

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 juillet 2026

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Durussel et Livet, juges
Greffier : M. Frattolillo

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à Q***, recourante, représentée par Me Charles Munoz, avocat
à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 4 et 53 al. 1 LPGA ; art. 6 al. 1 LAA

En fait :

A. **a)** B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, précédemment employée de production, percevait des prestations de l'assurance-chômage depuis le 1^{er} janvier 2020. A ce titre, elle était assurée obligatoirement contre le risque d'accident professionnel et non professionnel auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 2 juillet 2021, alors qu'elle était passagère avant, sans ceinture de sécurité, d'une voiture conduite par son mari, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation routière, la voiture ayant heurté une borne de séparation de voie de sortie d'autoroute à la hauteur de l'aire de repos de S***, ce qui lui a occasionné une plaie à la tête ainsi que des douleurs à la colonne vertébrale et à la jambe gauche (cf. déclaration de sinistre pour les chômeurs du 28 juillet 2021 et rapport du 16 août 2021 de la police cantonale de T***). La CNA a presté.

Il ressort de l'instruction de la CNA que l'assurée a souffert d'un coup du lapin associé à une *contusio capitis*, d'un syndrome post-traumatique, de vertiges, de douleurs aux cervicales, aux bras et aux genoux (cf. notamment rapport de sortie du 2 juillet 2021 des Drs D._____ et A._____, spécialistes en médecine interne générale, et rapports des 15 octobre et 7 décembre 2021 de la Dre E._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale), ainsi que de vertiges non rotatoires intermittents, sans signe d'une atteinte vestibulaire périphérique ou centrale (cf. rapport du 3 novembre 2021 du Dr F._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie). Les scan-CT du crâne et des vertèbres cervicales effectués le 2 juillet 2021 mettaient en évidence un léger œdème des tissus mous sous-cutanés au niveau frontal gauche ainsi que l'absence de corps étrangers radio-opaques, d'hémorragie intracrânienne aiguë et de fracture de la calotte crânienne et des vertèbres cervicales (cf. rapport du 2 juillet 2021 du Dr G._____, spécialiste en radiologie).

Dans le cadre d'une évaluation interdisciplinaire du 14 février 2022 réalisée à la J._____ (ci-après : la J._____), les Drs K._____, spécialiste en neurologie, et L._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, ont posé le diagnostic primaire de contusion cervicale. A titre de comorbidités, ils ont retenu un status après ablation d'un kyste arthro-synovial du poignet droit, une uncodiscarthrose C6-C7 et un stress post-traumatique au décours. Dans leur appréciation, ils ont relevé chez l'assurée une sous-estimation de ses propres aptitudes ainsi qu'un sentiment de détresse en régression lorsqu'elle devait conduire ou être passagère d'un véhicule et considéré que le pronostic de reprise professionnelle était réservé. Ils ont conclu leur appréciation comme suit :

Dans ce contexte, nous n'avons pas de traitement susceptible d'être orienté sur une hypothétique lésion. Il nous semble que les traitements physiques ont plutôt tendance à favoriser les croyances négatives de Mme B._____ qui mérite au contraire d'être rassurée. Une brève séquence d'entretiens peut revêtir un certain intérêt chez un psychothérapeute focalisé sur l'acquisition d'outils de gestion de l'angoisse et là encore sur un travail de réassurance quant au bon pronostic. Rien ne s'oppose sur le plan strictement médical à un retour sur le marché de l'emploi. L'absence de certification professionnelle et les difficultés de participation au monde de l'emploi ces dernières années risquent de créer le principal obstacle sur la voie de ce retour.

Dans un avis du 4 mars 2022, le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de la CNA, a retenu chez l'assurée des contusions bénignes.

Par décision du 7 mars 2022, la CNA a mis fin aux prestations de l'assurée avec effet au 13 mars 2022, au motif que les troubles persistants n'étaient plus en lien de causalité adéquate avec l'événement du 2 juillet 2021.

