

# **VD\_GERICHTE ZA25.027243 vom 5. Januar 2026**

VD Tribunal cantonal, 2026-01-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA25.027243](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA25.027243)

FR: VD\_GERICHTE ZA25.027243 du 5 janvier 2026

IT: VD\_GERICHTE ZA25.027243 del 5 gennaio 2026

## **Erwägungen**

### **E. 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). 10J010

- 8 - 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.

### **E. 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.

### **E. 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 10J010

- 9 - 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 10J010

- 10 - 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 10J010

- 11 - 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 1er 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 10J010

- 12 - 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. 4**

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). 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 10J010

- 13 - (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).

## **E. 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 10J010

- 14 - 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 1er 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 10J010

- 15 - 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.

## **E. 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 10J010

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

#### **E. 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).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.