

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 6 juin 2018

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mme Brélaz Braillard, juge et M. de Goumoëns, assesseur  
Greffière : Mme Laurency

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Protekta, Assurance de protection juridique SA, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** F.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1985, travaillait à 100 % comme collaborateur du service externe pour le compte de K.\_\_\_\_\_ SA. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 5 décembre 2016, alors qu'il déménageait de la vieille documentation dans les locaux de son employeur, l'assuré a fait une chute sur les fesses. Il a néanmoins continué à travailler et n'a été mis en arrêt de travail total qu'à partir du 7 décembre 2016. Il a repris à 60 % dès le 30 janvier 2017.

Par courrier du 11 janvier 2017, la CNA a informé l'assuré qu'il était mis au bénéfice d'indemnités journalières à partir du 8 décembre 2016.

Selon l'IRM de la colonne lombo-sacrée du 11 janvier 2017, l'assuré souffrait d'une discopathie dégénérative avec déchirure de l'anneau fibreux du disque en L4-L5 et d'une petite hernie discale inflammatoire L5-S1 paramédiane droite avec contact disco-radiculaire S1.

Dans un rapport du 30 janvier 2017, le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a diagnostiqué une lombalgie non déficitaire et prescrit de la physiothérapie, ainsi que des antalgiques. La fin du traitement était prévue quatre semaines plus tard.

Par courrier du 23 février 2017, la CNA a informé l'assuré de la fin du versement des prestations d'assurance au 23 février 2017. Après réception des pièces médicales pertinentes, la CNA avait réexaminé le droit aux prestations et conclu à la nature exclusivement pathologique des troubles dont souffrait encore l'assuré. Selon l'appréciation du service

médical de la CNA, les troubles au dos consécutifs à l'accident étaient guéris au plus tard deux semaines après la date de l'accident.

Aux termes d'un rapport du 23 février 2017 du Dr E.\_\_\_\_\_, le diagnostic de lombalgie non déficitaire a été confirmé et la fin du traitement était prévue huit semaines plus tard. Les constatations objectives listées étaient les suivantes : douleur côté gauche, limitation mobilité, position assise / debout prolongée.

A la teneur de l'appréciation médicale du 8 mars 2017 du Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, les modifications que décrivait le rapport radiologique du 11 janvier 2017 étaient de nature dégénérative. Il n'y avait pas de signes évocateurs de lésions structurelles fraîches consécutives à un accident, telles qu'une contusion osseuse (ou bone bruise). Pour pouvoir constater de telles atteintes, il aurait fallu selon le Dr R.\_\_\_\_\_ que l'assuré fasse une chute d'une hauteur élevée et qu'il souffre de traumatisme axial, ce qui n'était pas le cas. En l'absence de contusion osseuse (ou de bone bruise), le *statu quo sine* avait été atteint après deux semaines. Le Dr R.\_\_\_\_\_ a relevé qu'après ce laps de temps, l'événement accidentel ne jouait plus aucun rôle dans le tableau symptomatique que présentait l'assuré. Les troubles dont il faisait état étaient compatibles avec les modifications dégénératives multiples mises en évidence par l'IRM du rachis lombaire.

Par décision du 5 avril 2017, la CNA a confirmé la cessation du versement des prestations au 23 février 2017 en se fondant sur l'appréciation médicale du 8 mars 2017 du Dr R.\_\_\_\_\_.

L'assuré, représenté par Protekta, Assurance de protection juridique SA, a formé opposition contre cette décision le 1<sup>er</sup> mai 2017, faisant valoir un lien de causalité entre les troubles dont il souffrait et l'accident du 5 décembre 2016, ainsi qu'une instruction insuffisante du dossier. Il a produit un rapport du 7 avril 2017 des Drs V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chiropractie spécialisée, et Z.\_\_\_\_\_, chiropraticien, qui concluaient à des lombalgies chroniques post traumatiques liées à une

souffrance discale comprimant légèrement le fourreau dural. On extrait ce qui suit dudit rapport :

### **III/Données cliniques au 03.04.2017 :**

A l'anamnèse, le patient rapporte une amélioration des douleurs de 80%. Il persiste parfois une raideur matinale mais n'a globalement pas de douleurs au repos. En revanche, des douleurs intermittentes intenses évaluées à 8/10 sur l'échelle analogique surviennent lors :

- du port de charges lourdes
- de la station assise prolongée
- d'une activité physique trop importante

**A l'examen neurologique des membres inférieurs**, on ne retrouve aucun signe en faveur d'un conflit radiculaire ou tronculaire déficitaire.

[...]

### **IV/ Discussion :**

A la lumière des faits que Mr F. \_\_\_\_\_ n'a pas souffert de lombalgies auparavant l'accident du 05 décembre 2016 et la forte corrélation anatomo-clinique, on en déduit que les douleurs de Mr F. \_\_\_\_\_ au 03.04.2017 sont des douleurs résiduelles de l'accident du 05.12.2016.

En effet, les facteurs aggravants des douleurs sont strictement mécaniques et ne correspondent en aucun point à des douleurs psychosomatiques ou des douleurs lombaires ayant une autre origine que des séquelles de la lésion du 05.12.2016. Les zones douloureuses à la palpation correspondent exactement aux zones de lésions à l'IRM et ces douleurs séquellaires sont fréquentes après des lésions discales traumatiques. L'origine dégénérative de douleurs actuelles ne peut être retenue étant donné le manque d'antécédent de lombalgies ainsi que le caractère davantage traumatique et inflammatoire des lésions que dégénératives. En effet, une déchirure annulaire isolée sur un disque globalement sain et en bonne santé de même qu'une hernie minimale mais inflammatoire sans être associée à des lésions ostéophytiques ou une diminution de l'espace intervertébral ne peuvent raisonnablement pas être associées étiologiquement à des lésions dégénératives.

Nous sommes plutôt face à une double composante, des lésions traumatiques sur un terrain dégénératif. J'ajouterais que les recherches scientifiques n'ont montré aucune corrélation entre les lésions dégénératives et la douleur sauf en cas de Modic Change de type 1 ce qui n'est pas le cas chez ce patient [...].

Les tissus mous étant superficiels, le drainage lymphatique est plus rapide et il est normal que des lésions contusionnelles/œdémateuses ne soient plus visibles. Les lésions discales obéissent à une physiologie de récupération totalement différente. Pour rappel, le temps de cicatrisation moyen d'une lésion discale dans un

environnement favorable est de 6 semaines à 6 mois. Au vu des grandes proportions du patient, il est normal que son temps de cicatrisation normal se situe davantage vers le haut de la fourchette temporelle de récupération. Une fois de plus, son poids et sa grandeur associés au poids du carton sortent Mr F. \_\_\_\_\_ des normes de la physique des analyses de risques traditionnelles et un traumatisme tel qu'une simple chute avec un carton ont aisément pu créer ses lésions, pas tant lors de l'impact au sol mais lors du réflexe moteur de tentative d'évitement de la chute.

Le second rapport du 21 avril 2017 Dr P. \_\_\_\_\_, médecin praticien, produit par l'assuré mentionnait notamment les éléments suivants :

Je rappellerai simplement qu'en date du 7 [recte : 5] décembre 2016, dans le cadre d'un déménagement, le patient avait présenté un premier épisode de lombalgies assez sévère avec une impotence fonctionnelle majeure. Cet épisode avait pris plusieurs semaines à céder avec un traitement symptomatique bien conduit et de la physiothérapie.

Vous aviez alors réalisé un bilan IRM qui avait montré une discopathie étagée avec une hernie discale L5-S1 droite avec un conflit radiculaire S1, qui ne correspondait pas à la clinique évoquée par le patient.

Dans les suites, l'évolution avait été favorable.

Vous me l'aviez adressé donc le 20 février 2017 pour une récurrence de cette symptomatologie douloureuse.

Mon examen clinique n'avait pas permis de mettre en évidence un déficit sensitivomoteur. Les réflexes ostéo-tendineux étaient perçus, il n'y avait pas de réelle systématisation neurologique.

Le patient présentait des douleurs lombaires en barre à type lumbago avec des contractures majeures des muscles paravertébraux.

Dans les suites, je l'avais adressé à un physiothérapeute afin d'améliorer sa symptomatologie.

D'après l'anamnèse, il me semble plausible que le premier épisode du 7 [recte : 5] décembre 2016 ait été le facteur déclenchant de ces épisodes à répétition alors que le patient décrit ne pas avoir eu par le passé de problèmes de lombalgies.

En ce sens, le nouvel épisode pour lequel j'ai reçu le patient le 20 février 2017 peut être mis en relation avec une récurrence du premier épisode datant de décembre 2016.

Le dossier a été soumis au médecin d'arrondissement de la CNA, la Dresse X. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, qui a retenu dans

son appréciation médicale du 19 juin 2017 que l'accident n'avait pas occasionné de lésion discale. La Dresse X.\_\_\_\_\_ a mentionné que la chute de l'assuré avait entraîné un lumbago, soit une atteinte à la santé qui guérit généralement après quelques semaines ou mois plus tard. La Dresse X.\_\_\_\_\_ s'est référée à l'IRM du 11 janvier 2017 et a confirmé l'analyse du 8 mars 2017 du Dr R.\_\_\_\_\_. Concernant le rapport du 7 avril 2017 des Drs V.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_, la Dresse X.\_\_\_\_\_ a expliqué que même des incidents banals pouvaient occasionner une hernie discale, empêchant de retenir un lien de causalité du simple fait de sa survenance après l'incident. De plus, la faible gravité de la chute et les résultats correspondants sur l'IRM en présence d'un lumbago non déficitaire ne parlaient pas en faveur d'un traumatisme grave.

Par décision sur opposition du 4 juillet 2017, la CNA a confirmé la teneur de sa décision du 5 avril 2017. Dans sa motivation, la Caisse a notamment retenu qu'aucun médecin n'avait mis en évidence de lésion structurelle due à l'accident et, partant, qu'il n'existait plus de lien de causalité entre l'événement du 5 décembre 2016 et les troubles de l'assuré, les soins pratiqués à partir de la mi-février étant à mettre en relation avec les altérations dégénératives.

**B.** Par acte du 5 septembre 2017, F.\_\_\_\_\_, sous la plume de son représentant, a déféré la décision rendue le 4 juillet 2017 par la CNA devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à l'octroi de prestations ; subsidiairement à son annulation et à son renvoi à la CNA pour nouvelle décision. En substance, il reprochait à la CNA d'avoir retenu un état préexistant concernant son dos, sans se baser sur des examens médicaux ou sur un véritable diagnostic. L'assuré estimait en se référant aux rapports des Drs E.\_\_\_\_\_, V.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ que ses troubles étaient dus au traumatisme provoqué par sa chute et non à des lésions dégénératives. Il a fait valoir une instruction incomplète du dossier et indiqué être à disposition pour effectuer une expertise.

Dans sa réponse du 7 décembre 2017, la CNA a conclu à l'admission partielle du recours, en ce sens que les prestations d'assurance devaient être octroyées à l'assuré jusqu'au 5 mars 2017 inclusivement. A l'appui de son écriture, la Caisse a confirmé que l'accident avait décompensé un état dégénératif préexistant, mais que le *statu quo sine* avait été atteint non deux semaines après l'accident, mais trois mois après vu l'avis médical du 7 décembre 2017 du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et de la Dresse X.\_\_\_\_\_, qui retenaient une chute avec douleurs dorsales sans atteinte neurologique, ni lésion structurelle de la colonne lombaire. Ces médecins ont constaté dans leur avis précité des remaniements d'ordre dégénératif au niveau L4-L5 et L5-S1. La période de convalescence était au plus de trois mois dans la mesure où l'assuré avait retrouvé 60 % de sa capacité de travail le 30 janvier 2017 déjà et qu'il avait ensuite lui-même indiqué aux Drs V.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ une amélioration de ses douleurs de 80 %. Toute incapacité de travail ultérieure à ce délai ne pouvait donc se justifier par l'événement initial selon le Dr B.\_\_\_\_\_ et la Dresse X.\_\_\_\_\_.

### **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 ; RSV 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 du recourant à des prestations en espèces de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 23 février 2017.

**3.** Les modifications de la LAA introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit.

**4. 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.

**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. Lorsque l'existence d'un rapport de cause

à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut 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 et les références citées ; TF 8C\_36/2017 du 5 septembre 2017 consid. 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\_464/2014 du 17 juillet 2014 consid. 3.2). 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\_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 4.2).

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 et les références citées ; TF 8C\_727/2016 du 20 octobre 2017 consid. 3). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident en question (*statu quo*

sine ; TF 8C\_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2 et la référence citée).

**c)** 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 l'hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Si l'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 les références citées). 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. Selon l'expérience médicale, la lésion isolée d'un disque intervertébral due à un accident peut uniquement être provoquée par un effort purement axial de la colonne vertébrale et non par des mouvements de rotation, d'hyperextension ou d'hyperflexion (TFA U 441/04 du 13 juin 2005 consid. 3.1).

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 la référence citée ; 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 (« *eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss* » ; TF 8C\_1029/2012 du 22 mai 2013 consid. 4.2.1 ; 8C\_562/2010 du 3 août 2011 consid. 5.1 et les références citées).

**d)** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider 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. 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).

**5. a)** En l'espèce, il est établi que le recourant a, en date du 5 décembre 2016, chuté sur le siège au cours d'un déménagement et présenté dans les suites de cet événement des lombalgies sans syndrome déficitaire. Une IRM réalisée le 11 janvier 2017 a mis en évidence la présence d'une discopathie dégénérative avec déchirure de l'anneau

fibreux du disque en L4-L5 et une petite hernie discale inflammatoire L5-S1 paramédiane droit avec contact disco-radriculaire S1.

**b)** Le recourant soutient que les douleurs qu'il continue à ressentir et les limitations de sa mobilité sont dues à sa chute du 5 décembre 2016. Or, dans sa décision du 4 juillet 2017, l'intimée a retenu l'absence de lien entre l'incident précité et les lombalgies du recourant en se fondant sur l'appréciation circonstanciée développée par les Drs R.\_\_\_\_\_, X.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, appréciation dont il n'y a pas lieu de s'écarter. En effet, l'événement du 5 décembre 2016 ne peut être considéré, au regard de son déroulement et des circonstances, d'une importance particulière et propre à entraîner une lésion structurelle. L'IRM du 11 janvier 2017 n'a d'ailleurs pas démontré une telle atteinte et les médecins ne la retiennent pas (notamment rapports du 30 janvier 2017 du Dr E.\_\_\_\_\_ et du 21 avril 2017 du Dr P.\_\_\_\_\_), ce qui confirme l'analyse des médecins d'arrondissement. Dans leur rapport du 7 avril 2017, les Drs V.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ ne fournissent pas d'élément concret permettant de suivre leur analyse et de vérifier l'existence de lésions contusionnelles ou œdémateuses, mais émettent l'hypothèse que lesdites lésions ne sont plus visibles. Comparé aux événements propres à provoquer la survenance d'une hernie discale, tels qu'une chute libre d'une hauteur importante, un saut de 10 mètres de hauteur, une chute avec port de charges, un télescopage à grande vitesse (cf. TF U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 7.2), l'événement traumatique du 5 décembre 2016 était modéré puisqu'il s'agissait d'une chute sur les fesses. Il convient également de relever que le dossier ne fait pas mention d'un mouvement brusque à hauteur du rachis cervical (tel un coup du lapin), ni d'un effort purement axial, mais d'une chute d'une faible hauteur (consid. 4c *supra*). Il convient par conséquent d'admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la symptomatologie est en lien avec des lésions dégénératives.

**c)** Quant aux points de vue des Drs V.\_\_\_\_\_, Z.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_, ils doivent être écartés vu le peu de gravité de l'incident du 5 décembre 2016, l'absence de lésion structurelle à l'IRM du 11 janvier 2017

et le lumbago non déficitaire diagnostiqué, soit des lombalgies sans lésion neurologique. De plus, le Dr E. \_\_\_\_\_ retenait dans son rapport du 30 janvier 2017 une incapacité de travail limitée à quatre semaines et la reprise de l'activité à 60 % à partir du 30 janvier 2017. Dans son rapport du 21 avril 2017, le Dr P. \_\_\_\_\_ mentionne quant à lui une amélioration de l'état du recourant, constat étayé par le rapport du 7 avril 2017 des Drs V. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ qui font état d'une amélioration des douleurs du recourant de 80 %. Au vu de ces éléments, le point de vue des Drs X. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ ne semble nullement incongru, lorsqu'ils retiennent une capacité de travail retrouvée à 100 % trois mois après l'événement du 5 décembre 2016 et qu'ils considèrent qu'une capacité de travail de durée plus longue n'est pas justifiée médicalement au vu de l'évolution de l'incident du 5 décembre 2016 décrite dans les différents documents médicaux. Le fait que le recourant ne se soit pas plaint de douleurs discales avant cet événement ne saurait suffire, à lui seul, à établir un lien de causalité naturelle (consid. 4b *supra*).

**d)** Partant, l'intimée n'a, compte tenu de la nature de l'atteinte à la santé, pas violé le droit fédéral en mettant un terme à l'octroi de ses prestations. Conformément à la position développée par l'intimée dans sa réponse du 7 décembre 2017, il convient toutefois de corriger la décision litigieuse en fixant le terme du droit aux prestations à trois mois après l'accident.

**6.** Enfin, le grief du recourant selon lequel l'intimée aurait violé ses droits en ne donnant pas suite aux mesures probatoires qu'il avait requises dans le cadre de son opposition, statuant ainsi sur un dossier incomplet, doit également être écarté. En l'occurrence, l'intimée a manifestement procédé à une appréciation anticipée des preuves et jugé superflu de donner suite aux requêtes du recourant, sans violer le droit d'être entendu de ce dernier, ni le principe inquisitoire, eu égard aux développements ci-dessus (consid. 5 *supra*).

**7.** Pour les mêmes motifs, la mise en œuvre de l'expertise requise par le recourant n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage

différent des éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves (ATF 137 III 208 consid. 2.2 ; 135 II 286 consid. 5.1).

**8. a)** Au vu de ce qui précède, il convient en définitive d'admettre partiellement le recours, en ce sens que le recourant a droit aux prestations de l'assurance-accidents jusqu'au 5 mars 2017.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**c)** Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 500 fr. (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]) et de mettre à la charge de l'intimée.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 4 juillet 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est réformée, en ce sens que F.\_\_\_\_\_ a droit aux prestations de l'assurance-accidents jusqu'au 5 mars 2017.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à F.\_\_\_\_\_ une indemnité de 500 fr. (cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Protekta, Assurance de protection juridique SA (pour F. \_\_\_\_\_),
- 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 :