Par décision du 9 mars 2022, la CNA a réduit le montant de l'indemnité journalière auquel avait droit l'assurée, en raison d'une faute grave de cette dernière, à savoir l'absence du port de la ceinture de sécurité au moment de l'événement du 2 juillet 2021.

b) Le 20 avril 2023, l'assurée a signalé une rechute de l'accident du 2 juillet 2021 datant du 1^{er} janvier 2023. Les documents suivants étaient joints à sa déclaration :

- un rapport du 13 janvier 2022 (*recte* : 2023), de la Dre E._____, laquelle faisait état d'une anxiété persistante, de cervico-brachialgies et lombosciatalgies récidivantes, d'une contusion à la fesse à la suite d'une chute survenue le 6 juin 2022, d'une infection de Covid au début du mois d'août 2022 et de troubles du sommeil ; la capacité de travail était nulle ;
- un rapport du 17 mars 2023 de la Dre E._____, laquelle évoquait des torticolis à gauche à répétition et des maux de tête importants avec étourdissement ;
- une attestation médicale du 5 avril 2023, du Dr F._____, lequel rapportait chez l'assurée des vertiges chroniques non rotatoires sous la forme d'une instabilité transitoire mais parfois prolongée, une impression de tangage et parfois des vertiges au lit en se tournant du côté gauche.

Dans un rapport du 30 juin 2023 du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV), le Dr C._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a conclu ce qui suit :

L'examen otoneurologique clinique et instrumental est normal sans évidence d'une pathologie vestibulaire organique périphérique ou centrale expliquant les troubles. Comme seule anomalie, on constate des épreuves posturales perturbées avec dépendance visuelle. Au vu du tableau clinique, la patiente présente dans les suites d'un TCC [traumatisme crânio-cérébral] mineur une symptomatologie chronique de conflit visuo-vestibulaire (vertige postural type tangage, vertiges induits par la vision) compatible avec un trouble vestibulaire fonctionnel type Persistent Postural Perceptual Dizziness [vertiges posturaux-perceptuels persistants]. La patiente rapporte également de l'anxiété, une fatigabilité accrue et des douleurs diffuses du rachis. Sur le plan thérapeutique, je propose la mise en route d'un traitement de rééducation vestibulaire orienté sur la conscience corporelle et l'intégration multisensorielle de l'équilibre avec une prise en charge au CHUV (merci d'avance de confirmer votre accord). Je recommande également un soutien psychologique si souhaité. Concernant la capacité de travail, Madame B._____ est toujours en arrêt complet depuis l'accident et se sent incapable d'une reprise actuellement dans son activité habituelle d'opératrice dans une fabrique de pièces médicales. Apparemment, plusieurs tentatives de reconversion ont

échoué. Sur ce plan, je propose de réévaluer la situation à la fin du traitement de physiothérapie vestibulaire. On peut espérer une amélioration et la reprise potentielle à terme d'une activité dans une activité adaptée sédentaire.

Dans une appréciation médicale du 12 juillet 2023, le Dr P._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et médecine du travail et médecin-conseil de la CNA, a relevé que les examens linéaires, techniques et radiologiques ne montraient aucune pathologie objectivable dans le domaine oto-rhino-laryngologique et qu'aucune vestibulopathie périphérique ou centrale n'avait été mise en évidence.

Par décision du 12 juillet 2023, la CNA a refusé de prendre en charge la rechute, en l'absence de lien de causalité prépondérante entre les troubles cervicaux et les vertiges de l'assurée et l'événement du 2 juillet 2021.

Par courrier du 13 juillet 2023, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision précitée. Elle estimait que le Dr C._____ établissait clairement le lien de causalité entre ses symptômes et l'accident du 2 juillet 2021.

Dans une appréciation médicale du 8 août 2023, le Dr P._____ a expliqué qu'après discussion avec le Dr C._____, il avait revu sa position. Il proposait désormais la prise en charge des troubles de l'assurée, car en lien de causalité avec l'accident du 2 juillet 2021.

Par courrier du 16 août 2023, la CNA a informé l'assurée qu'elle admettait son opposition et qu'elle acceptait de lui allouer les prestations d'assurance.

