

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 août 2020

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Di Ferro Demierre, juge, et Férolles, assesseuse
Greffière : Mme Tedeschi

Cause pendante entre :

H. _____, à [...] ([...]), recourant,

et

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

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

E n f a i t :

A. H._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1972, exerçait la profession de grutier pour le compte de la société K._____ SA depuis le 16 janvier 2017. Il était à ce titre assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) contre le risque d'accidents.

Par déclaration de sinistre du 16 juillet 2018, l'employeur a annoncé à la CNA que le 2 juillet 2018, en montant sur un échafaudage, l'assuré était tombé à la renverse sur le dos.

Le 10 juillet 2018, le Dr V._____, médecin assistant auprès du Groupement hospitalier M._____ (ci-après : M._____), a établi un certificat d'incapacité totale du 10 au 12 juillet 2018, avec reprise à 100 % dès le 13 juillet 2018. Par certificat médical du 12 juillet 2018, le Dr Z._____, médecin auprès du M._____, a prolongé l'incapacité de travail de l'assuré jusqu'au 22 juillet 2018.

La CNA a pris le cas en charge et servi des indemnités journalières à l'assuré du 10 au 22 juillet 2018.

B. Par courrier du 18 décembre 2018, l'assuré a fait savoir à la CNA qu'après son accident du 2 juillet 2018, il avait d'abord été mis en arrêt de travail jusqu'au 20 juillet 2018, avant de prendre ses vacances jusqu'au 12 août 2018, ne sollicitant pas de nouvel arrêt de travail dans la mesure où il estimait que la pause estivale suffirait à son rétablissement. L'intéressé a indiqué qu'après la reprise du travail le 13 août 2018, il avait continué à ressentir des douleurs dans le dos, pensant qu'elles s'estomperaient avec le temps. Le 4 septembre 2018, alors qu'il travaillait, il avait toutefois été contraint de s'arrêter brusquement, son dos étant complètement bloqué. Selon lui, l'incapacité dans laquelle il se trouvait depuis l'événement du 4 septembre 2018 était à mettre directement en lien avec l'accident du 2 juillet 2018. En conséquence, l'assuré a sollicité

de la CNA une réouverture de son dossier d'accident. Pour appuyer ses allégations, l'intéressé a joint à sa demande les pièces suivantes :

- Un rapport du 19 novembre 2018 du Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, selon lequel l'assuré avait été vu en consultation le jour même pour la première fois. A titre liminaire, ce médecin a rappelé, d'une part, que la symptomatologie s'était dégradée après une chute au mois de juillet 2018 et, d'autre part, qu'en septembre 2018, l'assuré avait eu un blocage douloureux lombaire avec quinze jours d'incapacité complète. Il a également indiqué que le patient avait déjà eu un blocage de très longues années auparavant. S'agissant de l'examen clinique, ce médecin a décrit que l'assuré présentait une petite attitude antalgique en déséquilibre antérieur, que l'hyper extension ainsi que la rotation provoquaient des douleurs - alors que l'essuie-glace et la rotation un peu moins -, qu'il n'y avait pas de Lasègue ou de contre-Lasègue en position allongée, que la position de Mingazzini était un peu douloureuse et qu'il n'y avait pas de Léri, mais un signe de la sonnette en L4/L5 et L5/S1. Ce médecin a en particulier indiqué que selon un rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM), l'assuré présentait des discopathies étagées de T12 au sacrum avec des modies dans un contexte de dystrophie de croissance, ainsi que deux hernies discales médianes en L4/L5 et en L5/S1. Pour ce médecin, une optimisation du traitement rééducatif pouvait être débutée et une remise au point avec un médecin rééducateur était nécessaire afin d'examiner les possibilités d'une immersion dans un centre de rééducation pour réentraînement à l'effort ou du port d'un corset ;

- Un rapport du 10 décembre 2018 de B._____, masso-kinésithérapeute, qui attestait du suivi par l'assuré de séances de kinésithérapie et mentionnait que ce dernier souffrait d'une douleur permanente (barre lombaire basse) cotée à 5 / 10 ;

- Un document du 11 décembre 2018 de l'assurance perte de gain de l'employeur selon lequel l'assuré avait été vu en consultation le même jour et n'était pour six mois pas apte à reprendre le travail ;

- Un compte rendu de consultation du 17 décembre 2018 du Dr I._____, spécialiste en médecine physique et de réadaptation, qui indiquait une très claire instabilité lombaire discale, décompensée par la chute de juillet 2018, sur discopathies étagées inflammatoires. Ce médecin a recommandé le port d'un corset correcteur et des séances de kinésithérapie sous corset.

