

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 mars 2026

Composition : M. TINGUELY, président
Mme Livet, juge, et Mme Bösch, assesseure
Greffière : Mme Huser

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à Q***, recourante,

et

VAUDOISE GENERALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, à Lausanne,
intimée.

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 LAA

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, ressortissante [...] domiciliée à Q***, a été engagée le 1^{er} avril 2022 en tant qu'aide-infirmière à 80% auprès d'A._____ ([...]), à S***, organisme dépendant de l'O._____ ([...]). A ce titre, elle était assurée obligatoirement contre le risque d'accident professionnel et non professionnel auprès de Vaudoise Générale, Compagnie d'Assurances SA (ci-après : la Vaudoise ou l'intimée).

B. Par déclaration d'accident du 1^{er} juillet 2022, l'employeur a informé la Vaudoise que l'assurée s'était blessée le 22 juin 2022 dans les circonstances suivantes (sic) : « Je rentrais du travail en voiture quand j'ai dû freiner à cause d'une voiture garée qui empiétait sur la route. Une camionnette arrivait en sens inverse et je ne pouvais pas me déporter sur la gauche. La voiture derrière moi n'a pas vu j'étais à l'arrêt et elle m'a percuté par l'arrière. ». Une incapacité de travail à 100% a été attestée dès le lendemain de l'accident.

Par ordonnance du 30 juin 2022, le Dr G._____, médecin généraliste pratiquant en V***, a prescrit à l'assurée de la kinésithérapie de l'entier du rachis pour « cervicalgie névralgie post AVP [accident de la voie publique], lombalgie ».

Dans un rapport initial du 8 juillet 2022, le médecin précité a indiqué qu'il avait été consulté par l'assurée pour la première fois le 23 juin 2022 dans les suites de l'événement survenu le jour d'avant. Il avait alors constaté une raideur cervicale avec des contractures para-cervicales et scapulaires et retenu le diagnostic de cervicalgies post-traumatiques sur contractures.

Dès le 11 juillet 2022, l'assurée a repris son activité professionnelle à 100%.

Par ordonnance du 11 août 2022, le Dr G._____ a prescrit de la kinésithérapie du rachis lombaire pour une rééducation lombaire.

Aux termes d'un rapport du 30 août 2022, la Dre J._____, médecin radiologue exerçant en V***, n'a identifié aucune lésion traumatique significative, à la suite d'une radiographie du rachis lombaire effectuée le même jour.

Il ressort d'un décompte final du 28 octobre 2022 que la Vaudoise a versé des indemnités journalières en faveur de l'assurée jusqu'au 10 juillet 2022 et qu'elle a remboursé les frais de traitement jusqu'au 11 octobre 2022, date de la dernière séance de kinésithérapie.

Dans une attestation établie le 5 février 2024, le Dr G._____ a certifié que l'état de santé de l'assurée était consolidé depuis le 31 août 2022, à la suite de l'accident du 22 juin 2022.

C. Le 26 janvier 2024, l'assuré a été victime d'un nouvel accident de la voie publique.

Le même jour, elle a consulté le Service des urgences de l'Hôpital privé W***, à U***, où le Dr K._____, médecin généraliste, a diagnostiqué une entorse cervicale, ainsi qu'une contusion lombaire. Il a attesté d'une incapacité de travail totale dès le 27 janvier 2024.

Le 28 janvier 2024, l'assurée a rempli une déclaration à l'attention de son employeur, dans laquelle elle a décrit l'accident survenu le 26 janvier 2024 comme suit (sic) : « Suite à un ralentissement sur l'autoroute [et un] freinage d'urgence, notre [faisant référence à son mari] véhicule s'est arrêté à 50 cm du véhicule devant nous, mais la voiture derrière nous n'a pas pu s'arrêter à temps et nous a percuté à l'arrière, projetant notre voiture contre le véhicule devant nous ».

Par déclaration de sinistre du 31 janvier 2024, l'employeur a annoncé l'évènement du 26 janvier 2024 à la Vaudoise. Dans la description de l'accident, il était précisé qu'il y avait eu un choc arrière et avant.

Une IRM cervicale réalisée le 22 février 2024 a mis en évidence une discopathie C5-C6 avec un débord discal postérolatéral droit et l'absence de trait de fracture ou de luxation cervicale.

A la suite d'une IRM lombaire effectuée le 7 mars 2024, le médecin radiologue a précisé, dans un rapport y relatif du même jour, qu'il n'y avait pas d'argument pour un conflit discoradiculaire.

Dans un rapport initial du 15 mars 2024, le Dr G. _____ a repris les indications de l'assurée dans les termes suivants : « Choc AVP par l'arrière puis l'avant. Douleurs rachidiennes et céphalées. » Il a retenu le diagnostic de cervicalgies et lombalgies post-traumatiques et attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 26 janvier 2024.

Aux termes d'un rapport du 4 avril 2024, le Dr I. _____, neurochirurgien exerçant en V***, a mentionné que l'IRM cervicale mettait en évidence une discarthrose étagée, un étalement discal C5-C6 droit pouvant irriter la racine C6, des arthropathies étagées C4-C5 et C5-C6, un important déconditionnement musculaire, ainsi que l'absence de myélopathie. Quant à l'IRM lombaire, elle montrait une discarthrose étagée, ainsi qu'un discret spondylolisthésis de grade I L4-L5 associé à des arthropathies en regard et l'absence de compression radiculaire. Le médecin précité a recommandé des séances de kinésithérapie et de balnéothérapie, associées à une activité physique régulière. Il a également évoqué la possibilité d'une infiltration articulaire L4-L5 bilatérale et a prescrit un traitement par corticoïde.

Un rapport accident a été établi le 2 mai 2024 par un « care manager » de la Vaudoise après un entretien avec l'assurée le 29 avril 2024. Il en ressort que celle-ci était prête à reprendre le travail moyennant un

aménagement de son poste. Les douleurs et la fatigue représentaient des obstacles à une telle reprise, avec toutefois une évolution favorable.

Dans un rapport du 7 mai 2024, rempli à la demande de la Vaudoise, le Dr G._____ a retenu les diagnostics de lombosciatalgies et névralgies cervicobrachiales et indiqué que le traitement durerait probablement encore six mois.

Dans un courriel du 31 mai 2024, le Dr M._____, spécialiste en médecine du travail qui a reçu l'assurée en consultation le 29 mai 2024, a retenu que celle-ci présentait une névralgie cervicobrachiale chronique droite sur discopathie C5-C6 probablement séquellaire de l'accident mais survenue sur un terrain de discarthrose étagée, ainsi qu'une lombosciatalgie chronique droite sur un terrain de discarthrose étagée avec spondylolisthésis L4-L5.

A partir du 1^{er} juillet 2024, une incapacité de travail à 50% a été attestée avec des limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de position prolongée en porte à-faux et pas de station debout ou assise prolongée).

Le cas de l'assurée a été soumis au Dr O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de la Vaudoise, qui a, aux termes d'une appréciation du 22 août 2024, posé les diagnostics de contusion cervicale, discopathie dégénérative C5-C6, ainsi que de contusion lombaire. Selon lui, les troubles encore présentés par l'assurée étaient en relation de causalité seulement possible avec l'accident survenu le 26 janvier 2024. Il a encore précisé que les diagnostics retenus s'inscrivaient dans un status antérieur de type dégénératif avec un *statu quo sine* au 26 avril 2024 et écarté le diagnostic d'entorse cervicale par « coup du lapin » qui ne correspondait pas au tableau clinique caractéristique d'une telle atteinte.

Par décision du 23 septembre 2024, la Vaudoise a informé l'assurée qu'en l'absence de lien de causalité naturelle entre les troubles du rachis qui persistaient et les événements des 22 juin 2022 et 26 janvier

2024, elle cessait son intervention au 26 avril 2024, précisant que celle-ci présentait des atteintes d'origine malade, préexistantes à ces deux accidents, lesquels avaient seulement décompensé momentanément la situation, tout au plus durant trois mois.

