

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 juin 2015

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
Mmes Pasche et Brélaz Braillard, juges  
Greffière : Mme Barman Ionta

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Christian Favre, avocat à  
Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 10 al. 1 et 16 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** Z.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1963, était employé depuis janvier 2012 comme aide-serrurier auprès d'E.\_\_\_\_\_ SA à [...]. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) contre le risque d'accident et de maladie professionnelle, dans le cadre de la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20).

Le 24 février 2012, l'assuré s'est blessé à la main gauche dans le contexte d'un accident de travail. Selon les termes de la déclaration de sinistre LAA datée du 21 mars 2012, en montant l'escalier d'échafaudage et en ouvrant la trappe d'accès au palier, l'assuré a glissé, est tombé sur le sol, s'entaillant les doigts sur du métal en voulant se retenir. Le jour même, il a consulté au Centre médico-chirurgical du C.\_\_\_\_\_, où un certificat d'incapacité de travail totale a été établi. Dans un rapport du 29 mai 2012, le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin au Centre médico-chirurgical du C.\_\_\_\_\_, a relaté sous « indications du patient » une chute d'échafaudage, une douleur au poignet gauche et une thoracodynie et, sous « constatations objectives », un [illisible] distal gauche douloureux. Les examens radiologiques du poignet gauche ne révélaient aucune lésion osseuse. Le diagnostic d'entorse du poignet gauche (radio-ulnaire) a été posé. L'incapacité de travail totale a été prescrite jusqu'au 28 mars 2012, date à laquelle l'assuré a été vu par le Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour avis traumatologique s'agissant du poignet.

La CNA a garanti le versement des prestations légales d'assurance pour les suites de l'accident professionnel du 24 février 2012.

Selon un compte-rendu d'entretien téléphonique du 2 mai 2012, l'assuré a fait savoir à la CNA qu'il s'était fait mal au dos lors de l'accident, la reprise du travail, initialement prévue au 7 mai suivant, devant être reportée en raison de ses douleurs lombaires. Dans ce

prolongement, par courrier du 10 mai 2012, M. Y.\_\_\_\_\_, directeur d'E.\_\_\_\_\_ SA, a indiqué à la CNA avoir été présent lors de l'accident, exposant que son employé était tombé des échafaudages, s'était blessé à diverses parties du corps, dont le bras, les mains et le dos ; il n'aurait déclaré « dans l'urgence » que l'atteinte au bras, soit la plus douloureuse. L'assuré aurait affirmé que les douleurs au dos avaient augmenté quelques jours après l'accident mais que son médecin traitant ne pouvait ajouter cette atteinte à la déclaration d'accident déjà établie pour le bras. L'employeur requérait dès lors que le problème de dos soit ajouté à la déclaration de sinistre. Des certificats médicaux, signés par le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, attestant une incapacité de travail totale dès le 7 mai 2012, ont ensuite été adressés à l'assureur-accidents.

Le 11 juin 2012, le Dr B.\_\_\_\_\_ a complété un rapport médical intermédiaire à l'attention de la CNA. Il mentionnait les diagnostics de lombalgies sévères et de douleurs au niveau de l'épaule gauche. L'évolution était lente, le pronostic réservé et les douleurs difficiles à comprendre. L'accident du 24 février 2012 était considéré comme une circonstance pouvant influencer défavorablement le processus de guérison, la reprise du travail dépendrait d'un avis orthopédique et il était probable qu'un dommage demeure, en raison d'une « faible motivation ».

Selon une notice d'entretien téléphonique du 9 juillet 2012, l'atteinte à la main gauche était guérie alors que les douleurs lombaires persistaient ; l'assuré était suivi à cet égard par son médecin traitant.

La CNA a adressé un questionnaire au Dr B.\_\_\_\_\_, lequel y a répondu le 16 juillet 2012 en ces termes :

« 1. Constatations actuelle précises et détaillées  
Se plaint de douleurs sacro-iliaque et à l'épaule G.

2. Evolution  
réservée car le patient est très plaintif.

3. Raison de la poursuite de l'incapacité de travail  
Difficultés de se mouvoir et rotation de l'épaule G.

4. Résultats d'investigations pratiquées

---

5. Diagnostic(s) exact(s)

en attente d'investigation et reprise de l'ancien dossier.

6. Traitement entrepris

AINS, analgésiques, physio.

7. Incapacité de travail prévue

Oui probable encore 1 mois.

8. Etat actuel précis

Plusieurs plaintes somatiques.

9. Traitement encore à envisager

évent. effectuer une IRM pour confirmation.

10. Facteurs étrangers à l'accident (si oui, préciser leur nature et importance)

---

11. Remarques

Le patient présente une instabilité de l'humeur, voir dépression avec une directe influence sur ses plaintes »

Le 31 juillet 2012, un inspecteur de sinistres de la CNA s'est entretenu avec l'assuré à son domicile. Selon le compte-rendu d'entretien, l'assuré a déclaré avoir commencé à souffrir progressivement de douleurs lombaires dans le courant des années nonante, très probablement en relation avec des activités professionnelles très physiques, avoir été suivi par le Dr I. \_\_\_\_\_ à [...] avant de consulter le Dr X. \_\_\_\_\_ de l'Hôpital [...] au F. \_\_\_\_\_, lequel lui aurait dit que « sans opération ni sauf erreur d'examen radiologique détaillé », il allait souffrir toute sa vie ; il aurait ainsi vécu avec ses problèmes de dos sans suivre de traitement particulier. S'agissant de l'accident du 24 février 2012 et du cours de la guérison, l'assuré s'est exprimé comme suit :

« Ma chute de ce vendredi, s'est faite à la suite d'une glissade. Je suis tombé d'une hauteur de 3 mètres environ avec le faux plafond sans pouvoir préciser ensuite exactement comment je suis arrivé au sol. Je suppose que j'étais alors plutôt penché sur le côté gauche et en position accroupie. Je me souviens par contre avoir ensuite tapé avec le côté gauche de mon front sur un petit tas de sable car j'avais des égratignures sur celui-ci. En fait je ne me souviens plus précisément comme s'est passée cette chute. Des gens se trouvant sur le chantier sont tout de suite venu[s] à mon secours et pour

m'aider à me relever. Mon directeur, M. Y. \_\_\_\_\_, qui se trouvait aussi sur le chantier, est arrivé peu après.

J'ai finalement fait appel à mon épouse afin qu'elle me conduise directement à la permanence de C. \_\_\_\_\_. A ce moment-là, j'avais surtout mal dans mon poignet gauche et mes doigts qui présentaient des coupures. Celles-ci ont été désinfectées tout comme les égratignures sur mon front. Ce n'est que lors de la 2<sup>ème</sup> consultation que j'ai signalé mes douleurs lombaires. Il m'a répondu que je devais voir cela avec mon médecin de famille et qu'il se concentrerait sur mon poignet pour lequel il voulait me faire voir par un spécialiste de la permanence. Il faut dire aussi que j'avais suffisamment de médicaments en réserve pour atténuer mes douleurs lombaires.

J'ai donc consulté le Dr U. \_\_\_\_\_ qui m'a prescrit du repos et le port d'une attelle au niveau de mon poignet gauche. Je lui ai aussi parlé de mes douleurs lombaires. Il doutait alors que la Suva les prend en charge vu le retard dans l'annonce. J'ai donc appelé la Suva à Genève où on m'a conseillé de m'adresser à mon patron afin qu'il écrive une lettre à ce sujet.

J'ai donc consulté le Dr B. \_\_\_\_\_, mon médecin de famille, une fois que j'en ai eu terminé avec le traitement de mon poignet gauche. Sans faire de nouveaux examens, il m'a conseillé de poursuivre avec la prise des médicaments que j'avais déjà en réserve comme le Tramal, tout en me prescrivant en sus du Dafalgan.

[...]

Pour ce qui est du bas de mon dos, je ne sens toujours aucune amélioration depuis ma chute du 24.2.12. C'est la raison pour laquelle le Dr B. \_\_\_\_\_ a prévu de me faire passer un scanner après son retour de vacances le 6.8.12. »

Une IRM lombaire a été réalisée le 13 août 2012, avec pour indication « lombalgies de longue date. Status après accident le 24.02.2012 ». L'imagerie a mis en évidence des protrusions discales étagées légèrement sténosantes postéromédianes en L2-L3, L4-L5, postéromédiane paramédiane et latérale gauche en L3-L4, une légère sténose foraminale gauche en L3-L4, une hernie discale postéromédiane paramédiane droite légèrement sténosante en L5-S1, susceptible d'irriter la racine S1 droite, et une légère arthrose interfacettaire étagée contribuant à rétrécir le canal lombaire.

Le 21 août 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) tendant à l'octroi d'une rente, se prévalant de

douleurs sacro-iliaques et à l'épaule gauche. Il a ensuite bénéficié d'une mesure d'intervention précoce sous la forme d'un coaching (6 décembre 2012 au 12 avril 2013).

Le 4 septembre 2012, l'assuré a été examiné par le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA. Selon les termes de son rapport, l'assuré disait souffrir du dos depuis de très nombreuses années. Lors de l'accident, il ne savait pas bien ce qui était arrivé, alléguant être tombé d'une hauteur de trois mètres avec un faux-plafond, se blessant au front et aux doigts de la main gauche, avoir présenté une flexion forcée du poignet gauche et avoir eu l'impression de s'être également tordu le dos. Au jour de l'examen, l'assuré se plaignait de lombalgies persistantes, les douleurs étant permanentes, aggravées par les efforts et les changements de temps, la station assise prolongée était mal supportée et les douleurs nocturnes l'obligeaient à changer fréquemment de position. A l'examen clinique, il n'y avait pas de troubles statiques importants, la musculature paravertébrale était bien développée, un peu tendue et sensible à la palpation dans toute la région lombaire, et la mobilité rachidienne était conservée. La mobilisation s'effectuait harmonieusement, sans inversion du rythme lombo-pelvien, avec des douleurs en fin de course, notamment lors de la projection postérieure et lors de l'inclinaison latérale gauche. Les changements de position étaient précautionneux mais sans excès et la station assise prolongée était mal supportée, le patient devant se lever à plusieurs reprises durant l'anamnèse. Les réflexes ostéo-tendineux (ROT) étaient vifs et symétriques et il n'y avait pas de déficit neurologique aux membres inférieurs. Le Dr H.\_\_\_\_\_ soulignait que l'IRM lombaire du 13 août 2012 montrait essentiellement des discopathies étagées. Il estimait qu'un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) pourrait aider l'assuré à retrouver le chemin du travail.

Dans un rapport médical intermédiaire établi le 11 septembre 2012, le Dr B.\_\_\_\_\_ retenait les diagnostics de hernie discale postéromédiane paramédiane droite légèrement sténosante en L5-S1 susceptible d'irriter la racine S1 droite et de sténose foraminale gauche en L3-L4, lesquels étaient selon lui influencés par l'accident du 24 février

2012. L'évolution était lente et une reprise du travail n'était pas prévue. Dans un nouveau rapport médical du 12 novembre 2012, le Dr B. \_\_\_\_\_ a indiqué, outre l'accident assuré, une faible motivation à la réintégration du monde du travail comme « circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison ».

L'assuré a séjourné à la CRR du 23 octobre au 13 novembre 2012. Dans le document intitulé « Rapport de la phase initiale / phase 0 » établi à la suite du passage de l'assuré aux ateliers professionnels du 26 octobre au 8 novembre 2012, il était inscrit qu'une aide au placement serait bénéfique afin de retrouver un travail adapté à ses limitations. En outre, une capacité de travail à temps partiel (60-70%) pouvait être envisagée dans des activités alternant les postures toutes les 15 à 20 minutes et dont le port de charges était limité à 10 kg. Il était également mentionné que l'exercice d'un travail à temps plein paraissait actuellement peu envisageable en raison de l'intensité des douleurs décrites et des représentations négatives de la pathologie lombaire par l'assuré.

Se référant aux bilans et investigations résultant du séjour de l'assuré, les Drs W. \_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint, et N. \_\_\_\_\_, médecin assistant à la CRR, ont établi leur rapport le 4 janvier 2013. Ils posaient les diagnostics d'entorse du poignet gauche le 24 février 2012, de lombalgies chroniques, de troubles lombaires dégénératifs avec protrusion discale L3-L4 et L4-L5, hernie discale L5-S1 paramédiane droite (IRM lombaire du 13 août 2012), de trouble de l'adaptation réaction dépressive en voie de rémission et d'obésité. Sous « motif d'hospitalisation », ils notaient un patient adressé pour rééducation en raison de lombalgies chroniques, présentes depuis 1999-2000, annoncées en aggravation à la suite d'une chute sur son lieu de travail le 24 février 2012. Au terme de leur rapport, ils ont exposé ce qui suit :

#### **« APPRECIATION ET DISCUSSION**

A l'entrée, le patient ne se plaint plus du poignet gauche, que ce soit concernant la force, la mobilité, ou les douleurs. Par contre, il déclare avoir toujours des douleurs lombaires, d'intensité estimée

entre 4/10 sur l'EVA au repos et 8/10 en position debout prolongée, durant le travail et lors du redressement d'une position penchée en avant. La douleur est située médialement en région lombo-sacrée, et est ressentie parfois plus à gauche, et parfois plus à droite, sans irradiation. Cette douleur le réveille plusieurs fois durant la nuit, nécessitant un changement de position. Le patient a même essayé de changer de lit, et de dormir par terre.

Au status, il n'y a pas de perturbation de la marche, ni de trouble statique, les mouvements sont lents. L'extension du rachis lombaire est peu ample, il y a une hypoextensibilité des muscles sous-pelviens. La palpation de la musculature para-vertébrale lombaire retrouve une légère hypertonie musculaire à gauche. L'examen neurologique est normal.

L'IRM lombaire du 13.08.2012 montre une déshydratation des disques L4-L5 et L5-S1 avec protrusion discale circonférentielle en L4-L5 et petite hernie discale paramédiane droite en L5-S1. Il n'y a pas d'anomalie de signal évoquant une lésion traumatique ou une pathologie inflammatoire ou compressive. La RX de colonne lombaire du 25.10.2012 est sp, hormis quelques discrets signes d'arthrose inter-apophysaire postérieure de L3-S1.

Un consilium psychiatrique est réalisé le 26.10.2012. Il est retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive en voie de rémission, chez un patient qui présente des symptômes de la lignée dépressive, mais d'intensité extrêmement modérée et en lien direct avec les préoccupations socio-économiques et familiales. Suite à l'introduction du traitement antidépresseur il y a un mois, le patient se sent un peu plus calme. Ce traitement semblant lui convenir, il est indiqué de le poursuivre.

Chez un patient rapportant des troubles de la mémoire, un examen neuropsychologique est réalisé le 02.11.2012. L'ensemble des fonctions évaluées, dont l'orientation, le langage, les praxies, les gnosies, la mémoire, les fonctions exécutives et les temps de réaction visuelles sont dans la norme, chez un patient par moments légèrement ralenti. Ces signes sont possiblement à mettre en lien avec l'état psychiatrique et algique du patient.

En physiothérapie, M. Z.\_\_\_\_\_ a suivi un programme (cf. rapport) à visée de reconditionnement. Au terme du séjour, subjectivement, le patient ne voit pas d'amélioration. Objectivement, il n'y a pas de gain significatif. On ne prévoit pas la poursuite de la physiothérapie. Le patient est instruit à un programme d'auto-exercices.

**Sur le plan socio-professionnel**, on rappelle que M. Z.\_\_\_\_\_ est originaire de Turquie, en Suisse depuis 1978. Il a travaillé comme ouvrier dans une usine de fabrication de béton armé où il a appris également la soudure, puis à la fonderie de [...]. Après une période de chômage entre 1995 et 1997, il a fait des stages à l'ORIPH d'Yverdon et des stages de perfectionnement de ses connaissances en soudure, puis finalement a travaillé comme aide-serrurier depuis le 16.01.2012 jusqu'au 24.02.2012, date de son accident. Il a été licencié. Une demande AI a été déposée en août 2012.

Aux ateliers professionnels, il a été planifié jusqu'à des périodes de 2-3 heures consécutives. Lors des activités, il annonce une fatigabilité et exprime des doléances nombreuses (lombalgies, fatigue, troubles mnésiques). Le port de charges est resté léger, les charges ne dépassant pas 10 kg, étant annoncées insupportables au-delà. La reprise d'une activité d'aide-serrurier à pleine capacité paraît illusoire. Compte tenu de l'atteinte lombaire dégénérative, on peut reconnaître des limitations pour les activités nécessitant des ports de charges répétés supérieures à 10 kg, le maintien prolongé de position du tronc en porte-à-faux, les mouvements de flexion-extension ou de rotations du tronc répétés ou une position statique debout prolongée.

Dans une activité adaptée, respectant les limitations décrites ci-dessus, on peut s'attendre à une pleine capacité de travail chez un patient ayant un parcours professionnel relativement varié. Une aide au placement lui serait bénéfique afin de trouver un travail adapté à ses limitations. Des facteurs extra-médicaux participent à l'évolution difficile. L'appréciation par le patient de ne pouvoir réaliser un niveau d'activité inférieur à sédentaire (PACT à 66 points), les limitations fonctionnelles qu'il perçoit en lien avec ses lombalgies élevées (score d'Oswestry à 48%) et le contexte socio-familial difficile font penser que la réintégration professionnelle va être difficile. La situation médicale est actuellement stabilisée. »

Le 19 mars 2013, le Dr H.\_\_\_\_\_ a procédé à l'examen médical final de l'assuré. Au terme de son rapport, il a apprécié la situation comme suit :

« Actuellement, le patient dit qu'il a des douleurs modérées mais il doit ménager son dos, éviter de porter du lourd, ne pas se mettre en porte-à-faux. La station assise prolongée est également mal supportée. En revanche, le patient n'a pas trop de douleurs nocturnes.

Objectivement, la musculature para-vertébrale reste un peu tendue et sensible à la palpation dans toute la région lombaire. La mobilité rachidienne est modérément limitée. La mobilisation s'effectue harmonieusement, sans inversion du rythme lombo-pelvien, chez un patient quand même un peu dolent. Les changements de position sont précautionneux et semblent douloureux. La station assise prolongée est mal supportée mais le patient ne se lève plus de sa chaise durant l'anamnèse comme lors du précédent examen. La manœuvre de Lasègue entraîne de vives douleurs lombaires mais il n'y a pas de signe d'atteinte radiculaire. Il n'y a pas de signe de non-organicité, pas de franche autolimitation chez un patient qui a quand même un comportement douloureux.

On conclut donc à des lombalgies chroniques de longue date sur troubles dégénératifs.

Les limitations fonctionnelles ont été précisées. Dans une activité respectant ces limitations, une pleine capacité de travail a été reconnue au patient.

Il n'est pas vraiment établi que l'accident ait aggravé cette pathologie. Quoiqu'il en soit, n'ayant entraîné aucune lésion qu'on puisse directement lui rapporter, il est évident qu'il ne déploie plus d'effet après plus d'une année d'évolution.

La Suva doit donc mettre un terme à ses prestations. »

Par décision du 26 mars 2013, la CNA a mis fin aux prestations d'assurance s'agissant des troubles présentés à la suite de l'événement du 24 février 2012, plus aucune prestation n'étant versée au-delà du 30 avril 2013. L'assureur a retenu en substance que les troubles subsistant étaient exclusivement de nature malade, le *statu quo sine* pouvant être considéré comme atteint à plus d'une année de l'accident.

Le 24 avril 2013, l'assuré s'est opposé à la décision mettant fin aux prestations d'assurance. Il soutenait l'existence d'un lien de causalité entre les troubles qui l'affectaient encore et l'accident du 24 février 2012, contestant de ce fait l'appréciation du Dr H.\_\_\_\_\_. Dans une écriture complémentaire du 17 juin 2013, l'assuré s'est appuyé sur les certificats médicaux établis par le Dr B.\_\_\_\_\_, soulignant que bien qu'optimiste au début, ce médecin avait régulièrement prolongé son incapacité de travail. Il requérait qu'il soit procédé à une comparaison des radiographies effectuées avant l'accident d'avec celles réalisées postérieurement, au motif que la superposition entre les différents clichés permettrait de constater si les pathologies dorsales et discales étaient à caractère dégénératifs ou avaient été provoquées ou aggravées par la chute.

Par décision sur opposition du 26 juin 2013, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé sa décision du 26 mars précédent. Elle a notamment relevé qu'aux termes des déclarations de l'assuré du 31 juillet 2012, aucun examen radiologique détaillé n'avait été organisé lorsqu'il avait consulté pour le dos dans les années nonante, et même si la comparaison des clichés devait démontrer une aggravation des troubles dégénératifs, cela ne permettrait pas de mettre sur le compte de l'accident l'évolution négative. Elle a conclu que dans la mesure où il était patent que l'IRM du 13 août 2012 n'avait pas montré d'anomalie évoquant une lésion traumatique, il n'existait aucun élément permettant

de douter du bien-fondé de l'avis émis en toute connaissance de cause par le Dr H.\_\_\_\_\_, lequel était corroboré par la littérature médicale entérinée par la jurisprudence.

**B.** Z.\_\_\_\_\_ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 26 août 2013, concluant à la réforme de la décision du 26 juin 2013 en ce sens que le droit aux prestations complètes de l'assurance-accidents lui est reconnu pour les suites de l'accident du 24 février 2012, calculées sur la base d'une incapacité de travail de 100%, ou subsidiairement sur la base d'une base d'une capacité de travail de 60% au plus ; « très subsidiairement », il conclut à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à la CNA pour nouvelles instruction et décision. Il soutient que la reconnaissance par le Dr H.\_\_\_\_\_ et les médecins de la CRR d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles est contredite par l'observation du centre de réadaptation professionnelle de la CRR, lequel estime que seule une capacité de travail à temps partiel, savoir entre 60 et 70%, peut être exigée de sa part dans une activité tenant compte de certaines limitations. Il souligne qu'aucun thérapeute n'a nié que l'accident a provoqué une péjoration de son état, en terme de douleurs. Il allègue que la dégradation de l'état de sa colonne vertébrale ne peut s'inscrire dans un processus de dégénérescence qui se serait étendu sur plusieurs années, se référant à l'expertise réalisée en avril 2004 par le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie. Particulièrement, selon les termes du recourant, ce médecin n'avait fait, à l'époque, que le constat d'une modeste atteinte à l'état de santé physique, en l'absence d'une hernie discale, dont il apparaît ainsi plus que vraisemblable que la survenance doit être mise en relation avec l'accident survenu le 24 février 2012, de même que la symptomatologie affectant les vertèbres L4-L5. Le recourant affirme dès lors que sa pathologie n'a pas évolué durant une vingtaine d'année, alors qu'une dégradation objectivable est survenue depuis l'accident, de même que la reconnaissance d'une réorientation professionnelle une année après l'événement. Se prononçant particulièrement sur son degré d'invalidité, le recourant se réfère à l'avis de son médecin traitant pour la reconnaissance

d'une invalidité de 100%, puis à l'avis du centre de réadaptation professionnelle de la CRR pour la reconnaissance d'une capacité de travail de 60 à 70%, cet avis ayant été rendu « par l'entité visant spécifiquement à évaluer l'impact du pronostic médical sur [s]es capacités d'intégration socio-professionnelle ». Finalement, le recourant requiert des mesures d'instruction sous forme d'une expertise médicale, « cas échéant plus disciplinaire (*sic*) », destinée notamment à établir les causes des atteintes à la santé et sa capacité de travail actuelle.

Le recourant produit la décision sur opposition de l'OAI du 7 décembre 2005 niant le droit à une rente en raison d'un taux d'invalidité de 10% ainsi que l'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_ du 2 avril 2004, dont il résulte notamment ce qui suit :

#### « APPRECIATION DU CAS

M. Z. \_\_\_\_\_ est un patient de 41 ans souffrant de lombalgies inférieures chroniques dès 1987, symptômes apparus dans le cadre d'une lourde activité professionnelle d'ouvrier dans le béton armé. La symptomatologie lombaire inférieure a été dans les suites fluctuantes, alternant les périodes d'accalmies et les exacerbations douloureuses, l'une plus importante à l'origine d'un arrêt de travail à 100% depuis le 27 octobre 1997 sans que l'assuré n'ait pu reprendre d'activité professionnelle depuis cette date. Dès mars 1998, il a bénéficié d'un long suivi auprès du service de rhumatologie du F. \_\_\_\_\_, principalement dans l'unité rachis du Dr X. \_\_\_\_\_, ce dernier retenant pour diagnostic dans son courrier daté du 18 janvier 2001 des lombalgies chroniques non spécifiques persistantes et dysbalances musculaires étagées. Malgré l'absence de limitations fonctionnelles objectivable[s] du point de vue ostéoarticulaire lors de cette consultation et avec des radiographies de colonne lombaire face et profil ayant montré l'absence de lésion radiologique décelable, et alors que le Dr X. \_\_\_\_\_ signalait que si il existe une incapacité, elle n'est pas organique, mais découle beaucoup plus de la surcharge existentielle, M. Z. \_\_\_\_\_ a bénéficié d'un stage au COPAI entre le 13 janvier et le 7 février 2003 qui n'a pas débouché sur de mesures professionnelles concrètes. L'assuré quant à lui signale une symptomatologie douloureuse qui n'a eu de cesse de s'aggraver, à la même localisation lombaire, tant en intensité qu'en fréquence jusqu'au jour de l'expertise et ceci malgré de nombreuses prises en charges conservatrices alliant de la physiothérapie et des médicaments antalgiques.

L'examen clinique de ce jour est rassurant sans limitation fonctionnelle objectivable, la palpation segmentaire provoquant des douleurs de la charnière lombo-sacrée et des ligaments ilio-lombaires bilatéraux sans contractures musculaires concordantes. Il n'y a pas de signe irritatif aux membres inférieurs avec une

manoeuvre de Lasègue négative ddc, il n'y a pas de ni trouble neuromoteur.

Le bilan radiologique de ce jour est rassurant sans trouble dégénératif manifeste à l'exclusion d'un discret pincement L5-S1 compatible avec son âge et une horizontalisation discrète du bassin aspécifique, conclusions superposables aux divers rapports de radiologie du Dr [...], ce dernier retenant des séquelles de maladies de Scheuermann, découvertes fortuites, aucune corrélation n'ayant clairement été démontrée entre cette affection et des douleurs chroniques dans la littérature.

Ni l'examen clinique ni les radiographies ne permettent donc d'expliquer la globalité des symptômes présentés par l'assuré, leurs intensités, leurs localisations, et leurs retentissement sur son fonctionnement. La présence à l'examen clinique de divers signes de non organicité selon Waddell renforcé par les divers documents annexés à l'expertise, soit du Dr [...] Psychiatre FMH, retenant un syndrome douloureux lombaire, le Dr X. \_\_\_\_\_ évoquant dans ses divers courriers entre 1999 et 2001 des discordances entre l'intensité de ses plaintes et les trouvailles cliniques, une surcharge existentielle (professionnel, social, et financier), restent évocatrices d'un trouble somatoforme douloureux persistant.

Du point de vue rhumatologique théorique seul, la capacité de travail de M. Z. \_\_\_\_\_ est de 85%, et ceci dans n'importe quel domaine d'activité professionnelle, taux réduit en tenant compte de sa diminution de rendement. Dans une activité légère, épargnant les ports de charge au-delà de 15 kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et permettant l'alternance de la position assise ou debout, sa capacité de travail est entière. [...] »

Appelée à se prononcer sur le recours, la CNA en a proposé le rejet par réponse du 29 octobre 2013. Sur la base de l'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_, elle relève que les troubles de l'assuré ont évolué avant la survenance de l'accident. Par ailleurs, selon le Dr H. \_\_\_\_\_, l'accident n'a entraîné aucune lésion qui puisse lui être directement rapportée et ne déploie plus d'effet, selon toute évidence, après plus d'une année d'évolution. Finalement, elle souligne, à l'aune de la jurisprudence en la matière, que les conditions pour reconnaître un événement accidentel comme la cause proprement dite d'une hernie discale ne sont pas remplies.

Le 6 décembre 2013, le recourant indique ne pas avoir d'autre mesure d'instruction à requérir.

## **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (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 sont sujettes à recours (art. 56 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 (art. 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).

**b)** Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, le recours a été formé en temps utile - compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA) - auprès du tribunal compétent à raison du lieu. Il satisfait en outre aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises 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).

**b)** Le litige porte sur le point de savoir si la caisse intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 26 juin 2013, à mettre fin au versement des prestations d'assurance pour les éventuelles suites de l'événement du 24 février 2012, au-delà du 30 avril 2013.

**3.** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont en principe allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et 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). Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment le traitement médical (art. 10 LAA), les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA), les prestations versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA) et pour impotence (art. 26 LAA).

**a)** Selon la jurisprudence relative aux prestations accordées selon la LAA en cas d'accident professionnel et non professionnel, 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 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 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 l'assurance sociale. 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. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références).

En cas d'état maladie antérieure, s'il y a lieu d'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\_638/2011 du 23 août 2012 consid. 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* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_919/2010 du 3 novembre 2011 consid. 5).

La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF U 307/2005 du 8 janvier 2007 consid. 4; TF U 222/2004 du 30 novembre 2004 consid. 1.3).

**b)** Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel

n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (TF 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.3 et la référence citée).

L'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est établie, selon la jurisprudence, que lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (TF U 172/2006 du 10 mai 2007 consid. 6.3; TF U 282/2006 du 4 juin 2007 consid. 3.3).

**c)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable 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 (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2 et 125 V 456 consid. 5a avec les références). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a, 117 V 359 consid. 6a ; TF 8C\_718/2010 du 20 octobre 2010 consid. 3.1 *in fine*, 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 *in fine* et les références). Ainsi, l'examen du rapport de causalité adéquate est superflu lorsque, sur la base de l'appréciation médicale, le lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les troubles signalés n'a pas été prouvé à tout le moins selon le critère de la vraisemblance prépondérante (ATF 119 V 335 consid. 4c).

**4.** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause

leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

**5.** Le recourant conteste disposer d'une pleine capacité de travail ; il se réfère à l'appréciation du centre de réadaptation professionnelle de la CRR, lequel notait l'exigibilité d'une capacité de travail de l'ordre de 60 à 70%. Il réfute que la dégradation de l'état de sa colonne vertébrale s'inscrive dans un processus de dégénérescence, se référant notamment aux considérations du Dr K. \_\_\_\_\_ émises dans le cadre de son expertise en avril 2004, soutenant *a contrario* l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et l'aggravation de ses lombalgies.

Selon l'intimée, les lombalgies présentées ne sont plus en relation de causalité avec l'événement survenu le 24 février 2012, le *statu quo sine* pouvant être considéré comme atteint à plus d'une année de l'accident. Elle fonde l'appréciation de la situation de l'assuré

essentiellement sur les conclusions communiquées par son médecin d'arrondissement, le Dr H. \_\_\_\_\_, et sur les observations consignées par les spécialistes de la CRR dans leur rapport du 4 janvier 2013.

A toutes fins utiles, on soulignera que l'évolution favorable de l'atteinte au poignet droit ne fait pas l'objet de critiques, seule demeure en l'espèce litigieuse l'atteinte au dos.

**a)** A l'aune des pièces au dossier, il appert que le recourant souffre de lombalgies chroniques depuis les années nonante, voire depuis la fin des années quatre-vingts selon l'anamnèse établie par le Dr K. \_\_\_\_\_. Dans son expertise du 2 avril 2004, le rhumatologue énonce des lombalgies inférieures chroniques dès 1987, symptomatologie qui a été dans les suites fluctuante, alternant les périodes d'accalmie et les exacerbations douloureuses, l'une plus importante en octobre 1997 à l'origine d'un arrêt de travail à 100%. Le bilan radiologique au jour de l'expertise (colonne lombaire face et profil) s'est révélé rassurant, sans trouble dégénératif manifeste, à l'exclusion d'un discret pincement L5-S1 compatible avec l'âge de l'assuré et « l'horizontalisation » discrète du bassin aspécifique. Selon les dires de l'expertisé, la symptomatologie douloureuse n'avait eu de cesse de s'aggraver, à la même localisation lombaire, tant en intensité qu'en fréquence. L'expertise révèle dès lors une évolution des troubles présentés par le recourant antérieurement à la survenance de l'accident du 24 février 2012. Le raisonnement du recourant, savoir que la pathologie n'a pas évolué durant une vingtaine d'années, alors qu'une dégradation objectivable est survenue depuis l'accident, ne saurait ainsi être suivi. Un tel raisonnement, fondé sur l'adage *post hoc ergo propter hoc*, ne suffit pas à justifier l'existence d'un lien de causalité naturelle (cf. consid. 3a *supra*).

Par ailleurs, le fait que, lors de l'expertise précitée, seule une « modeste atteinte » a été constatée, en l'absence d'une hernie discale, ne saurait s'opposer au processus de dégénérescence retenu par les différents médecins. Il sied à ce stade de rappeler, au vu de la jurisprudence précitée (cf. consid. 3b *supra*), que les hernies discales

s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative et ne sont qu'exceptionnellement la cause proprement dite d'une telle atteinte. Comparé aux événements propres à provoquer la survenance d'une hernie discale retenus par la pratique médicale, tels que chute libre d'une hauteur importante, saut de 10 mètres de hauteur, chute notamment avec port de charges, télescopage à grande vitesse (TF U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 7.2 et la référence citée), l'événement traumatique a été relativement modéré. Des douleurs lombaires n'ont été rapportées que deux mois plus tard (cf. notice d'entretien téléphonique du 2 mai 2012), des lombalgies attestées médicalement qu'en été 2012 (cf. rapports du Dr B. \_\_\_\_\_), et une IRM lombaire réalisée six mois après l'accident, avec pour indication « lombalgies de longue date » et « status après accident ». Cette IRM n'a révélé aucune lésion traumatique (par exemple une fracture ou une lésion osseuse) mais des troubles lombaires dégénératifs. Il ne saurait dès lors être reconnu une origine accidentelle à la hernie discale L5-S1, étant rappelé qu'un discret pincement à cet endroit avait été mis en évidence dans le cadre de l'expertise de 2004.

Cela étant, l'IRM lombaire réalisée le 13 août 2012 a essentiellement mis en évidence des discopathies étagées. De l'avis des Drs W. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_, cette imagerie ne reflétait pas d'anomalie de signal évoquant une lésion traumatique ni une pathologie inflammatoire ou compressive. L'examen radiologique de la colonne lombaire pratiqué lors du séjour de l'assuré à la CRR s'est révélé sans particularité, hormis quelques discrets signes d'arthrose interapophysaire postérieure étagée de L3-S1. Dans son rapport final du 19 mars 2013, le Dr H. \_\_\_\_\_ conclut à des lombalgies chroniques de longue date sur troubles dégénératifs. De son appréciation résulte qu'il n'est pas « vraiment » établi que l'accident a aggravé la pathologie lombaire préexistante ; en tous les cas, l'accident du 24 février 2012 n'a entraîné aucune lésion qui puisse directement lui être rapportée et ne déployait plus d'effet après plus d'une année d'évolution.

Les constatations médicales qui précèdent plaident en faveur de troubles lombaires de nature dégénérative, sans que l'événement assuré ne les ait vraisemblablement aggravés. Les autres éléments au dossier ne sauraient faire échec à cette appréciation.

*Pro memoria*, l'évocation de douleurs lombaires survenues dans les suites de l'accident du 24 février 2012 n'apparaît au dossier de la caisse qu'à compter du 2 mai 2012, dans une notice d'entretien téléphonique. De différents documents, il ressort que le recourant aurait vu ses douleurs au dos augmentées quelques jours après l'accident. Particulièrement, aux termes du compte-rendu d'entretien du 31 juillet 2012 avec l'inspecteur de sinistres de la CNA, l'intéressé aurait signalé cette pathologie au Dr J. \_\_\_\_\_ lors de la deuxième consultation. Cependant, dans son rapport médical du 29 mai 2012, établi selon toute vraisemblance postérieurement à la deuxième consultation, le Dr J. \_\_\_\_\_ n'a pas évoqué de lombalgies. Outre la douleur au poignet, il a mentionné une thoracodynie, dont la localisation se situe au-dessus des vertèbres L4 et L5. Par ailleurs, dans son courrier adressé à la CNA, le directeur d'E. \_\_\_\_\_ SA a relaté les dires de son employé s'agissant d'une augmentation des douleurs au dos quelques jours après l'accident. M. Y. \_\_\_\_\_ écrivait en outre avoir été présent lors de l'accident, au cours duquel le recourant s'était blessé à diverses parties du corps dont le dos ; l'assuré a cependant déclaré à l'inspecteur de sinistres de la CNA que des gens se trouvant sur le chantier étaient venus tout de suite à son secours, le directeur étant arrivé peu après. Il ressort également du dossier que le recourant ne pouvait préciser exactement comment il était arrivé au sol, émettant des suppositions (cf. compte-rendu d'entretien du 31 juillet 2012), et mentionnant avoir eu l'impression de s'être tordu le dos (cf. rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ du 4 septembre 2012). A l'aune de ce qui précède, on peut s'étonner de l'absence d'évocation de douleurs lombaires entre l'accident et la déclaration de sinistre établie un mois plus tard, en tous les cas antérieurement au premier document médical faisant état de lombalgies (cf. rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ du 11 juin 2012) ; ces éléments ne sauraient dès lors plaider en faveur d'une atteinte au dos provoquée par l'événement du 24 février 2012.

**b)** Le rapport d'examen médical final du Dr H.\_\_\_\_\_, dont la valeur probante ne saurait être mise en doute (cf. consid. 4 *supra*), a pour finalité de se prononcer sur la relation de causalité entre l'événement du 24 février 2012 et les troubles lombaires affectant le recourant. Retenant qu'aucun indice concret ne permet de relier les douleurs dorsales à l'accident du 24 février 2012 ou que cet accident ait aggravé cette pathologie, le Dr H.\_\_\_\_\_ considère que ce dernier ne déploie plus d'effet après plus d'une année d'évolution. Au surplus, il reconnaît une pleine capacité de travail au recourant dans une activité professionnelle respectant les limitations fonctionnelles précisées par la CRR.

Le fait que le recourant revendique une capacité de travail à temps partiel, voire une incapacité de travail totale, ne saurait influencer sur l'issue du litige, la question à examiner étant précisément celle de l'existence du lien de causalité. Cela étant, on soulignera, à toutes fins utiles, qu'à l'issue du séjour à la CRR, les Drs W.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ ont fait état d'une situation médicale stabilisée ; se fondant sur les bilans et investigations résultant du séjour – comprenant les observations faites aux ateliers professionnelles dont le recourant se prévaut –, ils lui ont reconnu une capacité de travail entière dans une activité adaptée à l'atteinte lombaire dégénérative, laquelle engendrait certaines limitations fonctionnelles, avec la précision que la reprise de l'activité antérieure à 100% paraissait illusoire. Le centre de réadaptation professionnelle de la CRR estimait comme peu envisageable, à la fin de l'année 2012, la reprise d'une activité à temps plein en raison des plaintes de l'intéressé (intensité des douleurs décrites et représentations négatives de la pathologie lombaire par le patient) et le médecin traitant évoquait quant à lui la faible motivation de son patient à la réintégration du monde du travail.

Cela étant, le recourant tente de démontrer l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles lombaires qui l'affectent, se dispensant toutefois d'amener le moindre élément médical à l'appui de sa position ; l'expertise du Dr K.\_\_\_\_\_ à laquelle il se réfère ne saurait conforter ses allégations. Relevons qu'aux termes de l'expertise

du 2 avril 2004, il est essentiellement fait état d'éléments subjectifs, non d'éléments objectivables ou objectivés, à l'instar de ce que l'on retrouve en 2012, tant dans les rapports médicaux du Dr B. \_\_\_\_\_ que dans le rapport issu du séjour de l'assuré à la CRR. Diagnostiquant d'abord des lombalgies sévères avec l'indication que les douleurs étaient difficiles à comprendre (cf. rapport du 11 juin 2012), le Dr B. \_\_\_\_\_ parle, un mois plus tard, d'un patient se plaignant de douleurs sacro-iliaques et à l'épaule gauche, « très plaintif » avec « plusieurs plaintes somatiques » ; aucun diagnostic n'est alors posé dans le questionnaire de la CNA du 16 juillet 2012, et ce n'est qu'après l'IRM du 13 août 2012 que le médecin traitant précisera les atteintes, influencées selon lui par l'accident. On soulignera au surplus que le recourant se prévalait de douleurs sacro-iliaques et à l'épaule gauche dans sa demande de prestations auprès de l'OAI du 21 août 2012, n'évoquant pas de lombalgies sévères.

Finalement, le recourant énonce à tort qu'il appartient à l'intimée d'établir que les troubles persistants sont uniquement imputables à des facteurs étrangers aux accidents. A cet égard, on rappelle que la preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (TF 8C\_463/2009 du 23 novembre 2009 consid. 3).

**c)** A l'aune de ce qui précède, force est de constater qu'il n'a pas été apporté la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante exigée, que les douleurs dorsales sont la conséquence de l'événement assuré. L'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement du 24 février 2012 et les lombalgies présentées par l'assuré au-delà du 30 avril 2013 n'est au mieux que possible, ce qui est insuffisant pour reconnaître le droit aux prestations de l'assurance-accidents. Partant, il ne se justifie pas de s'écarter des conclusions émises par le Dr H. \_\_\_\_\_ à cet égard. Il n'y a en outre pas lieu d'examiner s'il existe un lien de causalité adéquate (cf. consid. 3c *supra*).

Il s'ensuit que c'est à juste titre que l'intimée a mis un terme aux prestations d'assurance-accidents au 30 avril 2013, motif pris qu'à cette date, le *statu quo sine* 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 459 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 119 V 335 consid. 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 statuer.

**7.** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée rendue par la caisse intimée.

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens dès lors que le recourant 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 déposé le 26 août 2013 par Z. \_\_\_\_\_ est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 26 juin 2013 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 :

- Me Christian Favre (pour Z. \_\_\_\_\_)
- 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 :