

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 février 2023

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
MM. Neu et Piguet, juges
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

K._____, à [...], recourant, représenté par Me Jana Burysek, avocate à
Lausanne,

et

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

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a exercé le métier d'étancheur. À ce titre, il bénéficiait d'une couverture d'assurance auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels.

Le 8 janvier 2016, l'assuré a été victime d'un accident de la voie publique alors qu'il se trouvait au [...] (collision frontale). Après avoir reçu les premiers soins sur place, il est rentré en Suisse et s'est rendu le 12 janvier 2016 au F._____, où le diagnostic d'entorse cervicale et de contusions de la cheville et du pied droits ont été posés (cf. rapport établi le 16 février 2016 par la Dre X._____, spécialiste en médecine interne). Les radiographies de la cheville et du pied droit, ainsi que de la colonne cervicale et du nez effectuées le même jour ont par ailleurs révélé une petite fracture de l'os propre du nez au niveau de la pointe, ainsi que des modifications dégénératives, avancées pour l'âge, du rachis cervical (cf. rapport du V._____ du 13 janvier 2016).

L'employeur de l'époque a annoncé le sinistre à la CNA le 25 janvier 2016, laquelle a ouvert un dossier sous la référence [...] et pris en charge le cas.

Le Dr C._____, médecin généraliste traitant de l'assuré, a adressé un premier rapport à la CNA le 4 avril 2016. Posant les diagnostics de myélopathie commotionnelle et de fracture de l'os propre du nez, il a signalé la persistance de douleurs du pied avec boiterie occasionnelle et de contracture cervico-dorsale. Invité par la CNA à l'informer sur le processus de guérison, le Dr C._____ a indiqué le 30 juin 2016 que son patient ne l'avait plus consulté depuis le précédent rapport, avant de signaler le 22 juillet 2016 que l'intéressé était revenu le voir en raison de la réactivation de douleurs à la cheville depuis qu'il avait enlevé son attelle, tandis que les autres symptômes s'étaient normalisés. Un scanner du pied droit effectué le 11 juillet 2016 avait montré la persistance d'une

importante tuméfaction, raison pour laquelle le Dr C. _____ avait sollicité un avis orthopédique.

L'assuré a consulté la Dre L. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le 14 juillet 2016. Constatant une distorsion entre l'examen clinique et les plaintes présentées par le patient, cette spécialiste a proposé de revoir l'assuré après la réalisation d'une IRM (imagerie par résonance magnétique) de la cheville droite (cf. rapport de la Dre L. _____ du 28 juillet 2016). Cet examen a eu lieu le 22 juillet 2016 et le rapport établi à cette occasion concluait comme suit :

« Déchirure partielle des ligaments tibio-fibulaires avec élargissement de la syndesmose tibio-fibulaire distale. Important œdème médullaire et désinsertion partielle probablement du rétinaculum des fibulaires postérieurement sur la fibula distale. »

Répondant le 23 septembre 2016 à un questionnaire de la CNA, la Dre L. _____ a indiqué que les douleurs à la cheville persistaient. Le patient était traité par antalgie, mais le recours à des infiltrations ou une chirurgie serait envisagé en fonction de l'évolution.

B. Le 26 novembre 2018, alors qu'il était en train de poser du carton bitumé dans le cadre d'une mission temporaire pour le compte de A. _____ SA, l'assuré a chuté de sa hauteur après s'être pris le pied dans du gravier. Il a consulté le Dr I. _____, médecin praticien, lequel a délivré un arrêt de travail le 28 novembre 2018, régulièrement prolongé par la suite. Le médecin a par ailleurs prescrit une médication antidouleur et a sollicité des IRM de la cheville et de la colonne cervicale.

A. _____ SA a annoncé le cas à la CNA le 29 novembre 2018, en faisant état d'atteintes à la cheville et au pied droits. La CNA a ouvert un nouveau dossier, sous la référence [...].

Le 4 décembre 2018, l'assuré a informé la CNA qu'il allait passer des IRM de la cheville ainsi que de la colonne cervicale car l'épaule était aussi touchée, avec des fourmillements dans tout le bras.

Dans un rapport médical initial LAA du 14 décembre 2018, le Dr I. _____ a posé les diagnostics de déchirure partielle du ligament tibio-fibulaire antérieur droit et de « cervicalgies pluriétagées (maladie ?) ». Le médecin a joint le rapport d'IRM de la cheville droite du 5 décembre 2018 et le rapport d'IRM cervicale du 7 décembre 2018, lequel concluait comme suit :

« Conclusion

IRM cervicale démontrant un canal cervical étroit d'origine constitutionnelle avec un rétrécissement pré-foraminal droit significatif à l'étage C3-C4.

Il existe également un rétrécissement pré-foraminal gauche significatif.

A l'étage C4-C5, il existe un rétrécissement pré-foraminal droit significatif avec un rétrécissement également significatif du foramen gauche.