Par courrier du 9 octobre 2024, l'assurée a formé opposition contre la décision précitée. Elle a fait valoir qu'elle souffrait de névralgies cervicobrachiales avec paresthésies des membres supérieurs, principalement à droite, qui se manifestaient lors de positions prolongées, notamment pendant la conduite, sur un poste de travail devant un ordinateur et surtout la nuit. En outre, elle présentait des lombalgies. Elle a souligné qu'elle n'avait jamais ressenti des symptômes aussi handicapants, mentionnant toutefois deux épisodes de lumbagos par le passé. Selon elle, il existait un lien de causalité entre ses troubles actuels et les deux accidents dont elle avait été victime.

Par décision sur opposition du 14 octobre 2024, la Vaudoise a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé la décision du 23 septembre 2024. Elle s'est référée à l'appréciation du 22 août 2024 du Dr O._____, ainsi qu'aux pièces figurant au dossier de l'assurée, rappelant que le fait que des douleurs justifiant un traitement médical soient apparues après l'accident n'était pas déterminant et ne permettait pas de déduire qu'elles étaient d'origine traumatique.

D. Par acte du 12 octobre 2024 déposé le 17 novembre 2024, l'assurée a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée, en concluant implicitement à son annulation. Elle a réitéré pour l'essentiel les arguments invoqués dans le cadre de son opposition, tout en précisant que les médecins consultés lui avaient indiqué que ses symptômes étaient liés à deux débords de disques cervicaux, un débord de disque lombaire, ainsi qu'à un important déconditionnement musculaire et qu'ils avaient signalé un début d'arthrose.

Dans sa réponse du 3 décembre 2024, la Vaudoise a conclu au rejet du recours, en se référant à la décision sur opposition du 14 octobre 2024, ainsi qu'aux pièces du dossier. Elle a en particulier relevé que les griefs formulés par la recourante n'apportaient pas d'éléments nouveaux.

Par réplique du 20 décembre 2024, l'assurée a persisté dans ses conclusions. A l'appui de son écriture, elle a produit un rapport d'expertise privée du 10 décembre 2024 du Dr P._____, qui a notamment indiqué que la consolidation médico-légale devait être reportée, proposant de revoir l'assurée en mai ou juin 2025.

Dupliquant le 21 janvier 2025, l'intimée a maintenu sa position et s'est référée à ses écritures précédentes. Elle a fourni une nouvelle appréciation du 16 janvier 2025 du Dr O._____, qui s'est prononcé sur le rapport du 10 décembre 2024 du Dr P._____ et a conclu que le rapport en question n'était pas de nature à remettre en cause son appréciation du 22 août 2024.

Le 19 février 2025, la recourante s'est encore déterminée et a produit un lot de pièces, dont un rapport complété le 28 août 2024 par le Dr G._____, dans la cadre de la coordination des systèmes de sécurité sociale avec l'Union européenne, aux termes duquel ce médecin indiquait que l'assurée souffrait de douleurs cervicales, dorsales, lombaires et au niveau fessier, d'une névralgie du membre inférieur droit, de céphalées, ainsi que de troubles du sommeil et que du fait de l'évolution des douleurs et de l'incapacité persistante, celle-ci présentait une diminution thymique avec anxiété, fatigabilité morale et intellectuelle, évoquant un contexte réactionnel qui majorait ses troubles depuis quelques temps. La recourante est également revenue sur les événements traumatiques dont elle avait été victime, s'est référée au rapport du Dr P._____ qui concluait à la présence d'une névralgie cervicobrachiale chronique à droite sur discopathie C5-C6, probablement séquellaire de l'accident, ainsi que d'une lombosciatalgie chronique à droite sur un terrain de discarthrose étagée, a souligné qu'elle avait présenté des symptômes typiques d'un coup du lapin, si bien qu'elle demandait une réévaluation de son dossier, ainsi que la prise en compte

des avis médicaux complémentaires et des pièces fournies dans l'examen du lien de causalité entre les douleurs chroniques dont elle souffrait et les deux accidents subis en 2022 et 2024.

En droit :

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*.

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.

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 LPG, 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

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. 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).

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).

4. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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

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).

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

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 maladiques, 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.

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 nevralgies, 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.

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

stade de la vaisemblance 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.

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

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 14 octobre 2024 par Vaudoise Générale, Compagnie d'Assurances SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- B. _____,
- Vaudoise Générale, Compagnie d'Assurances SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, [...] Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :