

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 juillet 2026

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
M. Neu et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Santoro

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à Q***, recourant,

et

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

Art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA ; 11 OLAA

En fait:

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, a été engagé par l'agence de placement C._____ SA, par contrat de mission, pour travailler au sein de l'entreprise D._____ SA à compter du 15 mars 2023 en qualité d'opérateur en biodécontamination. A ce titre, il était 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 2 avril 2025, l'assuré a glissé vers l'arrière et est tombé dans les escaliers. Il s'est blessé au niveau du dos (cf. déclaration de sinistre du 17 avril 2025).

Dans un rapport préhospitalier du même jour, le B._____ (ci-après : le B._____) a indiqué que l'assuré avait chuté dans un escalier avec réception sur le dos, sans traumatisme crânien, ni déficit neurologique. Les douleurs lombaires avaient rapidement diminué, l'examen clinique étant rassurant.

Dans un rapport initial LAA du 2 avril 2025, transmis en duplicata le 19 septembre 2025, la Dre J._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a retenu le diagnostic de lombosciatique L5 droite post-traumatique.

L'assuré a été en incapacité de travail à 100 % du 3 avril au 15 mai 2025. Il a repris son activité professionnelle le 16 mai 2025.

La CNA a pris en charge le cas (remboursement des traitements médicaux et indemnités journalières) dès le 5 avril 2025.

Des radiographies du rachis lombaire réalisées le 7 avril 2025 ont mis en évidence une absence d'anomalie notable de la statique lombaire en plan frontal ou sagittal.

L'assuré a été une nouvelle fois en incapacité de travail à 100 % de manière ininterrompue du 10 juillet 2025 – jusqu'au 16 février 2026 – en raison d'une recrudescence des douleurs dorsales faisant suite à la reprise de son activité professionnelle.

Le 17 juillet 2025, la CNA a mis fin à titre préventif au versement des frais de traitement et des indemnités journalières dès le 10 juillet 2025 et sollicité, auprès de l'assuré, des informations complémentaires à son sujet.

Dans un rapport LAA intermédiaire du 20 août 2025, faisant suite à la rechute de l'assuré du 10 juillet 2025, la Dre J._____ a retenu le diagnostic de lombosciatique L5 droite tronquée au genou récidivante en rapport avec l'accident survenu le 2 avril 2025. Elle a constaté une amélioration de la symptomatologie douloureuse et exposé que le pronostic était favorable au vu d'une évolution qui semblait positive. Pour le surplus, la Dre J._____ a mentionné qu'une reprise du travail était envisageable dès le 16 septembre 2025, à évaluer toutefois encore.

Par rapport du 13 octobre 2025, le Dr K._____, médecin d'assurance de la CNA et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu que l'assuré avait subi, au niveau du dos, une contusion dorso-lombaire. Dans son appréciation, il précisait qu'en l'absence de lésion structurelle objectivable pouvant être attribuée à l'accident litigieux, les suites de celui-ci étaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, réputées guéries au 16 septembre 2025.

Par courrier du 15 octobre 2025, la CNA s'est référée à son courrier du 17 juillet 2025 ; elle a informé l'assuré que son obligation de prester perdurait.

Par décision du même jour, la CNA a mis un terme aux prestations d'assurance avec effet au 16 septembre 2025 au soir, au motif que les lésions subies par l'assuré lors de l'événement du 2 avril 2025 étaient guéries sans aucune séquelle.

Par courriel non signé du 20 octobre 2025, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision précitée. En substance, l'assuré a fait valoir que son état de santé ne s'était pas amélioré et qu'il était en incapacité de travail à 100 % jusqu'au 14 novembre 2025. Partant, l'assuré a sollicité le réexamen de son dossier et le versement des indemnités journalières LAA au-delà du 16 septembre 2025.

Par courrier du 24 octobre 2025, la CNA a signalé à l'assuré que son opposition était, en l'état irrecevable, faute d'être munie d'une signature. Elle lui a imparti un délai au 12 novembre 2025 pour régulariser son acte et lui faire parvenir une opposition signée.

Par courrier signé du même jour, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision du 15 octobre 2025, en concluant implicitement à sa réforme en ce sens que les indemnités journalières soient versées jusqu'à droit connu sur son opposition afin d'éviter tout préjudice financier pendant la durée de la procédure. L'assuré a joint à son opposition un courrier – non daté mais signé – dont la teneur (arguments et conclusions) était identique à son courriel d'opposition non signé du 20 octobre 2025.

Par décision sur opposition du 15 janvier 2026, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé sa décision du 15 octobre 2025. Dans sa motivation, la CNA s'est pour l'essentiel référée à l'appréciation du Dr K._____, considérée comme probante, retenant par ailleurs que l'utilisation de la notion d'atteinte « post-traumatique » ne permettait pas d'établir un lien de causalité naturelle.

Par courriel du 16 janvier 2026, l'assuré a transmis à la CNA le certificat médical attestant de son arrêt de travail à 100 % pour la période allant du 16 janvier au 16 février 2026.

B. Par acte non daté, réceptionné par la Poste suisse le 16 février 2026, A._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 15 janvier 2026, en concluant principalement à son annulation (*recte* : sa réforme) en ce sens que son droit aux prestations de l'assurance-accidents soit reconnu au-delà

du 16 septembre 2025 et jusqu'à la fin effective de son incapacité de travail médicalement attestée. Subsidiairement, le recourant a sollicité la mise en oeuvre d'une expertise médicale indépendante. En substance, il a exposé que ses douleurs dorsales liées à l'accident litigieux avaient persisté au-delà du 16 septembre 2025 et que son incapacité de travail à 100 % s'était poursuivie de manière ininterrompue jusqu'au 15 février 2026. En outre, le recourant a allégué que la décision litigieuse reposait exclusivement sur une appréciation – erronée – du dossier par le médecin d'assurance de la CNA, sans qu'une expertise indépendante n'ait été ordonnée, alors même que la persistance de son incapacité de travail était médicalement documentée. Il a ajouté que l'intimée n'avait pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante et compte tenu des certificats médicaux postérieurs au 16 septembre 2025, que l'accident litigieux ne jouait plus de rôle au-delà de la date précitée. Pour le surplus, le recourant a exposé être guéri au jour du dépôt du recours. A l'appui de son recours, il a joint diverses pièces figurant déjà au dossier de l'assurance-accidents.

Dans sa réponse du 25 février 2026, l'intimée a conclu au rejet du recours et renvoyé à la décision sur opposition du 15 janvier 2026.

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).

Selon l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur

dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2).

b) En l'occurrence, le recourant était domicilié en V*** à la date du dépôt du recours, mais avait en dernier lieu travaillé pour une succursale – dont le siège est dans le canton de Vaud – de la société C._____ SA avant de percevoir des indemnités journalières versées par la CNA. La Cour de céans est ainsi compétente pour connaître du présent recours (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36] ; sur la compatibilité d'une succursale en tant que for alternatif au sens de l'art. 58 al. 2 LPGA, voir ATF 144 V 313). Pour le surplus, interjeté auprès du tribunal compétent en temps utile et selon les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige a pour objet la question de savoir si le recourant peut, en lien avec l'accident survenu le 2 avril 2025, prétendre à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 16 septembre 2025 au soir.

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).

Dans leurs rapports, certains médecins renvoient à la notion d'atteinte « post-traumatique ». Le Tribunal fédéral comprend cette notion comme le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident (TF 8C_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 6.2). 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).

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) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références ; TF 8C_171/2023 du 17 janvier 2024 consid. 3.1). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

En cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident (TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3 et les références). A cet égard, il est admis que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve – au degré de la

vraisemblance prépondérante – du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.1 et les références). Faute de preuve, la décision sera défavorable à la personne assurée (TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 4.2 et les références).

e) 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).

Selon la jurisprudence, qui se fonde sur l'expérience médicale, 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_746/2018 du 1^{er} avril 2019 consid 3.2 et les références).

f) Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurance sociales, le fardeau de la preuve incombe en principe à l'assureur-accidents (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). A cet égard, est seul décisif le point de savoir si, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 146 V 271 consid. 4.4), les causes accidentelles d'une

atteinte à la santé ne jouent plus aucun rôle, ne serait-ce même que partiel (ATF 142 V 435 consid. 1), et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF 8C_343/2022 du 11 octobre 2022 consid. 3.2).

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. 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).

5. a) En l'espèce, l'intimée ne conteste pas que le recourant a subi une atteinte dommageable le 2 avril 2025 à l'origine de douleurs dorsales. Se fondant sur l'appréciation du Dr K._____, l'intimée a mis un terme au versement des prestations au 16 septembre 2025 au soir, au motif que les lésions subies par le recourant lors de l'événement du 2 avril 2025 étaient guéries sans aucune séquelle. A fortiori, l'intimée a considéré que les troubles persistants au dos du recourant au-delà de la date précitée ne se trouvaient plus en lien de causalité avec l'accident litigieux.

b) Cela étant, il n'est pas possible de rattacher, au degré de la vraisemblance prépondérante, les atteintes subsistant au-delà du 16 septembre 2025 à l'accident litigieux.

aa) Dans son appréciation du 13 octobre 2025, le Dr K._____ a exposé de manière convaincante que l'atteinte dommageable litigieuse avait, en lien avec les douleurs dorsales, fini de déployer ses effets au plus tard le 16 septembre 2025 au soir ; ainsi a-t-il observé que l'accident du 2 avril 2025 n'avait pas entraîné de lésion structurelle pouvant lui être imputée. L'événement du 2 avril 2025 a, tout au plus, entraîné une contusion dorso-lombaire.

bb) Il n'y a pas lieu, en l'état du dossier, de s'écarter de l'appréciation du Dr K._____ du 13 octobre 2025. Les conclusions du médecin-conseil de l'intimée sont fondées sur l'étude du dossier, notamment tous les rapports médicaux liés à l'accident. L'appréciation du Dr K._____ ne peut pas sérieusement être remise en cause par la documentation médicale figurant au dossier. En effet, aucun autre rapport médical motivé ne va à l'encontre de ses conclusions. Au contraire, les radiographies lombaires réalisées le 7 avril 2025, soit cinq jours après l'évènement accidentel du 2 avril 2025, ont mis en évidence une absence d'anomalie notable de la statique lombaire en plan frontal ou sagittal. Elles ne relèvent ainsi aucune lésion structurelle objectivable en lien avec l'accident. Par ailleurs, si la Dre J._____ a retenu, dans son rapport intermédiaire du 20 août 2025, le diagnostic de lombosciatique L5 droite tronquée au genou récidivante en rapport avec l'évènement du 2 avril 2025, cette dernière ne motive pas de manière circonstanciée les éléments médicaux permettant d'établir un lien de causalité naturelle entre cette symptomatologie et l'accident. En outre, le seul fait que certains médecins du recourant qualifient les troubles de « post-traumatique » ou les rattachent à l'accident ne saurait, à lui seul, établir un lien de causalité naturelle (cf. consid 3b). Compte tenu de ce qui précède, les conclusions motivées du Dr K._____ peuvent être suivies.

cc) Par ailleurs, l'argumentation du recourant selon laquelle il n'a jamais eu de douleurs au niveau du dos avant l'accident du 2 avril 2025 relève d'un raisonnement de type « *post hoc, ergo propter hoc* » (cf. consid 3b). 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. En outre, le simple fait que le recourant ait été en incapacité de travail à 100 % postérieurement au 16 septembre 2025 ne suffit pas pour reconnaître une obligation de l'assureur-accidents de prester au-delà de cette date, compte tenu des conclusions claires du rapport du 13 octobre 2025 du Dr K._____.

c) Le dossier est complet sur le plan médical, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu d'ordonner une mesure d'instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise médicale, telle que requise subsidiairement par le recourant. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (sur l'appréciation anticipée des preuves, ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid 2.1).

d) En définitive, il n'est pas possible de rattacher, au degré de la vraisemblance prépondérante, les douleurs subsistant au-delà du 16 septembre 2025 à l'accident annoncé. C'est donc à juste titre que l'intimée a, sur la base de l'appréciation probante du 13 octobre 2025 de son médecin-conseil, mis un terme aux prestations au 16 septembre 2025 au soir.

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

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. ^{fbis} 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
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 15 janvier 2026 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 :

- M. A. _____,
- 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 :