reste relevé le Dr O. \_\_\_\_\_. Par ailleurs, on ignore pour quelles raisons les traitements anxiolytique et antidépresseur ont été prescrits, les ordonnances ne fournissant aucune indication à ce sujet. Or, on ne peut exclure, en l'état, que la recourante ait nécessité ces traitements dans le contexte familial difficile, lié notamment à l'état de santé de son père, lequel est décédé en juillet 2024, qu'elle a relaté dans son mémoire de recours. A cet égard, on relèvera encore que les troubles du sommeil et la diminution thymique avec anxiété, fatigabilité morale et intellectuelle évoqués par le Dr G. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 28 août 2024 étaient en lien, selon ce médecin, avec les douleurs chroniques et l'incapacité persistante de l'assurée. Il ne ressort ainsi pas de ce rapport qu'elles découleraient d'une lésion causée par l'accident, en particulier d'une éventuelle entorse cervicale, mais bien qu'elles résultent de la situation de la recourante et des difficultés qu'elle rencontre. dd) On ne peut en outre pas reprocher au Dr O. \_\_\_\_\_ de ne pas s'être prononcé sur les limitations fonctionnelles. En effet, le médecin-conseil n'a pas nié leur existence, tout comme il n'a pas nié que la recourante souffrait d'une discopathie C5-C6 et de lésions arthrosiques lombaires. Il a toutefois souligné que ces diagnostics

avaient une origine purement dégénérative. Par conséquent, ils ne relevaient pas de l'assurance-accident, ce qui dispensait de tout examen des limitations fonctionnelles en découlant. d) En définitive, l'intimée était fondée à nier tout lien de causalité naturelle entre, d'une part, les accidents des 22 juin 2022 et 26 janvier 2024 et, d'autre part, les troubles présentés par la recourante après le 26 avril 2024, en se fondant sur l'avis probant du Dr O.\_\_\_\_\_. C'est donc à juste titre qu'elle a mis un terme aux prestations versée au titre de l'assurance-accidents au 26 avril 2024.

#### **E. 6**

a) Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté. 10J010

- 17 - b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPG), ni d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG).

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