Par courrier du 14 septembre 2023, la CNA a révoqué sa décision de prise en charge, au motif qu'elle avait eu connaissance de faits nouveaux l'obligeant à réexaminer son obligation de prester.

Par appréciation médicale du 20 septembre 2023, le Dr P._____ a confirmé qu'il était pour la reconnaissance du lien de

causalité avec l'accident, étant donné que le lien de causalité entre les vertiges posturaux-perceptuels persistants et les troubles vestibulaires était de l'ordre du possible.

Dans le cadre de l'instruction, la CNA a reçu le 22 février 2024 un rapport du 10 novembre 2022 consécutif à une IRM (imagerie par résonance magnétique) cérébrale native, dans lequel la Dre M._____, spécialiste en radiologie, concluait à l'absence d'explication de la symptomatologie, notamment à l'absence d'argument pour une hypertension intracrânienne et pour une anomalie cérébelleuse ou le long des voies vestibulaires.

Le 1^{er} octobre 2024, l'assurée a été engagée en qualité de collaboratrice administrative à 60 % auprès des H._____.

Sur mandat de la CNA, le Centre d'expertise O._____ de l'Université de U*** a réalisé le 7 novembre 2024 une expertise en médecine générale et en oto-rhino-laryngologie. Dans le rapport d'expertise du 31 décembre 2024, la Prof. I._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, et le Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale, ont conclu consensuellement à des vertiges posturaux-perceptuels persistants sans signes d'un trouble fonctionnel vestibulaire périphérique, avec de légers signes d'un trouble fonctionnel vestibulaire central à la vidéo-oculographie et à une normoacousie symétrique. L'intéressée présentait une capacité de travail de 50 % tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. Au niveau de la vraisemblance prépondérante, ils estimaient que les troubles étaient en lien de causalité avec l'accident du 2 juillet 2021.

Dans une appréciation médicale du 14 janvier 2025, le Dr P._____ a relevé que le rapport d'expertise concordait avec sa précédente appréciation.

Par courrier du 14 mars 2025, l'assurée, désormais représentée par Me Charles Munoz, a demandé la révision de la décision du 7 mars 2022,

dans la mesure où celle-ci avait été invalidée par le rapport d'expertise du 31 décembre 2024.

Par courrier du 23 juin 2025, la CNA a communiqué à l'assurée qu'une rechute en lien avec l'accident du 2 juillet 2021 était exclue et qu'elle ne pouvait lui accorder des prestations. Par décision du 7 mars 2022 entrée en force, elle avait constaté que les troubles de l'assurée n'étaient plus dus à l'accident, mais relevaient uniquement de la maladie.

Par courrier du 27 juin 2025, l'assurée a demandé à la CNA de revoir sa position et a renvoyé à son courrier du 14 mars 2025.

Par décision du 31 juillet 2025, la CNA n'est pas entrée en matière sur la demande de révision de l'assurée et a maintenu sa décision du 7 mars 2022, au motif que les troubles de l'intéressée n'étaient pas en lien de causalité avec l'événement du 2 juillet 2021.

Le 15 septembre 2025, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision précitée. En substance, elle estimait que l'expertise du Centre d'expertise O._____ constituait un fait nouveau impliquant l'obligation pour la CNA de réviser sa décision du 7 mars 2022 et de continuer, respectivement reprendre le versement de ses prestations.

Par décision sur opposition du 6 novembre 2025, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 31 juillet 2025. Si la situation sur le plan médical n'était pas parfaitement superposable à celle qui prévalait en mars 2022, elle se recoupait néanmoins sur le fait qu'aucun dommage structurel démontrable n'expliquait, avant comme après mars 2022, les troubles vertigineux. Et même dans l'hypothèse où il fallait considérer le rapport d'expertise du Centre d'expertise O._____ comme un moyen de preuve nouveau, il ne permettrait pas d'établir un lien de causalité adéquate avec l'événement du 2 juillet 2021.

B. Par acte du 8 décembre 2025, B._____, sous la plume de son conseil, a interjeté recours auprès de la Cour des assurances sociales du

Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, en concluant principalement à sa réforme, dans le sens que la décision du 7 mars 2022 est révisée et que la CNA continue, et ce de manière ininterrompue, la prise en charge du cas au-delà du 13 mars 2022, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à la CNA. En substance, elle réitérait le fait que l'expertise du Centre d'expertise O._____ constituait un moyen de preuve nouveau et que ses troubles étaient en relation de causalité avec l'accident du 2 juillet 2021.

Par réponse du 18 décembre 2025, la CNA a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision sur opposition querellée, en reprenant pour l'essentiel les arguments avancés dans cette dernière.

Par réplique du 29 janvier 2026, B._____ a persisté dans ses conclusions et produit plusieurs certificats médicaux de la Dre E._____ des 17 septembre, 8 octobre, 7 novembre, 8 décembre 2025 et 9 janvier 2026, attestant d'une incapacité totale de travail depuis le 17 septembre 2025.

Par duplique du 4 février 2026, la CNA a maintenu sa position et estimé que les certificats médicaux produits par B._____ étaient irrecevables car postérieurs à la décision attaquée.

Par écriture complémentaire du 19 février 2026, B._____ a indiqué que son contrat de travail avait été résilié en raison de sa longue incapacité de travail.

C. Par projet de décision du 30 septembre 2025, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a communiqué à l'assurée son intention de lui octroyer une rente d'invalidité entière jusqu'au 31 décembre 2024, et de 25 % dès le 1^{er} janvier 2025.

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, 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 le bien-fondé du rejet par l'intimée de la demande de révision procédurale de la décision du 7 mars 2022.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. 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 (art. 4 LPGA).

b) L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'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. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique 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 ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'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 ; 129 V 402 consid. 4.3 ; TF 8C_858/2008 du 14 août 2009 consid. 3).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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, 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement

accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 134 V 109 consid. 10 ; 117 V 359 consid. 6 et 369 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 6 et 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 140 V 356 consid. 3.2 ; 134 V 109 consid. 2.1 ; 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa). En cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'examen se fait en revanche sur la base de critères particuliers n'opérant pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes, lorsque les symptômes attribuables de manière crédible au tableau clinique typique (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.) se trouvent au premier plan (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; 117 V 359 consid. 6a).

Le Tribunal fédéral a toutefois précisé qu'en cas de traumatisme cranio-cérébral, un certain degré de sévérité de l'atteinte sous forme d'une *contusio cerebri* est nécessaire pour justifier l'application de la jurisprudence en cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral. En revanche, en présence d'un traumatisme cranio-cérébral léger, l'examen d'un lien de causalité adéquate s'effectue en application de la jurisprudence en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident (TF 8C_565/2022 du 23 mai 2023 consid. 3.2.3 et les références). Ainsi, un traumatisme cranio-cérébral qui atteint au maximum le degré de sévérité d'une *commotio cerebri* – sans être à la limite d'une *contusio cerebri* – ne suffit en principe pas pour l'examen de la causalité adéquate à la lumière de la jurisprudence développée en cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral. Une *contusio cerebri* est une violence focale exercée sur le

tissu cérébral, accompagnée de petites hémorragies parenchymateuses ou d'un œdème local. Une *commotio cerebri* est un état de dysfonctionnement neurologique temporaire et rapidement réversible accompagné d'une perte de conscience de courte durée peu après l'atteinte et, souvent, d'une amnésie concomitante à l'atteinte et/ou antérieure à l'atteinte, mais sans anomalies neurologiques (TF 8C_44/2017 du 19 avril 2017 consid. 4.1 et les références). Pour déterminer si un traumatisme crânien relève tout au plus d'une *commotio cerebri*, il y a lieu de se fonder sur les constatations initialement émises par les médecins sur les plans clinique, d'imagerie et diagnostique (TF 8C_596/2022 du 11 janvier 2023 consid. 4.3.2; cf. également TF 8C_651/2024 du 27 mars 2025 consid. 5.3).

4. Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Sont « nouveaux » au sens de cette disposition, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants, qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références ; TF 9C_371/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3).

5. a) Pour pouvoir examiner le droit aux prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133

consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

b) C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

6. a) En l'espèce, la recourante a été victime le 2 juillet 2021 d'un accident de la circulation routière – la voiture dans laquelle elle était passagère a heurté une borne de séparation de voie en sortie d'autoroute – qui a entraîné des contusions au niveau du front, de la région péri-orbitaire et de la jambe gauche, ainsi que des douleurs cervicales.

b) Sur le plan orthopédique, l'examen clinique (rapport de sortie du 2 juillet 2021 des Drs D._____ et A._____) et les radiographies réalisées le jour même de l'accident (CT-scan cérébral et cervical du 2 juillet 2021) n'ont pas mis en évidence de fractures ou d'autres lésions post-traumatiques, si ce n'est une discopathie avec uncodiscarthrose C6-C7

(rapport d'évaluation interdisciplinaire du 14 février 2022 des Drs K._____ et L._____).

c) Dans les suites de son accident, la recourante a présenté des symptômes propres au tableau clinique typique d'un syndrome post-commotionnel avec, entre autres, des difficultés de concentration, de l'anxiété, des maux de tête ainsi que des douleurs cervicales (rapports de la Dre E._____ des 15 octobre 2021 et 7 décembre 2021), symptômes auxquels sont venus s'ajouter des vertiges non rotatoires intermittents, sans signe d'une atteinte vestibulaire périphérique ou centrale (rapport du Dr F._____ du 3 novembre 2021). Aucun élément au dossier ne laissait à penser que la symptomatologie pouvait avoir une cause organique.

d) La J._____ a procédé à une évaluation interdisciplinaire de l'assurée les 8 et 9 février 2022. Dans son rapport du 14 février 2022, la J._____ n'a retenu, à l'examen clinique, aucune limitation de l'appareil locomoteur et, à l'examen neurologique, aucun indice d'une atteinte centrale, médullaire ou du rachis cervical. Les performances réalisées dans le cadre d'une évaluation des capacités fonctionnelles (ECF) représentaient, du point de vue de l'évaluateur, ce que l'assurée avait accepté de faire plutôt que ses aptitudes physiques maximales ; la volonté de donner le maximum était trop faible pour que l'ECF débouche sur un niveau de performance qui reflète les aptitudes réelles de l'assurée. Sur le plan psychiatrique, il a été retenu que l'assurée avait présenté un stress post-traumatique qui était désormais au décours et qui, en soi, n'avait pas d'impact sur la capacité de travail ; pour le reste, il n'y avait pas de troubles psychiatriques structurés et durables. Le pronostic d'une reprise professionnelle était réservé, principalement en raison de facteurs non organiques. Dans ce contexte, il n'y avait pas de traitement susceptible d'être orienté sur une hypothétique lésion ; les traitements physiques avaient plutôt tendance à favoriser les croyances négatives de l'assurée, laquelle méritait au contraire d'être rassurée. Sur un plan strictement médical, rien ne s'opposait à un retour sur le marché de l'emploi.

e) Forte des constats de la J._____, l'intimée a, par décision du 7 mars 2022, mis un terme à la prise en charge des prestations d'assurance avec effet au 13 mars 2022, motif pris qu'il n'existait pas de séquelles en lien de causalité adéquate avec l'accident.

f) Par rapport médical du 17 mars 2023, la Dre E._____ a informé la CNA que la situation s'était chronicisée, l'assurée souffrant encore de torticolis à gauche à répétition, de maux de tête importants avec étourdissement, ainsi que de problèmes de mémoire et de concentration. Dans une attestation du 5 avril 2023, le Dr F._____ a expliqué que, depuis son premier examen du mois de novembre 2021, il avait examiné à plusieurs reprises l'assurée sans amélioration subjective des symptômes de vertige (sous la forme d'une instabilité permanente, sans vertiges rotatoires). Pour autant, les différents examens vestibulaires cliniques demeuraient normaux. Il en a conclu que l'assurée présentait des vertiges subjectifs post-traumatiques d'origine probablement fonctionnelle, avec un diagnostic différentiel de « *persistent postural perceptual dizziness* » (vertiges posturaux-perceptuels persistants).

g) Compte tenu de la persistance des symptômes, l'intimée a requis auprès du Dr C._____ (unité d'otoneurologie et audiologie du CHUV) une évaluation otoneurologique. Dans son rapport du 30 juin 2023, ce médecin a indiqué que l'examen otoneurologique clinique et instrumental était normal, sans évidence d'une pathologie vestibulaire organique périphérique ou centrale. De son point de vue, l'assurée présentait une symptomatologie chronique de conflit visuo-vestibulaire (vertige postural type tangage ; vertiges induits par la vision) compatible avec un trouble vestibulaire fonctionnel de type « *persistent postural perceptual dizziness* ». D'un point de vue thérapeutique, il proposait la mise en route d'un traitement de rééducation vestibulaire orienté sur la conscience corporelle et l'intégration multisensorielle de l'équilibre.

h) Afin de déterminer si une éventuelle contusion vestibulaire survenue dans le cadre de l'accident pouvait être à l'origine d'un trouble vestibulaire fonctionnel de type « *persistent postural perceptual*

dizziness », l'intimée a confié la réalisation d'une expertise au Centre d'expertise O._____ de l'Université de U***. Dans son rapport du 31 décembre 2024, celui-ci a retenu le diagnostic de « *persistent postural perceptual dizziness* » sans signes d'un trouble fonctionnel vestibulaire périphérique, avec de légers signes d'un trouble fonctionnel vestibulaire central et considéré que l'assurée présentait à l'heure actuelle une capacité de travail de 50 %. L'experte en oto-rhino-laryngologie, la Prof. I._____, a notamment mentionné ce qui suit :

Aucun dommage **structurel** durable démontrable du point de vue de l'oto-rhino-laryngologie n'existe. La personne soumise à expertise présente une PPPD [*Persistent Postural Perceptual Dizziness*]. Il s'agit d'un tableau clinique qui décrit un manque d'assurance persistant pendant plus de trois mois, dont un trouble fonctionnel vestibulaire périphérique passager est souvent mais pas toujours initialement à l'origine ; une PPPD peut toutefois également survenir chez des personnes anxieuses, par exemple, sans trouble fonctionnel vestibulaire périphérique antérieur avéré. Une telle situation a pu être objectivée chez la personne soumise à expertise et la PPPD est survenue, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la suite de l'accident du 2.7.2021, qui a également entraîné des douleurs et des tensions au niveau de la nuque. L'anamnèse de la personne soumise à expertise, en particulier l'amplification des troubles en présence de nombreux stimuli extérieurs comme le bruit ou dans une foule ou encore de stimuli optiques, ainsi que les résultats de l'analyse de l'équilibre plaident en faveur de la présence d'un tel trouble.

i) Sur le vu des conclusions de l'expertise, laquelle rejoint les avis médicaux exprimés par les Drs F._____ et C._____, il n'y a pas lieu de nier que la recourante souffre actuellement de vertiges posturaux-perceptuels persistants qui sont en lien de causalité naturelle avec l'événement accidentel du 2 juillet 2021. Il convient d'ailleurs de relever que le médecin-conseil de l'intimée n'a pas contesté les conclusions de l'expertise (avis du 14 janvier 2025).

j) Contrairement à ce que soutient l'intimée, ce nouveau diagnostic constitue clairement un fait nouveau qui fait apparaître que la décision du 7 mars 2022 compte un défaut objectif pouvant justifier une révision procédurale. Les considérations de la Prof. I._____ et des Drs F._____ et C._____, fondées sur une période d'observation plus étendue de la symptomatologie et, partant, plus propice pour permettre de poser un diagnostic sûr et précis, apportent un éclairage nouveau et

consensuel sur la situation de la recourante. En tant que le diagnostic posé par les médecins précités reposait sur des fondements médicaux sérieux, il n'appartenait pas à l'intimée de remettre en cause le bien-fondé du diagnostic de vertiges posturaux-perceptuels persistants et le lien de causalité naturelle entre cette pathologie et l'événement accidentel du 2 juillet 2021 (sur la question, cf., par exemple, TF 9C_371/2008 du 2 février 2009 consid. 2.4).

k) Cela étant, il y a lieu de constater que la recourante a développé, à la suite de son accident, une symptomatologie caractéristique d'un tableau clinique typique d'un syndrome post-commotionnel dont les symptômes les plus marquants et durables ont été constitués par des vertiges posturaux-perceptuels persistants. Au regard des résultats cliniques, imageries et conclusions diagnostiques, on doit admettre que la recourante a présenté lors de l'événement du 2 juillet 2021 un traumatisme crânio-cérébral léger (« *contusio capitis* »). Aussi se justifie-t-il d'examiner l'existence du lien de causalité adéquate à l'aune des critères applicables en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident (ATF 140 V 356 consid. 3.2 ; 134 V 109 consid. 2.1 ; 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa).

7. a) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves.

Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave.

En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

b) Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; 115 V 133 consid. 6c/bb). De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept, ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C_600/2020 du 3 mai 2021 consid. 3.3 et la référence). Par ailleurs, un seul critère peut être suffisant pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves (ATF 115 V 133 consid. 6c/bb).

c) L'accident du 2 juillet 2021 – dont la gravité doit être appréciée d'un point de vue objectif, sans s'attacher à la manière dont la personne assurée a ressenti et assumé le choc traumatique (ATF 117 V 366 consid. 6a et la référence) – doit, compte tenu de son déroulement, être

qualifié de gravité moyenne *stricto sensu*. Selon les éléments recueillis par la police cantonale de T***, le choc a revêtu une certaine violence, dans la mesure où la voiture dans laquelle la recourante se trouvait comme passagère a heurté une borne de séparation de voie en sortie d'autoroute. Le véhicule présentait un pneu crevé à l'avant gauche ainsi que des dommages sur toute la partie avant gauche. Eu égard à l'absence de traumatismes graves subis (notamment par les autres passagers du véhicule), il y a cependant lieu de retenir que les forces mises en jeu au moment de l'accident étaient d'importance faible à moyenne.

d) Reste à examiner si la recourante remplit suffisamment de critères posés par la jurisprudence pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis.

aa) S'agissant du critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, la raison pour laquelle la jurisprudence a adopté ce critère repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. C'est le déroulement de l'accident dans son ensemble qu'il faut prendre en considération. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances de l'espèce et non en fonction du ressenti subjectif de l'assuré, en particulier de son sentiment d'angoisse. Il faut en effet observer qu'à tout accident de gravité moyenne est associé un certain caractère impressionnant, lequel ne suffit pas pour admettre l'existence du critère en question (TF 8C_600/2020 précité consid. 4.2.3 et la référence).

En l'occurrence, ce critère n'est pas réalisé. Bien que l'on puisse reconnaître que l'accident ait pu avoir un caractère impressionnant voire angoissant pour la recourante, il ne ressort pas du dossier que sa vie aurait été en danger. Il y a par ailleurs lieu d'écarter l'existence de toute circonstance concomitante particulièrement dramatique, l'accident ayant causé au final des dommages essentiellement matériels.

bb) Pour être retenu, le critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques, postule d'abord l'existence de lésions physiques graves ou, s'agissant de la nature particulière des lésions physiques, d'atteintes à des organes auxquels l'homme attache normalement une importance subjective particulière (par exemple la perte d'un œil ou certains cas de mutilations à la main dominante; cf. TF 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 4.3.2 et les références).

En l'occurrence, ce critère doit également être nié. Les radiographies réalisées le jour même de l'accident (CT-scan cérébral et cervical du 2 juillet 2021) n'ont pas mis en évidence de fractures ou d'autres lésions post-traumatiques, si ce n'est une discopathie avec uncodiscarthrose C6-C7. La recourante été victime de simples contusions au niveau du front, de la région péri-orbitaire et de la jambe gauche, ainsi que de douleurs cervicales, atteintes qui ne peuvent être qualifiées de graves. Conduite à l'hôpital pour procéder aux contrôles d'usage, elle a pu quitter l'établissement le soir même.

cc) En ce qui concerne le critère de la durée anormalement longue du traitement médical, l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; il faut également prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré. La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations, même pendant une certaine durée, ne suffisent pas à fonder ce critère (ATF 148 V 138 consid. 5.3.1 et les références).

En l'occurrence, la recourante n'a subi aucune intervention chirurgicale, singulièrement aucune prise en charge médicale de longue durée en milieu hospitalier. Le traitement médical appliqué à la recourante a consisté en des mesures conservatrices (médicaments ; ostéopathie ; physiothérapie ; acupuncture). En ce sens, il convient de nier que la circonstance de la longue durée du traitement médical soit remplie.

dd) S'agissant du critère des douleurs physiques persistantes, il y a lieu de préciser qu'il faut que des douleurs importantes aient existé sans interruption notable durant tout le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (art. 19 al. 1 LAA). L'intensité des douleurs est examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4).

En l'occurrence, il n'est pas possible d'admettre que ce critère est réalisé, les douleurs dont se plaint de la recourante ne pouvant pas être mise en lien avec une atteinte objective, respectivement avec une atteinte qui présenterait un rapport de causalité naturelle avec l'accident.

ee) En ce qui concerne les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident, il n'y a pas lieu d'admettre ce critère, faute d'évocation précis d'éléments suscitant un doute quant au caractère adéquat de la prise en charge de la recourante.

ff) S'agissant des difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes, il doit exister des motifs particuliers ayant entravé la guérison, et ce même s'il n'a pas été possible de supprimer les douleurs de l'intéressé, ni même de rétablir une capacité de travail entière (TF 8C_613/2019 du 17 septembre 2020 consid. 6.4.3; 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.5 et les références). L'échec de certains traitements isolés et la persistance de certains troubles ne sont donc pas suffisants pour admettre des difficultés lors du processus de guérison.

En l'occurrence, il y a lieu de constater que la recourante n'a pas été confrontée à des complications particulières, dès lors qu'elle n'a présenté que des atteintes somatiques bénignes à la suite de son accident.

gg) S'agissant pour finir du critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail, il doit se rapporter aux seules lésions physiques et ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte,

même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (cf. TF 8C_762/2019 du 12 mars 2020 consid. 4.2.6 et la référence ; 8C_277/2019 du 22 janvier 2020 consid. 5.3).

En l'occurrence, ce critère n'est pas non plus rempli. Il ressort en effet du dossier que la capacité de travail de la recourante n'a pas été impacté par des lésions d'origine physique. A cet égard, il sied de constater que, bien qu'ils soient recevables, car ils se réfèrent à une situation antérieure à la décision sur opposition du 6 novembre 2025 et sont étroitement liés à l'objet du litige (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_253/2024 du 17 octobre 2024 consid. 3.3), les certificats médicaux de la Dre E._____ établis entre le 17 septembre 2025 et le 9 janvier 2026 ne permettent pas d'arriver à une autre conclusion, dès lors qu'ils attestent simplement d'une incapacité de travail pour raison de « maladie ».

e) Il s'ensuit que les troubles développés par la recourante ne se trouvent pas en relation de causalité adéquate avec l'accident assuré, aucun des critères n'étant réalisés.

8. Il découle de ce qui précède que, malgré l'existence d'un fait nouveau, il ne se justifie pas de procéder à la révision procédurale de la décision du 7 mars 2022. Aussi la décision sur opposition attaquée doit-elle être confirmée dans son résultat.

9. a) En définitive, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir des 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 9 novembre 2025 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.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Charles Munoz (pour B. _____),
- 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).

Le greffier :