

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 janvier 2026

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
MM. Wiedler, juge, et Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

B. _____, à Q***, recourant, représenté par Me Christine Raptis, avocate
à Morges,

et

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

Art. 6 et 36 al. 1 LAA

En fait :

A. B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, employé en qualité d'exploitant de C. _____ depuis le 1^{er} juin 2015, était à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 15 février 2024, l'assuré a eu un accident de la voie publique. Alors qu'il circulait sur une route dont la vitesse était limitée à 80 km/h, son véhicule a été heurté sur le côté gauche par la voiture d'un autre conducteur qui s'était engagé sur la route sans accorder la priorité ; à la suite du choc, le véhicule conduit par l'assuré est sorti de route, heurta une balise et fit un tonneau avant de s'immobiliser sur ses roues après 42 mètres d'embarquée (cf. rapport de la police cantonale vaudoise du 5 mars 2024).

Les ambulanciers qui ont pris en charge l'assuré sur le lieu de l'accident ont notamment observé qu'il se plaignait de douleurs au rachis (T4-T8) sans déficit neurologique associé. Les douleurs étaient supportables et l'assuré ne souhaitait pas d'antalgie. Il a été transporté à D. _____ (cf. rapport préhospitalier du 15 février 2024 du Centre de Secours et d'Urgence U***).

Les médecins du service des urgences de cet hôpital ont observé que le statut neurologique de l'assuré était dans la norme et qu'il n'y avait notamment pas de déficit sensitivo-moteur. L'examen ostéoarticulaire ne montrait pas de douleur à la palpation des reliefs osseux, ni à la palpation du rachis, mais des contractures paravertébrales au niveau thoracique et lombaire. Un scanner du corps entier réalisé sur place n'a pas révélé de fractures ni de lésions. L'assuré a pu retourner à domicile le jour-même et s'est vu prescrire un traitement antalgique, ainsi qu'un arrêt de travail de trois jours (cf. rapports du 15 février 2024 des services de radiologie et des urgences de D. _____).

Le 20 février 2024, l'employeur a annoncé l'accident à la CNA, en précisant que l'assuré avait des courbatures au dos, au cou et à l'épaule gauche et qu'il était en incapacité de travail depuis le 15 février 2024. L'assuré a repris son travail le 27 février 2024.

La CNA a pris en charge le cas.

Dans un rapport du 27 mars 2024, le Dr F._____, médecin généraliste traitant, a indiqué que l'assuré l'avait consulté à la suite de l'accident du 15 février 2024. Le patient lui avait signalé des douleurs au niveau de l'hypochondre droit et gauche ainsi que des douleurs à la palpation du rachis cervical et thoracique. Sous diagnostic, le médecin traitant a mentionné un polytraumatisme. Concernant la thérapie, il a mentionné un traitement antalgique en raison de la persistance de douleurs dorsales et lombaires, de la physiothérapie et un suivi psychologique à la suite de l'accident. Il a ajouté que l'assuré avait été en incapacité de travail totale du 15 au 26 février 2024.

Le 11 septembre 2024, une IRM (imagerie par résonance magnétique) de la colonne lombosacrée a été réalisée au service de radiologie de D._____. Dans le rapport relatif à cet examen, la Dre G._____, cheffe de clinique, a observé ce qui suit :

« En L4-L5, volumineuse hernie médiane et paramédiane gauche luxée vers le bas comprimant le sac dural, la racine L4 gauche au niveau de son émergence et la racine L5 gauche dans son récessus. Discret bombement L3-L4 et L5-S1 sans répercussion radiculaire, canalaire ou foraminale et sans conflit discoradiculaire. Tous les corps vertébraux lombaires sont de bonne hauteur, sans tassement. Présence d'un hémangiome du corps vertébral de L3. Pas de spondylose ou d'arthrose postérieure significative. Après injection de contraste, je ne décèle pas de rehaussement pathologique. Les articulations sacro-iliaques sont de morphologie normale. »

Dans un rapport du 30 septembre 2024, la Dre J._____, cheffe de clinique adjointe au service de chirurgie spinale de D._____, a posé le diagnostic de hernie discale L4-L5 gauche traumatique sur accident de la voie publique le 15 février 2024 pour lequel elle proposait une infiltration épидurale.

Dans un rapport de consultation du 10 octobre 2024, le Dr K._____, médecin associé au service de chirurgie spinale de D._____, a mentionné que l'assuré avait présenté des douleurs diffuses à la suite de l'accident de février 2024, avec par la suite une amélioration de celles-ci mais la persistance de douleurs lombaires qui s'étaient développées en lombosciatalgie gauche depuis l'été. Cette lombosciatalgie gauche était bien corrélée à l'imagerie qui montrait une volumineuse hernie discale médiane et paramédiane gauche, luxée vers le bas au niveau L4-L5, qui comprimait l'émergence de la racine L4-L5 gauche. En l'absence d'amélioration avec le traitement conservateur par antalgie et physiothérapie, il avait été convenu avec le patient de procéder à une intervention chirurgicale.

Par courrier du 17 octobre 2024, la CNA a informé l'assuré qu'au vu des nouveaux éléments, elle allait procéder à un nouvel examen de son obligation de prester et qu'elle cessait préventivement le versement des prestations d'assurance dès le 18 octobre 2024.

Une cure de hernie discale L4-L5 gauche a été réalisée le 7 novembre 2024 par le Dr K._____ (cf. protocole opératoire du 7 novembre 2024).

Dans un rapport du 17 février 2025, le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a observé qu'il ressortait des pièces du dossier que l'assuré avait pu sortir seul de sa voiture lors de l'accident du 15 février 2024 et qu'il avait marché tout de suite sans douleur. L'examen clinique pratiqué au service des urgences décrivait l'absence de douleurs à la palpation du rachis mais des contractures musculaires au niveau thoracique et lombaire. Le scanner du 15 février 2024 et l'IRM du rachis lombaire du 11 septembre 2024 n'avaient révélé aucune atteinte structurelle vertébrale imputable à l'accident. Le Dr L._____ a conclu que le tableau clinique présenté par l'assuré n'était plus lié aux séquelles de l'accident depuis le 11 septembre 2024, soit depuis la

date de l'IRM qui avait permis d'objectiver la hernie discale qui, en l'absence d'atteinte structurelle objectivable, n'était pas en lien de causalité naturelle avec l'accident.

Par décision du 27 février 2025, la CNA a informé l'assuré qu'elle clôturait le cas au 17 octobre 2024 au soir selon sa lettre de réserves et qu'elle mettait fin aux prestations d'assurance à compter de cette dernière date. Elle a estimé que les troubles au dos qui persistaient n'avaient plus aucun lien avec l'accident et que l'état de santé de l'assuré tel qu'il aurait été sans l'accident pouvait être considéré comme atteint depuis le 11 septembre 2024 au plus tard.

Par courrier du 20 mars 2025, l'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision, en faisant valoir que sa hernie discale était liée à l'accident. A l'appui de son opposition, il a produit un rapport du 1^{er} mars 2025 du Dr F. _____ observant qu'avant l'accident du 15 février 2024, qui avait exposé le corps de l'assuré à un traumatisme d'une intensité considérable, le prénommé ne présentait aucune douleur lombaire, ce qui soutenait l'hypothèse d'une origine traumatique de sa lésion. Il a ajouté que si le scanner du corps n'avait certes pas révélé de fractures, cet examen ne pouvait pas exclure la présence de la hernie discale découverte à l'IRM de septembre 2024. Il a insisté sur le fait que les douleurs avaient débuté immédiatement après l'accident alors que l'assuré n'avait eu aucune douleur similaire auparavant. Le Dr F. _____ n'avait aucun doute sur la relation de causalité entre l'accident et la hernie discale. Il a ajouté que l'accident avait aussi engendré un impact psychologique majeur et que l'assuré était suivi en consultation en raison des répercussions émotionnelles liées à l'accident et qu'il recevait un traitement antidépresseur.

Se déterminant à nouveau sur le dossier le 6 mai 2025, le Dr L. _____ a confirmé son appréciation précédente, en observant notamment que l'imagerie du rachis lombaire montrait des signes de discopathies pluri-étagées de L3-L4 à L5-S1 traduisant un état dégénératif préexistant et que l'accident n'avait pas entraîné d'atteinte structurelle,

telle qu'une fracture vertébrale ou une atteinte ligamentaire des structures vertébrales postérieures, pouvant entraîner une atteinte discale aigue traumatique. Une aggravation temporaire d'un état antérieur était selon lui vraisemblable et l'on pouvait raisonnablement considérer que l'événement accidentel avait cessé de déployer ses effets sept mois après l'événement, soit après l'IRM lombaire ayant mis en évidence la hernie discale.

Par décision sur opposition du 7 mai 2025, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré à l'encontre de la décision du 27 février 2025.

B. Par acte du 10 juin 2025, B._____, désormais représenté par l'avocate Me Christine Raptis, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée, concluant, avec suite de frais et dépens, à la constatation que la hernie discale L4-L5 est en lien de causalité avec l'accident du 15 février 2024 (I), à l'annulation de la décision sur opposition attaquée (II) et à sa réforme en ce sens que la CNA est tenue de poursuivre l'octroi de prestations d'assurance jusqu'à la guérison complète ou à tout le moins jusqu'à stabilisation définitive de son état de santé (III). Le recourant a fait valoir que sa hernie discale était en relation de causalité avec l'accident, en observant notamment qu'il ne présentait aucun trouble lombaire ni douleurs auparavant. Il a ajouté qu'au vu du volume de la hernie discale, il aurait présenté des symptômes avant l'accident si cette atteinte avait été préexistante. Il a ensuite reproché à l'intimée d'avoir nié le lien de causalité sur la seule base de l'appréciation du médecin d'arrondissement qui ne l'avait pas examiné et de ne pas avoir analysé si la violence du choc aurait été propre, selon le cours ordinaire des choses, à engendrer la hernie discale. Par ailleurs, même si cette atteinte était préexistante de manière asymptomatique, ce qu'il contestait, la violence du choc lors de l'accident avait pu déclencher le syndrome douloureux, de sorte que l'intimée devait prendre en charge l'intervention chirurgicale qui avait permis de résoudre la symptomatologie douloureuse. Il a encore précisé que l'incohérence du raisonnement de l'intimée se reflétait aussi par le fait qu'elle avait mis fin aux prestations avec effet au 17 octobre 2024 tout en retenant que l'état

de santé tel qu'il aurait été avant l'accident pouvait être considéré comme atteint le 11 septembre 2024. Avec son recours, il a produit un bordereau de pièces contenant notamment un rapport du 27 mars 2025 du Dr K._____ faisant état d'une évolution favorable à la suite de la cure de la hernie discale et d'une reprise de l'activité professionnelle. Le Dr K._____ était d'avis qu'il n'y avait pas d'argument pour que la problématique de la hernie discale ne soit pas prise en charge par l'assurance-accidents. A cet égard, il a notamment expliqué que le recourant avait présenté, quelques jours après son accident, une lombosciatalgie gauche dans un territoire L5 typique. S'il n'y avait initialement pas de description de cette problématique directement après l'accident, il lui semblait toutefois clair que « suite à un accident de la voie publique aussi sévère, avec un choc tant psychologique que physique, de nombreux arguments sont congruents pour avoir masqué la problématique décrite par le patient ». Pour le Dr K._____, il n'était par ailleurs pas logique que l'intimée ait estimé que la problématique de la hernie discale et des lombosciatalgies gauches n'était pas en lien avec l'accident, tout en acceptant de prendre en charge le cas jusqu'au 17 octobre 2024.

Dans sa réponse du 14 juillet 2025, la CNA a conclu au rejet du recours.

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, sous réserve de la conclusion tendant à la constatation que la hernie discale L4-L5 est en lien de causalité avec l'accident du 15 février 2024. En effet, sauf situations particulières, les conclusions constatatoires ne peuvent intervenir qu'à titre subsidiaire lorsque des conclusions condamnatoires ou formatrices sont exclues (ATF 141 II 113 et les références). Or en l'espèce, le recourant a également pris une conclusion tendant à l'octroi de prestations de l'assurance-accidents en lien avec sa hernie discale, de sorte qu'il n'a aucun intérêt à faire constater en sus l'existence d'un lien de causalité entre cette atteinte et l'accident.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge par l'intimée des conséquences de l'accident du 15 février 2024 au-delà du 17 octobre 2024.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, 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). 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 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). 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).

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 ; 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 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.

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_394/2024 du 7 janvier 2025 consid. 7.2.1 et les références).

e) 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). 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). Précisons encore 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).

En cas de lombalgies et lombosciatalgies, la jurisprudence admet qu'un accident a pu décompenser des troubles dégénératifs préexistants au niveau de la colonne lombaire, auparavant asymptomatiques. En l'absence d'une fracture ou d'une autre lésion structurelle d'origine accidentelle, elle considère toutefois que selon l'expérience médicale, le statu quo sine est atteint, au degré de la vraisemblance prépondérante, en règle générale après six à neuf mois, au plus tard après une année. Il n'en va différemment que si l'accident a entraîné une péjoration déterminante, ce qui doit être établi par des moyens radiologiques et se distinguer d'une évolution ordinaire liée à l'âge (TF 8C_50/2023 du 14 septembre 2023 consid. 7.1 ; 8C_102/2021 du 26 mars 2021 consid. 6.3.1 ; 8C_408/2019 du 26 août 2019 consid. 3.3 ; 8C_726/2010 du 19 novembre 2010 consid. 3.4 ; 8C_326/2008 du 24 juin 2008 consid. 3.2 et 3.3 ; 8C_677/2007 du 4 juillet 2008 consid. 2.3.2).

f) 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. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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).

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 ; 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).

5. En l'espèce, à la suite de l'accident du 15 février 2024, le recourant a signalé aux ambulanciers des douleurs au rachis, à hauteur des vertèbres T4-T8, sans déficit neurologique associé. Les médecins ayant examiné le recourant au service des urgences de D. _____ n'ont fait aucun constat de douleurs vertébrales ou radiculaires. Par ailleurs, le status neurologique du recourant était normal, de même que le scanner qui n'a notamment pas montré d'atteinte structurelle ostéoarticulaire rachidienne. Le prénommé a pu sortir de l'hôpital le jour-même avec une antalgie de palier 1 et du Tramal en réserve, ainsi qu'un arrêt de travail de trois jours. Dans le rapport initial LAA du 27 mars 2024, le médecin traitant a mentionné des douleurs au niveau de l'hypochondre droit et gauche ainsi que des douleurs à la palpation du rachis cervical et thoracique ; il a précisé que le recourant avait pu reprendre le travail le 27 février 2024. A la lecture des rapports médicaux précités, il y a lieu de constater que la symptomatologie présentée par le recourant immédiatement après l'accident, qualifiée de courbatures dans la déclaration d'accidents, ne correspond pas à un syndrome vertébral ou radiculaire typique d'une hernie discale et qu'aucune incapacité de travail n'a été attestée immédiatement après l'accident en raison d'une hernie discale ou, à tout le moins, des symptômes qu'elle provoque. Ce n'est que plus tard que le recourant a développé des lombosciatalgies gauches et que la hernie discale a été découverte à l'IRM de septembre 2024, laquelle a par ailleurs révélé la présence d'un état dégénératif préexistant sous la forme de discopathies pluri-étagées de L3-L4 et L5-S1.

Au vu de ce qui précède, on ne saurait retenir que la hernie discale a été provoquée ou déclenchée par l'accident. Il y a ainsi lieu de

suivre l'appréciation du Dr L._____ qui conclut à l'absence de lien de causalité entre la hernie discale et l'accident du 15 février 2024 et retient que cet événement a entraîné une décompensation passagère d'un état dégénératif préexistant pendant une durée de sept mois.

Les arguments avancés par le recourant et les autres pièces médicales du dossier ne sont pas de nature à mettre en doute l'avis du médecin d'arrondissement de la CNA. Si le Dr F._____ conclut à l'existence d'une relation de causalité naturelle entre l'accident et la hernie discale dans son rapport du 1^{er} mars 2025, il motive son avis par le fait que le recourant présente des douleurs lombaires persistantes depuis l'accident qui n'étaient pas présentes auparavant. Or, 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). Par ailleurs, comme vu plus haut, les constatations médicales initiales ne permettent pas de retenir que la condition posée par la jurisprudence relative à l'immédiateté de l'apparition des symptômes de la hernie discale et de l'incapacité de travail qui en découle est remplie en l'espèce. Le rapport du 27 mars 2025 du Dr K._____ n'apporte lui non plus aucun élément suffisant pour retenir un lien de causalité naturelle en l'espèce, d'autant moins que son argumentaire repose essentiellement sur le principe *post hoc ergo propter hoc*. Pour le surplus, il confirme qu'il n'y a pas eu de description de la problématique de la hernie discale immédiatement après l'accident en tentant d'expliquer qu'elle a pu être masquée par de « nombreux arguments congruents ». Or, pour qu'une hernie discale puisse être considérée comme étant due principalement à un accident, la jurisprudence requiert notamment que les symptômes (syndrome vertébral et radiculaire) apparaissent immédiatement et entraînent aussitôt une incapacité de travail, ce qui n'a pas été le cas en l'espèce. A noter que dans son rapport du 27 mars 2025, le Dr K._____ mentionne que la lombosciatalgie gauche est apparue quelques jours après l'accident, ce qui est infirmé par les autres pièces médicales, y compris par son précédent rapport du 10 octobre 2024 dans lequel il avait signalé que la lombosciatalgie gauche s'était développée

dans le courant de l'été 2024, soit plus de trois mois après l'accident. Dans son rapport d'octobre 2024, le Dr K. _____ a précisé que le recourant avait présenté des douleurs diffuses après l'accident, ce qui avait conduit à la réalisation d'un « CT-scan polytraumatisé » qui n'avait pas mis en évidence de lésion post-traumatique aiguë, avec par la suite une amélioration des douleurs diffuses mais persistance de douleurs lombaires qui s'étaient développées depuis l'été 2024 en lombosciatalgies gauches. Cette chronologie de la symptomatologie du recourant tend à infirmer la présence d'une hernie discale traumatique, qui implique des conséquences immédiates au niveau des douleurs typiques et en termes d'incapacité de travail. Pour le surplus, l'intimée pouvait se fonder sur l'avis de son médecin d'arrondissement même si ce dernier n'a pas vu personnellement le recourant, dans la mesure où le Dr L. _____ a examiné l'ensemble des pièces médicales versées au dossier, qui elles se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. à ce sujet TF 8C_712/2021 du 10 août 2022 consid. 3.3.2 ; TF 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2 et les références).

Au vu de ce qui précède, le refus de l'intimée de prendre en charge les troubles lombaires du recourant au-delà du 17 octobre 2024 ne prête pas le flanc à la critique.

6. Les pièces du dossier évoquent un suivi psychologique entamé par le recourant à la suite de l'accident. Dans la mesure où aucun rapport médical relatif à cette discipline médicale ne figure au dossier, l'on ignore si un diagnostic psychiatrique a été posé et, cas échéant, son éventuel lien de causalité naturelle avec l'accident. Quoi qu'il en soit, un lien de causalité adéquate entre l'accident du 15 février 2024 et un trouble psychique ferait de toute manière défaut. Comme l'a relevé l'intimée dans la décision sur opposition attaquée, l'accident subi par le recourant doit être qualifié de gravité moyenne *stricto sensu*. Par conséquent, il faut un cumul de trois critères jurisprudentiels sur sept ou qu'au moins l'un des critères se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour admettre un rapport de causalité adéquate, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Le recourant ne prétend d'ailleurs pas qu'il présente une atteinte à la santé

psychique en lien avec l'accident précité et ne sollicite pas l'octroi de prestations de l'assurance-accidents pour des troubles psychiques.

7. En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté dans la mesure où il est recevable, et la décision sur opposition entreprise confirmée.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, 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 dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision sur opposition rendue le 7 mai 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.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Christine Raptis (pour le recourant),
- 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 :