

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 décembre 2021

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
M. Reinberg et Mme Pelletier, assesseurs
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourante,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 4, 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. P._____, née en 1991, travaillait en qualité de conseillère dans la vente chez W._____SA à 100% et était assurée à ce titre auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) pour les accidents professionnels et non professionnels, lorsqu'elle a été victime d'un accident de la route le 26 juin 2019.

Selon la déclaration de sinistre adressée à la CNA le 28 juin 2019, l'assurée se trouvait au volant de son véhicule à l'arrêt à un feu rouge, lorsque celui-ci a été embouti par l'arrière. Elle a décrit avoir eu un coup du lapin durant le choc ainsi que des douleurs à la nuque, au dos et à la hanche gauche. Une incapacité de travail totale a été attestée dès le 2 juillet 2019 par son médecin-traitant, le Dr L._____.

La CNA a pris en charge le cas en versant des indemnités journalières en faveur de l'assurée à compter du 29 juin 2019.

Aux termes d'un rapport médical initial LAA du 15 août 2019, l'évolution de l'état de santé de l'assurée n'était pas particulièrement favorable, dès lors que celle-ci indiquait avoir des fissures au niveau C5-C6 et une hernie discale. On y apprend également que l'assurée avait déjà subi un accident similaire le 1^{er} octobre 2018. Dans le cadre de ce premier accident, une IRM [imagerie par résonance magnétique] cervico-dorsale avait été effectuée le 12 octobre 2018, dont il résultait un léger trouble fonctionnel cervical dans le plan sagittal sans autre anomalie remarquable, notamment sans atteinte traumatique osseuse.

Une nouvelle IRM cervico-dorsale a été réalisée le 5 juillet 2019, laquelle n'a pas mis en évidence d'évolution par rapport à celle du 12 octobre 2018. Une rectitude du segment cervical était retrouvée, de même qu'une minime discopathie C5-C6 avec une minime hernie discale médiane C5-C6 sans autre anomalie. Au niveau dorsal, aucune anomalie n'était à relever tant au niveau du cordon médullaire, des corps vertébraux que du sac dural.

Dans un rapport LAA complété le 6 septembre 2019 par le Dr L._____, il était retenu le diagnostic de « contusion dorsale, cervical (sic) et hanche gauche » avec des douleurs à la mobilisation et à la palpation du dos de la nuque et de la hanche. D'après les constatations radiologiques, les colonnes lombaire et cervicale étaient sans particularité.

Selon un rapport du 19 septembre 2019 du Dr K._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, l'assurée se plaignait de cervicalgies intriquées dans un contexte de discopathie mineure C5-C6 avec irritabilité neuroméningée, symptômes reproductibles et diminution de la sensibilité de cartographie C8 et T1 gauche et C5 droite. Le médecin notait une prise pondérale récente marquée chez un sujet connu pour une hyperlaxité ligamentaire expliquant manifestement des troubles posturaux avec hypercyphose thoracique et effondrement axial, associé à un défaut de stabilisation du plan musculaire profond avec incoordination lombo-abdominale et mauvaise conscience corporelle. La fluctuation pondérale modulait probablement la composante tensionnelle musculaire cervico-thoracique, si bien qu'il convenait d'en éclaircir l'origine. Compte tenu du handicap fonctionnel douloureux existant, il était pertinent de solliciter un séjour à la Clinique J._____. (Clinique J._____) pour disposer d'une rééducation multimodale et effectuer les investigations nécessaires.

Dans un rapport d'évaluation interdisciplinaire du 15 novembre 2019 établi à l'issue des trois jours d'évaluation de l'assurée à la Clinique J._____, les Drs Z._____, spécialiste en neurologie, et Q._____, spécialiste en rhumatologie, ont apprécié la situation comme suit :

« Le **1er octobre 2018**, elle [l'assurée] est victime d'un premier accident de la voie publique entraînant un traumatisme par whiplash pour lequel elle n'aurait pas, selon ses dires, accepté un arrêt de travail trop prolongé car elle était en période d'essai et venait de changer d'entreprise.