La CNA a alors soumis le cas de l'assuré à la Dre N._____, médecin d'arrondissement de la CNA, qui a relevé par rapport du 24 janvier 2019 que la chute du 2 juillet 2018 avait aggravé de manière passagère un état préexistant. Selon elle, l'événement n'avait pas entraîné de lésion structurelle pouvant lui être imputée, mais avait décompensé des atteintes préexistantes de nature dégénérative et surtout une instabilité lombaire. La Dre N._____ a répondu par la négative à la question de savoir s'il y avait eu une aggravation objectivable de l'état de santé depuis la fin du dernier traitement. Elle a enfin précisé que les traitements entrepris par la suite étaient en lien de causalité avec l'instabilité lombaire, soit avec l'atteinte préexistante.

Le 25 janvier 2019, la CNA a demandé aux médecins du M._____ un rapport médical intermédiaire. Donnant suite à cette requête le 15 février 2019, la Dre C._____, médecin assistante, a posé le diagnostic de bursite inflammatoire du genou droit, prépatellaire. Elle a fait état d'un pronostic bon, avec reprise du travail à 100 % le 23 juillet 2018.

La CNA a soumis à nouveau le cas de l'assuré à la Dre N._____, qui a indiqué par rapport du 5 avril 2019 que la nouvelle incapacité de travail et les traitements médicaux actuellement en cours n'étaient plus en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement du 2 juillet 2018, se référant pour le surplus à sa prise de position du 24 janvier 2019.

Par communication du 8 avril 2019, la CNA a informé l'assuré qu'elle ne pouvait allouer de prestations d'assurance, faute de lien de causalité certain ou probable entre l'événement du 2 juillet 2018 et les troubles déclarés nécessitant un nouvel arrêt de travail dès le 29 mars 2019 ainsi que de nouveaux traitements médicaux.

Par courriel du 7 mai 2019, l'assuré a contesté la prise de position de la CNA du 8 avril précédent, expliquant porter un corset depuis le 8 janvier 2019 et effectuer des séances de rééducation depuis le mois de septembre 2018. Il a également exposé qu'il reverrait le médecin rééducateur le 3 juin 2019 à [...] et que son arrêt de travail, qui avait débuté le 4 septembre 2018, était prolongé jusqu'à cette date. Il a également joint un rapport établi le 18 avril 2019 par sa médecin traitante, la Dre Q._____, spécialiste en médecine générale, qui a indiqué qu'à la suite de l'accident du 2 juillet 2018, l'assuré présentait une lombalgie subaigüe et qu'afin de ne pas prolonger exagérément son repos, il avait repris le travail alors que les douleurs n'étaient que partiellement soulagées. Elle a finalement ajouté que le 4 septembre 2018, l'on pouvait observer une rechute aigüe des douleurs lombaires dans un contexte de discopathies étagées et de deux hernies discales médianes, tableau douloureux que le Dr S._____ rapportait à l'épisode du 2 juillet 2018.

A la demande du 8 mai 2019 de la CNA, l'assuré a motivé son opposition le 30 mai 2019 et a repris les mêmes explications qu'aux termes de son courrier du 18 décembre 2018, soit en substance qu'il existait un lien de causalité évident entre son incapacité de travail et l'accident du 2 juillet 2018.

Le 3 juin 2019, la Dre N._____, à qui le dossier de l'assuré avait une nouvelle fois été soumis, a demandé que lui soit remis le rapport du Dr D._____, expert auprès de l'assurance perte de gain de l'employeur.

Par courriel du 18 juin 2019 à la CNA, l'assuré s'est déclaré étonné que celle-ci ne prenne pas directement contact auprès de sa médecin traitante, la Dre Q._____. Il y a également joint des explications manuscrites récapitulant chronologiquement les circonstances de son accident du 2 juillet 2018 et ses conséquences. Il a notamment indiqué qu'après l'évènement du 4 septembre 2018, il avait été mis directement en arrêt total de travail jusqu'au 3 août 2019, avec notamment la prescription du port d'un corset dès le 17 décembre 2018 pour un minimum de sept heures par jour.

Le 20 juin 2019, l'assurance perte de gain de l'employeur a communiqué à la CNA une copie du rapport du 11 décembre 2018 du Dr D._____, à la teneur suivante (sic) :

« Je, soussigné, médecin agréé, certifie avoir examiné ce jour M. H._____;
Comme antécédent monoarthrite du genou G
Il a été victime le 02/07/18, d'un accident du travail : chute sur le dos pour laquelle il a été emmené aux urgences de [...]
Arrêt de travail de 3 semaines et reprise le 13/07
Lombalgie aigue le 04/09, suite à effort violent (frappe avec un marteau)
IRM le 14/09 : discopathie multi-étagée
Arrêt de travail et kiné
Consultation spécialisée le 19/11 Dr S._____ qui prescrit un traitement manuel, avec corset et rééducation
Arrêt de travail prolongé jusqu'au 17/12
Persistance actuelle de lombalgies à l'effort
La reprise ne peut être envisageable avant 6 mois du traitement médical. »

Le dossier de l'assuré a été soumis pour appréciation à la Dre N._____ le 25 juin 2019. Cette dernière a alors fait l'appréciation suivante du cas (sic) :

« Il s'agit d'un assuré de 46 ans dont les antécédents sont décrits ci-dessus et sur lesquels nous ne reviendrons pas.

Le 02.07.2018 l'assuré déclare avoir fait une chute sur le dos. Des éléments contenus dans la première consultation (rapport du 15.02.2019) du Dr C._____, qui mentionne que l'assuré présentait une bursite inflammatoire du genou D pré-patellaire avec une évolution

spontanément favorable et une amélioration clinique rassurante permettant la reprise du travail le 23.07.2018. Aucune notion d'une quelconque chute sur le dos.

Des divers éléments à notre disposition et concernant le dos, nous n'avons que les rapports médicaux postérieurs au 04.09.2019 [recte 2018] où il est mentionné un blocage du dos ce jour-là nécessitant diverses consultations qui mettront en évidence une absence de lésion structurelle à l'IRM mais par contre des discopathies étagées de T12 au sacrum avec des Modics dans un contexte de dystrophie de croissance et de deux hernies discales médianes L4-L5 et L5-S1. Il y a également une instabilité lombaire que le Dr S. _____ propose de traiter et il envoie l'assuré chez le Dr I. _____ qui préconisera le port d'un corset.

L'assuré conteste le fait que la nouvelle incapacité de travail ne peut être prise en charge au motif qu'elle est sans relation de causalité pour le moins probable avec l'événement du 02.07.2018.

La chute déclarée par l'assuré en date du 02.07.2018 n'a pas entraîné de lésion structurelle pouvant lui être imputée. Le seul rapport médical à notre disposition de cette période relate une bursite du genou D pré-patellaire avec reprise de l'activité le 23.07.2018.

Suite à l'épisode de lombalgie aiguë du 04.09.2018, divers examens ont permis de montrer une discopathie étagée, deux hernies discales et surtout une instabilité lombaire qui nécessitent une prise en charge sous la forme d'un port de corset pendant 6 mois et de rééducation.

Comme déjà mentionné, la chute du 02.07.2018 n'a pas entraîné de lésion structurelle pouvant lui être imputée au niveau lombaire. Les lésions présentes sur l'IRM sont préexistantes à la chute et ne peuvent pas lui être imputées. La chute du 02.07.2018 a tout au plus aggravé de manière très passagère un état antérieur préexistant avec reprise de l'activité à 100 % le 23.07.2018 (l'origine de l'arrêt restant floue puisque le seul document médical à notre disposition parle d'une bursite pré-patellaire du genou D).

L'assuré conteste la décision également sur la base du rapport médical _____ du Dr D. _____ qui s'est prononcé dans le cadre de la G. _____ (APG ? de l'employeur) sur la seule base que ce médecin a retenu qu'il fallait envisager une incapacité de travail au minimum de 6 mois.

A aucun moment, ce médecin n'a parlé d'une lésion traumatique mais il parle d'une lombalgie aiguë le 04.09.2019 suite à un effort violent. Il n'évoque pas de lésion traumatique au niveau de la colonne lombaire mais retient une instabilité qui nécessite le port d'un corset avec persistance de lombalgies à l'effort (en lien avec l'instabilité) et qui nécessite un traitement durant 6 mois.

Le rapport du Dr D. _____ confirme donc qu'il ne s'agit pas d'une origine traumatique en lien de causalité pour le moins probable avec la chute du 02.07.2018 mais bien avec une atteinte de nature malade et préexistante à la chute.

Au vu de ce qui précède, nous confirmons les conclusions retenues dans notre rapport du 24.01.2019 ainsi que dans notre appréciation du 05.04.2019. »

Par courriel du 25 juin 2019, l'assuré a encore produit un compte rendu de consultation du 3 juin 2019 du Dr I._____, qui a relevé ce qui suit (sic) :

« **AU TOTAL**

Efficacité du corset

Mais sans corset peu de différence

Demande Salins en HJ

Encore 6 mois de corset puis le centre de rééducation avant d'envisager le recours à une éventuelle arthrolyse

Poursuite arrêt maladie 2 mois

AR 6 mois »

Par courrier du 26 juin 2019, la CNA a communiqué à l'assuré une copie de l'appréciation médicale de la Dre N._____ du 25 juin 2019, et lui a demandé de lui indiquer par retour de courrier ou courriel s'il maintenait sa contestation après en avoir pris connaissance.

Par courriel du 3 juillet 2019, l'intéressé a transmis à la CNA son courrier de déterminations du même jour, y indiquant maintenir sa contestation. Il a requis que l'accident de travail du 2 juillet 2018 soit reconnu comme ayant un rôle causal avec l'événement du 4 septembre 2018 et son état de santé actuel, quelle que soit sa prédisposition physique. Il a également précisé que, lors de sa consultation avec la Dre C._____, cette dernière s'était concentrée sur le soin urgent à apporter à la bursite du genou, sans juger nécessaire d'effectuer une radiographie des côtes et du dos, malgré ses plaintes. Il n'avait toutefois pas protesté, occupé par la douleur ressentie au genou.

Par décision du 4 juillet 2019, la CNA a refusé le droit à l'allocation de prestations d'assurance, faute de lien de causalité certain, ou du moins probable, établi entre l'événement dommageable du 2 juillet 2018 et les troubles déclarés qui avaient nécessité un nouvel arrêt de travail dès le 29 mars 2019 ainsi que de nouveaux traitements médicaux.

Par courriel du 9 juillet 2019 à la CNA, l'assuré a précisé que cette dernière mentionnait dans sa décision du 4 juillet 2019 – de même que depuis l'introduction de la procédure – un nouvel arrêt maladie en date du 29 mars 2019. Or, selon l'intéressé, cette date ne correspondait pas à la réalité, son arrêt de travail sans interruption ayant débuté le 4 septembre 2018.

Le 17 juillet 2019, l'assuré s'est rendu à l'agence de [...] de la CNA pour faire opposition. Il a exposé dans ce cadre être en arrêt de travail total depuis le 5 septembre 2018, à la suite de l'événement du 4 septembre 2018, et a produit les certificats médicaux y relatifs. Il a en particulier indiqué que son médecin traitant y avait par erreur mentionné « pour cause de maladie » et non d'accident. Il a finalement répété que les troubles relatés au niveau des côtes, du dos et du genou droit étaient survenus lors de l'accident du 2 juillet 2018 et qu'au cours de sa consultation en urgence le 9 juillet 2018, le médecin en charge de son cas s'était uniquement préoccupé des douleurs au genou droit.

Le dossier a une nouvelle fois été soumis à la Dre N._____, qui a rédigé le 22 juillet 2019 une appréciation médicale, en intégrant les dernières pièces médicales venues s'ajouter au dossier. La Dre N._____ a ensuite fait l'appréciation suivante du cas :

« Il s'agit d'un assuré de 46 ans dont les antécédents sont décrits ci-dessus et dans l'appréciation médicale du 25.06.2019 et sur lesquels nous ne reviendrons pas.

L'assuré conteste la décision de refus de prestations en date du 04.07.2019 au motif que selon lui, il a chuté le 02.07.2018 ce qui a entraîné une incapacité de travail totale depuis le 10.07.2018 jusqu'au 23.07.2018, date à laquelle il partait en vacances. A la suite de ses vacances, il a repris le travail le 13.08.2018 normalement et selon lui les douleurs seraient réapparues, raison pour laquelle il a consulté le 05.09.2018 auprès de son médecin traitant qui se serait trompé et aurait retenu une origine maladie à cette nouvelle incapacité de travail.

Nous n'avons pas forgé notre appréciation du 25.06.2018 [recte 2019] sur la base de l'origine (maladie ou accidentelle retenue par le médecin traitant) des incapacités de travail de l'assuré, mais bel et bien sur l'histoire clinique et sur le fait que la chute du 02.07.2018

n'a pas entraîné de lésion structurelle pouvant lui être imputée. L'assuré a présenté suite à cette chute une incapacité de travail du 10.07.2018 au 23.07.2018 puis il a été en vacances, non couvert par un certificat médical. A son retour il mentionne que les douleurs sont survenues à nouveau et qu'il a consulté le 05.09.2018 soit environ 2 semaines plus tard. Les raisons de cette consultation ne sont pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement incriminé. En effet, les douleurs sont dues à une instabilité lombaire qui est préexistante à la chute et non de nature traumatique.

L'assuré n'apporte pas d'élément médical nouveau. Le fait que son médecin traitant se soit trompé dans l'origine de l'incapacité de travail n'est pas un fait déterminant.

Les faits déterminants sont que l'assuré a fait une chute et que celle-ci n'a pas entraîné de lésion structurelle pouvant lui être imputée. En effet, les différents examens cliniques spécialisés et examen radiologique n'ont pas mis en évidence de lésion traumatique en lien avec l'événement du 02.07.2018 mais ont mis en évidence des lésions de type dégénératif préexistantes à la chute du 02.07.2018.

Comme mentionné, la chute a aggravé de manière très passagère un état préexistant lié à des lésions dégénératives. Pour preuve l'assuré mentionne qu'il a été en incapacité de travail jusqu'au 23.07.2018 puis ensuite en vacances et que ce n'est qu'à la reprise de son activité professionnelle le 05.09.2018 que les douleurs sont réapparues. Ceci signifie que les effets de la chute avaient totalement disparu à la fin des vacances. D'ailleurs le médecin n'a pas poursuivi l'incapacité de travail durant la période des vacances. Au retour, l'assuré présente à nouveau des douleurs qui nécessiteront 15 jours plus tard une nouvelle consultation. Ces douleurs sont clairement dues à des lésions dégénératives préexistantes mais également à une instabilité qui n'est pas d'origine traumatique mais d'origine constitutionnelle avec également une composante dégénérative.

Au vu de ce qui précède, nous ne pouvons que maintenir les conclusions de notre appréciation médicale du 25.06.2019 à savoir que les troubles qui ont réapparu dès le 05.09.2018 ne sont pas en lien de causalité pour le probable avec l'événement du 02.07.2018 mais bel et bien en lien avec des lésions préexistantes à la chute déclarée. »

Par décision sur opposition du 25 juillet 2019, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a maintenu sa position en se fondant sur les rapports médicaux dûment motivés et non contestés des 24 janvier, 25 juin et 22 juillet 2019 de la Dre N._____, ainsi que du 11 décembre 2018 du Dr D._____. La CNA a retenu à titre liminaire que l'événement du 4 septembre 2018 ne pouvait être considéré comme un accident, faute de facteur extérieur extraordinaire. Revenant ensuite sur la chute du 2 juillet 2018, la CNA a considéré que celle-ci avait aggravé de manière

passagère un état préexistant – soit des atteintes préexistantes de nature dégénérative et une instabilité lombaire –, sans toutefois entraîner de lésion structurelle. Elle a indiqué qu'au retour des vacances de l'assuré le 13 août 2018, les effets de la chute avaient disparu et que ce n'était que quinze jours plus tard, soit le 4 septembre 2018, que l'assuré avait à nouveau ressenti des douleurs qui avaient engendré un nouvel arrêt de travail. Cette atteinte était toutefois due aux lésions dégénératives préexistantes et à l'instabilité lombaire – dont l'origine n'était pas traumatique, mais constitutionnelle avec également une composante dégénérative – de l'assuré. La CNA a dès lors conclu que les troubles apparus le 4 septembre 2018 n'étaient pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement du 2 juillet 2018, mais bien avec les lésions préexistantes.

C. Par acte daté du 11 septembre 2019, remis à la Poste le 13 septembre 2019, H. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à sa réforme et à la prise en charge par la CNA des prestations d'accident en lien avec la rechute annoncée par courrier du 18 décembre 2018, et survenue le 4 septembre 2018 selon ses explications. En substance, il a fait valoir les mêmes arguments qu'à l'appui de son opposition, à savoir, d'une part, qu'il avait souffert de douleurs au dos dès l'accident du 2 juillet 2018 et, d'autre part, qu'il existait un lien de causalité certain entre la rechute du 4 septembre 2018 et l'accident du 2 juillet 2018. De surcroît, le recourant a indiqué qu'avant la chute accidentelle sur le dos du 2 juillet 2018, il n'avait connu qu'une seule et courte période d'incapacité de travail de trois jours datant d'il y a plus de dix ans. Il a également précisé avoir ressenti une vive douleur, le 4 septembre 2018, alors qu'il donnait un coup de masse sur un poteau. Avec son recours, il a produit des pièces figurant déjà au dossier – soit les rapports médicaux des 19 novembre 2018 du Dr S. _____, 17 décembre 2018 du Dr I. _____ et 18 avril 2019 de la Dre Q. _____, ainsi que le document du 11 décembre 2018 de l'assurance perte de gain de l'employeur – ainsi que les éléments suivants :

- Un rapport du 3 juin 2019 du Dr I. _____ selon lequel le recourant était en incapacité de travail totale pour six mois, portait un corset en raison d'une instabilité discale, était en attente d'un séjour dans un centre de rééducation et qui indiquait également qu'une arthrodèse lombaire était en discussion ;

- Un rapport du 13 juillet 2019 de la Dre Q. _____ qui attestait que l'arrêt de travail du recourant - qui durait depuis le 4 septembre 2018 sans interruption - constituait une rechute de l'accident de travail du 2 juillet 2018 ;

- Un arrêt de travail pour une durée de trois mois daté du 1^{er} août 2019 du Dr S. _____ ;

- Un certificat médical du 2 août 2019 établi par la Dre Q. _____ attestant d'une incapacité de travail totale du recourant depuis le 4 septembre 2018 en raison de lombalgies invalidantes avec discopathies étagées de T12 à S1 qui nécessitaient la prescription du port d'un corset jusqu'au 2 décembre 2019, des séances de kinésithérapie, un futur séjour en centre de rééducation, et, éventuellement, une opération chirurgicale.

Dans sa réponse du 22 octobre 2019, la CNA a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, la recevabilité du recours est douteuse : la décision sur opposition litigieuse, datée du 25 juillet 2019, a été notifiée au recourant le 29 juillet 2019. Compte tenu des fêtes estivales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA), le délai de recours a commencé à courir le 16 août 2019, pour échoir le samedi 14 septembre 2019, délai repoussé au lundi 16 septembre 2019. Déposé à la Poste française le 13 septembre 2019, le courrier n'a toutefois quitté la France que le 16 septembre 2019, pour n'être réceptionné que le 17 septembre 2019 à la frontière du pays destinataire, soit à une Poste suisse à Zürich, remplissant ainsi les conditions de recevabilité de l'art. 39 al. 1 LPGA. Cela étant, la question de la recevabilité souffre exceptionnellement de rester indécise, le recours devant quoi qu'il en soit être rejeté, ainsi qu'on le verra.

2. Le litige porte en l'espèce sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimée n'a versé les indemnités journalières en lien avec l'événement du 2 juillet 2018 que pour la période du 10 au 22 juillet 2018, singulièrement si les troubles survenus dès le 4 septembre 2018 et annoncés le 18 décembre 2018 se trouvent en relation de causalité naturelle et adéquate avec ledit événement.

3. a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 avec les références).

Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 et les références ; 134 V 72 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

Pour les mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de "mouvement non coordonné", à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de trébucher, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute ; le facteur extérieur - modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (arrêts TF 8C_628/2016 du 13 juin 2017 consid. 3 ; 8C_194/2015 du 11 août 2015 consid. 3). Si la jurisprudence prend en considération les habitudes professionnelles d'une personne qui prétend des prestations d'assurance, elle le fait avant tout dans le cadre des lésions dues à des efforts (soulèvements et déplacements de charge notamment) pour examiner si l'effort doit être considéré comme extraordinaire. Pour les mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admise lorsqu'un phénomène extérieur modifie de manière anormale le déroulement naturel d'un mouvement, ce qui a pour effet d'entraîner un mouvement non coordonné (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; arrêts TF 8C_36/2013 du 14 janvier 2014 consid. 5 ; TF 8C_628/2016 du 13 juin 2017 consid. 4.2).

b) En l'espèce, l'intimée a admis de prêter ensuite de l'événement du 2 juillet 2018, dont elle n'a pas remis en question le caractère accidentel. Elle a par contre nié que l'événement du 4 septembre 2018 puisse être considéré comme un accident : en effet, ainsi

que l'a expliqué l'assuré dans son recours, c'est alors qu'il donnait un coup de masse sur un poteau qu'il a ressenti une vive douleur et s'est retrouvé complètement bloqué, incapable de se relever (cf. recours, p. 2). Or, en l'occurrence, force est de constater, avec l'intimée, que le fait de donner un coup de masse, pour une personne active dans le bâtiment comme le recourant, ne constitue pas un événement qui excède le cadre des situations pouvant objectivement être qualifiées de quotidiennes ou habituelles. De surcroît, aucun phénomène extérieur n'est mentionné, qui aurait modifié anormalement le mouvement naturel du recourant lorsqu'il a donné le coup de masse, de sorte que l'on retiendra qu'il n'a pas effectué de mouvement non coordonné du corps. Il convient dès lors de nier le caractère extraordinaire, donc accidentel, de l'événement du 4 septembre 2018.

4. a) 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. 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. 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et

les références ;
TF 8C_36/2017 du 5 septembre 2017 consid. 3.1).

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_464/2014 du 17 juillet 2014 consid. 3.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 4.2).

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 est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et les références ; TF 8C_727/2016 du 20 octobre 2017 consid. 3). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

b) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît

consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_743/2016 du 18 mai 2017 consid. 3.2 et les références).

c) D'après la jurisprudence, l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident est prouvée seulement lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (RAMA 2000 no U 363 p. 46 consid. 3a).

Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altérations des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel (TF 8C_32/2014 du 22 décembre 2014 consid. 2.3 ; 8C_746/2018 du 1er avril 2019 consid. 3.3 et les références citées).

d) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C_571/2016 du 24 mars 2017 consid. 3).

e) D'après 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. En l'espèce, le recourant fait pour l'essentiel valoir que c'est la chute qu'il a subie le 2 juillet 2018, respectivement le mal de dos qu'il a ressenti à compter du 4 septembre 2018 et qu'il attribue à l'événement initial du 2 juillet 2018, qui sont à l'origine de son incapacité de travail prolongée. Il en veut pour preuve les rapports établis par ses médecins, les Drs Q._____, S._____ et I._____.

a) Or, selon le rapport de la Dre N._____ du 24 janvier 2019, la chute du 2 juillet 2018 n'a qu'aggravé, de manière passagère, un état préexistant, sans toutefois entraîner de lésion structurelle. Cet événement a ainsi eu pour effet de décompenser des atteintes préexistantes de nature dégénérative, ainsi qu'une instabilité lombaire. Ces conclusions ont été confirmées par la Dre N._____ dans son rapport du 25 juin 2019,

après examen complet des pièces médicales complémentaires produites au dossier.

Comme l'a rappelé la Dre N.____ (cf. rapport du 25 juin 2019), le seul rapport à disposition qui a concerné l'accident du 2 juillet 2018, soit l'avis médical du 15 février 2019 de la Dre C.____, fait uniquement état d'une bursite du genou droit pré-patellaire avec une reprise de l'activité le 23 juillet 2018, sans mentionner une chute sur le dos. Quant aux autres rapports au dossier, ils font tous suite à la lombalgie aiguë survenue selon le recourant le 4 septembre 2018, et mettent en évidence des atteintes préexistantes et dégénératives.

Il ressort ainsi du rapport du 19 novembre 2018 du Dr S.____ que les examens pratiqués à la suite de l'épisode de lombalgie aiguë de septembre 2018 ont montré que le recourant souffrait d'une discopathie étagée de T12 au sacrum avec des Modics dans un contexte de dystrophie de croissance, de deux hernies discales médianes L4-L5 et L5-S1 et d'une instabilité lombaire. Ces lésions, mises en évidence par l'IRM du 14 septembre 2018, sont préexistantes à la chute du 2 juillet 2018, si bien qu'elles ne sauraient lui être imputées.

Quant au Dr D.____, il n'a fait état d'aucune lésion traumatique dans son rapport du 11 décembre 2018, mais d'une lombalgie à la suite d'un effort violent (à savoir une frappe avec un marteau) ; ce médecin a en outre retenu une instabilité. Les conclusions de ce rapport ne permettent ainsi pas de retenir une origine traumatique aux atteintes alléguées en lien de causalité pour le moins probable avec la chute du 2 juillet 2018.

De surcroît, dans son compte-rendu de consultation du 17 décembre 2018, le Dr I.____ a également retenu une très claire instabilité lombaire discale, décompensée par la chute de juillet 2018, sur discopathies étagées inflammatoires.

Ainsi, aucun des médecins qui a été consulté n'a fait état de lésions de nature post-traumatique, pouvant être imputées à l'événement du 2 juillet 2018. Il ressort au contraire des pièces produites que le recourant souffre de discopathies étagées, de deux hernies et d'une instabilité lombaire. Il s'agit là d'atteintes dégénératives (et non accidentelles), qui ont été décompensées lors de la chute du 2 juillet 2018, et qui constituent la cause – au stade de la vraisemblance prépondérante – de l'incapacité de travail de longue durée du recourant dès le 4 septembre 2018.

b) Pour le surplus, ce n'est pas la seule qualification – maladie ou accident – figurant sur les rapports de la Dre Q. _____ qui a conduit l'intimée à retenir que les atteintes étaient dégénératives, et non pas accidentelles. Tel que l'a exposé la Dre N. _____ dans son rapport du 22 juillet 2019, elle n'a pas forgé son opinion du 25 juin 2018 sur la base de l'origine des incapacités de travail du recourant, mais sur son historique clinique, sur le fait que la chute du 2 juillet 2018 n'avait pas entraîné de lésion structurelle pouvant lui être imputée, ainsi que sur le fait que les douleurs étaient dues à une instabilité lombaire préexistante, et non de nature de traumatique. En conséquence, le fait que la médecin traitante se soit trompée dans l'origine de l'incapacité de travail n'est pas un élément déterminant pour l'appréciation du cas d'espèce.

c) Les pièces médicales produites ne sont ainsi pas de nature à remettre en cause les avis successifs de la Dre N. _____, qui explique de façon claire et dénuée de contradiction les raisons la conduisant à retenir que la chute du 2 juillet 2018 n'a pas entraîné de lésions structurelles, mais a aggravé de manière passagère un état antérieur.

Dans ces conditions, c'est sans violer le droit que l'intimée a retenu que les atteintes alléguées à compter du 4 septembre 2018 ne sont pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'accident du 2 juillet 2018, lequel a tout au plus aggravé, de manière très passagère, un état antérieur.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, pour autant qu'il soit recevable, et la décision du 25 juillet 2019 attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant, au demeurant non représenté, n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours de H. _____ est rejeté, pour autant qu'il soit recevable.
- II.** La décision du 25 juillet 2019 rendue par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est perçu ni frais judiciaire, ni dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- H. _____,
- 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 :