

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 décembre 2025

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
Mme Brélaz Braillard et M. Tinguely, juges  
Greffière : Mme Hentzi

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

**C.** \_\_\_\_\_ **SA**, à [...], intimée.

\_\_\_\_\_

**Art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA**

**En fait :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait à 100 % depuis le 3 juin 2024 en qualité de cuisinier auprès de D.\_\_\_\_\_ Sàrl. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accident professionnel et non professionnel auprès de C.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : C.\_\_\_\_\_ ou l'intimée).

Le 9 juin 2024, l'assuré est tombé de sa trottinette en sortant du bus et s'est blessé à l'épaule.

L'assuré a séjourné au service des urgences du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV) du 9 juin au 10 juin 2024. Dans une lettre de sortie du 10 juin 2024, la Dre F.\_\_\_\_\_, médecin assistante, a mis en évidence le diagnostic de fracture du tiers distale de la clavicule droite. L'anamnèse mentionnait les éléments suivants :

« [...] Pas de traumatisme crânien, pas de perte de connaissance. Suite à la chute, présente une douleur à l'épaule droite avec impotence fonctionnelle. »

Le 21 juin 2024, l'employeur de l'assuré a déclaré le sinistre à C.\_\_\_\_\_, qui a pris en charge le cas.

Dans ses notes de consultation du 12 juillet 2024, le Dr A.\_\_\_\_\_, médecin assistant au service d'orthopédie et de traumatologie du CHUV, a indiqué que l'assuré présentait une excellente évolution de son épaule droite à quatre semaines du traumatisme. Des séances de physiothérapie lui avaient été prescrites.

Par rapport du 27 août 2024, le Dr A.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de fracture clavicule distale Neer 1. L'assuré présentait une évolution lentement favorable de sa clavicule distale à droite. Il a en outre relevé que l'intéressé s'était plaint pour la première fois, lors de la consultation du 22 août 2024, de douleurs au niveau de la colonne cervicale. Aucune investigation n'avait été réalisée à ce niveau-là.

Une IRM (imagerie par résonance magnétique) cervicale réalisée le 30 septembre 2024 a mis en évidence une hernie discale aux vertèbres C5-C6 foraminale droite responsable d'un conflit sur la racine de la vertèbre C6 droite.

Il résulte des notes de consultation du 1<sup>er</sup> octobre 2024 du Dr J.\_\_\_\_\_, médecin assistant au service d'orthopédie et de traumatologie du CHUV, notamment ce qui suit (*sic*) :

« [...] En plus de la douleur à l'épaule droite, le patient affirme avoir une vision floue binoculaire (depuis 2 semaines post-accident), 3 épisodes de vomissements (depuis 4 semaines post-accident) et dysphagie et discrète odynophagie (depuis l'accident). Pas de céphalées. A eu un traumatisme crânien non casqué lors de la chute à trottinette (3 km/h) avec réception sur la temple droite (pas de PC ni AC). »

Dans ses notes de consultation du 11 octobre 2024, le Dr J.\_\_\_\_\_ a relevé que la douleur de l'acromio-claviculaire droite de l'assuré a été soulagée par la mise en place de Tramadol, la plainte principale de l'intéressé se situant désormais au niveau de la colonne cervicale.

Le 30 octobre 2024, l'assuré a bénéficié d'une infiltration neuroforaminale C5-C6 droite (cf. rapport du 30 octobre 2024).

Par rapport du 20 novembre 2024, le Dr L.\_\_\_\_\_, chef de clinique au service de chirurgie spinale du CHUV et spécialiste en neurochirurgie, a relevé, dans l'anamnèse, que l'assuré souffrait d'une névralgie cervico-brachiale à la vertèbre C6 bilatérale, prédominante du côté droit dans un contexte post-traumatique datant de début juin 2024.

Dans une appréciation médicale du 6 décembre 2024, le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de C.\_\_\_\_\_, a expliqué qu'il existait un état dégénératif antérieur sur le rachis cervical qui avait été déstabilisé de façon temporaire par l'événement du 9 juin 2024, car il existait une sténose foraminale qui provoquait une compression radiculaire entraînant la

névralgie cervico-brachiale. Il a estimé que le *statu quo ante* avait été atteint six mois après l'événement du 9 juin 2024, soit le 9 décembre 2024.

Par décision du 9 décembre 2024, C. \_\_\_\_\_ a mis un terme aux prestations d'assurance avec effet au 9 décembre 2024 y compris, au motif que les troubles à la santé de l'assuré n'avaient plus aucun lien avec l'accident du 9 juin 2024.

Par rapport du 18 décembre 2024, le Dr L. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de névralgie cervico-brachiale à la vertèbre C6 du côté droit en lien avec une hernie discale post-traumatique au décours d'un accident datant du printemps 2024. Il a en outre précisé que le français de l'assuré était bon mais insuffisant pour lui délivrer une information de bonne qualité en lien avec l'intervention chirurgicale qu'il lui recommandait.

Le 6 janvier 2025, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision du 9 décembre 2024. En substance, il a fait valoir que les troubles à sa santé, notamment la hernie discale dont il souffrait, étaient en lien avec l'accident du 9 juin 2024.

Par rapport du 9 janvier 2025, la Dre N. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a fait état du diagnostic de névralgie cervico-brachiale à la vertèbre C6 du côté droit en lien avec une hernie discale post-traumatique au décours d'un accident.

Dans une appréciation médicale du 23 janvier 2025, le Dr M. \_\_\_\_\_ a confirmé son précédent avis et a expliqué que les constatations relevées par le Dr J. \_\_\_\_\_ dans ses notes de consultation du 1<sup>er</sup> octobre 2024 n'avaient pas donné lieu à des investigations complémentaires au niveau crânien, notamment en raison de la survenance différée par rapport à l'accident. De plus, l'examen neurologique était sans particularité et aucune perte de connaissance initiale n'était mentionnée.

Par décision sur opposition du 20 mars 2025, C. \_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 9 décembre 2024.

**B.**           **a)** Par acte non signé du 5 mai 2025, B.\_\_\_\_\_ a déféré la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation. En substance, il a fait valoir qu'il avait signalé des douleurs au niveau des cervicales depuis l'événement du 9 juin 2024 mais que ses symptômes n'avaient pas été pris en compte. En outre, il n'avait jamais souffert de problèmes au niveau des cervicales avant l'accident.

**b)** Le 15 mai 2025, dans le délai imparti par la juge instructrice, B.\_\_\_\_\_ a transmis à la Cour de céans son acte dûment signé.

**c)** Par réponse du 10 juin 2025, C.\_\_\_\_\_ a conclu au rejet du recours. Elle a relevé que ce n'était que deux mois après l'événement du 9 juin 2024 que l'assuré s'était plaint pour la première fois de douleurs cervicales.

**d)** Le 13 juin 2025, B.\_\_\_\_\_ a produit un rapport du 19 mai 2025 de la Dre N.\_\_\_\_\_, laquelle relevait que l'origine des douleurs de l'assuré était une hernie discale cervicale d'origine traumatique sans terrain dégénératif préalable.

**e)** Par réplique du 23 juin 2025, B.\_\_\_\_\_ a précisé que lors de sa première consultation aux urgences le 9 juin 2024, il ne maîtrisait pas suffisamment le français, ce qui l'avait empêché d'exprimer correctement l'ensemble de ses symptômes. Il a produit une série de pièces à l'appui de sa réplique.

**f)** Par duplique du 17 juillet 2025, C.\_\_\_\_\_ a notamment relevé que les différents rapports médicaux au dossier ne faisaient pas état de difficultés de communication dues à la langue et que l'assuré avait eu l'opportunité d'expliquer durant de précédentes consultations qu'il souffrait de douleurs cervicales.

**g)** Le 22 juillet 2025, B. \_\_\_\_\_ a produit un rapport du 9 juillet 2025 de la Dre N. \_\_\_\_\_, laquelle indiquait qu'une IRM cervicale réalisée montrait la persistance d'une hernie aux vertèbres C5-C6 qui avait légèrement augmenté de volume. Au vu de l'échec du traitement conservateur, elle recommandait une prise en charge chirurgicale.

**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 sur le droit du recourant à percevoir des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 9 décembre 2024 pour les suites de l'accident du 9 juin 2024.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

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\_315/2023 du 9 janvier 2024 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 (TF 8C\_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

**c)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence citée ; TF 8C\_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.1 ; TF 8C\_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

**d)** En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C\_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.2).

**4. a)** 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 (TF 8C\_256/2023 du 25 janvier 2024 consid. 3 et les références citées).

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<sup>er</sup>

avril 2019 consid. 3.3 ; 8C\_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.3 ; 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.3).

**b)** La jurisprudence a retenu, en se référant à l'état actuel des connaissances médicales, qu'une 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 (TF 8C\_164/2019 du 6 mars 2020 consid. 5.2.2 ; TF 8C\_746/2018 précité consid. 3.2).

**5. a)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

**b)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte

asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C\_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

**c)** Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 9C\_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**6. a)** En l'espèce, l'intimée ne conteste pas que le recourant a subi un événement traumatique le 9 juin 2024. Se fondant sur l'appréciation du Dr M.\_\_\_\_\_, l'intimée a toutefois mis un terme au versement des prestations au titre de l'assurance-accidents au 9 décembre 2024, au motif que les troubles persistants au niveau cervical seraient dus non pas à l'accident du 9 juin 2024 mais à un état dégénératif préexistant. De son côté, le recourant conteste cette appréciation, en se prévalant pour l'essentiel des rapports des Drs L.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 18 décembre 2024) et N.\_\_\_\_\_ (cf. rapports des 9 janvier, 19 mai et 9 juillet 2025). Il estime en substance que les lésions rencontrées au niveau cervical sont en relation de causalité naturelle avec l'événement du 9 juin 2024, ce qui devrait conduire à la poursuite de la prise en charge du cas par l'intimée.

**b)** En premier lieu, il convient de constater que l'atteinte à l'épaule droite du recourant s'est amendée. En effet, la douleur acromioclaviculaire droite a été soulagée par la prise de Tramadol, la plainte principale se situant désormais uniquement au niveau cervical (cf. rapport de consultation du 11 octobre 2024). Au demeurant, le recourant n'élève aucun grief quant au terme mis à la prise en charge des suites de l'événement du 9 juin 2024 pour ce qui a trait à son épaule droite. Il y a ainsi lieu de considérer, avec l'intimée, que les atteintes au niveau de cet épaule, qui étaient en lien avec l'accident du 9 juin 2024, sont guéries sans séquelle et ne justifient plus d'incapacité de travail depuis le 9 décembre 2024.

**c)** Cela étant, il n'est pas possible de rattacher, au degré de la vraisemblance prépondérante, les atteintes subsistant au niveau cervical au-delà du 9 décembre 2024 à l'accident litigieux.

**aa)** Dans son appréciation du 6 décembre 2024, le Dr M. \_\_\_\_\_ a exposé de manière convaincante qu'il existait un état dégénératif antérieur sur le rachis cervical qui a été déstabilisé de façon temporaire par l'événement du 9 juin 2024 car il existait une sténose foraminale qui provoquait une compression radiculaire entraînant la névralgie cervico-brachiale. Il a estimé que le *statu quo ante* avait été atteint six mois après l'événement du 9 juin 2024, soit le 9 décembre 2024. En outre, dans son appréciation du 23 janvier 2025, il a relevé que les plaintes du recourant reportées au Dr J. \_\_\_\_\_ (cf. notes de consultation du 1<sup>er</sup> octobre 2024) n'avaient donné lieu à aucune investigation complémentaire au niveau crânien, au vu de la survenance différée par rapport à l'accident du 9 juin 2024. De plus, il n'y avait pas eu mention d'une perte de connaissance.

**bb)** Il n'y a pas lieu, en l'état du dossier, de s'écarter de l'appréciation du médecin-conseil de l'intimée. En effet, il convient de constater que la prise en charge des suites immédiates de l'accident du 9 juin 2024 s'est concentrée essentiellement sur le trouble à l'épaule droite (cf. rapport du 10 juin 2024), lequel a nécessité un traitement conservateur, notamment par physiothérapie. Le jour de l'accident, le recourant a

consulté le service des urgences du CHUV, où il a été hospitalisé pour la nuit. La lettre de sortie du 10 juin 2024 de la Dre F. \_\_\_\_\_ faisait état d'une douleur à l'épaule droite consécutive à une chute. En revanche, elle précisait qu'il n'y avait pas eu de traumatisme crânien ni de perte de connaissance. Le recourant a encore été examiné le 12 juillet 2024 par le Dr A. \_\_\_\_\_, lequel relevait une excellente évolution de l'épaule droite. Ce n'est que lors de la consultation du 22 août 2024 auprès du Dr A. \_\_\_\_\_ que le recourant s'est plaint pour la première fois de douleurs au niveau de la colonne cervicale, aucune investigation à ce niveau-là n'ayant été faite avant cette date. Ainsi, il apparaît bien plutôt que les douleurs du recourant à la colonne cervicale sont apparues postérieurement à l'événement du 9 juin 2024 et se sont aggravées par la suite (cf. rapport de consultation du 11 octobre 2024). Ces éléments mettent en évidence une aggravation progressive des douleurs, compatible avec une évolution dégénérative. En d'autres termes, il s'agit d'une aggravation d'un état dégénératif antérieur auparavant asymptomatique.

S'agissant des difficultés de compréhension de la langue française invoquées par le recourant, il ressort du rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 18 décembre 2024 que si le français de l'intéressé a été jugé suffisant pour les échanges courants, il a été considéré comme insuffisant uniquement s'agissant de la délivrance d'une information complète en vue de l'obtention d'un consentement éclairé relatif à l'intervention envisagée. Aucun des médecins ayant suivi le recourant n'a, au demeurant, relevé de difficultés particulières de compréhension de la langue française susceptibles d'entraver l'anamnèse, ceux-ci ayant systématiquement consigné, dans leurs rapports de consultation respectifs, les plaintes exprimées par l'intéressé. Il convient encore de relever que le recourant a bénéficié de plusieurs consultations antérieures à celle du 22 août 2024, au cours desquelles il a été en mesure de s'exprimer et de décrire ses symptômes.

**cc)** En outre, les rapports du 18 décembre 2024 du Dr L. \_\_\_\_\_ ainsi que des 9 janvier et 19 mai 2025 de la Dre N. \_\_\_\_\_, dont se prévaut le recourant, se bornent à constater que l'origine des douleurs de l'assuré

provient d'une hernie discale cervicale d'origine « traumatique ». Or les médecins précités n'exposent pas de manière circonstanciée pour quelle raison l'événement traumatique serait en lien de causalité avec les douleurs au niveau cervical ou continuerait à produire des effets en lien avec ces troubles. On rappellera en particulier que, dans un arrêt du 6 février 2024 (8C\_493/2023 consid. 4.2), le Tribunal fédéral a considéré que l'utilisation par un médecin du terme "post-traumatique" ne suffisait pas à elle seule à reconnaître un lien de causalité entre l'accident et les troubles. En effet, comme il l'avait déjà retenu, on pouvait entendre par une affection "post-traumatique", des troubles qui n'étaient pas causés par l'accident mais qui n'étaient apparus qu'après l'accident (cf. TF 8C\_524/2014 du 20 août 2014 consid. 4.3.3 et les références). Dans le cas d'espèce, la Haute Cour a retenu qu'il ne suffisait pas de mentionner un diagnostic "post-traumatique", sans étayer par quelle lésion structurelle objectivable en lien avec l'accident celui-ci aurait été causé, pour en déduire un effet causal avec l'événement traumatique. Ainsi, l'utilisation, par le Drs L. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_, du terme « post-traumatique » (cf. rapports des 18 décembre 2024, 9 janvier et 19 mai 2025), ne permet pas d'établir un lien de causalité, à tout le moins possible, entre les douleurs alléguées au niveau cervical et l'accident du 9 juin 2024. Partant, les rapports des Drs L. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ ne sont pas de nature à remettre en cause l'appréciation du Dr M. \_\_\_\_\_.

**dd)** Enfin, l'argumentation du recourant, selon laquelle il n'a jamais eu de douleurs au niveau cervical avant l'accident du 9 juin 2024, relève d'un raisonnement de type « *post hoc, ergo propter hoc* » (cf. consid. 3b *supra*). Semblable assertion permet uniquement de considérer l'existence d'un rapport de cause à effet comme une hypothèse possible, ce qui n'est pas suffisant. En effet, le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident.

**d)** En définitive, c'est à juste titre qu'en présence d'une aggravation d'un état dégénératif antérieur, le Dr M. \_\_\_\_\_ a fixé à six mois le *statu quo ante*, ce qui est conforme à la jurisprudence (cf. consid. 4b *supra*). Dans ces conditions, l'intimée était fondée à mettre un terme

avec effet au 9 décembre 2024 au versement des prestations pour les suites de l'événement du 9 juin 2024.

**7. a)** Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 20 mars 2025 par C.\_\_\_\_\_ SA 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 :

- B. \_\_\_\_\_,
- C. \_\_\_\_\_ SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :