

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 juillet 2011

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : MM. Berthoud et Bidiville, assesseurs
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

M. _____, à Lausanne, recourant,

et

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

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assuré), né en 1967, travaillait depuis le 1^{er} avril 2008 comme nettoyeur pour l'entreprise C. _____ SA. A ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles selon la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20) auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

A teneur d'une déclaration d'accident non signée adressée à la CNA le 20 avril 2009, l'assuré s'est blessé au dos le 27 mars 2009, alors qu'il «*[é]tait en train de nettoyer une chaufferie et en soulevant un sac de sable a[vait] glissé sur [du] mazout*». L'intéressé s'est rendu le jour même aux urgences du Centre [...] (ci-après : le Centre hospitalier D. _____), où il a été examiné par le Dr H. _____, du Service d'orthopédie et de traumatologie. La CNA a pris en charge le traitement conservateur prescrit à l'intéressé et a versé les indemnités journalières relatives aux périodes d'incapacité de travail attestées.

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) a été effectuée le 6 mai 2009 par les Drs W. _____ et Y. _____, du Service de radiodiagnostic et de radiologie interventionnelle du Centre hospitalier D. _____. Ces derniers ont constaté une lombalisation de S1, une petite hernie discale médiane L5-S1 avec potentiel conflit à l'émergence de la racine L5 gauche, ainsi qu'un canal lombaire à la limite inférieure gauche de la norme en regard de la hernie susmentionnée.

Dans un rapport du 15 mai 2009, les Drs N. _____ et J. _____, du Centre [...] (site Centre hospitalier D. _____), ont indiqué que l'assuré - ouvrier sur les chantiers [sic] - s'était retrouvé bloqué au sol après avoir soulevé un sac d'environ 20 kg, qu'il souffrait d'un syndrome lombo-vertébral avec évolution en sciatalgies bilatérales sans déficit sensitif ou moteur associé, et que la hernie discale L4-L5 [sic] médiane n'expliquait pas à elle seule la symptomatologie douloureuse.

Par constat du 29 juin 2009, le Dr Z._____, spécialiste FMH en médecine interne auquel l'assuré avait été adressé par le Centre hospitalier D._____, a pour l'essentiel corroboré les diagnostics posés par les Drs N._____ et J._____, tout en exposant que l'intéressé se trouvait en incapacité de travail depuis le 27 mars 2009 pour une durée indéterminée, que ses lésions étaient exclusivement dues à l'accident, et que l'absence d'évolution des douleurs faisait craindre une invalidité précoce.

Dans un avis médical du 1^{er} juillet 2009, le Dr G._____, médecin d'arrondissement de la CNA (Lausanne), a notamment retenu ce qui suit :

"APPRECIATION DU CAS

Cet assuré présente donc un syndrome lombo-vertébral d'évolution pour l'instant peu favorable.

L'appréciation universitaire et les constatations de l'IRM, à savoir une discopathie L5-S1, une lombalisation de S1 et un canal lombaire de taille à la limite inférieure de la norme (cf. rapport du 06.05.2009) n'expliquent pas à elles seules la symptomatologie douloureuse.

La question se pose de savoir si les troubles présentés par cet assuré sont encore à mettre en relation avec l'événement déclaré le 27.03.2009.

Nous soulignons tout d'abord deux versions légèrement divergentes concernant cet événement. Selon les éléments ressortant du rapport universitaire, l'assuré aurait subi un blocage au sol après avoir soulevé un sac, sans qu'il soit question d'une chute. La déclaration d'accident fait état d'une glissade. Aucun élément du dossier ne permet de retenir l'existence d'une chute.

Cependant, même en admettant le caractère accidentel de l'événement, force nous est de constater que l'IRM met en évidence une anomalie transitionnelle avec lombalisation de S1 et une discopathie L5-S1 difficilement imputables à l'événement tel que décrit.

On pourra tout au plus admettre que l'événement du 27.03.2009 a rendu douloureuse et tout au plus passagèrement aggravé une comorbidité vertébrale préexistante jusque là asymptomatique.

L'IRM ne démontre aucune lésion telle qu'une rupture ligamentaire ou une fracture susceptible d'entraîner une aggravation déterminante de cet état antérieur.

Il nous paraît vraisemblable que l'événement du 27.03.2009 ne joue à présent plus qu'un rôle minime et qu'au plus 4 mois après l'événement, ce dernier aura largement et entièrement cessé de déployer ses effets.

Les troubles qui pourraient persister au-delà de cette date seraient à mettre en relation avec des comorbidités indépendantes de l'événement dont la prise en charge n'incombe pas à l'assurance[-]accidents."

Le 8 juillet 2009, le Dr H._____ a rédigé un rapport contenant notamment les points suivants :

"1. Premiers soins :

- 27.03.2009, en dehors des heures de consultations.

2. Indications du patient :

Ressent une vive douleur au creux des reins alors qu'il soulève, depuis le sol, un sac d'environ une vingtaine de kilos. Apparition de douleurs brusques. Pas d'irradiation dans les membres inférieurs.

[...]

4. Constatations :

Lors de la consultation initiale aux urgences, douleurs à la palpation de la colonne lombaire spécialement lombaire basse. Pas de trouble neurovasculaire aux membres inférieurs. Pas de syndrome radiculaire irritatif.

Constatation radiologique: pas de fracture visualisée.

Sous traitement symptomatique d'anti-inflammatoires, neurolaxant, antalgiques et repos ne permet pas une évolution favorable dans un premier temps. De plus, au contrôle du 24.04.2009, le patient se plaint d'irradiations bilatérales au niveau des fesses avec une claudication limitant son périmètre de marche à environ 15 minutes. Une IRM lombaire a été effectuée qui montre une petite hernie discale médiane L4-L5.

La suite de la prise en charge a donc été effectuée par mon collègue de neurochirurgie (Dr J._____).

5. Diagnostic :

Lumbago.

6. Causalité :

Oui.

[...]

8. Incapacité de travail :

Oui, à 100%, dès le 27.03.2009.

[...]"

B. Par écrit du 7 juillet 2009, la CNA a averti l'assuré qu'elle entendait mettre fin au versement des prestations légales d'assurance (indemnité journalière et frais médicaux) au 26 juillet 2009 au soir, attendu que, de l'avis de son service médical, l'événement du 27 mars 2009 avait cessé de déployer ses effets au plus tard quatre mois après sa survenance.

Le 21 juillet 2009, l'assuré a contesté la position de la CNA, faisant valoir qu'il souffrait toujours des suites de son accident du 27 mars 2009, cela malgré la prise d'anti-douleurs et d'anti-inflammatoires. Il a ajouté qu'il était absolument incapable de travailler. Il a observé qu'une interruption des prestations d'assurance aurait des conséquences très lourdes pour lui-même et sa famille, dès lors qu'il avait deux enfants en bas âge. Il a sollicité la mise en œuvre d'une «*nouvelle évaluation médicale neutre*».

C. En date du 24 juillet 2009, la CNA a rendu une décision mettant un terme aux prestations d'assurance (indemnité journalière et frais de traitement) dès après le 26 juillet 2009. Elle a exposé que la lettre de l'assuré du 29 juin [recte : 21 juillet] 2009 ne contenait aucun élément susceptible de modifier son appréciation selon laquelle l'événement du 27 mars 2009 avait cessé de déployer ses effets quatre mois sa survenance, et a ajouté que d'après son service médical, les troubles qui subsistaient à ce jour n'étaient plus dus à l'accident, mais exclusivement de nature malade. Elle a retiré l'effet suspensif à une éventuelle opposition.

L'assuré a formé opposition le 31 juillet 2009 contre la décision précitée, faisant valoir qu'il n'était pas rétabli, souffrait toujours de fortes douleurs et était incapable de travailler. Il a requis la restitution de l'effet suspensif avec reprise du versement des indemnités journalières.

Par décision incidente du 18 août 2009, la CNA a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif.

Par décision sur opposition du 21 septembre 2009, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 24 juillet 2009. En substance, elle a retenu que ce dernier fondait ses prétentions avant tout sur la maxime «*post hoc, ergo propter hoc*», et que semblable argumentation ne constituait pas, au regard de la jurisprudence topique, un moyen de preuve permettant d'établir - au degré de la vraisemblance prépondérante prévalant en matière d'assurance-accidents - un lien de causalité naturelle. Elle a ajouté qu'un événement accidentel n'apparaissait qu'exceptionnellement comme la cause proprement dite d'une hernie discale, pratiquement toutes les hernies discales s'insérant, selon l'expérience médicale, dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative. Enfin, elle a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.

D. Par acte envoyé sous pli recommandé le 20 octobre 2009, M. _____ interjette un recours de droit administratif contre la décision sur opposition précitée, concluant à son annulation en ce sens qu'il a droit à des prestations de l'assurance-accidents, singulièrement à des indemnités journalières. Il requiert, en outre, la mise en œuvre d'une «*expertise neutre*». Pour l'essentiel, il fait valoir qu'il n'a jamais souffert de douleurs au dos avant l'événement du 27 mars 2009, et soutient que cet incident, soit une glissade associée au poids d'un sac de sable et à la succession de brusques faux mouvements, constitue la cause de ses problèmes dorsaux.

Dans sa réponse du 18 janvier 2010, l'intimée conclut au rejet du recours, reprenant les motifs exposés dans la décision litigieuse. Pour le surplus, la CNA relève que l'appréciation claire et fondée du Dr G. _____ n'est contredite par aucun autre avis médical au dossier. Elle souligne que selon le rapport rédigé le 8 juillet 2009 par le Dr H. _____, le recourant ne présentait à l'origine pas d'irradiation dans les membres inférieurs, ni de syndrome radiculaire irritatif, mais que ce n'est qu'un mois plus tard, soit le 24 avril 2009, que des irradiations bilatérales au niveau des fesses avec claudication limitant le périmètre de marche ont été constatées. Elle en déduit que les troubles présentés par le recourant

au-delà du 26 juillet 2009 ne sont plus en relation de causalité naturelle avec l'incident du 27 mars 2009.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour connaître de la présente affaire (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). S'agissant d'une contestation relative aux prestations LAA d'un montant indéterminé, il n'est pas exclu que la valeur litigieuse soit supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte, en l'occurrence, sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents (paiement d'indemnités journalières et prise en charge du traitement médical) pour la période postérieure au 26 juillet 2009.

a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. 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 (art. 4 LPGA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés (à savoir une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur). Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident et que, le cas échéant, l'atteinte dommageable doive être qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 232 consid. 1; RAMA 1986 n° K 685 p. 299 s. consid. 2).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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 les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des

prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3 ; TF 8C_858/2008 du 14 août 2009, consid. 3).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans la survenance de l'accident (statu quo sine) (TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.3). 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*»; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341s. ; TF 8C_6/2009 du 30 juillet 2009, consid. 3). 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. 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; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.2; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Ulrich Meyer [éd.], 2^e éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 79 p. 865).

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 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2 et les références; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009, consid. 2).

c) Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee, et les références citées; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2; 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Par ailleurs, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc).

3. En l'occurrence, il y a lieu de s'interroger, tout d'abord, sur la nature de l'événement survenu le 27 mars 2009. A cet égard, il est significatif de relever que le jour même de cet incident, l'assuré s'est rendu en urgence au Centre hospitalier D._____, où il a été examiné par le Dr H._____. Selon la version des faits initialement présentée par l'intéressé à ce médecin et retranscrite par celui-ci dans son rapport du 8 juillet 2009 (ch. 2 p. 1), le recourant a indiqué avoir *«ressent[i] une vive douleur au creux des reins alors qu'il soul[evait], depuis le sol, un sac d'environ une vingtaine de kilos»* (cf. let. A supra). En d'autres termes, les premières déclarations de l'intéressé ne font pas état d'une chute consécutive à une glissade sur du mazout en cherchant à déplacer un sac de sable, et s'écartent dès lors de ce qui figure dans la déclaration d'accident du 20 avril 2009 ainsi que dans le mémoire de recours du 20 octobre 2009 (p. 1). Enfin, c'est avec une certaine perplexité que la Cour de céans constate qu'une troisième variante dudit incident ressort du rapport des Drs N._____ et J._____ du 15 mai 2009 (p. 1), selon lequel

l'assuré, ouvrier sur les chantiers et non nettoyeur, se serait retrouvé bloqué au sol après avoir tenté de soulever un sac d'environ 20 kg; à noter que, là encore, il n'est pas fait mention d'une chute de l'intéressé.

D'après la jurisprudence, en cas de contradiction entre les premières déclarations de l'assuré et ses déclarations ultérieures, il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être – consciemment ou non – le fruit de réflexions ultérieures (cf. ATF 121 V 47 consid. 2a; ATF 115 V 143 consid. 8c; TF 9C_663/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 3.2). En l'espèce, à suivre la version initiale des faits présentée par l'assuré, il n'est pas certain – faute de chute et, partant, de facteur extérieur extraordinaire – que l'on puisse qualifier l'événement du 27 mars 2009 d'accidentel. La question peut toutefois rester indécise, dès lors que même si on admettait le caractère accidentel de cet événement, c'est à juste titre que la CNA a retenu – sur la base du rapport du 1^{er} juillet 2009 de son médecin d'arrondissement le Dr G. _____ – que l'incident du 27 mars 2009 avait cessé de déployer ses effets au-delà du 26 juillet 2009 et que les troubles qui subsistaient à ce jour étaient exclusivement de nature malade (statu quo sine) (cf. consid. 4b infra).

4. Ainsi qu'il a été exposé ci-dessus, l'intimée estime que l'état de santé de l'assuré a atteint le statu quo sine dès après le 26 juillet 2009. De son côté, l'intéressé conteste ce point de vue et soutient que l'événement du 27 mars 2009 s'avère être la cause de ses problèmes dorsaux actuels.

a) Sur ce point, il convient de rappeler, au préalable, qu'en matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286, consid. 3a). Dès lors, il n'y a pas lieu d'examiner séparément ces deux questions.

Cela étant, s'agissant d'atteintes de type hernie discale, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser à plusieurs reprises que pratiquement toutes ces lésions s'insèrent, selon l'expérience médicale,

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. Ainsi selon la Haute Cour, 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 (cf. TF 8C_659/2007 du 27 mars 2008 consid. 3.1 et références citées; cf. TF 8C_402/2010 du 8 mars 2011 consid. 3.2).

b) L'IRM lombaire pratiquée le 6 mai 2009 a révélé chez l'assuré une lombalisation de S1, une petite hernie discale médiane L5-S1 avec potentiel conflit à l'émergence de la racine L5 gauche, et un canal lombaire à la limite inférieure gauche de la norme en regard de cette hernie.

Le 15 mai 2009, les Drs N._____ et J._____ ont diagnostiqué un syndrome lombo-vertébral avec évolution en sciatalgies bilatérales sans déficit sensitif ou moteur associé; ils ont relevé que la hernie discale mise en évidence par l'IRM susmentionnée n'expliquait pas à elle seule la symptomatologie douloureuse.

Le 29 juin 2009, le Dr Z._____ a confirmé les diagnostics posés par ses confrères, tout en exposant que ces lésions avaient été provoquées par l'accident survenu le 27 mars 2009.

Quant au médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr G._____, il a estimé, dans son avis médical du 1^{er} juillet 2009, que l'anomalie transitionnelle avec lombalisation de S1 et la discopathie L5-S1 mises en évidences par l'IRM du 6 mai 2009 étaient difficilement imputables à l'événement du 27 mars 2009, que cet incident avait tout au plus rendu douloureuse, voire passagèrement aggravé, une comorbidité vertébrale préexistante jusque là asymptomatique, et que les troubles

pouvant persister 4 mois après cet événement seraient à mettre en relation avec des comorbidités indépendantes de celui-ci.

Enfin, le 8 juillet 2009, le Dr H._____ a fait état d'un lumbago dont l'origine se trouvait être l'événement du 27 mars 2009.

Il est vrai que les Drs Z._____ et H._____ ont indiqué, dans leurs rapports respectifs, que les atteintes présentées par l'assuré étaient issues de l'épisode du 27 mars 2009. Ces praticiens n'ont toutefois pas motivé leur avis sur ce point précis, se limitant à répondre par un simple «oui» à la question d'un éventuel lien de causalité entre l'événement accidentel et les troubles médicaux de l'assuré (cf. rapport du Dr Z._____ du 29 juin 2009 chiffre 6 p. 1, et rapport du Dr H._____ du 8 juillet 2009 chiffre 6 p. 1). Du reste, leurs diagnostics divergent sensiblement, puisque le Dr Z._____ a confirmé l'existence d'un syndrome lombo-vertébral avec évolution en sciatalgies bilatérales (rejoignant en cela les conclusions des Drs N._____ et J._____), alors que le Dr H._____ a plus généralement fait état d'un lumbago, cela alors même que tant l'IRM du 6 mai 2009 que le rapport des Drs N._____ et J._____ du 15 mai 2009 lui avaient été adressés. Compte tenu de ces éléments, l'on ne saurait se fonder sur les avis des Drs Z._____ et H._____ pour retenir que le lien de causalité entre les maux de dos de l'assuré et l'événement du 27 mars 2009 est établi à satisfaction de droit.

En revanche, le constat du Dr G._____ repose sur un examen complet du dossier et contient des conclusions claires et motivées (cf. consid. 2c supra), si bien qu'il y a lieu de lui accorder pleine valeur probante. En particulier, cet avis est compatible avec la jurisprudence fédérale, qui considère comme une règle tirée de l'expérience qu'une hernie discale n'est due à un accident que dans des conditions particulières et exceptionnelles (cf. consid. 4a supra), lesquelles ne sont pas réunies en l'espèce. En effet, force est de constater que l'événement du 27 mars 2009 ne revêt pas d'importance particulière et que rien n'indique qu'il soit de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral. En outre, les symptômes de la hernie discale (syndrome

vertébral ou radiculaire) ne sont pas apparus immédiatement : dans son rapport du 8 juillet 2009 (cf. let. A supra), le Dr H. _____ a relevé, d'une part, qu'aucun syndrome radiculaire irritatif n'avait été constaté au cours de la consultation initiale le jour de l'accident, et, d'autre part, que l'assuré ne s'était plaint d'irradiations bilatérales au niveau des fesses qu'à partir du 24 avril 2009 - soit près d'un mois après les faits prétendument à l'origine des atteintes constatées. Aussi, compte tenu des circonstances concrètes de l'événement du 27 mars 2009 et du caractère exceptionnel du lien de causalité entre les lésions de type hernie discale et un événement accidentel, il y a lieu de retenir que les troubles dorsaux du recourant ne se trouvent pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, dans un rapport de causalité pour le moins probable avec l'accident du 27 mars 2009.

Il convient de relever, enfin, que l'allégation de l'assuré selon laquelle il n'a jamais rencontré de problèmes de dos avant l'événement du 27 mars 2009 (cf. recours du 20 octobre 2009, let. D supra) n'est pas décisive, dès lors qu'elle repose uniquement sur l'adage «*post hoc, ergo propter hoc*» (cf. consid. 2a supra).

5. Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (cf. ATF 130 II 425 consid. 2.1; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008, consid. 3 et les références).

En l'espèce, comme cela résulte des considérants précédents, il ne se justifie pas de mettre en œuvre une expertise médicale supplémentaire, le dossier de la cause étant suffisamment étayé pour permettre à la Cour de céans de se prononcer en toute connaissance de

cause. Dès lors, la requête du recourant visant à la mise en œuvre d'une expertise médicale doit être rejetée.

6. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition attaquée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 55 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA). La CNA, comme institution d'assurance chargée de tâches de droit public, n'a pas droit à des dépens.

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 21 septembre 2009 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaire, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- M. _____,
- 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 :