

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 mars 2013

Présidence de Mme PASCHE
Juges : M. Gutmann et Mme Moyard, assesseurs
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

M. _____, recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 al. 1 LAA et 58 al. 2 LPGA

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1985, œuvre en qualité de constructeur métallique pour le compte de l'entreprise A. _____ SA à ??? _____ depuis le 1^{er} avril 2010. A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance contre les accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Par déclaration de sinistre du 24 février 2011, l'employeur a informé la CNA qu'en date du 21 février 2011 vers 9 heures, son assuré était tombé alors qu'il portait du matériel sur un chantier. Il s'était accroché à du matériel qui traînait sur les échafaudages. La partie du corps atteinte était la colonne dorsale.

La CNA a pris en charge le cas en garantissant le versement des prestations légales.

Dans un rapport de consultation ambulatoire du 2 mars 2011 établi par la Clinique de chirurgie orthopédique de l'hôpital W. _____, le diagnostic de contusion lombaire avec douleurs lombaires persistantes sans déficit moteur a été posé. Les éléments suivants ont été exposés dans le cadre de l'anamnèse :

"Patient (ne parle pas français) a fait une chute le 21.2.2011 d'un échafaudage de construction, chute de sa propre hauteur sur les fesses, depuis fortes dlrs [douleurs] lombaires vertébrales et paravertébrales, irradiant dans la cuisse G [gauche].
A vu le jour de l'accident MT [médecin traitant] qui a instauré ttt [traitement] symptomatique, a reconsulté le 25.2 pour dlrs persistantes; Rx bassin et colonne lombaire : s.p.
Le 2.3 reconsulte chez MT pour dlrs persistantes avec déficit moteur MIG [membre inférieur gauche] > MID [membre inférieur droit], et comme le MT aurait compris, problème pour uriner, raison pour laquelle il nous l'envoie".

Dans un rapport du 3 mars 2011 faisant suite à un examen radiographique de la colonne lombaire face et profil, ainsi que du bassin,

les Drs X._____ et Q._____, respectivement chef de clinique et médecin-assistant au département de radiologie de l'hôpital W._____, ont constaté que les structures osseuses et les articulations avaient une morphologie normale, correspondant à l'âge et à la constitution du patient. Il n'y avait en outre pas de fracture, ni d'altération des tissus mous.

Dans un rapport du 3 mars 2011 faisant suite à un CT-scan de la colonne lombaire natif, les Drs K._____, médecin-adjoint du département de radiologie de l'hôpital W._____ et Q._____, ont retenu ce qui suit :

"Alignement des corps vertébraux, pas de défaut cortical ni de tassement.
Pas de fracture visualisée.
Alignement des processus articulaires postérieurs.
Pas de sténose des foramens intervertébraux.
Petite protusion du disque intervertébral L5/S1 à large rayon de courbure sans conflit disco-radicalaire".

Dans un rapport du 3 mars 2011 faisant suite à une IRM de la colonne lombaire native, le Dr H._____, médecin-chef adjoint du département de radiologie de l'hôpital W._____, a conclu à la présence d'une discopathie modérée L5-S1.

Dans un rapport du 22 mars 2011 adressé à l'hôpital W._____, le Dr V._____, spécialiste en médecine générale, a précisé que son patient se déplaçait à l'aide de deux cannes en déchargeant le membre inférieur gauche. Au vu de la faible amélioration clinique et de l'évolution anormale d'une contusion minime datant de quatre semaines, il a sollicité l'hospitalisation de son patient afin d'éviter le passage à la chronicité et à l'invalidité d'un assuré de 26 ans.

L'intéressé a finalement été hospitalisé du 28 mars au 4 avril 2011 à l'hôpital W._____ en raison de douleurs au dos et à la jambe gauche. Dans une lettre de sortie du 7 avril 2011, les Drs E._____ et L._____, respectivement médecin-assistante et médecin-chef adjoint du service de rhumatologie, médecine physique et rééducation de l'hôpital

W._____, ont attesté une incapacité de travail à 100 % du 28 mars au 15 avril 2011 en faisant état des éléments suivants :

"Il s'agit d'un patient de 26 ans ayant subi un traumatisme axial du rachis à basse énergie le 21.02.2011 qui présente depuis là des lombalgies invalidantes. L'imagerie effectuée en ambulatoire (Rx standard, CT lombaire et IRM lombaire) ne montre, à part une discopathie modérée L5-S1, pas de signes de lésion osseuse au niveau du rachis lombaire, sacro-iliaque et au niveau du bassin.

Un contexte de grande frayeur est éventuellement à prendre en compte dans l'histoire du traumatisme, au vu de la hauteur à laquelle s'est passé l'accident malgré son caractère bénin.

Le status parle principalement en faveur d'une contracture des muscles para-vertébraux et troubles statiques antalgiques. Il n'y a pas d'argument en faveur d'une atteinte radiculaire.

Nous complétons brièvement le bilan avec un laboratoire qui permet d'exclure un syndrome et le patient est mis au bénéfice d'une antalgie et d'un traitement physiothérapeutique.

L'évolution est favorable avec une amélioration de la mobilité, une autonomie complète pour les AVQ et un patient qui peut progressivement se passer de ses cannes pour marcher. Le traitement de physiothérapie est à poursuivre en ambulatoire.

Au vu de l'élément de frayeur probable lié au contexte de l'accident, nous vous proposons, en cas de mauvaise évolution, de discuter avec le patient une prise en charge psychiatrique avec si possible un thérapeute parlant sa langue".

Dans un courrier du 17 mai 2011 adressé au Dr S._____, spécialiste en psychiatrie, le Dr V._____ a sollicité un suivi psychiatrique pour son patient dans un contexte de lombalgies post-traumatiques invalidantes sans substrat anatomique et ce, afin d'éviter une chronification totale du cas.

Dans un rapport du 15 juin 2011 faisant suite à l'examen clinique de l'assuré, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a constaté que l'examen était difficile à interpréter en raison du caractère douloureux de toutes les manœuvres visant à examiner le rachis du patient. Il a dès lors adressé l'assuré pour un assessment à la Clinique Z._____.

L'assuré a séjourné à la Clinique Z._____ du 27 au 29 juin 2011 pour une évaluation pluridisciplinaire. Dans un rapport de synthèse du 29 juin 2011, les Drs F._____, spécialiste en neurologie et C._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, ont posé le diagnostic

primaire de contusion lombaire le 21 février 2011. L'examen neurologique, en dépit du comportement douloureux du patient, a été considéré dans les limites de la norme, sans évidence de signe d'atteinte radiculaire ou tronculaire. Dans son évaluation psychiatrique du 28 juin 2011, le Dr R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les éléments suivants :

"Discussion et suggestion à l'expert principal

Lors de l'évaluation de ce jeune homme, on se retrouve d'emblée face à de nombreux paradoxes, ainsi le patient se dit rassuré par les médecins consultés (qui auraient juste souligné la nécessité de temps pour guérir) mais, dans le même temps, la douleur est décrite comme majeure et inchangée depuis l'accident, justifiant subjectivement toutes les précautions prises par le patient dans son comportement douloureux manifeste comprenant de nombreuses attitudes d'épargne de son dos.

Le patient est ainsi dans une attente passive de guérison (par le temps et les médicaments) soulignant tout de même qu'il fait tous les exercices de physiothérapie prescrits, en séance ou à domicile.

Du point de vue psychologique, c'est avant tout la passivité, l'incapacité à se projeter dans la reprise concrète d'une vie normale, qui sont à l'avant-scène, avec ici l'impression d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques qui restent ici mal identifiées; dans les facteurs défavorables, on relèvera l'aculturation assez faible, avec une vie de famille assez refermée sur elle-même, ainsi qu'un retrait professionnel actuel de l'entourage (son frère aîné est en arrêt pour un problème d'épaule et son père est en recherche d'emploi).

Du point de vue thérapeutique, dans une situation où le risque de chronicisation paraît non négligeable, et au vu de l'échec d'une récente hospitalisation, la direction la plus judicieuse me semble être, après réitération d'un discours rassurant, une démedicalisation rapidement progressive et la planification agendée d'une reprise professionnelle".

A l'issue de l'évaluation pluridisciplinaire du cas de l'assuré, les Drs F. _____ et C. _____ ont conclu ce qui suit :

"(...).

L'évaluation des capacités fonctionnelles dit bien les limitations que s'impose M. M. _____ à lui-même. Le score de 13 atteint au PACT donne à penser qu'il ne peut s'employer qu'à des tâches exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis. Il ne pourrait même pas prétendre à des activités que pourrait assumer un sujet paraplégique. Au cours de l'évaluation proprement dite, le niveau de performances généralement considéré comme minimal n'est atteint pour aucun des tests auxquels il est soumis. Sa

force de préhension au manomètre de Jamar est faible. Il est incapable de maintenir les 2 bras tendus à l'horizontale pendant au moins un minute. Lors d'un test de marche rapide, il ne franchit que 38 mètres en 3 minutes. Enfin, il est incapable de lever horizontalement une caisse vide (2,5 kg). La volonté de donner le maximum aux différents tests est donc insuffisante et le niveau de cohérence est faible. Dans ces conditions, une évaluation standardisée complète est dénuée de sens car elle ne démontrerait que le niveau de performance qu'accepte d'atteindre M. M. _____ et non pas ses aptitudes réelles.

Le gap séparant le comportement douloureux de l'absence de lésion objectivable soulève l'hypothèse d'une psychopathologie. Au cours de l'entretien psychiatrique, M. M. _____ répond aux questions de manière lacunaire, souvent imprécise, avec de nombreux "je ne sais pas"; on peut ainsi parler d'une attitude globalement passive avec participation limitée et minimaliste. Du point de vue thymique, on ne retient aucun signe allant dans le sens d'un trouble dépressif. Il n'y a pas non plus de signe orientant vers un trouble anxieux, en particulier aucun élément susceptible de s'inscrire dans un état de stress post-traumatique. On ne peut qu'être frappé par une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques qui restent mal identifiées. On ne saurait toutefois parler d'un trouble psychique caractérisé et le bilan ne débouche finalement sur aucun diagnostic dans le registre psychiatrique.

Les professionnels de santé, aussi bien les médecins et physiothérapeutes traitants que ceux ayant participé à la présente évaluation, restent donc démunis face à un tableau incompréhensible : M. M. _____ ne s'exonère à aucun moment des attributs de grand lésé dont il se pare. Force est pourtant de reconnaître que ce tableau paraît artificiel et ne repose sur aucune atteinte somatique ou psychique définissable. Aucun critère ne permet objectivement de fonder un pronostic médical défavorable. L'enquête approfondie à laquelle nous nous sommes livrés n'a pas permis de débusquer de facteur non lésionnel précis propre à expliquer le comportement inapproprié, par exemple un litige avec l'employeur. On en est donc réduit à des conjectures : influence négative de la mauvaise acculturation : modèle familial de recours aux assurances sociales (frère en incapacité de travail, père au chômage); réelle kinésiophobie malgré les explications rassurantes réitérées.

Dans un contexte où les éléments médicaux semblent ne jouer qu'un rôle connexe dans la mauvaise évolution, on ne sait quelle attitude thérapeutique préconiser. Tant que le patient restera dans l'évitement, toute mesure complémentaire paraît vouée à l'échec : il a déjà séjourné en milieu stationnaire et un nouveau séjour, comme le premier, comporte le risque de le conforter dans son statut de blessé. M. M. _____ n'est manifestement pas apte à se soumettre à une prise en charge d'inspiration cognitivo-comportementale et l'on n'est pas étonné qu'une première tentative ait tourné court.

Il nous paraît donc judicieux de procéder à une démedicalisation dans des délais rapides. Il convient alors que tous les médecins impliqués dans cette situation adoptent un ligne univoque et

insistent sur l'absence de contre-indication à une reprise professionnelle".

Au vu de l'absence de contre-indication à une reprise professionnelle, le Dr P._____ a attesté une capacité de travail à 50 % dès le 18 juillet 2011, puis à 100 % dès le 8 août 2011.

Par courrier du 13 juillet 2011, la CNA a indiqué à l'assuré que sa capacité de travail avait été fixée à 50 % à partir du 18 juillet 2011 et à 100 % dès le 8 août 2011. L'indemnité journalière serait dès lors versée en conséquence.

Par courrier du 14 juillet 2011, la CNA a confirmé à l'assuré la reprise de l'activité professionnelle aux taux et dates précités et ce, malgré un certificat médical établissant un arrêt de travail à 100 % jusqu'au 30 juin 2011.

Dans une lettre du 24 juillet 2011 adressée à la CNA, l'assuré a indiqué qu'il avait repris son poste le 18 juillet 2011, mais n'avait pu travailler qu'une heure et demie avec des pauses. Il sollicitait dès lors un réexamen de son dossier.

Par courrier du 25 juillet 2011 adressé à la CNA, l'entreprise A._____ SA a confirmé que l'assuré avait repris son travail à 50 % en date du 18 juillet 2011. L'essai ne s'était toutefois pas avéré concluant, l'intéressé n'ayant pu travailler qu'une à deux heures.

Dans une prise de position du 27 juillet 2011, le Dr P._____ a répondu par la négative à la question de savoir s'il subsistait encore des troubles organiques pouvant justifier la poursuite de l'incapacité de travail. Il a en outre considéré que l'accident du 21 février 2011 avait cessé de déployer ses effets et que le statu quo sine était atteint.

Dans un rapport médical du 2 août 2011, le Dr V._____ a indiqué qu'il n'avait proposé aucun traitement à son patient, suivant en cela les conseils de la Clinique Z._____.

Par courrier du 4 août 2011, la CNA a informé l'assuré qu'elle allait mettre fin au versement des prestations d'assurance versées jusqu'ici (indemnité journalière et frais de traitement) le 10 août 2011. A compter de cette date, l'incapacité de travail et le traitement médical n'étaient donc plus à la charge de l'assurance-accidents, mais à celle de l'assurance-maladie.

Par décision du 15 novembre 2011, la CNA a relevé que selon l'appréciation de son médecin d'arrondissement, les troubles qui subsistaient en août 2011 n'étaient plus dus à l'accident, mais étaient exclusivement de nature malade. En outre, l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident (statu quo sine) pouvait être considéré comme atteint le 10 août 2011 au plus tard. Au vu des éléments précités, la CNA a dès lors alloué à l'assuré les prestations d'assurance légales pour les suites de son accident du 21 février 2011 jusqu'au 10 août 2011.

Dans son opposition du 15 décembre 2011, l'assuré, désormais représenté par Me Olivier Carré, a allégué qu'il souffrait toujours du dos. Il travaillait un petit peu, bénéficiant de la compréhension de son employeur, dont l'administrateur était son frère. Il a enfin estimé que sa capacité résiduelle de travail n'était que de 40 à 50 %. Il attendait toutefois un complément d'information médicale.

En date du 31 janvier 2012, l'assuré a produit un rapport médical du 25 janvier 2012 établi par le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, en traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi que de la colonne vertébrale. Ce dernier a conclu que le tableau douloureux initial était dû au traumatisme, aucun facteur médical ne permettant d'infirmier que ce traumatisme n'était plus la cause du maintien de ce tableau douloureux. Dans son analyse diagnostique, le Dr G._____ s'est notamment référé à une lésion de la colonne vertébrale

en 2007 qui aurait entraîné une longue incapacité de travail. Il a en outre fait état des éléments suivants :

"Monsieur M. _____ a subi un important traumatisme de sa colonne vertébrale lors de son accident du 21 février 2011.

On rappelle la notion de lésion de la colonne vertébrale lors de l'année 2007, qui a entraîné une longue incapacité de travail. Il est bien entendu aisé, avec le recul, d'estimer que des investigations plus poussées eussent été loïsibles. Elles eussent permis de noter la présence d'anomalies du rachis.

Il ressort de l'analyse de ce dossier la présence d'une lésion discale entre la 5^{ème} vertèbre lombaire et la 1^{ère} vertèbre sacrée entrant dans le cadre d'une anomalie rotatoire vertébrale lombaire. L'absence d'examen radiologiques ne permet malheureusement pas d'évaluer la colonne thoracique sus-jacente. On note également la présence d'un conflit lombaire au niveau des apophyses épineuses entre les 4^{ème} et 5^{ème} vertèbres lombaires en raison de la morphologie de celles-ci. Il s'agit d'un équivalent de maladie de BAASTRUP, classiquement accompagnée de douleurs des muscles de la loge postérieure de cuisse.

On peut donc affirmer la notion de traumatisme sur une colonne vertébrale présentant des anomalies au moins préexistantes. Je n'entre pas ici dans le débat de l'origine de la lésion discale. Rien ne permet d'affirmer le mécanisme de celle-ci, ni d'origine malade ni traumatique".

Au vu de ces éléments, la CNA a sollicité l'avis médical du Dr B. _____, spécialiste en chirurgie auprès de la division médecine des assurances à Lucerne. Dans le cadre de son appréciation médicale spécifique du 1^{er} mars 2012, ce praticien a précisé que le Dr G. _____ n'avait pas apporté d'éléments nouveaux sur le plan médical. Le Dr B. _____ a constaté qu'en se fondant sur les plaintes subjectives de l'assuré, le Dr G. _____ avait évalué le cas en fonction de la maxime "post hoc, ergo propter hoc". Le Dr B. _____ a rappelé que les investigations radiologiques n'avaient pas démontré d'atteinte au niveau de la colonne vertébrale. En outre, aucune atteinte neurologique n'avait pu être objectivée. Il était toutefois vraisemblable qu'une dégénérescence du disque intervertébral (dessiccation) se soit développée avant l'événement du 21 février 2011. Compte tenu de la présence d'une simple contusion lombaire, le Dr B. _____ a conclu, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le statu quo sine avait été atteint.

Par décision sur opposition du 14 mars 2012, la CNA a confirmé sa décision du 15 novembre 2011 et a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Elle a tout d'abord rappelé que lors de l'accident du 17 décembre 2007, aucune lésion de nature osseuse n'avait pu être mise en évidence aux urgences de l'Hôpital N._____ : seuls du repos et des anti-inflammatoires non stéroïdiens avaient été prescrits. L'incapacité de travail n'avait pas été de longue durée, l'assuré ayant repris son activité professionnelle à 100 % le 22 janvier 2008. La CNA a considéré que les conclusions du Dr G._____ étant essentiellement basées sur une analyse - insuffisante au regard de la jurisprudence - de la causalité sur la base de la maxime "post hoc ergo propter hoc", il convenait de s'en remettre à l'appréciation du cas effectuée par le Dr B._____, laquelle reposait sur l'examen objectif des actes médicaux et des documents radiologiques consignés au dossier.

B. Par acte de son mandataire du 30 avril 2012, M._____ recourt contre la décision sur opposition du 14 mars 2012 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi de prestations LAA au-delà du 10 août 2011, et subsidiairement au renvoi de la cause pour nouvelle décision. En substance, il fait valoir que les avis du Dr V._____ sont peu crédibles et que le dossier a été insuffisamment instruit dans la mesure où il ne comporte "qu'une brève et superficielle évaluation de la Clinique Z._____". Le recourant se prévaut en outre d'une violation de son droit d'être entendu, dans la mesure où il n'a pas eu l'occasion de se déterminer sur l'avis médical interne du Dr B._____ du 1^{er} mars 2012, faisant pour le surplus valoir que soit le dossier était clair et il n'était pas nécessaire d'interpeller le Dr B._____, soit qu'il ne l'était pas et il fallait alors demander une expertise indépendante. Il produit un avis du Dr G._____ du 22 mars 2012, selon lequel il conteste avoir utilisé le raisonnement "post hoc ergo propter hoc" pour évoquer une anomalie de la statique du rachis. Il constate enfin que la décision contient peu d'arguments.

Le 2 mai 2012, le juge instructeur a interpellé les parties sur la compétence de la Cour de céans. La CNA a déclaré le 30 mai 2012 s'en remettre à justice, en précisant ne pas s'opposer à ce que la cause soit jugée par la Cour de céans.

Poursuivant l'instruction de cette question, le juge instructeur a prié l'administration communale de I._____ de fournir une attestation de domicile du recourant. En réponse à cette requête, le secrétariat communal de I._____ a indiqué que le recourant était inconnu de son registre des habitants. Les parties ont dès lors été informées le 18 juin 2012 qu'il pouvait être fait application de l'art. 58 al. 2 LPGA et que la compétence de la Cour paraissait donnée.

Dans sa réponse du 21 août 2012, la CNA a conclu au rejet du recours.

Le 7 janvier 2013, le recourant s'est référé à ses précédentes écritures.

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 selon la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 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 dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse (al. 2). Le recours doit être déposé dans les trente jours

suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA – délai suspendu pendant les fêtes).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances sociales institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recourant n'est pas domicilié en Suisse (cf. attestation du contrôle des habitants de la commune de I._____ et courrier du 10 novembre 2011 du service de la population et des migrants du canton de Fribourg). Cela étant, son dernier employeur, à savoir l'entreprise A._____ SA étant sise à ???_____, la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté selon l'écriture du 30 avril 2012 de M._____ contre la décision rendue le 14 mars 2012 par l'intimée, conformément à l'art. 58 al. 2 LPGA. En outre, le recours a été formé dans le délai légal de trente jours dès sa notification (art. 60 al. 1 LPGA) compte tenu des fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 let. a LPGA) et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA; art. 79 al. 1 LPA-VD applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). Il y a lieu par conséquent d'entrer en matière.

2. En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont

des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 14 mars 2012, à mettre un terme à ses prestations à compter du 10 août 2011.

3. a) Selon 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.

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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 cet 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; 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 l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références; TF 8C_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1). 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, 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 129 V 177 consid. 3.1 et les références; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références).

Ainsi, 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 l'accident (*statu quo sine*; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références); 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; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 précité consid. 3.2; ATF 125 V 456 consid. 5a et les références; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 177 consid. 3.1). Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b p. 360; 125 V 193 consid. 2 p. 195 et les références; cf. ATF 130

III 321 consid. 3.2 et 3.3 p. 324 s.). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a p. 322).

4. Dans un premier moyen, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, motif pris qu'il n'avait pas eu l'occasion de se déterminer sur l'appréciation médicale du 1^{er} mars 2012 du Dr B. _____ avant que l'intimée ne rende une décision de prestations négative.

a) La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. et qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101) (ATF 129 II 504 consid. 2.2, 127 I 56 consid. 2b, 127 III 578 consid. 2c, 126 V 130 consid. 2a), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b et les références).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 V 132 consid. 2b et les arrêts cités).

Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 consid. 2b et les références).

b) Il sied de constater que dans le cadre de son recours par devant la Cour de céans, laquelle possède plein pouvoir de cognition, le recourant a eu la possibilité de prendre connaissance de l'avis du Dr B._____, de faire valoir ses arguments et de déposer une nouvelle appréciation du Dr G._____ datée du 22 mars 2012. Il convient par conséquent de considérer qu'une éventuelle violation de son droit d'être entendu a été réparée, raison pour laquelle la décision litigieuse ne saurait être annulée pour ce motif.

5. Par un deuxième moyen, le recourant se plaint d'un défaut d'instruction de son dossier.

a) Il ressort du dossier que suite à l'accident dont il a été victime le 21 février 2011, le recourant a fait l'objet de multiples investigations au vu de la persistance de douleurs lombaires irradiant dans la jambe gauche. Ainsi, dix jours après l'accident, soit le 2 mars 2011, un bilan exhaustif par imagerie a été pratiqué à l'hôpital W._____ sous forme de radiographies standards de la colonne et du bassin, d'un CT-scan lombaire et d'une IRM du bassin et du rachis lombaire. Ces examens n'ont révélé aucune lésion traumatique mais une simple protusion discale L5-S1 n'engendrant aucun conflit disco-radiculaire. Par la suite, le recourant a séjourné environ une semaine à l'hôpital W._____ où le diagnostic de contractures musculaires para-vertébrales a été posé. Le bilan a été complété par des examens de laboratoire qui ont exclu un syndrome inflammatoire. Finalement, l'examen clinique pratiqué le 15 juin 2011 par le médecin d'arrondissement étant difficile à interpréter, le recourant a séjourné à la Clinique Z._____ pour une évaluation pluridisciplinaire. A l'issue d'un séjour de trois jours, les médecins de la Clinique Z._____ ont indiqué que l'examen physique avait été perturbé par un comportement douloureux caricatural qui se manifestait dès la prise de contact : même en position assise, le recourant prenait ostensiblement appui sur sa canne anglaise et sur l'accoudoir. Il manifestait en outre son inconfort en réajustant sa position ou en se passant à plusieurs reprises la main devant le visage. Objectivement, il était très difficile pour les médecins de la

Clinique Z._____ de faire abstraction de ces manifestations douloureuses, celles-ci interdisant l'application d'un protocole standardisé de mesure d'angles articulaires. A titre d'exemple, les médecins de la Clinique Z._____ ont indiqué que les limitations que s'imposait le recourant ne lui permettaient même pas de prétendre à des activités que pourrait assumer un sujet paraplégique. Sa volonté de donner le maximum aux différents tests a été qualifiée d'insuffisante, alors que le niveau de cohérence a été jugé faible. Au plan neurologique, le Dr F._____ a considéré que l'examen pratiqué le 28 juin 2011 était dans les limites de la norme en dépit du comportement douloureux du recourant et a confirmé l'absence de signe d'atteinte radiculaire ou tronculaire. L'examen psychiatrique a conclu à l'absence de diagnostic sur le plan psychique, le Dr R._____ évoquant tout au plus une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques lesquelles étaient difficilement identifiables. Dans le cadre de leur rapport de synthèse du 29 juin 2011, les médecins de la Clinique Z._____ n'ont retenu comme diagnostic que celui de contusion lombaire. D'un point de vue thérapeutique, ils ont préconisé une démedicalisation rapidement progressive et une planification agendée de la reprise professionnelle, afin d'éviter une chronicisation du cas. A réception du rapport de synthèse de la Clinique Z._____, le médecin d'arrondissement a conclu à la reprise de l'activité professionnelle à 50 % dès le 18 juillet 2011 et à 100 % dès le 8 août 2011 (appréciation du 8 juillet 2011). Ultérieurement, soit dans une prise de position du 27 juillet 2011, le Dr P._____ a répondu par la négative à la question de savoir s'il subsistait encore des troubles organiques pouvant justifier la poursuite de l'incapacité de travail. Il a en outre considéré que l'accident du 21 février 2011 avait cessé de déployer ses effets et que le statu quo sine était atteint.

b) Au vu des éléments précités, il convient de retenir que le rapport de synthèse de la Clinique Z._____ remplit à l'évidence les requis dégagés par le Tribunal fédéral (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références) et doit donc se voir reconnaître une pleine valeur probante. Le rapport de la Clinique Z._____ repose en effet sur l'étude du dossier médical complet, y compris l'ensemble des examens

d'imagerie et cliniques effectués par les praticiens consultés par le recourant, et tient compte des plaintes de celui-ci. Les constats des médecins de la Clinique Z._____ sont en outre dûment motivés et procèdent d'une bonne connaissance du dossier et d'exams détaillés du recourant. A cela s'ajoute qu'ils ne sont contredits par aucune autre appréciation médicale, sinon celle du Dr G._____, dont il sera question ci-après. En effet, tous les praticiens consultés par le recourant s'accordent à dire que les plaintes exprimées par ce dernier ne s'expliquent pas organiquement, respectivement qu'il n'existe aucune lésion traumatique permettant d'expliquer la persistance des douleurs. Dans ce contexte, c'est à juste titre que le Dr P._____ s'est fondé sur les conclusions des médecins de la Clinique Z._____ pour définir les modalités de la reprise de l'activité professionnelle. Le recourant ne saurait dès lors être suivi lorsqu'il affirme que l'intimée s'est largement fondée sur l'appréciation du Dr V._____ pour mettre un terme à ses prestations.

c) Quant aux avis, isolés, du Dr G._____, ils ne sont pas de nature à remettre en cause les constatations de l'ensemble des autres médecins. Le Dr G._____ a estimé qu'il existait des anomalies préexistantes, se référant notamment dans son analyse à une lésion de la colonne vertébrale en 2007. Sur ce point, l'intimée a rappelé, dans le cadre de la décision litigieuse, que cet accident n'avait entraîné aucune lésion de nature osseuse et qu'une reprise complète de l'activité professionnelle était intervenue environ un mois plus tard. Certes, si le Dr B._____ a fait état d'une dégénérescence du disque intervertébral (dessiccation), il a toutefois estimé que cette atteinte s'était développée déjà avant l'événement du 21 février 2011. Dans son avis du 22 mars 2012, le Dr G._____ n'a pas été en mesure d'affirmer que la banale protusion discale L5-S1 sans conflit disco-radicaire résultait de la chute du recourant, se limitant à critiquer les avis des autres praticiens, sans expliquer en quoi ceux-ci ne pouvaient être suivis. Dans son avis du 25 janvier 2012, le Dr G._____ a rappelé en conclusion les résultats d'imagerie, non contestés, et l'absence de composante psychiatrique relevée par le psychiatre de la Clinique Z._____. Il s'est limité à affirmer

que les douleurs étaient apparues "*dans les suites du traumatisme dû à l'accident du 21 février 2011*", affirmant qu'il n'y a "*aucun facteur médical permettant d'infirmer que ce traumatisme n'est plus la cause du maintien de ce tableau douloureux*". Le Dr G._____ n'apporte aucun élément médical qui aurait été ignoré et sa motivation basée sur l'adage "*post hoc ergo propter hoc*" ne permet pas de fonder l'existence d'un lien de causalité (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb.; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 ss., consid. 3b; TF 8C_6/2009 du 20 juillet 2009, consid. 3).

Finalement, la Cour de céans considère que la problématique algique alléguée par le recourant n'est pas ou plus en relation de causalité naturelle avec l'accident dont il a été victime le 21 février 2011. L'intimée n'a ainsi pas violé le droit en mettant un terme à ses prestations le 10 août 2011, motif pris qu'à cette date, le statu quo était atteint.

6. 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 prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335 cons. 3c; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références).

En l'occurrence, l'instruction du dossier apparaissant suffisante, la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise doit être rejetée, les éléments au dossier étant clairs, dénués de contradiction et permettant à la Cour de céans de statuer.

7. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision attaquée du 14 mars 2012. Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA) ni alloué de dépens, vu l'issue du litige (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 14 mars 2012 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour le recourant), avocat à Lausanne,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (intimée), à Lucerne,
- Office fédéral de la santé publique (OFSP), à Berne,

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 :