Sa symptomatologie douloureuse cervicale et interscapulaire s'est prolongée et persistait lorsqu'elle a été victime d'un deuxième accident de la voie publique en date du **26 juin 2019**. Il s'agit là également d'un traumatisme à faible énergie entraînant un

whiplash. Des clichés standard sont pratiqués en urgence mais ne sont pas disponibles. Il est noté dans les pièces fournies qu'ils ne révèlent pas d'anomalie. Une IRM pratiquée le 5 juillet 2019 est rassurante n'objectivant qu'une discopathie paramédiane C5-C6 gauche arrivant au contact du fourreau médullaire sans toutefois le comprimer. Une collerette souple est portée pendant six semaines, associée à un traitement antalgique. Au départ sont également mentionnées des lombopyalgies.

L'évolution est excessivement lente avec persistance de douleurs cervico dorsales (mais plus aucune lombalgie n'est signalée à l'évaluateur principal) à plus de quatre mois avec un score pouvant atteindre 8/10 sur l'EVA. Cependant, il n'y a quasiment plus de prise d'antalgique. S'associent à ces cervicodorsalgies des céphalées en casque, des douleurs temporo mandibulaires et orbitaires ainsi que des troubles de la concentration qui selon l'intéressée la rendent totalement incapable de reprendre une activité professionnelle.

L'examen physique réalisé lors de la présente évaluation est rassurant : il n'y a aucune raideur rachidienne (discrète contracture paravertébrale C4-C5 gauche) ni aucune anomalie sur le segment dorsal, ni aux épaules.

L'examen neurologique spécialisé est dans les limites de la norme, sans signe d'atteinte radiculaire ou tronculaire. La patiente présente des zones d'hyposensibilité subjective, des 4 extrémités, ne respectant aucun territoire radiculaire ou tronculaire avec une discrimination qui est parfaitement intacte et sans anomalie proprioceptive.

À ce stade, on peut donc retenir le diagnostic de **traumatisme cervical indirect sans lésion organique** correspondant à un degré II de la classification de la Neck Pain Task Force après traumatisme en whiplash. La hernie discale C5-C6 ne peut pas être secondaire à ce traumatisme à basse énergie. Il s'y est associé une **contusion lombaire** d'évolution favorable.

Le French Neck Disability Index est estimé à 40/50 ce jour, ce qui correspondrait théoriquement à une incapacité complète en parfaite contradiction avec les données objectives cliniques et paracliniques.

Le PACT retrouvé chez ce sujet avant la réalisation des tests d'**évaluation des capacités fonctionnelles** est de 52 ce qui correspond à des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis. Au vu des résultats obtenus au cours des tests, on doit admettre que le sujet sous-estime considérablement ses aptitudes fonctionnelles. La majorité des tests sont interrompus en raison d'une autolimitation, à savoir que l'assurée met fin au test avant que le professionnel de santé n'ait constaté les signes physiques d'un effort maximal sans danger. Par conséquent, les performances réalisées représentent ce que le sujet a accepté de faire plutôt que ses aptitudes physiques maximales. Dans ces conditions, la **collaboration est taxée d'incertaine et le niveau de cohérence de moyen**. Le niveau de performance atteint au cours de l'ECF [évaluation des capacités fonctionnelles] traduit l'effort auquel l'assurée a bien voulu consentir et non pas celui qu'elle est capable de développer en milieu professionnel.

L'**entretien psychiatrique** permet de retrouver la notion d'un suivi psychiatrique durant l'adolescence au moment du divorce de ses parents. Elle a également sollicité des suivis à 2 à 3 reprises dont lors du burn out avec un séjour de rupture de 8 jours il y a 10 ans. En revanche, le psychiatre ne retient **aucun diagnostic psychopathologique** aujourd'hui. Il n'y a en particulier pas d'état de stress post traumatique, ni de trouble de l'adaptation anxieux ou dépressif chez une patiente disposant de bonnes ressources adaptatives. Nous retrouvons toutefois une inquiétude par rapport à la persistance des douleurs bien qu'il n'y ait pas pour autant de catastrophisme. La patiente semble de plus accessible à un discours rassurant.

Si le **pronostic** semble a priori favorable pour le psychiatre "chez une patiente qui se montre volontaire et qui semble prête à s'impliquer dans des mesures de réadaptation lui permettant de retrouver rapidement une activité professionnelle" ; il faut cependant retenir d'importantes incohérences sur le plan somatique et des auto-limitations au cours des tests avec une autodépréciation massive de ses propres aptitudes. La discrétion des signes cliniques et neuroradiologiques contraste avec l'importance des plaintes spontanées et les données recueillies lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles.

Une **prise en charge physiothérapique active avec reconditionnement rachidien global** est souhaitable ; cette mesure aurait de (sic) double avantage de remettre en confiance Mme P._____. L'importante prise de poids (+30 kg en 2 mois) et l'hirsutisme associés à la notion de dysthyroïdie invitent, tel que prévu, à poursuivre les investigations sur le plan endocrinologique. Par ailleurs une maladie de Verneuil a été diagnostiquée très récemment. Il n'existe aucun argument clinique ou IRM en faveur d'une spondylarthropathie associée à cette pathologie dermatologique et qui pourrait expliquer le caractère devenu chronique des rachialgies.

Il n'y a dans le contexte aucune contre-indication médicale à la reprise d'une activité professionnelle. »

Dans un avis du 28 mai 2020, le Dr N._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a indiqué que l'accident n'avait entraîné aucune lésion structurelle, qu'il n'y avait pas de séquelles objectivables de cet évènement et qu'il n'y avait plus de traitement susceptible d'améliorer notablement la situation, si bien que l'incapacité de travail peinait à trouver une justification médicale.

Par décision du 28 mai 2020, la CNA a informé l'assurée du fait qu'elle mettrait un terme au versement des prestations d'assurance en sa faveur le 31 mai 2020, dès lors qu'aucun lien de causalité adéquate

n'avait pu être établi entre ses plaintes et l'accident survenu le 26 juin 2019.

Par courrier du 27 juin 2020, l'assurée a fait opposition à la décision précitée.

Par avis du 23 juillet 2020, le Dr N._____ a précisé, sur demande de la CNA, qu'il avait répondu aux questions sur la base de l'évaluation interdisciplinaire faite par la Clinique J._____, dont les conclusions étaient parfaitement claires, et qu'il n'avait rien à ajouter.

Par décision sur opposition du 16 septembre 2020, la CNA a rejeté l'opposition de l'assurée, considérant que l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles persistants au-delà du 31 mai 2020 et l'évènement assuré devait être niée, dès lors que les critères posés par la jurisprudence fédérale n'étaient pas remplis dans leur plus grand nombre ou que le ou les critères remplis ne l'étaient pas de manière frappante. La CNA a encore relevé que l'assurance maladie de l'assurée avait pris en charge les frais de traitement à compter du 1^{er} juin 2020.

B. Le 14 octobre 2020, l'assurée a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en élevant un certain nombre de griefs à l'encontre de la décision sur opposition et de l'appréciation du Dr N._____. Elle conteste en particulier l'absence de lésion structurelle consécutive aux accidents des 1^{er} octobre 2018 et 26 juin 2019 retenue tant par les médecins de la Clinique J._____ que par le Dr N._____. A l'appui de son écriture, elle a, entre autres, produit un rapport du 10 octobre 2020 d'une dénommée G._____, physiothérapeute, ainsi qu'un rapport du 5 octobre 2020 du Dr H._____, spécialiste en neurologie et médecin au sein du Centre hospitalier R._____ (Centre hospitalier R._____), dans lequel celui-ci a indiqué que la patiente était connue pour un double traumatisme cervical avec possible composante craniocérébrale, compliqué de symptômes neurologiques et neuropsychologiques en cours d'évaluation et que jusqu'à l'obtention des résultats, cette symptomatologie devait être

considérée comme consécutive aux événements traumatiques. La recourante a également produit une décision d'inaptitude au placement du Service de l'emploi (SDE), datée du 23 mars 2020.

Dans un avis du 7 janvier 2021, le Dr N._____ a mentionné que les rapports médicaux produits par la recourante ne constituaient pas des éléments nouveaux susceptibles de remettre en cause le bien-fondé de la décision entreprise.

Par réponse du 2 février 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours, en reprenant en substance les arguments invoqués dans la décision attaquée et en répondant aux griefs soulevés par la recourante.

Répliquant le 8 mai 2021, la recourante a produit un rapport du Dr H._____ du 6 mai 2021, dans lequel ce médecin a fait état d'un diagnostic de possible traumatisme cérébral compliqué d'un syndrome post-concussionnel, tout en soulignant l'absence de lésions cérébrales.

Par duplique du 1^{er} juin 2021, l'intimée a maintenu sa position, en se fondant sur une appréciation neurologique non datée du Dr I._____, spécialiste en neurologie, selon laquelle l'avis du Dr H._____ n'était pas susceptible d'expliquer la symptomatologie actuelle présentée par la recourante, compte tenu, d'une part, des contradictions avec les éléments contemporains aux accidents à disposition et avec les conclusions aussi bien des médecins de la Clinique J._____ que du Dr K._____ ainsi que, d'autre part, de l'absence de toute lésion structurelle post-traumatique.

E n d r o i t :

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, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 mai 2020, singulièrement sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident survenu le 26 juin 2019 et les troubles présentés après cette date.

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 en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, 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 l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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, 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

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_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 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 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

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 (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et réf. cit.).

Dans le cadre d'une suppression du droit aux prestations, 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 (TF 8C_423/2014 du 31 mars 2015 consid. 4.2 et réf. cit.).

e) aa) En présence d'atteintes à la santé reposant sur un substrat organique dans le sens d'une altération structurelle clairement mise en évidence à la radiologie ou éventuellement d'une autre façon et due à l'accident, le lien de causalité naturelle et adéquate est admis sans autre. Dans des cas si clairs, la causalité adéquate en tant que filtre visant à distinguer la responsabilité juridique de celle qui découle du lien de causalité naturelle n'a pas de signification propre ; la causalité adéquate, en d'autres termes le lien de causalité pertinent en droit, se recoupe avec la causalité naturelle (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et 117 V 359 consid. 5d/bb). En font par exemple partie les troubles de la nuque qui reposent sur une altération structurelle du rachis cervical (p. ex. une fracture) ou des troubles neuropsychologiques avec pour origine une lésion organique (cérébrale) établie. Selon la jurisprudence, on ne peut parler de conséquences organiques objectivement avérées d'un accident que lorsque les constatations ont été confirmées au moyen d'examens

radiologiques ou d'examens par un appareil et si les méthodes d'examen utilisées sont scientifiquement reconnues (TF 8C_537/2009 du 3 mars 2010 consid. 5.3 ; 8C_216/2009 du 28 octobre 2009 consid. 2 et réf. cit.).

Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altérations des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel (TF 8C_32/2014 du 22 décembre 2014 consid. 2.3 et réf. cit.). Il faut préciser qu'un disque intervertébral sain est à ce point résistant qu'une action violente va plutôt avoir pour effet de fracturer les vertèbres que d'entraîner une lésion des disques intervertébraux (TFA U 441/04 du 13 juin 2005 consid. 3.1).

Ainsi, une aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est prouvée que lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (TFA U 282/06 du 4 juin 2007 consid. 3.3 et réf. cit. ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 4.4.2).

Une telle aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année. Le *statu quo sine* est même déjà atteint après trois à quatre mois pour des lombalgies post-traumatiques, une aggravation dans ce domaine, qui permettrait d'aller au-delà de cette période, devant être établie

radiologiquement et se distinguer de l'évolution normale due à l'âge (TF 8C_1029/2012 du 22 mai 2013 consid. 4.2.1 ; TF 8C_562/2010 du 3 août 2011 consid. 5.1 et réf. cit.).

bb) En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme crano-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, le Tribunal fédéral a développé une jurisprudence particulière en matière de causalité (voir ATF 134 V 109 ; 117 V 359).

Dans ces cas, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc. ; TF 8C_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 3.2). Il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de 24 heures à, au maximum, 72 heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence se manifestent au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou (TF 8C_792/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 6.1 et réf. cit.). Il faut également que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9 ; 119 V 335 consid. 1 et 117 V 359 consid. 4b).

Pour l'examen de la causalité adéquate 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 crano-cérébral, la jurisprudence distingue encore la situation dans laquelle les symptômes, qui peuvent être attribués de manière crédible au tableau clinique typique, se trouvent toujours au premier plan, de celle dans laquelle l'assuré présente des troubles psychiques qui constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique

caractéristique habituellement associé aux traumatismes en cause. Dans le premier cas, cet examen se fait sur la base des critères particuliers développés pour les cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme cranio-cérébral, lesquels n'opèrent pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; 117 V 359 consid. 6a et 117 V 369 consid. 4b). Il s'agit donc d'appliquer par analogie les critères jurisprudentiels utilisés en cas d'atteintes additionnelles à la santé psychique, mais sans distinguer entre les composantes somatiques et psychiques des lésions. Dans le second cas, il y a lieu de se fonder sur les critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, c'est-à-dire en distinguant entre atteintes psychiques et physiques (ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; 127 V 102 consid. 5b/bb et réf. cit. ; 115 V 133 consid. 6c/aa et 115 V 403 consid. 5c/aa).

Dans le cadre du premier cas de figure, la méthode spécifique instaurée par la jurisprudence pour examiner le lien de causalité adéquate impose d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et d'appliquer les critères objectifs - dont le Tribunal fédéral a reconnu le caractère exhaustif - formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 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 (ATF 134 V 109 consid. 10.2).

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C_892/2012 du 29 juillet 2013 consid. 3.2).

5. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

D'après la jurisprudence, 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 réf. cit. ; 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 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. En l'espèce, l'intimée a nié le droit de la recourante à des prestations au-delà du 31 mai 2020, en considérant que les troubles persistants après cette date n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident du 26 juin 2019.

Pour parvenir à cette conclusion, elle s'est en particulier fondée sur l'avis du Dr N._____, médecin d'arrondissement, qui lui-même s'est rallié à l'appréciation des médecins de la Clinique J._____. Ceux-ci ont relevé que l'IRM pratiquée le 5 juillet 2019 n'avait objectivé qu'une discopathie paramédiane C5-C6 gauche arrivant au contact du fourreau médullaire sans toutefois le comprimer. Par ailleurs, la hernie discale ne pouvait pas être secondaire au traumatisme à basse énergie subie par l'assurée. L'examen physique, rassurant, n'avait pas révélé de raideur rachidienne ni aucune anomalie sur le segment dorsal, ni aux épaules. Au plan neurologique, l'examen spécialisé s'est révélé être dans les limites de la norme, sans signe d'atteinte radiculaire ou tronculaire. La patiente présentait des zones d'hyposensibilité subjective des quatre extrémités ne respectant aucun territoire radiculaire ou tronculaire avec une discrimination qui était parfaitement intacte et sans anomalie proprioceptive. Aucun diagnostic psychopathologique n'a été retenu. En définitive, les médecins de la Clinique J._____ ont retenu le diagnostic de traumatisme cervical indirect sans lésion organique correspondant à un degré II de la classification de la Neck Pain Task Force après traumatisme

en whiplash. Sur la base de l'avis des médecins de la Clinique J._____, le Dr N._____ a constaté que l'accident n'avait occasionné aucune lésion structurelle qu'on puisse lui rapporter, qu'il n'y avait pas de séquelles objectivables de cet événement, qu'il n'y avait plus de traitement susceptible d'améliorer notablement la situation et que l'incapacité de travail peinait à trouver une justification médicale.

La recourante soutient que les troubles qu'elle a présentés au-delà du 31 mai 2020 et qu'elle présente encore sont en lien avec les accidents survenus les 1^{er} octobre 2018 et 26 juin 2019. Or la documentation au dossier, notamment les rapports radiologiques dont les médecins de la Clinique J._____ ont tenu compte dans leur appréciation, ne font pas état d'atteinte traumatique. En effet, à la suite du premier accident survenu en 2018, une IRM avait été réalisée, laquelle avait mis en évidence un léger trouble statique fonctionnel cervical sur le plan sagittal sans autre anomalie remarquable, notamment sans atteinte traumatique osseuse. Après avoir été en incapacité de travail durant deux semaines, la recourante avait repris son activité professionnelle. Dans son rapport du 26 août 2019, le Dr L._____, consulté par la recourante après son second accident en raison de douleurs à la nuque, au dos et à la hanche, a diagnostiqué une contusion cervicale, dorsale et de la hanche gauche. Seul un traitement conservateur à base d'antalgiques et d'AINS ainsi que de la physiothérapie ont été prescrits. Un nouvel examen par IRM a été effectué le 5 juillet 2019. Celui-ci ne montrait pas d'évolution par rapport à l'examen précédent. On retrouvait une rectitude au niveau cervical, une minime discopathie C5-C6 et une minime hernie discale médiane C5-C6 sans autre anomalie. Au niveau dorsal, aucune anomalie n'était à relever. Le Dr K._____, quant à lui, n'a pas non plus fait état d'atteinte traumatique et a tout au plus relevé une composante tensionnelle musculaire cervico-thoracique à mettre éventuellement en lien avec la fluctuation pondérale que connaissait la recourante, ce qui restait à confirmer par une évaluation à la Clinique J._____.

En l'occurrence, force est de constater que les pièces au dossier ne permettent pas de s'écarter de l'appréciation du Dr N._____.

convaincante, qui rejoint celle des médecins de la Clinique J._____, lesquels ont procédé à un examen fouillé de l'état de santé de la recourante.

Dans le cadre de son recours, l'intéressée a produit un rapport du Dr H._____ du 5 octobre 2020, selon lequel la patiente était connue pour un double traumatisme cervical avec possible composante craniocérébrale, compliqué de symptômes neurologiques et neuropsychologiques en cours d'évaluation et que jusqu'à l'obtention des résultats, cette symptomatologie devait être considérée comme consécutive aux événements traumatiques. La recourante a, par la suite, produit un nouveau rapport de ce médecin, daté du 6 mai 2021, faisant état d'un diagnostic de possible traumatisme cérébral compliqué d'un syndrome post-concussionnel, tout en soulignant l'absence de lésions cérébrales. Comme l'a relevé le Dr I._____ dans son appréciation reçue le 2 juin 2021, l'avis du Dr H._____ s'inscrit en contradiction avec les avis des médecins de la Clinique J._____ et des constatations résultant des IRM effectuées en 2018 et 2019. En effet, à aucun moment, la notion de traumatisme crânio-cérébral a été évoquée. A la suite du premier accident, la recourante a souffert de cervicalgies post-traumatiques alors qu'à la suite du second accident, le Dr L._____ a noté une contusion cervicale, dorsale et de la hanche gauche avec prescription d'antalgiques, d'AINS et de physiothérapie. Quant au Dr K._____, il n'a pas non plus fait état d'un traumatisme crânien. Si la recourante a décrit, lors de l'évaluation interdisciplinaire réalisée à la Clinique J._____, que sa tête avait heurté le pavillon du véhicule à la suite du premier accident, l'IRM effectuée le 12 octobre 2018 avait révélé un léger trouble fonctionnel cervical dans le plan sagittal sans autre anomalie remarquable, notamment sans atteinte traumatique osseuse. Le recourante a pu reprendre le travail deux semaines après l'événement sans autres complications. On relèvera encore qu'aux termes de son rapport du 6 mai 2021, établi à l'issue de la consultation spécialisée en neuroréhabilitation effectuée par la recourante, le Dr H._____ se contredit lorsqu'il pose le diagnostic de « possible traumatisme cérébral léger » sans toutefois pouvoir le confirmer et qu'il mentionne expressément l'absence de lésions

cérébrales. Il rappelle en outre l'importance du contexte psychoaffectif lourd dans lequel s'inscrit la symptomatologie cognitive de la recourante. Son appréciation ne saurait ainsi remettre en cause celle du Dr N. _____ et des médecins de la Clinique J. _____. A cet égard, on rappellera que le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un tel lien avec celui-ci (interdiction du raisonnement *post hoc ergo propter hoc*). Par ailleurs, dans le cadre de la suppression du droit aux prestations accordées dans un premier temps pour les suites de l'accident incriminé, l'intimée n'avait pas à apporter la preuve de facteurs étrangers à l'accident, ni la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsistait encore ou que la recourante était désormais en parfaite santé. Le rapport de la physiothérapeute produit au stade du recours ne permet pas non plus d'examiner la situation sous un autre angle. En effet, celui-ci n'apporte pas d'éléments nouveaux sur le plan médical, si ce n'est qu'il y est rapporté une amélioration de l'état de santé de la recourante grâce à la technique du « Dry needling » appliquée. Enfin, la décision d'inaptitude au placement émise par le SDE n'est d'aucun secours à la recourante, dès lors qu'en matière d'assurance-accidents, la situation doit être examinée uniquement en regard du lien de causalité existant ou non entre les troubles qui persistent et l'événement assuré.

Dans les faits, l'assurée a bénéficié des prestations d'assurance jusqu'au 31 mai 2020, soit pendant une période de onze mois. Même si l'on devait admettre qu'elle ne présentait pas d'atteinte préexistante ou si l'on considérait que l'accident avait aggravé un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique, l'arrêt du versement des prestations au 31 mai 2020 ne prête pas le flanc à la critique, compte tenu de la jurisprudence applicable dans ces situations (cf. consid. 4 e/aa supra).

b) Compte tenu de ce qui précède et du diagnostic de traumatisme cervical indirect sans lésion organique posé par les médecins de la Clinique J. _____, il convient d'analyser la situation à l'aune de la jurisprudence concernant les événements ayant entraîné un traumatisme

de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable.

aa) Après l'accident, l'assurée s'est rapidement plainte de douleurs, notamment à la nuque (cf. déclaration de sinistre adressée à la CNA le 28 juin 2019). La recourante a encore fait état de troubles de la concentration liés à des céphalées en casque, des douleurs de la région temporo-mandibulaire des deux côtés ainsi que de douleurs orbitaires bilatérales (cf. rapport de la Clinique J. _____ du 15 novembre 2019).

Quoi qu'il en soit, la question du rapport de causalité naturelle peut être laissée ouverte, puisque le lien de causalité ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat, ainsi que développé ci-dessous.

bb) S'agissant du rapport de causalité adéquate, le psychiatre de la Clinique J. _____ a exclu une psychopathologie, de sorte qu'il y a lieu de procéder à un examen sous l'angle du premier cas de figure mentionné au consid. 4 e/bb supra.

Concernant la classification de l'accident, on relèvera que l'assurée, au volant de son véhicule, était à l'arrêt à un feu rouge lorsque sa voiture a été emboutie par l'arrière. Selon ses dires, grâce à la distance de sécurité tenue avec le véhicule se trouvant devant elle et à sa réaction (freinage d'urgence), celui-ci n'a pas été percuté. L'airbag ne s'est pas déclenché. L'assurée avait en outre bouclé sa ceinture de sécurité. Elle n'a pas perdu connaissance. Un constat à l'amiable a pu être effectué sur place. Les dégâts du véhicule que conduisait la recourante ont été de peu de gravité (pare-chocs arrière). Celle-ci a ensuite été en mesure de reprendre la route au volant de sa voiture. Au vu du déroulement de l'accident, c'est à juste titre que l'intimée a classé cet événement comme un accident de gravité moyenne, à la limite des cas de peu de gravité (cf. TF 8C_783/2015 du 22 février 2016 consid. 4.2). En effet, seuls des critères objectifs rentrent en ligne de compte pour juger de la gravité d'un

accident et non le ressenti subjectif qu'a pu avoir la recourante au moment des faits.

Il découle de cette qualification que les critères à prendre en considération pour pouvoir établir un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles de la recourante doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour qu'un tel lien puisse être admis. En l'occurrence, la condition des circonstances particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident n'est à l'évidence pas remplie. Les lésions physiques (contusions) causées par l'accident ne peuvent pas non plus être qualifiées de graves. En outre, même si l'assurée a consulté un certain nombre de thérapeutes (physiothérapie, kinésithérapie, ostéopathie, balnéothérapie) et a pris des antalgiques et des AINS, on ne peut considérer qu'il s'agit d'un traitement médical spécifique et pénible administré de manière prolongée. De plus, il n'y a pas eu d'erreurs dans le traitement médical, ni de complications importantes. Au contraire, l'état de l'assurée semble s'être amélioré au fil des mois. Par ailleurs, pour que le critère relatif à l'intensité des douleurs soit rempli, il faut que des douleurs importantes aient été présentes sans interruption notable entre l'accident et la clôture du cas. L'intensité des douleurs est examinée au regard de leur crédibilité et de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4). L'assurée a expliqué aux médecins de la Clinique J._____ que les douleurs étaient permanentes à prédominance diurne en particulier au démarrage et lors d'excès de toute activité physique, la symptomatologie atteignant son acmé vers midi et se poursuivant à la même intensité jusqu'au coucher. L'EVA (échelle de l'évaluation de la douleur) était estimée entre 3 à 8/10 en fonction du moment de la journée. Elle ne signalait plus de lombalgies, ni de sciatalgies. Elle a précisé que son traitement consistait en la prise de Zalidar de manière discontinue et qu'elle prenait plus volontiers du Dafalgan lorsqu'elle allait marcher. Ainsi, il n'y avait quasiment plus de prise d'antalgique au moment de l'examen par les médecins de la Clinique J._____. Elle a expliqué qu'elle faisait ses courses elle-même à pied ou en voiture, qu'elle se préparait à manger et qu'elle allait se promener l'après-midi. Les médecins de la Clinique

J._____ ont relevé que la discrétion des signes cliniques et neuroradiologiques contrastait avec l'importance des plaintes spontanées et les données recueillies lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles. Il semblait donc que la recourante sous-estimait considérablement ses aptitudes fonctionnelles en s'auto-limitant dans les tests réalisés. Dans son recours, l'intéressée a mentionné qu'elle avait repris des médicaments tels que le Tilur retard et le Zaldiar mais en plus petites quantités. En outre, la physiothérapeute qui la suit depuis juillet 2020 a indiqué que les techniques de « Dry Needling » avaient été bénéfiques « subjectivement et objectivement » dans le traitement des douleurs. Il semble donc que son état de santé se soit amélioré depuis l'accident. En tout état de cause, on ne peut retenir que la recourante était constamment et de manière significative entravée dans sa vie quotidienne en raison de ses douleurs. Enfin, l'incapacité totale de travail de la recourante a certes duré de nombreux mois et elle n'a pas repris le travail. Cependant, les médecins de la Clinique J._____ attestaient déjà en novembre 2019, soit cinq mois après l'accident, qu'il n'existait aucune contre-indication à la reprise d'une activité professionnelle. Cela étant, même dans le cas où ce critère devait être considéré comme rempli, il ne revêt pas une intensité si particulière qu'il justifierait, à lui seul, d'admettre un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles encore présents.

En définitive, on ne saurait considérer que l'accident du 26 juin 2019 est la cause adéquate des troubles dont se prévaut l'intéressée après le 31 mai 2020. Dès lors, la décision attaquée, mettant fin au versement des prestations à cette date, faute de causalité entre l'accident et les troubles présentés dès 1^{er} juin 2020, ne prête pas flanc à la critique.

8. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 82a LPGA),

ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

**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 19 septembre 2020 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- P. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- 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, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :