

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 novembre 2021

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Métral, juge, et M. Reinberg, assesseur
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourant, représenté par l'Association suisse des assurés (ASSUAS), à Carouge (GE),

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me Jeanne-Marie Monney, avocate à Lausanne

Art. 6, 16 et 36 LAA.

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a été engagé le 23 octobre 2017 par contrat de durée déterminée d'un an au sein de la société A._____ SA. Il était assuré à ce titre 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).

Le 11 juillet 2018, l'assuré a glissé dans les escaliers à son domicile et s'est cogné la tête. Ressentant des douleurs au dos, il s'est rendu aux Hôpitaux du [...] où un tassement de L1 lui a été diagnostiqué et un arrêt de travail établi jusqu'au 25 juillet 2018 (avis d'arrêt de travail du 11 juillet 2018).

Le 29 août 2018, A._____ SA a déclaré l'accident à la CNA, précisant que l'assuré avait subi une fracture et avait repris son emploi à plein temps à partir du 13 août 2018. Par courrier du 3 septembre 2018, la CNA a informé notamment l'assuré qu'elle prenait en charge le cas.

Dans un certificat du 3 septembre 2018, le Dr K._____, médecin généraliste traitant de l'assuré, a certifié que l'intéressé présentait un état de santé contre-indiquant sa participation à ses activités professionnelles du 3 au 16 septembre 2018 inclus.

Le 13 septembre 2018, la CNA a informé l'assuré qu'elle allait procéder à un examen complémentaire de son dossier, au vu de la nouvelle incapacité de travail attestée par le Dr K._____.

Par la suite, le Dr K._____ a renouvelé les certificats d'incapacité de travail de quinzaine en quinzaine, toujours selon les mêmes termes.

Dans un rapport médical initial établi le 18 octobre 2018, la Dre Q._____, médecin aux Hôpitaux du [...], a indiqué avoir constaté un

tassement du plateau supérieur L1 inférieur à 30 % sur la hauteur. Une incapacité de travail du 11 au 21 juillet 2018 avait été prescrite, avec une reprise complète le 22 juillet 2018. Le traitement d'antalgie et de repos sans immobilisation devait durer environ 6 semaines.

Le 31 octobre 2018, le Dr L. _____ a prescrit à l'assuré un arrêt de travail jusqu'au 25 novembre 2018 en raison de lombalgies.

Dans un certificat établi le 6 novembre 2018, le Dr K. _____ a constaté que l'assuré souffrait de lombalgies aiguës récurrentes évoluant depuis le 3 septembre dernier, sans amélioration notable malgré les antalgiques palier I et II, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), la corticothérapie et la physiothérapie concomitante.

La CNA a sollicité l'avis du Dr G. _____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement, qui a considéré que la nouvelle incapacité de travail totale dès le 3 septembre 2018 était probablement imputable à l'accident du 11 juillet 2018 (appréciation du 16 novembre 2018).

Se fondant sur cette appréciation, la CNA a à nouveau alloué des prestations d'assurance à l'assuré (cf. courrier du 26 novembre 2018).

Lors d'un entretien téléphonique du 8 janvier 2019, l'assuré a indiqué qu'il était satisfait de l'évolution de son état, qu'il pouvait désormais marcher durant 30 minutes et ne prenait plus d'antidouleurs. Il a ajouté avoir passé un scanner qui avait révélé que les lésions traumatiques se résorbaient. Une lombalgie diffuse persistait mais allait disparaître, selon son médecin, s'il mobilisait son dos. Selon le rapport de scanner lombaire réalisé le 6 décembre 2018, il n'y avait pas de séquelle traumatique osseuse vertébrale, les disques jusqu'en L4-L5 étaient intacts, avec quelques calcifications discales en L3-L4 et L4-L5. En L5-S1, une minime protrusion discale circonférentielle prédominant en postéro-latéral gauche et un minime rétrécissement des foramens ont été mis en évidence. Au niveau des vertèbres dorsales basses visualisées, des

séquelles d'ostéochondrose de croissance avec des plateaux vertébraux irréguliers ont été révélés, avec une hernie intra-spongieuse, une vertèbre de morphologie un peu rectangulaire et des ostéophytes antérieurs.

Dans un avis du 25 janvier 2019, le Dr G._____ a préconisé un séjour auprès de la Clinique P._____ (ci-après : Clinique P._____), compte tenu du handicap subjectif encore majeur chez l'assuré.

Le 28 janvier 2019, la CNA s'est vue remettre le rapport d'examen radiologique du rachis lombaire et du bassin réalisé le 23 juillet 2018. Cet examen avait mis en évidence une importante bascule du bassin vers la gauche de 17 mm, associée à une discrète ostéophytose péricapitale droite, l'absence de tassement de L1 mais probablement un discret tassement de T12.

En février 2019, la CNA a reçu un rapport établi le 12 janvier 2019 par le Dr K._____, dans lequel il a posé le diagnostic de déchirure musculaire non résolue du grand dentelé et du grand dorsal droit. Le pronostic était bon, à moyen terme. Le traitement actuel, soit des AINS, de l'antalgie et de la physiothérapie, devait durer trois mois.

L'assuré a séjourné à la Clinique P._____ du 2 au 31 juillet 2019 en vue de thérapies physiques et fonctionnelles pour des douleurs et limitation fonctionnelle du rachis dorso-lombaire. Dans un rapport de sortie du 19 août 2019, les Drs H._____ et N._____, spécialistes en médecine physique et réadaptation, ont posé les diagnostics de traumatisme dorso-lombaire le 11 juillet 2018 avec fracture-tassement minime de D12 et fracture-tassement du plateau supérieur de L1, de dorso-lombalgies et de méralgie gauche sur probable compression du nerf fémoro-cutané par ceinture lombaire. A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient étaient des douleurs lombaires en barres, non irradiantes, constantes, d'une intensité variant de 3 à 10/10, soulagées par les massages et augmentées par la position couchée prolongée ou les mouvements lombaires. Une perte de sensibilité de la face latérale de la cuisse était apparue deux ou trois mois auparavant, d'abord sur toute la

jambe puis avait régressé après une journée sur la cuisse uniquement. Les médecins ont constaté que l'hypoesthésie de la cuisse gauche était probablement en rapport avec une compression du nerf fémoro-cutané par la ceinture lombaire en position assise. Durant son séjour, l'assuré a été suivi aux ateliers professionnels, où il a réalisé des activités s'approchant de son activité antérieure. Le potentiel observé semblait en adéquation avec une reprise professionnelle proche qui devrait se faire de manière progressive. Les médecins ont retenu que les plaintes et les limitations fonctionnelles, soit le port de charges supérieur à 35-40 kg, le port de charges répété supérieur à 25-30 kg, les mouvements en rotation extrême du tronc ou les rotations répétées, s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées lors du séjour, objets des diagnostics. Des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient, à savoir une kinésiophobie et une sous-estimation de ses capacités fonctionnelles. La situation n'était alors pas stabilisée, une stabilisation étant attendue dans un délai de 1 ou 2 mois. Les médecins ont attesté une incapacité de travail du 2 juillet au 31 août 2019.

Le 7 octobre 2019, le Dr G._____ a procédé à un examen de l'assuré. Il a constaté que l'intéressé était très musclé mais avait pris de l'embonpoint, sans que cela ne semble occasionner de limitations fonctionnelles. Alors que l'assuré était très positif à sa sortie de la Clinique P._____, il se plaignait désormais de lombalgies persistantes, barométriques, prédominant le matin au réveil. Objectivement, il n'y avait pas de syndrome lombo-vertébral manifeste. Le patient changeait aisément de position et pouvait rester assis longtemps sans aucune gêne apparente. La manœuvre de Lasègue était négative. Les réflexes ostéotendineux étaient peu vifs, symétriques. Hormis la persistance d'une hypoesthésie à la face latérale de la cuisse gauche, il n'y avait pas de déficit neurologique aux membres inférieurs. Il n'y avait pas de signes clairs de non-organicité, pas de franche autolimitation. Le Dr G._____ a encore relevé que les imageries au dossier n'étaient pas très claires quant au diagnostic et à la présence ou l'absence de fracture consécutive à l'accident. Le Dr G._____ a par conséquent requis une nouvelle

évaluation à la Clinique P._____ ainsi qu'une imagerie par résonance magnétique ([ci-après : IRM] ; cf. courrier du 7 octobre 2019 à l'attention de la Clinique P._____ et rapport de discussion après examen médical du même jour).

L'assuré a adressé, le 13 octobre 2019, une demande de prestations d'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

Le 5 décembre 2019, le Dr N._____ a à nouveau examiné l'assuré. Dans ce contexte, il a constaté une péjoration de la situation avec d'importantes contractures de la musculature para-vertébrale de D8 à L3 et une mobilité globalement diminuée. Les tests fonctionnels réalisés confirmaient également cette péjoration par rapport aux mesures de fin de séjour à la Clinique P._____. L'assuré semblait avoir repris de manière trop soudaine et intensive son activité lourde en octobre, ce qui avait fait réapparaître ses douleurs musculaires. Au vu de la péjoration des douleurs et de l'absence d'amélioration à bientôt un an et demi du traumatisme, le Dr N._____ a proposé de compléter le bilan radiologique avec une IRM lombaire. Il a préconisé dans l'intervalle de reprendre la physiothérapie.

Cette IRM a été réalisée le 16 décembre 2019. Elle a révélé une séquelle d'une minime fracture-tassement de D12 et de L1, l'intégrité des murs postérieurs, un remaniement de type MODIC II à focalisation antérieure de D11 et D12 et de type MODIC I à focalisation antérieure de L1, ainsi qu'une discopathie dégénérative discrète L1-L2 et débord discal focal, para-médian et postéro-latéral droit sans caractère compressif significatif, et une ébauche de discopathie L5-S1 sans conflit disco-radulaire.

Dans un rapport du 12 février 2020, relatif à une consultation du 7 février précédent, le Dr N._____ a constaté que l'évolution subjective et objective était lentement favorable, avec un patient qui semblait bien impliqué dans sa rééducation. L'IRM du 16 décembre 2019

était rassurante avec l'absence de complication, notamment d'œdème osseux au niveau des fractures de D12 et L1, mais la présence de troubles dégénératifs. Le Dr N._____ recommandait de poursuivre la physiothérapie. Sur le plan professionnel, une reprise progressive devrait être possible dans les prochains mois.

Suivant l'avis de son médecin d'arrondissement du 13 février 2020, la CNA a sollicité du Professeur S._____, spécialiste en radiologie, qu'il effectue une relecture du dossier radiologique et détermine si une lésion traumatique était présente ou non (courrier du 20 février 2020).

Dans un rapport du 25 février 2020, le Prof. S._____ a constaté, sur la base de l'IRM et des radiographies standards à disposition, l'absence de lésion traumatique évidente mais la présence de discrets troubles dégénératifs au niveau de la jonction dorso-lombaire et de la portion antérieure de l'articulation sacro-iliaque droite.

Sollicité pour avis le 19 mars 2020, le Dr G._____ a considéré que l'assuré avait subi une contusion lombaire, certes importante, mais qui n'avait entraîné aucune lésion structurelle qu'on pouvait lui rapporter et qui ne pouvait plus être responsable des troubles actuels, au degré de la vraisemblance prépondérante.

Par décision du 23 mars 2020, la CNA a mis fin aux prestations d'assurance au 29 mars 2020. Se référant à l'appréciation de son médecin d'arrondissement, elle a retenu que l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident pouvait désormais être considéré comme atteint. Les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident.

Le 15 avril 2020, l'assuré s'est opposé à la décision qui précède, alléguant qu'il n'avait aucune douleur avant son accident et que seul cet événement expliquait son état.

Dans une appréciation médicale du 20 avril 2020, le Dr G._____ a rappelé ses précédentes constatations cliniques, ainsi que le

rapport du Dr N._____ et l'appréciation du Prof. S._____. Sur la base de ces éléments, il a conclu que l'assuré avait été victime le 11 juillet 2018 d'une contusion lombaire certes importante, mais qui n'avait entraîné aucune lésion structurelle qui pouvait directement lui être rapportée. En conséquence, cette contusion lombaire était certainement guérie depuis longtemps et elle ne pouvait plus être tenue pour responsable de la persistance de lombalgies chroniques, près de deux ans après le traumatisme, au degré de la vraisemblance prépondérante.

Par décision sur opposition du 6 mai 2020, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 23 mars 2020. Elle a relevé que sur une question essentiellement médicale et en l'absence d'élément contraire au dossier, il y avait lieu de se fonder sur l'analyse effectuée en toute connaissance par le Dr G._____. Le fait qu'avant l'accident l'assuré ne souffrait pas de son dos n'avait aucune influence sur l'issue de la présente procédure. Selon une jurisprudence constante, un raisonnement fondé sur l'adage « post hoc, ergo propter hoc » ne permettait pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurances-sociales et ne saurait être admis comme moyen de preuve.

B. Par acte du 3 juin 2020, adressé à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice du canton de Genève, W._____, désormais représenté par ASSUAS, a interjeté un recours à l'encontre de la décision sur opposition qui précède. Il a conclu à son annulation et à ce que son droit aux prestations d'assurance soit reconnu dès le 29 mars 2020, le versement des indemnités journalières étant repris depuis lors. Le recourant a allégué que son état de santé n'était pas stabilisé. Il s'est également fondé sur un certificat établi le 15 mai 2020 par le Dr K._____, dans lequel il relevait trois incohérences au sein de la décision entreprise, à savoir « une interprétation uniquement radiologique en date du 25 février 2020 sans intégration clinicoradiologique de cette expertise, l'appréciation subjective uniquement de la causalité avec les conséquences médicales chroniques persistantes que possèdent (sic) le

patient en question, le défaut d'expertise par un médecin généraliste (ou de famille) de la situation socio-médicale du patient ».

Le 31 juillet 2020, l'intimée, représentée par son conseil, a soulevé l'exception d'incompétence de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice du canton de Genève, laquelle s'est déclarée incompétente par arrêt du 11 septembre 2020.

Par courrier du 18 décembre 2020, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice du canton de Genève a transmis l'acte du 3 juin 2020 de W._____ et son annexe à la Cour de céans, comme objet de sa compétence.

Par réponse du 22 janvier 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a indiqué que le certificat du 15 mai 2020 du Dr K._____ ne permettait pas de s'écarter de l'appréciation du Dr G._____. D'une part, le Prof S._____ avait été expressément interpellé pour un réexamen du volet radiologique du dossier. D'autre part, ce n'était pas seulement une interprétation radiologique qui avait été réalisée, compte tenu de la prise en charge pluridisciplinaire effectuée à la Clinique P._____, ainsi que des examens par les médecins de la Clinique P._____ et par le Dr G._____. En outre, le contexte socio-économique n'avait pas à être pris en compte dans le cadre de l'examen de la causalité entre les troubles présentés et l'accident. Enfin, l'allégation de l'absence de stabilisation de l'état de santé ne reposait sur aucune constatation médicale.

Répliquant le 16 février 2021, le recourant a complété ses conclusions en ce sens qu'une reprise de l'instruction concernant son état de santé devait être ordonnée sous la forme d'une expertise neurochirurgicale, orthopédique et rhumatologique. Il a confirmé ses conclusions pour le surplus. Concernant l'absence de stabilisation de son état de santé, le recourant a relevé que le Dr K._____ attestait encore le 14 août 2020 qu'il était contre-indiqué de participer à ses activités professionnelles jusqu'à nouvel ordre. Dans un courriel du 17 août 2020, il avait également lui-même relevé que ses douleurs au dos empiraient et

qu'il perdait l'efficacité de sa jambe droite. Il a encore relevé que le Dr G. _____ n'était pas « spécialiste FMH en chirurgie » et qu'il n'avait en conséquence pas les compétences médicales pour déterminer objectivement son état de santé. Il n'avait au demeurant pas instruit le cas en fonction des douleurs ressenties ni ne l'avait examiné. Les atteintes à la santé objectives nécessitaient toutefois la mise en œuvre d'une expertise.

Dans une argumentation complémentaire du 1^{er} mars 2021, le recourant a ajouté que son état de santé n'était pas stabilisé, dès lors que l'OAI l'avait convoqué pour un examen clinique le 9 mars 2021 auprès du Dr C. _____, spécialiste en rhumatologie. Il avait sollicité de « l'expert rhumatologue » une copie de son rapport, une fois celui-ci établi. Le Dr K. _____ avait en outre attesté de dorso-lombalgies persistantes dans un rapport du 28 août 2020 à l'attention de l'OAI.

Par duplique du 13 avril 2021, l'intimée a confirmé les conclusions en rejet du recours prises au pied de sa réponse. Elle a relevé que ni le certificat du 14 août 2020 du Dr K. _____ ni le courriel de l'assuré du 17 août 2020 ne permettaient de s'écarter de l'appréciation du Dr G. _____. Elle a ajouté qu'une aggravation significative d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident, comme celle présente chez l'assuré, n'était prouvée que lorsque l'imagerie médicale mettait en évidence un tassement subit des vertèbres ainsi que l'apparition ou l'agrandissement des lésions après un traumatisme. Une telle aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif de la colonne auparavant asymptomatique cessait de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année. L'appréciation du Dr G. _____ était en outre fondée sur un examen complet du dossier, prenant en compte les plaintes douloureuses et l'anamnèse. Les conclusions étaient claires et motivées. Sa valeur probante était entière, même en l'absence d'examen par le Dr G. _____. Le dossier ayant servi de base à son appréciation comportait suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré.

Se déterminant le 30 avril 2021, le recourant a communiqué le rapport établi le 29 mars 2021 par le Dr C._____ qui avait retenu le diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de discarthrose D12-L1 sur séquelle d'une ancienne maladie de Scheuermann (M54.5) et retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis le 31 août 2018 ainsi qu'un pronostic moyen. Selon le recourant, au vu de ces éléments, son état de santé ne pouvait être considéré comme stabilisé. Il a enfin complété ses conclusions en ce sens qu'il avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI), relevant que la CNA n'avait à tort pas envisagé une telle indemnité dans sa décision litigieuse.

Dans des déterminations complémentaires du 18 juin 2021, l'intimée a rappelé que l'objet du présent litige était circonscrit par la décision sur opposition querellée, de sorte que la question de l'IPAI sortait du cadre du litige et était irrecevable. Elle a ajouté qu'il incombait à l'assureur-accidents, et non à l'OAI, de se prononcer sur le lien de causalité et sur la question du *statu quo sine*, comme l'avait relevé le Dr C._____. Cela étant, les conclusions de ce dernier corroboraient l'appréciation du Dr G._____. Au demeurant, le diagnostic incapacitant retenu par le Dr C._____ consistait en des problématiques dégénératives, dont la prise en charge ne lui incombait pas.

Se déterminant le 5 juillet 2021, le recourant a avancé qu'il appartenait à l'intimée de réaliser une imagerie médicale afin de déterminer si la prise en charge des prestations d'assurance devait être poursuivie, dès lors que cet examen permettait de déterminer si une aggravation d'une affection dégénérative préexistante de la colonne était due à un accident.

Le 16 juillet 2021, l'intimée a contesté le bienfondé de cette mesure d'instruction, au vu des nombreuses radiographies effectuées et composant le dossier.

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). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse (art. 58 al. 2 LPGA). Le tribunal qui décline sa compétence transmet sans délai le recours au tribunal compétent (art. 58 al. 3 LPGA). Lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un tribunal incompétent, le délai est réputé observé (39 al. 2 LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA).

b) En l'occurrence, le recours a été déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), auprès d'un tribunal incompétent qui l'a transmis au tribunal de céans compétent en vertu des art. 58 al. 2 et 3 LPGA, dès lors que le recourant, actuellement en France, était précédemment domicilié dans le canton de Vaud à l'instar de son dernier employeur en Suisse. Respectant par ailleurs les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en

principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 29 mars 2020. Si la décision attaquée ne se prononce pas formellement sur la question d'une éventuelle IPAI, elle rejette implicitement tout droit à des prestations au-delà du 29 mars 2020, faute de lien de causalité entre les troubles persistants et l'accident. On peut dès lors admettre que les conclusions du recourant tendant à l'octroi d'une IPAI sont recevables et feront, cas échéant, l'objet d'un renvoi pour que l'intimée se prononce sur ces points.

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. Selon l'art. 4 LPGA, 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.

L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident ; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (art. 6, première phrase, LPGA).

b) 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 (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

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_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). 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_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

d) 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 citées).

4. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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).

b) Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution 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. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une 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 et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. En l'espèce, l'intimée a mis un terme au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des frais médicaux avec effet au 29 mars 2020, au motif que l'état de santé de l'assuré tel qu'il aurait été sans l'accident était désormais considéré comme atteint et que les troubles qui subsistaient au-delà de cette date n'étaient plus dus à celui-ci. La CNA s'est basée sur l'appréciation de son médecin d'arrondissement, le Dr G._____, dont le recourant conteste la valeur probante.

a) Le Dr G._____ a entre autres fondé son appréciation sur ses constatations cliniques. Il a en effet examiné l'assuré le 7 octobre 2019. Après avoir fait état des plaintes douloureuses de celui-ci, il a relevé l'absence de syndrome lombo-vertébral manifeste, un changement aisé de position, un maintien sans gêne apparente de la position assise, l'absence de signe de non-organicité et de franche autolimitation. A l'analyse des clichés, le Dr G._____ n'a pas constaté de lésions traumatiques certaines, ce qui l'a amené à faire appel au Prof. S._____ pour qu'il

procède à un réexamen radiologique du dossier. Ce spécialiste a analysé les radiographies et l'IRM de manière détaillée et a conclu à l'absence de lésion traumatique significative, mais a constaté de discrets troubles dégénératifs au niveau de la jonction dorso-lombaire et de la portion antérieure de l'articulation sacro-iliaque droite. Se fondant sur l'avis du Prof. S._____, le Dr G._____ a dès lors conclu à l'absence de lésion traumatique consécutive à l'accident, ce dernier n'ayant causé qu'une contusion lombaire. Les médecins de la Clinique P._____ qui ont également analysé les clichés au dossier sont du reste arrivés à la même conclusion, à savoir l'absence de fracture visible. L'appréciation du Dr G._____ repose sur un dossier complet contenant les rapports des médecins et un dossier complet d'imageries, comprenant notamment une IRM du 16 décembre 2019. La CNA n'avait donc pas à procéder à une radiographie supplémentaire, comme le soutient le recourant, au vu de ce récent examen. L'appréciation du Dr G._____ doit dès lors se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Le Dr G._____ pouvait ainsi valablement retenir que l'assuré n'avait subi qu'une contusion lombaire. Il a considéré que cette atteinte était vraisemblablement guérie depuis de nombreux mois et que les troubles qui subsistaient au-delà du 29 mars 2020 n'étaient vraisemblablement plus dus à l'accident, mais à l'état dégénératif préexistant. La jurisprudence admet en effet, en se fondant sur l'expérience médicale, qu'une aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année (TF 8C_746/2018 du 1^{er} avril 2019 consid. 3.2 in fine et les références citées). En l'occurrence, la CNA a versé des prestations à l'assuré pendant plus de 20 mois, soit durant une période considérablement plus étendue que ce qui est généralement octroyé en présence d'une contusion. Or, en l'état, aucun élément du dossier ne prouve que les troubles persistants au-delà du 29 mars 2020 sont encore dus aux seules conséquences de l'accident, bien au contraire. Les médecins de la Clinique P._____ avaient en effet estimé que l'état de santé de l'assuré serait stabilisé dans

un délai de 1 ou 2 mois dès la sortie de la clinique le 31 juillet 2019, au vu de la bonne évolution de la situation. Le Dr N. _____ a quant à lui fait état d'une péjoration des douleurs due à une reprise intensive d'un travail lourd en octobre 2019, avant de constater une évolution favorable et de se prononcer en février 2020 en faveur d'une reprise de l'activité professionnelle. En tout état de cause, aucun élément du dossier ne permet de mettre en doute l'appréciation du Dr G. _____.

b) On précisera que le simple fait que des symptômes douloureux se sont manifestés après la survenance de l'accident et ont subsisté après le 29 mars 2020 ne suffit pas à établir un lien de causalité entre les troubles et l'accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; cf. consid. 3b ci-dessus).

Les rapports des médecins traitants du recourant ne parviennent pas non plus à mettre en doute les conclusions du Dr G. _____. Les certificats médicaux par lesquels le Dr K. _____ continue de prolonger l'incapacité de travail de l'assuré ne sont pas étayés médicalement, ce qui ne permet pas d'établir que l'accident est la cause de cette incapacité. Ce médecin ne motive pas davantage sa position lorsqu'il pose, dans son rapport du 12 janvier 2019, les diagnostics de déchirure complète non résolue du grand dentelé et du grand dorsal droit, diagnostics qui ne sont par ailleurs confirmés par aucune autre pièce au dossier pas plus que par le résultat des imageries. Son rapport du 15 mai 2019 n'emporte pas non plus la conviction. Bien que les griefs soulevés par le Dr K. _____ ne soient pas d'une grande clarté, on relèvera que le cas de l'assuré n'a été examiné ni sous un angle subjectif, mais sur la base des pièces médicales au dossier, ni uniquement sous l'angle radiologique, l'avis du Prof. S. _____ ayant été sollicité sur ce point pour un réexamen des clichés présents au dossier et venant dès lors s'ajouter aux autres examens réalisés notamment par la Clinique P. _____ et le Dr G. _____. En outre, des critères sociaux-économiques n'entrent pas dans le cadre de l'examen de la causalité.

Par ailleurs, le recourant ne saurait tirer aucun avantage de l'appréciation de sa capacité de travail qu'a faite le Dr C. _____, médecin au SMR. En effet, il n'appartient pas à l'OAI, ni au médecin du SMR, de se prononcer sur la causalité entre un accident et les troubles de l'assuré, mais plutôt d'analyser l'état de santé général de celui-ci. L'assureur-accidents ne répond quant à lui que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4 ; 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2). Ces différents critères d'évaluation expliquent également pourquoi la CNA n'a pas examiné la question de la capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle a considéré que l'accident litigieux n'était plus la cause des troubles encore présents.

En outre, le grief selon lequel le Dr G. _____ ne dispose pas d'une spécialisation « FMH en chirurgie » est dénué de pertinence, dès lors qu'il détient effectivement la qualité de spécialiste en chirurgie. Cela étant, selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment leur spécialisation médicale (TF 8C_108/2020 du 22 décembre 2020 consid. 4.4.2 ; 8C_59/2020 du 14 avril 2020 consid. 5.2; 8C_316/2019 consid. 5.4 du 24 octobre 2019 et les arrêts cités).

Enfin, contrairement à ce que le recourant soutient, le Dr G. _____ a procédé à un examen clinique en date du 7 octobre 2019 qui l'a amené à requérir un avis radiologique au Prof. S. _____. Par la suite, ses avis complémentaires ont été établis sur dossier, ce qui n'est pas critiquable, dès lors que le médecin d'arrondissement disposait d'un dossier complet (TF 8C_108/2020 du 22 décembre 2020 consid. 4.4.1 et la référence citée). Le Dr G. _____ n'avait à cet égard pas de motif de requérir un rapport de la part du Dr N. _____, lequel n'avait pas examiné

la question de la causalité, qui fait défaut ; la persistance d'atteintes dégénératives n'étant pas remise en question.

c) L'intimée était dès lors fondée à mettre un terme à ses prestations au 29 mars 2020, faute de causalité naturelle au-delà de cette date entre l'accident du 11 juillet 2018 et les troubles encore présents. A défaut de causalité, la CNA n'avait dès lors pas à examiner les conditions pour l'octroi d'autres prestations, telle qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

6. Il faut constater que les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer, sans qu'il apparaisse nécessaire de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

7. a) Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

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. 82a LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

La partie défenderesse, qui a procédé dans l'accomplissement d'une tâche réglée par le droit public, n'a pas davantage droit à des dépens (ATF 126 V 143 consid. 4 ; voir également ATF 128 V 323).

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

prononce :

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 6 mai 2020 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 :

- ASSUAS (pour W. _____),
- Me Jeanne-Marie Monney (pour la 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 :