

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 juillet 2020

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Gutmann et Perreten, assesseurs
Greffière : Mme Popescu

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourant, représenté par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Etoy,

et

E. _____, à [...], intimée, représentée par Me Patrick Moser, avocat à Lausanne.

Art. 6 al. 1 LAA.

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], occupait depuis le [...] 2016 la fonction d'[...] pour la [...] et était, à ce titre, assuré auprès d'E._____ (ci-après : E._____ ou l'intimée) depuis le 1^{er} janvier 2018 pour les accidents.

Par déclaration d'accident du 10 septembre 2018, l'employeur précité a annoncé que l'assuré avait été victime d'un accident le 30 août 2018, lors duquel il avait perdu l'équilibre et était tombé sur le dos après avoir manqué une marche en descendant d'une échelle suite à la réalisation d'une soudure.

Le jour de l'incident, l'assuré a consulté à la Clinique Z._____, à [...], où un bilan radiologique de la colonne dorso-lombaire a été pratiqué. Au terme de son examen, le Dr M._____, radiologue, a relevé l'absence de fracture et a fait état de radiographies de la colonne dorso-lombaire sans anomalie, hormis une scoliose dorsale haute à concavité droite. Le diagnostic de contusion dorso-lombaire avec possible lombo-sciatalgie gauche non déficitaire a été posé et l'assuré s'est vu reconnaître une incapacité de travail du 30 août au 9 septembre 2018 (cf. rapport LAA du 27 septembre 2018).

Le 2 septembre 2018, un CT lombaire et du sacrum a été réalisé à la Clinique Z._____. Le rapport rédigé à cet effet par le Dr D._____, radiologue, a mis en évidence un aspect discrètement cunéiforme du corps vertébral L5 et un aspect irrégulier de son bord postéro-inférieur compatible éventuellement avec un petit tassement ou des altérations dégénératives. Il ressort également de ce rapport une volumineuse hernie médiane para-médiane bilatérale récessale gauche en L5-S1 en net conflit avec l'émergence de la racine S1 gauche, ainsi qu'un aspect nettement rétréci du canal lombaire à ce niveau, engendré par la hernie précitée. Sur cette base, le diagnostic de lombosciatique gauche aiguë a été posé (cf. rapport LAA du 27 septembre 2018).

Par courriel du 18 octobre 2018, la [...] a indiqué à E. _____ que l'assuré demeurait en incapacité de travail jusqu'à la fin du mois d'octobre 2018.

Le 5 novembre 2018, un rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombaire a été établi à la Clinique Z. _____ par le Dr D. _____. Il était libellé comme suit :

« **Indication**

Chute sur le dos de 80 cm le 30 août. Hernie discale L5-S1 avec radiculalgies non déficitaires S1 gauches. Évolution non favorable.

[...]

Conclusion

Volumineuse hernie médiane paramédiane bilatérale récessale et foraminale gauche en L5-S1 à l'origine d'un conflit avec l'émergence de la racine S1 gauche. Quelques altérations dégénératives pluri-étagées. »

Par correspondance du 7 novembre 2018 adressé au Dr S. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, le Dr O. _____, neurochirurgien au sein de la Clinique Z. _____, a relevé qu'une cure chirurgicale de la hernie discale était indiquée. Il a constaté qu'à son examen clinique du jour, la manœuvre de Lasègue était positive à partir de 30° à gauche chez ce patient qui avait du mal à se mettre en appui monopodal à gauche ; il ne présentait en revanche pas de déficit moteur à l'examen au lit. Enfin, le Dr O. _____ a fait état d'une aréflexie achilléenne gauche.

Du 14 au 18 novembre 2018, l'assuré a séjourné dans le service d'orthopédie des A. _____. Il a été opéré le 15 novembre 2018 par le Dr O. _____, qui a pratiqué une héli-laminectomie L5-S1 et une cure de hernie discale paramédiane gauche.

Par compte-rendu du 7 décembre 2018 adressé au Dr S. _____, le Dr Q. _____, médecin-chef au sein des A. _____, et le Dr Y. _____, médecin assistant au sein du même établissement, ont indiqué

que le patient bénéficiait d'une incapacité totale de travail du 18 novembre au 18 décembre 2018.

Dans son rapport du 7 mars 2019, le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil d'E._____, a résumé le parcours médical de l'assuré. Le Dr N._____ a observé que, dans le présent contexte, on notait la présence de troubles dégénératifs mais, surtout, un traumatisme mineur. Il a estimé que l'événement n'avait fait que révéler une symptomatologie dégénérative discale préexistante, étant souligné que les investigations exhaustives par CT et IRM lombaires n'avaient pas montré de séquelles liées à l'événement, en particulier de fracture ou d'œdème osseux lié à une contusion osseuse. Partant, il a retenu l'existence d'une contusion dorsolombaire simple et fixé le *statu quo sine* au plus tard six semaines après le sinistre. Au-delà de cette date, la symptomatologie était en relation de causalité avec une pathologie manifestement et exclusivement dégénérative.

Par décision du 9 avril 2019, E._____ a mis un terme au versement de ses prestations à compter du 11 octobre 2018, niant un lien de causalité naturelle entre l'événement du 30 août 2018 et les troubles de l'intéressé six semaines après cette date. Elle a toutefois renoncé à demander le remboursement des prestations versées à tort.

Aux termes d'un courrier du 10 mai 2019, l'assuré, assisté par son représentant, a formé opposition contre la décision susdite. Par écriture du 28 juin 2019, l'intéressé a complété son opposition en concluant que la date du *statu quo sine* retenue par le médecin conseil d'E._____ apparaissait manifestement prématurée. Il a fait valoir que les symptômes de la hernie discale étaient apparus immédiatement après l'incident et que celui-ci pouvait être considéré, au vu de son déroulement et des circonstances, d'une importance particulière et propre à entraîner une lésion du disque intervertébral. Il a également invoqué le scanner lombaire effectué le 2 septembre 2018 duquel il ressort un aspect irrégulier du bord postéro-inférieur du corps vertébral L5 compatible avec

un petit tassement, ainsi qu'une volumineuse hernie médiane para-médiane. Enfin, il s'est prévalu du rapport du 13 mai 2019 du Dr S._____, qui a été annexé. On y lit ce qui suit :

« Depuis quand suivez-vous Monsieur K._____ ?

La première consultation date du 14 mai 2018, auparavant il était suivi par le Dr R._____ à [...].

[...]

Quel était votre diagnostic ?

Hernie discale L5-S1 para-médiane gauche symptomatique à la suite d'une chute le 30.08.2018.

Quel traitement avez-vous préconisé ?

Un scanner ayant été effectué en urgence et ne révélant pas de lésion traumatique sévère et la hernie discale n'étant pas déficitaire, un traitement conservateur a été entrepris avec un certain succès bien que l'amélioration a été très lente.

Suite à une recrudescence des douleurs à deux mois de l'accident, une décision a été prise d'effectuer une IRM lombaire qui a mis en évidence cette hernie discale à l'origine d'un conflit de la racine S1 gauche compatible avec la symptomatologie. Je l'ai donc adressé à un neurochirurgien le Dr O._____ qui a posé l'indication à une intervention chirurgicale de décompression à but antalgique.

Ce diagnostic relève-t-il d'un accident ?

[...] Ce que je peux vous confirmer c'est que Monsieur K._____ ne souffrait d'aucune douleur lombaire, ni dans le membre inférieur gauche les mois ayant précédé l'accident que les douleurs sont immédiatement apparues à la suite de cette chute. On peut donc en conclure que la douleur, elle-même clairement en lien avec la présence d'une hernie discale, a été déclenchée par ce traumatisme qui, à mon avis, n'est pas aussi mineur qu'on pourrait le penser étant donné qu'il y a eu une chute certes d'une hauteur de 80 cm, mais directement à plat sur le dos ce qui représente malgré tout une forte cinétique.

Monsieur K._____ présentait-il avant l'accident précité des signes d'hernie discale ou de troubles dégénératifs de la colonne vertébrale ?

Monsieur K._____ m'a consulté à deux reprises en mai 2018 dans le cadre d'une lombalgie aiguë non spécifique irradiant dans le membre inférieur gauche mais en l'absence de syndrome radiculaire clinique puisque le Lasègue n'était pas positif. L'évolution a d'ailleurs été rapidement et complètement favorable avec disparition des douleurs. A noter encore que la radiographie de la colonne dorso-lombaire faite aux urgences le 30.08.2018 ne montrait absolument pas d'anomalie disco-somatique ni de signe d'arthrose interfacettaire à l'étage dorsale et lombaire. Le scanner du 02.09.2019 ne fait pas non plus état de la présence de trouble dégénératif.

L'accident a-t-il provoqué, déclenché ou encore aggravé une hernie discale ?

N'ayant pas d'imagerie préalable à l'accident, je ne peux pas répondre à cette question. Ce que je peux dire c'est que les symptômes sont apparus après l'accident de façon aiguë et compatible avec une hernie discale traumatique ou au moins une décompensation traumatique d'une hernie discale préalable.

Pensez-vous que l'accident subi par notre assuré, soit le fait de tomber d'une échelle sur le dos à une hauteur de 80 cm, était de nature à engrainer une lésion du disque intervertébral ?

Mes connaissances médicales ne me permettent pas de répondre à cette question. Je vous propose d'avoir à ce sujet l'avis d'un neuro-chirurgien ou d'un spécialiste en traumatologie.

Le bilan radiologique réalisé après l'accident a-t-il fait ressortir des éléments indirects d'un traumatisme récent ou d'une lésion anatomique disco-radulaire ?

Le scanner lombaire du 02.09.2019 a mis en évidence un aspect irrégulier du bord postéro-inférieur du corps vertébral L5 compatible avec un petit tassement (mais aussi avec des altérations dégénératives). Le rapport de l'IRM lombaire du 5 novembre 2018 (soit plus de 2 mois après le traumatisme) ne met pas en évidence de lésion traumatique mais celle-ci a très bien pu cicatriser dans l'intervalle.

Enfin, quelles constatations complémentaires faites-vous en ce qui concerne la décision du 9 avril 2019 de l'assurance-accident ?

L'argument que la présence d'altérations dégénératives pluri-étagées à l'IRM ne signifie pas que la hernie discale est de nature dégénérative. Nous savons qu'à l'âge de 41 ans la majorité de la population présente à l'IRM des altérations de ce type. Par ailleurs, l'argument qu'il s'agit d'un traumatisme mineur est discutable en présence d'une chute de 80 cm avec une réception directement sur le dos, mais cette notion de traumatisme à haute ou basse énergie est bien entendue relative. »

Par décision sur opposition du 29 octobre 2019, E. _____ a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé son premier prononcé. L'assurance a relevé que les circonstances de l'accident n'étaient pas propres en elles-mêmes à provoquer une hernie discale de la colonne lombaire, ce d'autant que l'arrêt de travail avait été de courte durée et qu'une discopathie double L4-L5 et L5-S1 avait été détectée à la suite d'une consultation et de radiographies effectuées le 6 novembre 2015. Il était ainsi établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la hernie discale présentée par l'assuré n'était pas en relation de causalité naturelle avec l'accident du 18 juin 2016 [recte : 30 août 2018]. E. _____ a par ailleurs souligné que le sophisme « *post ergo propter hoc* » ne suffisait pas à fonder un lien de causalité. Elle a également constaté que le

patient avait consulté le Dr S._____ à deux reprises en mai 2018, en raison de douleurs lombaires irradiant dans le membre inférieur, ce qui semblait contradictoire avec les précédents propos tenus par ce médecin. Enfin, E._____ s'est ralliée aux conclusions du Dr N._____, selon lesquelles l'événement n'avait fait que révéler une symptomatologie dégénérative discale préexistante et l'accident n'avait plus aucune influence sur l'état de santé de l'intéressé. Elle a ainsi estimé que sa décision, dans laquelle elle avait refusé la prise en charge des frais dès le 11 octobre 2018, ne prêtait pas le flanc à la critique.

B. Agissant par l'entremise de son conseil, K._____ a recouru le 28 novembre 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée. Il a conclu principalement à la réforme de ladite décision, en ce sens que les prestations d'assurance étaient allouées au-delà du 11 octobre 2018. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'autorité précédente pour nouvelle instruction dans le sens des considérants. En substance, le recourant fait valoir qu'E._____ s'est fondée sur des éléments erronés pour rendre sa décision. Il souligne qu'il a été en incapacité de travail du 30 août 2018 au 1^{er} février 2019, soit durant cinq mois, et qu'il n'a pu reprendre son travail que de manière progressive. Il ajoute qu'aucune pièce au dossier ne fait référence à une consultation et des radiographies du 6 novembre 2015 et que l'accident s'est produit le 30 août 2018, et non le 18 juin 2016, comme indiqué par E._____. L'intéressé soutient que le rapport du 13 mai 2019, dont il se prévaut, n'est pas en contradiction avec les affirmations antérieures du Dr S._____, qui le suit depuis le mois de mai 2018. Il ressort notamment de ce rapport que la hernie discale est symptomatique et est intervenue le 30 août 2018, à la suite d'une chute. L'intéressé maintient ainsi qu'il est tout à fait possible de constater quelques altérations dégénératives chez un patient de son âge, sans pour autant qu'il s'agisse d'une hernie discale dégénérative. Enfin, faisant référence à la symptomatologie qui persiste depuis l'incident, l'intéressé s'appuie sur le CT lombaire du 2 septembre 2018 et les rapports du 7 novembre 2018 du Dr O._____ et du 7 décembre 2018 du Dr Y._____ pour réfuter le raisonnement

d'E._____ selon lequel l'absence de lésion traumatique à l'IRM du 5 novembre 2018 permet de retenir que l'accident n'a plus d'influence sur son état de santé. Il conclut que les conditions exigées par la jurisprudence pour retenir un lien de causalité entre une hernie et un accident sont remplies, dès lors que les symptômes sont apparus immédiatement après qu'il a fait une chute conséquente d'une échelle et qu'il est tombé à plat sur le dos. Selon l'assuré, il convient en tous les cas de considérer que l'accident a aggravé ou révélé la hernie et que le *statu quo sine* n'était pas atteint six semaines seulement après l'accident.

Appelée à se prononcer sur le recours, l'intimée - assistée de son représentant - en a proposé le rejet par réponse du 9 mars 2020. Elle rappelle que, selon le rapport du Dr N._____, l'imagerie a permis de constater l'existence d'une pathologie discale manifestement et exclusivement dégénérative, à l'exclusion de toute lésion traumatique objective, et que les investigations par imagerie n'ont pas démontré de séquelles liées à l'événement du 30 août 2018. E._____ souligne le raisonnement contradictoire ressortant du rapport du Dr S._____ et considère que, même s'il fallait tenir compte des explications de ce médecin, il conviendrait alors d'admettre que l'accident n'a logiquement plus aucune influence sur l'état de santé de l'intéressé et que les seuls troubles qui persistent sont exclusivement de nature dégénérative.

Répliquant le 31 mars 2020, le recourant, sous la plume de son conseil, maintient ses conclusions.

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. a) Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 11 octobre 2018, singulièrement sur la question de l'existence d'un lien de causalité entre l'accident incriminé et la symptomatologie affectant l'intéressé après cette date.

b) Les modifications de la LAA introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, sont applicables au cas d'espèce. En effet, selon le ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), seules les prestations allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 sont encore régies par l'ancien droit.

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/aa) 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).

bb) 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). 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).

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

d) 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_746/2018 du 1^{er} avril 2019 consid. 3.3 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 ; 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 (« *eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss* » ; TF 8C_13/2018 du 9 mai 2018 consid. 3.3).

4. 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

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).

5. a) Le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; TF 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 4.3). Il n'existe par ailleurs pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de

l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 ; TF 8C_326/2019 du 8 mai 2020 consid. 4.4).

b) La procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge (art. 43 al. 1 LPGA). Ce principe n'est toutefois pas absolu et sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 145 V 90 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.2). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 124 V 372 consid. 3).

6. a) En l'espèce, il est constant qu'à la suite de l'événement du 30 août 2018, une contusion dorso-lombaire a tout d'abord été diagnostiquée et que l'intéressé s'est ensuite fait opérer d'une hernie discale.

b) Reprenant le rapport du Dr S._____, le recourant prétend que ses symptômes actuels découlent de cet événement. Se fondant sur l'appréciation circonstanciée du Dr N._____, l'intimée affirme quant à elle que ceux-ci ne se trouvent pas dans une relation de causalité avec l'accident litigieux. Or, il n'y a pas lieu de s'écarter de cette appréciation. On notera que, comparé aux événements propres à provoquer une hernie discale retenus par la pratique médicale, tels que chute libre d'une hauteur importante, saut de 10 mètres de hauteur, chute notamment avec port de charges, télescopage à grande vitesse (arrêt non publié B. du 30 septembre 2002 [U 7/06]), l'événement traumatique a été relativement modéré. Cela étant, l'événement du 30 août 2018 ne peut être considéré,

au regard de son déroulement et des circonstances, d'une importance particulière et propre à entraîner une lésion structurelle, étant précisé que l'intéressé est tombé sur le dos d'une hauteur de 80 cm. Le Dr N._____ a notamment pris en considération le bilan radiologique du rachis dorsolombaire qui avait été effectué le jour de l'incident, le CT lombaire et du sacrum, réalisé lors de la consultation du 2 septembre 2018 et l'IRM du 5 novembre 2018, pour retenir que des troubles dégénératifs étaient présents, mais surtout un traumatisme somme toute mineur. Sur la base de ces éléments, ce médecin a estimé que l'événement du 30 août 2018 n'avait fait que révéler une symptomatologie dégénérative discale préexistante et que des séquelles liées à l'événement ne pouvaient être retenues. Il a conclu à une contusion dorsolombaire simple et fixé le *statu quo sine* au plus tard à six semaines après l'événement. Il sied de préciser que, contrairement à ce que semble croire le recourant, ni le rapport du 7 novembre 2018, ni celui du 7 décembre 2018 ne remettent en question l'évaluation faite par le Dr N._____, dès lors qu'ils ne permettent pas de retenir un lien de causalité entre l'accident et les troubles dont l'assuré a souffert six semaines après cette date. Compte tenu de ce qui précède, force est de constater que l'appréciation du Dr N._____ repose sur des constatations objectives, tient compte de l'ensemble des éléments pertinents au dossier et a fait l'objet d'une analyse détaillée. Elle revêt dès lors une pleine valeur probante.

c) Dans son rapport du 13 mai 2019, le Dr S._____ ne fournit aucun élément médical pertinent susceptible de mettre en doute l'appréciation du Dr N._____. En effet, le médecin traitant se contente d'affirmer que les plaintes de son patient ont débuté après l'événement du 30 août 2018 et que les problèmes de son patient sont directement liés à l'accident. Cette affirmation - qui se fonde sur le principe *post hoc ergo propter hoc* - est insuffisante à établir, au stade de la vraisemblance prépondérante, un rapport de causalité entre les symptômes constatés et l'événement litigieux. En effet, comme on l'a vu (consid. 3b/aa *supra*), le fait que des symptômes douloureux ne se manifestent qu'après un accident est insuffisant à établir l'existence d'un rapport de causalité naturelle avec cet événement. A cela s'ajoute que le Dr S._____ a

précisé que son patient l'avait consulté à deux reprises en mai 2018 dans le cadre d'une lombalgie aiguë non spécifique irradiant dans le membre inférieur gauche. Il est dès lors curieux qu'il ait affirmé que l'assuré ne souffrait d'aucune douleur lombaire, ni dans le membre inférieur gauche, les mois ayant précédé l'accident. Quant à l'hypothèse émise par ce médecin selon laquelle la lésion traumatique a pu cicatrifier dans l'intervalle, il y a lieu de rappeler qu'il avait admis que la radiographie de la colonne dorso-lombaire réalisée le 30 août 2018 ne montrait absolument pas d'anomalie disco-somatique ni de signe d'arthrose interfacettaire à l'étage dorsale et lombaire. Cette thèse ne saurait dès lors être suivie. On notera également que le Dr S._____ se contente d'expliquer que la présence d'altérations dégénératives pluri-étagées à l'IRM ne signifie pas systématiquement que la hernie discale est de nature dégénérative, sans apporter d'éléments concrets allant dans ce sens. Il n'existe en définitive aucun élément de nature à jeter le doute sur les constatations claires du Dr N._____. Il convient par conséquent d'admettre que la symptomatologie est en lien avec des lésions dégénératives.

d) Il sied encore de déterminer si l'argument de l'intéressé, selon lequel E._____ se serait fondée sur des éléments erronés qui ne relèvent manifestement pas du dossier du recourant, est pertinent dans la présente affaire.

En ce qui concerne la consultation et les radiographies du 6 novembre 2015 auxquelles se réfère l'intimée, il y a effectivement lieu de constater qu'elles ne ressortent d'aucune des pièces versées en cause. Toutefois, le recourant ne saurait tirer parti de cet élément, puisqu'il ne remet nullement en cause l'analyse faite par E._____ du point de vue de la causalité.

Quant au fait que l'intéressé serait demeuré en incapacité de travail jusqu'au 1^{er} février 2019, il y a lieu de relever que, d'une part, cette affirmation n'est pas étayée et que, d'autre part, elle ne joue pas un rôle déterminant dans le présent litige. En effet, même si l'on admettait une

incapacité totale de travail jusqu'à cette date, elle ne saurait avoir une influence sur l'issue de la présente procédure, dès lors qu'elle ne remet pas en cause l'absence de lien de causalité entre les symptômes constatés à la suite de l'accident et celui-ci.

Finalement, l'erreur de date relative à l'accident qui a été commise par E._____ dans la décision sur opposition ne porte pas à conséquence.

e) Au vu de ce qui précède, il n'est pas possible de retenir qu'il existe, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité naturelle entre l'accident du 30 août 2018 et la hernie discale dont souffre le recourant. 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 six semaines après l'événement accidentel.

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

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant 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 29 octobre 2019 par E._____ 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 :

- CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Etoy (pour K. _____),
- Me Patrick Moser, à Lausanne (pour E. _____),
- 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 :