

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 août 2026

Composition : M. WIEDLER, président
Mmes Di Ferro Demierre, juge, et Hempel-Bruder,
assesseure
Greffier : M. Reding

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à Q***, recourant, représenté par Me David Métille, avocat à
Lausanne,

et

C._____ **SA**, à D***, intimée.

Art. 4 LPGa ; art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, est employé en qualité de co-directeur de la Fédération F._____. A ce titre, il est assuré contre le risque d'accident professionnel et non professionnel auprès de C._____ SA (ci-après : C._____ ou l'intimée).

Le 20 août 2024, l'assuré, alors qu'il circulait à scooter, a glissé et est tombé sur le dos en évitant une voiture qui arrivait subitement sur son côté gauche. Cet événement a été annoncé le jour même par son employeur à C._____, laquelle a pris en charge ses suites.

Dans le cadre de l'instruction du cas, C._____ a recueilli divers documents, dont :

- ☐ un rapport du 20 août 2024 du Centre d'urgences de J._____, lequel relevait une légère dermabrasion sur le coude et la cuisse gauches, ainsi que de légères douleurs dans le bas du dos et à l'épaule, au bras et à la jambe gauches, tout en précisant que l'assuré roulait à une vitesse d'environ 30 km/h au moment de l'accident ;
- ☐ un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) du 14 novembre 2024 soulignant une hernie discale paramédiane gauche aux vertèbres L5-S1 comprimant la racine de la vertèbre S1 gauche ;
- ☐ une série de certificats médicaux attestant une incapacité de travail de 100 % du 18 novembre 2024 au 31 janvier 2025 et de 50 % du 29 janvier (*sic*) au 28 février 2025 ;
- ☐ un rapport du 11 décembre 2024 de la Dre K._____, spécialiste en neurochirurgie, laquelle posait le diagnostic de hernie discale aux vertèbres L5-S1 à gauche, tout en indiquant que son patient avait présenté « *quelques lombalgies* » après l'événement d'août 2024, pour lesquelles il avait bénéficié de séances d'ostéopathie et de chiropraxie durant le mois d'octobre, puis avait développé, au début du mois de novembre 2024, des douleurs irradiant le membre inférieur gauche, dans le territoire de la vertèbre S1 ;
- ☐ un protocole d'infiltration établi le 18 décembre 2024 par le Dr L._____, spécialiste en neurochirurgie, lequel mettait en

évidence les diagnostics de syndrome radiculaire à la vertèbre S1 gauche et de hernie discale aux vertèbres L5-S1 gauches ; et

- un rapport du 29 janvier 2025 de la Dre K._____, laquelle faisait état d'« *une nette amélioration* » de la situation, avec l'arrêt du traitement antalgique quelques jours plus tôt, tout en spécifiant que l'assuré « *gard[ait] quelques douleurs lombaires avec des sensations de tension au niveau lombaire bas mais pas de sciatalgie* ».

Par décision du 30 janvier 2025, C._____ a mis fin aux prestations d'assurance avec effet au 21 septembre 2024 y compris. Elle a expliqué avoir soumis le dossier à son médecin-conseil. Ce dernier avait alors estimé que la hernie discale dont souffrait l'assuré n'était pas en relation de causalité naturelle avec l'accident du 20 août 2024, dès lors que la symptomatologie douloureuse n'était pas apparue immédiatement ou, du moins, dans un délai court, et que celui-ci n'avait pas développé une énergie suffisante en mesure d'entraîner une telle séquelle. Cet événement avait uniquement causé une contusion au niveau du dos, de même qu'à l'épaule, au bras et à la jambe gauches, avec des dermabrasions au coude et à la cuisse gauches. Ces atteintes avaient toutefois cessé de déployer leurs effets un mois après l'accident.

Le 25 février 2025, l'assuré, désormais représenté par Me David Métille, s'est opposé à cette décision.

Le 3 mars 2025, C._____, sur demande de l'assuré, a transmis à ce dernier le rapport – sur lequel elle avait fondé la décision précitée – de son médecin-conseil, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, daté du 23 janvier 2025.

Les 8 et 25 avril 2025, l'assuré a complété son opposition. Il a joint, à l'appui de son argumentation, un rapport du 8 avril 2025 de la Dre K._____, laquelle exposait qu'il était certes difficile de conclure de manière claire à un lien de causalité naturelle entre la hernie discale et l'événement d'août 2024, mais que dans le contexte de son patient, le mécanisme de l'accident était à haute cinétique, il n'y avait pas

d'antécédents de lombalgies et l'imagerie ne montrait pas de signe d'atteinte dégénérative ; il était, par ailleurs, possible que cet événement ait causé une rupture discale sur un disque fragilisé, rendant ainsi une hernie asymptomatique brusquement douloureuse.

Par décision sur opposition du 8 juillet 2025, C._____ a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 30 janvier 2025.

B. Le 5 septembre 2025, B._____, sous la plume de son mandataire, a déféré cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation en ce sens que les prestations de l'assurance-accidents lui soient allouées après le 20 septembre 2024. Il a, en substance, fait valoir que, contrairement à l'avis du Dr M._____, la hernie discale aux vertèbres L5-S1 gauches était d'origine traumatique, ce au regard notamment de l'absence d'antécédents de lombalgies et de l'évolution progressive des douleurs, lesquelles étaient survenues dès le jour suivant l'accident, de leur localisation, de leur caractère irradiant et de leur impact fonctionnel. L'intimée n'avait, en outre, pas démontré, au degré de la vraisemblance prépondérante, que cette atteinte était d'origine dégénérative. Dans ces conditions, il convenait de retenir que la hernie discale se trouvait en lien de causalité naturelle avec l'événement du 20 août 2024. L'assuré a, au demeurant, requis, à titre subsidiaire, la mise en œuvre d'une expertise médicale.

Par réponse du 31 octobre 2025, C._____ a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 14 janvier 2026, l'assuré a confirmé ses conclusions.

Par duplique du 12 février 2026, C._____ a, à son tour, maintenu ses conclusions.

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 – compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA) – 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 des prestations de l'assurance-accidents pour la période au-delà du 20 septembre 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).

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).

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 ; 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).

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).

La jurisprudence retient, 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). 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 (TF 8C_1029/2012 du 22 mai 2013 consid. 4.2.1 ; TF 8C_562/2010 du 3 août 2011 consid. 5.1 et les références).

4. a) 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).

b) 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. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que l'événement du 20 août 2024 est constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGa. Seule est litigieuse la question du lien de causalité entre cet événement et les troubles qui ont subsisté après le 20 septembre 2024. A cet égard, le Dr M. _____ a affirmé, dans son avis du 23 janvier 2025 – sur la base duquel l'intimée a motivé sa décision sur opposition litigieuse –, que la hernie discale lombo-sacrée relevée par l'IRM de novembre 2024 n'avait pas été provoquée par cet accident. Une chute en scooter à basse vitesse, à savoir à 30 km/h, n'avait, en effet, pas pu développer une énergie suffisante à même de susciter une telle atteinte au rachis. Les plaintes en lien avec cette dernière étaient, de plus, apparues trois mois après l'accident, ce qui était incompatible avec une affection de nature traumatique. Finalement, l'événement précité avait uniquement entraîné une contusion lombaire et de l'épaule, du bras et de la jambe gauches, avec des dermabrasions au coude et la cuisse gauches, laquelle guérissait dans un délai d'un mois. Le recourant, pour sa part, a remis en doute l'appréciation du Dr M. _____ en s'appuyant principalement sur le rapport du 8 avril 2025 de la Dre K. _____. Selon lui, la hernie discale dont il souffrait était due à l'accident, dès lors que, d'une part, la symptomatologie douloureuse s'était manifestée dès le jour suivant et n'avait cessé de progresser depuis et, d'autre part, aucun antécédent de lombalgies n'avait été observé. L'imagerie n'avait, de surcroît, pas montré de signe d'atteinte

dégénérative. Enfin, contrairement à ce qu'avait retenu le Dr M._____, la vitesse du scooter lors de l'accident s'élevait non pas à 30 km/h, mais à 50 km/h, si bien que l'analyse du médecin-conseil de l'intimée était fondée sur des faits inexacts.

b) Cela étant, rien ne permet de remettre en cause la conclusion du Dr M._____ réfutant toute origine traumatique à la hernie discale lombo-sacrée. Il ressort, en effet, du rapport du Centre d'urgences de J._____ - consulté le jour même de l'accident par le recourant - que ce dernier se plaignait en tout et pour tout de légères douleurs dans le bas du dos, ainsi qu'à l'épaule, au bras et à la jambe gauches, soit une symptomatologie ne correspondant pas à un syndrome vertébral ou radiculaire typique d'une hernie discale. L'examen de la jambe, de l'épaule, du coude, de la colonne et de la hanche s'était révélé sans particularité et aucun traitement n'avait été réclamé sur le moment. Ce n'est que près de trois mois plus tard que cette affection a été découverte à l'IRM et que l'assuré a développé des lombosciatalgies gauches (cf. le rapport du 11 décembre 2024 de la Dre K._____). D'ailleurs, le fait que - comme celui-ci l'a reconnu dans ses diverses écritures - les douleurs ont progressivement évolué au fil des semaines, passant de légères à incapacitantes, avec la consultation notamment d'un ostéopathe à la fin du mois d'octobre 2024, confirme bel et bien qu'elles n'ont pas présenté tout de suite le degré d'intensité propre à une hernie discale. Le recourant ne s'est, au demeurant, pas retrouvé empêché de poursuivre son activité professionnelle aussitôt après l'accident. Une incapacité de travail n'a, au contraire, été attestée qu'à compter du 18 novembre 2024, lorsque la symptomatologie douloureuse était devenue incompatible avec l'exercice d'une telle activité. L'accident du 20 août 2024, à savoir une chute en scooter à faible énergie, ne revêtait enfin pas une importance notable de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral. Sur ce point, quand bien même il est vrai que le dossier ne contient aucun constat de police ou expertise technique témoignant de la vitesse à laquelle conduisait l'assuré avant de chuter, le rapport du Centre d'urgences de J._____ mentionnait que celui-ci roulait à 30 km/h. Cette information ayant vraisemblablement été délivrée au médecin par le recourant lui-même lors de la consultation,

on ne saurait retenir *a posteriori* (au sujet de la règle dite des « premières déclarations » ou des « déclarations de la première heure » : cf. ATF 142 V 590 consid. 5.2) qu'il se déplaçait, en réalité, à une vitesse de 50 km/h.

Au noter encore que dans son rapport du 8 avril 2025, la Dre K._____ n'a estimé que « *possible* » que la hernie discale ait été principalement occasionnée par l'événement d'août 2024. Or, outre le fait que cette appréciation n'atteint pas le degré de la vraisemblance prépondérante d'ordinaire appliqué à l'appréciation des preuves en droit des assurances sociales (cf. *supra* consid. 3b), elle s'appuie notamment sur la prémisse – erronée – selon laquelle le mécanisme de l'accident était « *à haute cinétique* », alors que – comme exposé ci-dessus – la vitesse du recourant au guidon de son scooter se montait à 30 km/h. L'argument de cette spécialiste selon lequel l'assuré n'avait aucun antécédent de lombalgies et que ses douleurs n'étaient survenues qu'après cet événement repose, pour le reste, sur un raisonnement *post hoc ergo propter hoc*, lequel est insuffisant pour établir un lien de causalité naturelle (cf. *supra* consid. 3b *in fine*). Dans ces conditions, l'absence de signe d'atteintes dégénératives à l'IRM de novembre 2024 ne constitue pas, à elle seule, un indice décisif permettant de conclure à un tel rapport de causalité.

c) En revanche, les explications du Dr M._____ concernant la date de la rupture du lien de causalité ne convainquent pas. Celui-ci a, en effet, déclaré ne pas avoir retrouvé, dans la documentation qui était à sa disposition, « *de diagnostic définissant l'existence d'un état de santé antérieur* », de sorte que « *[l]a question du statu quo ante vel sine en [était] rendue caduque* ». Posant le diagnostic de post-contusion lombaire et de l'épaule, du bras et de la jambe gauches, avec dermabrasions au coude et la cuisse gauches, son analyse a ainsi porté exclusivement sur le point de savoir quand ces troubles avaient cessé de déployer leurs effets. Or il est constant qu'au début du mois de novembre 2024, le recourant a commencé à développer des douleurs irradiantes dans le territoire des vertèbres L5-S1 à gauche et que celles-ci avaient été engendrées par la hernie discale lombo-sacrée (cf. en particulier le rapport du 11 décembre 2024 de la Dre K._____ et le protocole d'infiltration du 18 décembre 2024 du Dr L._____). Aussi, pour rappel (cf. *supra* consid. 3e), l'assurance-

accidents est tenue de prendre en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel dans l'hypothèse où une hernie discale, préexistante, est déclenchée par cette affection. Le *statu quo sine* est, dans cette éventualité, atteint dans un délai de six à neuf mois en règle générale, voire déjà après trois à quatre mois en cas de lombalgies post-traumatiques. Dès lors, il appert que le Dr M. _____ n'a jamais discuté de la possibilité que l'événement du 20 août 2024 ait déclenché une décompensation d'une hernie discale - de nature dégénérative - antérieure, laquelle était restée jusque-là asymptomatique. Il s'ensuit qu'il ne s'est pas non plus prononcé sur la date du *statu quo sine* du syndrome douloureux, examinant la problématique du rapport de causalité naturelle uniquement à l'aune du diagnostic de post-contusion. Ses déclarations à ce sujet sont, au surplus, contradictoires, puisque tout en niant, de manière péremptoire, une atteinte dégénérative préexistante, il a, en parallèle, soutenu que le fait que « *les plaintes relatives à la hernie discale [soient] apparues trois mois plus tard* » était « *tout à fait compatible avec une affection de nature malade à type de maladie discale dégénérative de L5/S1* ».

d) Au vu de ce qui précède, force est donc de constater que les pièces au dossier ne sont, en l'état, pas suffisantes pour permettre à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause. On ne saurait, en effet, se fonder sur l'avis du 23 janvier 2025 du Dr M. _____ afin de trancher la question de la rupture du rapport de causalité entre les plaintes du recourant et l'accident, à défaut de savoir si la hernie discale lombo-sacrée soulignée à l'imagerie de novembre 2024 était préexistante à ce dernier et, en cas de réponse positive à cette interrogation, quand le *statu quo sine* du syndrome douloureux résultant de cette affection était atteint.

e) En conséquence, il se justifie d'annuler la décision sur opposition attaquée et de renvoyer le dossier à l'intimée, à qui il appartient, au premier chef, d'instruire la cause (cf. art. 43 al. 1 LPGA ; ATF 132 V 368 consid. 5 ; TF 8C_731/2021 du 26 août 2022 consid. 4.6 et les références). Celle-ci devra mettre en œuvre une expertise au sens de l'art. 44 LPGA. L'expert aura notamment pour tâche de se déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, si la hernie discale lombo-sacrée mise en

évidence par l'IRM de novembre 2024 était antérieure à l'accident et, le cas échéant, de fixer la date de la rupture du *statu quo sine* du syndrome douloureux inhérent à cette atteinte à la santé. A réception du rapport d'expertise, il reviendra à l'intimée de statuer à nouveau sur les prétentions du recourant.

6. a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision sur opposition rendue le 8 juillet 2025 par l'intimée annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA).

c) Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 8 juillet 2025 par C. _____ SA est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV.** C._____ SA versera à B._____ une indemnité de 2'500 fr.
(deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me David Métille (pour B._____),
- C._____ SA,
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :