

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 mars 2021

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Brélaz Braillard et Durussel, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

U. _____, au [...], recourante,

et

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

et

T. _____, à [...], tiers intéressé.

Art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. **a)** T._____ (ci-après : l'assuré), né en [...], travaillait depuis le 13 janvier 2014 en tant qu'aide-menuisier au service de l'entreprise B._____ Sàrl à [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

b) Le 14 juin 2019, l'assuré a fait une chute dans les escaliers alors qu'il portait une fenêtre.

La CNA a pris le cas en charge.

Une IRM (imagerie par résonance magnétique) « cérébrale et colonne totale » a été réalisée en urgence le 15 juin 2019 au service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du CHUV. Elle a mis en évidence un pont ostéophytique en C6-C7 postérieur associé à un bombement discal circonférentiel avec hernie ainsi qu'une discrète hypertrophie des ligaments jaunes, l'ensemble étant responsable d'une compression médullaire avec hypersignal T2 évoquant une myélopathie s'étendant sur 15 millimètres en cranio-caudal et disparition complète du liquide céphalo-rachidien (LCR) péri-médullaire. Un bombement discal et circonférentiel en C3-C4 avec protrusion médiane et paramédiane droite ainsi qu'un ostéophyte postérieur avec rétrécissement du canal spinal sans effet de masse sur le cordon médullaire et rétrécissement foraminaux à droite étaient également présents.

Le 16 juin 2019, l'assuré a bénéficié d'une intervention chirurgicale sous forme d'une microdiscectomie C6-C7 par abord antérieur droit et pose de cage Coalition pour myélopathie cervicale.

Compte tenu de la bonne évolution clinique observée durant son séjour au CHUV, l'assuré a été transféré le 25 juin 2019 à l'Institution de M._____ pour la suite de la prise en charge ainsi qu'une rééducation à la marche ; il y a séjourné jusqu'au 27 juillet 2019, date de son retour à

domicile. Dans un rapport de sortie du 31 juillet 2019, les médecins de M. _____ ont posé le diagnostic de hernie cervicale C6-C7 (avec microdiscectomie C6-C7 par abord antérieur droit et pose de cage Coalition le 16 juin 2019), avec tétraparésie et paresthésies des membres inférieurs. Il a été noté que, depuis sa chute sur trois marches d'escaliers, l'intéressé présentait des troubles de la marche, de l'équilibre avec une faiblesse ainsi que des douleurs neuropathiques des membres inférieurs diminuant son endurance à la marche. Au cours du séjour de rééducation, il avait bien progressé par rapport à la marche et l'équilibre malgré le fait que ses performances restaient fluctuantes. Il persistait des douleurs, subjectivement évaluées à 3 sur 10, avec une composante de douleurs neuropathiques (fourmillements des membres inférieurs). A la sortie de l'institution, un suivi en physiothérapie ambulatoire, avec une intensité de deux séances par semaine, a été instauré.

Lors d'une consultation ambulatoire du 31 juillet 2019 au sein de l'unité de chirurgie spinale au CHUV, l'examen clinique de l'assuré a montré une motricité normale, (« M5 dans tous les myotomes »), et sans trouble trophique. Des signes de troubles de la proprioception et de myélopathie ont toutefois été constatés. L'évolution était jugée bonne (rapport du 29 août 2019 du Dr Q. _____, médecin associé du département des neurosciences cliniques du CHUV).

Le 21 octobre 2019, l'assuré s'est entretenu à son domicile avec un collaborateur du service extérieur de la CNA. Il a déclaré à cette occasion ne pas avoir spécialement de douleurs, mais prendre huit médicaments par jour. Il avait par contre des fourmillements dans les deux jambes et ressentait des douleurs aux pieds et aux chevilles ainsi qu'un tiraillement en cas de marche excessive. Il a signalé un manque de force dans les deux jambes le contraignant à marcher au ralenti à l'aide de deux bâtons. Il marchait régulièrement 1,5 kilomètre avec cinq à six arrêts de cinq minutes. Il rencontrait des difficultés à la descente des escaliers, mais n'avait pas de problème de concentration et plus de vertiges. Il présentait néanmoins encore des pertes d'équilibre surtout lorsqu'il fermait les yeux ainsi qu'en raison de son manque de force dans les jambes. Il poursuivait

la physiothérapie à la fréquence de deux fois par semaine ainsi que régulièrement des exercices et de la marche. La médication était encore importante.

Aux termes d'un nouveau rapport de consultation ambulatoire du 30 octobre 2019 au sein de l'unité de chirurgie spinale au CHUV, le Dr Q._____ a fait part d'une évolution stable. Une IRM de contrôle était demandée pour le prochain contrôle prévu le 15 janvier 2020.

Invité à prendre position sur le cas de l'assuré, le Dr J._____, médecin praticien et médecin d'arrondissement de la CNA, a, dans une note du 16 décembre 2019, indiqué que l'événement du 14 juin 2019 n'avait provoqué aucune lésion structurelle et que l'intervention du 16 juin 2019 avait traité des lésions préexistantes dégénératives. Il était d'avis que l'événement en question avait aggravé de manière passagère un état antérieur dégénératif sévère sous la forme d'une hernie discale C6-C7, d'une unco-discarthrose pluri-étagée, d'un canal cervical étroit et d'ostéophytes pluri-étagés. Pour le Dr J._____, la persistance de symptômes au-delà d'une durée de douze mois après l'événement du 14 juin 2019 était à mettre sur le compte de l'état antérieur dégénératif de l'assuré.

Un rapport d'IRM cervicale du 15 janvier 2020 du service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle au CHUV a conclu à la persistance d'une discopathie au niveau C6-C7 avec une protrusion discale paramédiane bilatérale engendrant un effet de masse sur la moelle cervicale avec persistance d'une myélopathie s'étendant sur 15 millimètres d'axe sagittal, ainsi qu'à l'existence d'une unco-discarthrose pluri-étagée avec un rétrécissement canalaire central en C5-C6 sans myélopathie et des multiples protrusions discales foraminales associées à des sténoses foraminales des racines de C4 à C7 des deux côtés.

Aux termes d'un nouvel avis établi le 27 mars 2020, le Dr J._____ a confirmé sa précédente évaluation, à savoir que l'événement du 14 juin 2019 n'avait provoqué aucune lésion structurelle cervicale, et

estimé que la reprise en plein de l'activité antérieure devait être possible au plus tard à douze mois de l'accident.

Le 3 avril 2020, l'assuré a informé la CNA qu'une nouvelle opération était prévue au CHUV.

Le 3 avril 2020 également, le Dr J._____ a émis l'avis selon lequel le lien de causalité entre l'opération prévue et l'événement du 14 juin 2019 était tout au plus possible.

Le 14 avril 2020, T._____ a subi une fixation postérieure C5 à D1 et une décompression C5-C7 par abord postérieur avec mise en place de vis et de tiges Medtronic, sous scopie. Les médecins qui l'ont opéré ont indiqué que la microdiscectomie effectuée dans un premier temps et le suivi post opératoire avaient été marqués par une amélioration partielle avec persistance de signes et de symptômes de myélopathie avec une IRM cervicale qui montrait un canal cervical étroit multi-étagé et la persistance des ostéophytes compressives au niveau C6-C7 (protocole opératoire du 16 avril 2020).

Le rapport de sortie du 20 avril 2020 rédigé par le Dr Q._____ se concluait de la manière suivante :

Au vu de la clinique et de l'imagerie, l'indication pour l'opération a été posée. Les risques et les bénéfices du geste sont bien expliqués au patient qui les comprend et les accepte.

Le patient a donc bénéficié d'une décompression et fixation cervicale le 14.04.2020.

Sur le plan clinique et chirurgical, l'opération se déroule sans problème particulier. Il a bénéficié d'une hospitalisation et surveillance à l'Unité Spinale. De plus, le patient a été mis sous anticoagulation prophylactique et bas de compression pendant l'hospitalisation. Les douleurs sont calmées par une antalgie bien adaptée. Le patient est stable au niveau cardiorespiratoire, apyrétique avec une plaie propre. Il présente [une] diminution des symptômes et garde un status neurologique en amélioration progressive pendant l'hospitalisation. Par ailleurs, il a bénéficié de séances de physiothérapie et se mobilise de façon autonome. Pas de trouble sphinctérien objectivé.

Sur le plan d'imagerie, les radiographies cervicale[s] de contrôle montrent le bon positionnement du matériel mis en place lors de la chirurgie.

Au vu d'une évolution globalement favorable, le patient regagne son domicile le 17.04.2020.

Après avoir recueilli le point de vue de son médecin d'arrondissement (avis du Dr J. _____ du 4 mai 2020), la CNA a, par courrier du 3 juin 2020, informé l'assuré de son intention de clore le cas au 15 juin 2020 et de mettre fin au versement des prestations d'assurance (indemnités journalières et frais de traitement) avec effet à cette même date. Une copie de cette correspondance a été communiquée à U. _____ Assurance maladie et accidents (ci-après : U. _____ SA ou la recourante), assureur-maladie de T. _____. De son côté, ce dernier a fait part de son désaccord sur le refus signifié le 3 juin 2020 par la CNA.

Le cas de l'assuré a fait l'objet d'une appréciation médicale par le Dr J. _____ le 7 juillet 2020, lequel a donné les explications suivantes :

Le 14.06.2019 le patient fait une chute de sa hauteur dans les escaliers, tombant, d'après les documents à disposition, sur le dos, légèrement du côté D [droit], tapant l'épaule, puis glissant sur 3 marches d'escaliers. Il se serait également tapé légèrement la tête mais sans que cela n'ait laissé des traces. Par la suite, il a présenté des douleurs lombaires et des difficultés à la marche avec des troubles de l'équilibre. Les investigations au CHUV ont alors mis en évidence de très importants troubles dégénératifs au niveau du rachis cervical et lombaire, une hernie discale C6/C7 avec un canal cervical étroit congénital, aggravé sur ostéophytes, et une myélopathie.

Le patient bénéficie d'une microdiscectomie au niveau C6/C7 avec mise en place d'une cage le 16.06.2019. En raison de la persistance de troubles de la marche, une 2^{ème} intervention est effectuée en avril 2020 par une décompression C5/C7 et une fixation postérieure de C5 à D1.

Le patient a fait une chute de sa hauteur le 14.06.2019, sans notion d'hyperextension ou d'hyperflexion de la nuque. Il présente ensuite des douleurs lombaire et des troubles de la marche. Les investigations mettent en évidence des troubles dégénératifs, une hernie discale C6/C7 et un canal cervical étroit congénital. Aucune lésion structurelle traumatique en lien avec l'événement du 14.6.2019 n'est mise en évidence. L'événement du 14.6.2019 a décompensé de manière passagère un état antérieur congénital et dégénératif sévère. Cet état antérieur est responsable d'une

compression médullaire, engendrant une myélopathie, comme le montre très bien l'IRM du 15.6.2019.

Le patient bénéficie par la suite d'une décompression d'une hernie discale en juin 2019 puis d'une 2^{ème} intervention du même genre en avril 2020. Il est à noter que les deux interventions traitent très clairement des troubles dégénératifs et non pas d'une quelconque atteinte structurelle en lien avec l'événement du 14.06.2019.

En effet, selon les critères scientifiques (Lumbar and Cervical « Traumatic Intervertebral Disk Displacement » FJ Prestar, Aktuelle Traumatol 23 (1), 27-31.2.1993), pour qu'une atteinte intervertébrale de type herniaire puisse être reconnue comme étant d'origine traumatique, il faut que tous les critères suivants soient satisfaits :

- Le mécanisme accidentel doit être adéquat, soit à haute énergie (telle une chute d'une hauteur considérable ou une collision entre véhicules à très haute vitesse par exemple) et induire une hyperflexion et/ou une hyperextension forcée du rachis.
- Les symptômes caractéristiques neurologiques radiculaires ou médullaires doivent apparaître immédiatement, soit dans les secondes, voire minutes après le traumatisme.
- Toute atteinte rachidienne dégénérative antérieure à l'événement doit pouvoir être exclue.

Dans le cas présent, ni le premier ni le troisième critère ne sont remplis puisqu'il n'y a aucune notion d'hyperextension ou d'hyperflexion forcée du rachis, aucun traumatisme à haute cinétique, que l'impact à la tête devait être faible puisqu'il n'y a eu aucune trace et que le patient présente de très importants troubles dégénératifs au rachis cervical et lombaire.

La vitesse d'apparition des symptômes neurologiques n'est pas précisée dans les rapports à disposition. Toutefois l'absence du premier et du troisième critère permet d'écarter une origine traumatique de la hernie discale cervicale opérée en juin 2019.

En résumé, l'événement du 14.06.2019 a décompensé de manière passagère un état antérieur sévère, sans avoir provoqué de lésion structurelle au niveau cervical ou lombaire.

Sans lésion structurelle en lien avec l'événement du 14.06.2019, on peut raisonnablement estimer que la persistance de symptômes au niveau du rachis cervical au-delà de 1 an après l'événement initial est à mettre sur le compte de l'état antérieur sévère.

Par décision du 10 juillet 2020, la CNA a constaté que l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident du 14 juin 2019 avait été atteint un an après l'événement accidentel et qu'elle était tenue de clore le cas et de mettre fin à l'indemnisation de la perte de gain ainsi qu'aux traitements prodigués avec effet au 15 juin 2020. Une copie de cette

décision a été communiquée à U._____ SA afin de lui permettre d'établir son obligation de verser des prestations.

Le 13 juillet 2020, l'assuré a formé opposition à cette décision.

Les 30 juillet et 14 août 2020, U._____ SA s'est également opposée à cette décision. Elle a fait valoir que, de l'avis de son médecin-conseil, l'événement de juin 2019 avait entraîné une décompensation neurologique symptomatique. Était joint à l'opposition un avis médical du 13 août 2020 établi par le Dr R._____, spécialiste en chirurgie et médecin-conseil d'U._____ SA, dont la teneur était la suivante :

L'accident du 14.06.2019 n'a pas entraîné de lésion structurelle, mais a décompensé une situation pathologique préexistante, avec apparition rapide d'une symptomatologie neurologique (décompensation neurologique) posant l'indication à une décompression chirurgicale moins de 48 heures après l'accident.

Le fait que la décompensation neurologique soit survenue moins de 48 heures après l'accident, signe une relation de causalité pour le moins probable entre l'accident et la décompensation neurologique. En effet, l'assuré ne présentait à notre connaissance aucun déficit neurologique avant l'accident.

Suite à l'intervention du 16.06.2019, persistance de troubles neurologiques, motivant l'intervention du 14.04.2020.

Ce n'est que, lorsque le patient aura retrouvé un statu[t] neurologique normal qu'un statu quo pourra être posé.

L'accident n'a pas entraîné de lésion structurelle mais est la cause de l'apparition des troubles neurologiques qui ont suivi l'accident (puisque survenu dans les suites immédiates de l'accident).

Tant que l'assuré présentera des troubles neurologiques, il n'y aura pas de statu quo possible.

Les interventions chirurgicales, si les suites sont simples, n'empêcheront[t] pas le statu quo parce que ces interventions ne concernaient pas de lésion en relation avec l'accident, puisque l'accident n'a pas entraîné de lésion structurelle.

Par contre si l'évolution est favorable, ces interventions devraient permettre la disparition de la décompensation neurologique en lien avec l'accident, et permettre ainsi un statu quo sine en lien avec les conséquences de l'accident, c'est-à-dire l'apparition de troubles neurologique[s].

Dans un rapport de consultation du 25 août 2020 adressé à la CNA, le Professeur W._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a écrit ce qui suit :

J'ai vu ce jour en consultation le patient susnommé, qui m'a été adressé par le Docteur Q._____, du service de chirurgie spinale au CHUV.

Monsieur T._____ m'a indiqué que vous étiez sa Case Manager et donc que vous connaissiez bien son dossier.

En quelques mots, je rappelle qu'il présente un syndrome tétrapyrimal en rapport avec une myélopathie cervicale post-traumatique sur hernie discale C6-C7 et canal cervical étroit, opéré en deux temps à un an intervalle, la dernière intervention (décompression du canal cervical) datant du mois d'avril 2020.

Actuellement, il présente encore des signes de myélopathie aux quatre membres, en particulier une ataxie proprioceptive extrêmement gênante dans les actes élémentaires de la vie quotidienne, comme la marche qui ne dépasse pas 300 m avec un bâton.

L'examen clinique retrouve des signes objectifs de la myélopathie aux quatre membres (réflexes hyper-vifs, clonus bilatéral des chevilles, Babinski, Hofmann, altération de la sensibilité,...).

Il me semble important qu'il puisse être pris en charge pour un séjour de quelques semaines de rééducation interdisciplinaire et éventuellement professionnelle à la clinique romande de réadaptation à Sion. [...]

Invité à prendre position sur les derniers éléments versés au dossier, le Dr J._____ a confirmé ses précédentes appréciations, à savoir que l'événement du 14 juin 2019 n'avait provoqué aucune lésion structurelle au rachis cervical mais avait décompensé de manière passagère un état congénital et dégénératif sévère (avis du 12 octobre 2020).

Statuant par décision sur opposition du 26 octobre 2020, la CNA a rejeté les oppositions formées contre sa décision du 10 juillet 2020.

B. **a)** Par acte du 26 novembre 2020, U._____ SA a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours contre la décision précitée en concluant à son annulation et à la prise en charge par la CNA des suites de l'accident du 14 juin 2019 au-delà du 15 juin 2020. Dans le bordereau de pièces joint au recours, U._____ SA a produit un avis médical du 23 novembre 2020 du Dr R._____, dont les conclusions étaient les suivantes :

Appréciation

S'il ne fait aucun doute sur le fait que l'accident du 14.06.2019 n'a pas pu entraîner de lésion structurelle, et ce en particulier au niveau du rachi[s] cervical, et que ce rachi[s] cervical présentait au moment de l'accident déjà d'importants troubles dégénératifs avec y compris une hernie discale C6-C7 (traumatisme inadéquat pour entraîner une hernie discale) il n'en reste pas moins que l'assuré a développé une symptomatologie neurologique déficitaire dans les 48 heures suivant l'accident.

Lors d'un traumatisme, il existe une réaction rapide du corps humain pour contrer les conséquences de ce traumatisme. Même lors d'un traumatisme simple, il y aura une réaction de type inflammatoire. Cette réaction inflammatoire entraîne un œdème qui ici a entraîné une compression médullaire avec apparition de troubles neurologiques (la réaction inflammatoire a fait gonfler la moelle épinière ce qui a entraîné, à cause de la situation dégénérative pré existante, une compression médullaire, compression responsable de l'apparition de la symptomatologie neurologique). Sans l'événement traumatique du 14.06.2019, la moelle épinière n'aurait en toute probabilité pas été comprimée dans les 2 jours suivant. L'ischémie consécutive à la compression médullaire en C6-C7 a alors entraîné l'apparition de déficits neurologiques (myélopathie aux 4 membres).

Le déficit neurologique présenté par l'assuré est donc en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident ici concerné, étant donné que ces troubles neurologiques sont apparus dans les 48 heures suivant l'accident (critère de Krammer [recte : Krämer]).

Etant donné que l'accident n'a pas entraîné de lésion structurelle, un statu quo peut être envisageable, même suite aux 2 interventions dont a bénéficié le patient, mais si et seulement s'il ne présente plus de déficit neurologique en relation avec l'accident ou avec les 2 interventions (qui ont toutes deux été en relation avec l'accident puisque indiquées par la myélopathie apparue dans les 48 heures suivant l'accident).

Selon le rapport du Prof W. _____ du 25.08.2020, ce n'était en tout cas pas encore le cas fin août 2020.

b) Dans sa réponse du 16 décembre 2020 concluant au rejet du recours, la CNA a maintenu l'argumentation développée dans la décision litigieuse. Elle a nié la valeur probante de l'avis du médecin-conseil d'U. _____ SA, au motif que les explications données reposaient sur l'adage « *post hoc, ergo propter hoc* », lequel était insuffisant pour établir un lien de causalité naturelle, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, entre les troubles apparus après l'accident et l'accident lui-même.

c) T._____ a été invité à se déterminer, faculté dont il a fait usage le 4 janvier 2021. Il a exprimé son désaccord avec la décision querellée en raison de son état de santé toujours défaillant.

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, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. L'objet du litige porte en l'espèce sur la question de savoir si l'assuré a droit à des prestations de l'assurance-accidents (traitement médical et indemnités journalières) pour la période postérieure au 15 juin 2020.

3. **a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.2 et les références).

L'exigence de la causalité naturelle 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 (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références).

c) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu, même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références). Le seul fait

que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb, p. 340 s. ; TF U 215/97 du 23 février 1999 consid. 3b [RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s.]). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré.

d) Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de la vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité. 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 (ATF 117 V 265 consid. 3b et les références ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2 ; voir également ATF 139 V 176 consid. 5.2).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude

circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

5. a) En l'occurrence, la CNA a reconnu l'existence d'un accident puisqu'elle a admis de prêter jusqu'au 15 juin 2020. Cela étant, il ressort des pièces médicales versées au dossier que l'assuré a présenté, à la suite de cet accident, des signes de myélopathie aux quatre membres. L'IRM cervicale réalisée en urgence le 15 juin 2019 a mis en évidence une volumineuse hernie discale C6-C7 médiane avec compression de la moelle épinière et signes de myélomalacie radiologique (rapport du 5 juillet 2019 des médecins du département des neurosciences cliniques du CHUV). L'assuré a bénéficié le 16 juin 2019 d'une intervention chirurgicale sous forme d'une discectomie cervicale et d'une décompression de la moelle épinière. Le suivi postopératoire a été marqué par une amélioration partielle avec persistance de signes et de symptômes de myélopathie, lesquels ont justifié la réalisation en date du 14 avril 2020 d'une nouvelle chirurgie de décompression avec fixation postérieure (protocole opératoire du 16 avril 2020). En date du 25 août 2020, l'assuré présentait encore des signes de myélopathie aux quatre membres (rapport du 25 août 2020 du Professeur W._____).

b) De ce bref résumé des faits sur le plan médical, il ressort que les signes de myélopathie apparus immédiatement après l'accident ne se sont amendés que partiellement. Dans la mesure où l'assuré n'a pas retrouvé l'état de santé qui était le sien avant l'accident, l'hypothèse d'un rétablissement du *statu quo ante* peut être écartée sans plus ample examen. Est donc seule litigieuse la question de savoir si l'état maladif antérieur était parvenu, au moment où l'intimée a décidé de mettre un

terme au versement des prestations, au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*).

c) Dans leurs appréciations respectives, les Drs J._____ - pour l'intimée - et R._____ - pour la recourante - ont tous deux admis que l'accident n'avait pas causé de lésion structurelle, que l'assuré présentait un état congénital et dégénératif sévère et que l'accident avait décompensé au niveau neurologique une situation pathologique préexistante.

Du point de vue du Dr J._____, la persistance de symptômes au niveau du rachis cervical au-delà d'un an après l'événement initial était exclusivement à mettre sur le compte de l'état antérieur sévère. Force est néanmoins de constater que les conclusions de ce médecin sont dénuées d'une quelconque motivation et reposent sur une simple présomption de fait dont les fondements scientifiques ne sont pas exposés et, partant, vérifiables. Certes fait-il valoir que l'événement traumatique ne pouvait être à l'origine de la hernie discale opérée au mois de juin 2019. Ce constat - qui n'est pas contesté par le Dr R._____ - élude cependant toute la problématique liée à la myélopathie aux quatre membres. Or le Dr R._____ a souligné que le recourant avait développé une symptomatologie neurologique déficitaire dans les quarante-huit heures suivant l'accident ayant nécessité une intervention chirurgicale d'urgence (voir également les rapports des 24 juin et 5 juillet 2019 établis par les médecins du département des neurosciences cliniques du CHUV, lesquels font état de difficultés à marcher avec des troubles de l'équilibre importants surtout les yeux fermés), expliquant que celui-ci avait très probablement causé un œdème qui avait entraîné une compression médullaire avec apparition de troubles neurologiques (la réaction inflammatoire avait fait gonfler la moelle épinière, ce qui avait entraîné, en raison de la situation dégénérative préexistante, une compression médullaire, compression responsable de l'apparition de la symptomatologie neurologique). Contrairement à ce que soutient l'intimée, les explications données par le Dr R._____ ne reposent pas sur le simple adage « *post hoc, ergo propter hoc* », mais sur un raisonnement

scientifique - non remis en cause par le Dr J._____ - fondé sur des éléments objectifs ressortant du dossier médical de l'assuré. Bien plus, le Dr R._____ a exprimé de façon convaincante qu'un *statu quo* ne pouvait être envisageable qu'à la seule condition que l'assuré ne présente plus de déficit neurologique.

d) Au final, la Cour de céans n'ayant aucun argument justifiant de s'écarter de l'analyse motivée et convaincante du Dr R._____, il y a lieu d'admettre que l'accident du 14 juin 2019 est une cause au moins partielle de la myélopathie aux quatre membres présentée par l'assuré laquelle, malgré deux interventions chirurgicales, n'était pas résorbée au mois d'août 2020 (cf. rapport du Professeur W._____ du 25 août 2020).

e) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que l'intimée a violé le droit fédéral en mettant un terme au versement de ses prestations avec effet au 15 juin 2020.

6. a) Bien fondé, le recours doit en conséquence être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision attaquée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 83 LPGA).

c) Bien qu'obtenant gain de cause, la recourante n'a pas droit à des dépens, dès lors qu'il n'y a pas lieu d'allouer d'indemnité pour les frais de procès aux organismes chargés de tâches de droit public (ATF 126 V 143 consid. 4a).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 26 octobre 2020 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- U. _____ SA,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- T. _____,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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).

Le greffier :