A l'étage C5-C6, il existe un débord disco-ostéophytique circonférentiel marqué entrant en contact avec le cordon médullaire mais sans y provoquer de signe de myélopathie.

Il existe un rétrécissement pré-foraminal et foraminal sévère des deux côtés.

Enfin, à l'étage C6-C7, il existe un rétrécissement pré-foraminal significatif des deux côtés.

Rehaussement de l'articulation inter-apophysaire postérieure latéralisée du côté gauche à l'étage C3-C4 et C4-C5. »

Répondant le 23 décembre 2018 à un questionnaire de la CNA, l'assuré a indiqué qu'il s'était tordu la cheville sur des gravats et qu'il avait essayé de se retenir sur une pièce métallique. Il avait ressenti immédiatement des douleurs dans le dos et les bras. Il était dans l'attente d'un rendez-vous avec un spécialiste.

Dans un rapport du 5 mars 2019, le Dr N. _____, spécialiste en neurochirurgie, a indiqué que l'assuré présentait une radiculopathie au niveau de la racine C6 du côté gauche. Un scanner cervical, effectué le 1^{er} février 2019, et l'IRM montraient une sténose foraminale expliquant très bien les symptômes. Il avait proposé une intervention chirurgicale consistant en une discectomie cervicale antérieure et fusion de vertèbres (ACDF) et une foraminotomie antérieure C5/C6 et C6/C7 avec mise en place de cage.

Lors d'un entretien qui s'est déroulé le 13 mars 2019 à son domicile, l'assuré a déclaré en particulier qu'après son accident de janvier 2016, le problème de dos, à savoir des douleurs qui s'étendaient du bas de la nuque jusqu'aux lombaires, s'était « bien réglé », sans douleurs résiduelles. En revanche, la cheville droite ne s'était jamais complètement remise, causant régulièrement de petites douleurs. Une augmentation des douleurs à la cheville durant une incarcération entre 2016 et 2018, en lien avec un travail de voirie « assez lourd », avait nécessité des infiltrations. S'agissant de sa chute du 26 novembre 2018, l'assuré a expliqué qu'il s'était tordu la cheville droite dans des gravats alors qu'il portait un rouleau de goudron sous le bras gauche. Il avait perdu l'équilibre et s'était réceptionné avec le bras droit sur un caisson de climatisation d'une hauteur d'un mètre, ce qui avait forcé son bras droit vers le haut. Il avait ressenti un craquement dans la nuque, causant un éblouissement et des douleurs dans le thorax et le bras gauche. Il avait immédiatement interrompu son travail. Depuis, sa nuque craquait continuellement et il avait des fourmillements dans le bras gauche. En outre, sa cheville droite restait douloureuse à la marche et il boîtit.

Sollicité pour avis les 3 et 4 avril 2019, le Dr J._____, médecin-conseil de la CNA spécialiste en chirurgie, a recommandé de prendre en charge le cas mais d'adresser l'assuré au Dr G._____, spécialiste en neurologie, pour avoir son point de vue sur l'intervention envisagée. L'assuré a ensuite été informé, par courrier du 4 avril 2019, que des indemnités journalières allaient lui être versées dès le 29 novembre 2018 et qu'il serait prochainement convoqué pour examen par le Dr G._____.

Le 10 avril 2019, la CNA a obtenu un rapport établi le 7 mars 2019 par les Drs [...] et E._____, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Posant les diagnostics de status post-accident de la voie publique en janvier 2016 avec lésions de la cheville droite et de la colonne cervicale, ainsi que d'entorse de la cheville de grade II le 28 novembre 2018, ces médecins ont décrit le status de la

cheville droite et indiqué que la situation serait à réévaluer dès lors que le traitement de physiothérapie prescrit n'avait pas encore débuté.

Le Dr G. _____ a examiné l'assuré et rendu son rapport le 20 juin 2019, exposant en particulier ce qui suit :

« RESUME DU CAS ET APPRECIATION :

Il s'agit donc d'un sujet en bonne santé habituelle, si ce n'est un accident en 2016 dont il garderait encore des douleurs au niveau de la cheville droite, victime le 26.11.2018, dans le cadre de son travail, d'un trébuchement lors duquel il s'est apparemment appuyé sur une structure métallique tout en portant un rouleau du membre supérieur droit. Il ne semble pas y avoir eu de chute ou de choc direct mais la description des troubles n'est pas très claire.

Dans les suites de l'accident susmentionné, M. K. _____ s'est plaint de cervico-brachialgies gauches, de fourmillements au niveau de la main gauche et de douleurs au niveau de la cheville droite.

A la demande du Dr I. _____, un bilan radiologique a été pratiqué qui a révélé un canal cervical étroit constitutionnel surchargé d'altérations dégénératives disco-vertébrales, notamment aux niveaux C5-C6 et C6-C7, avec possible conflit disco-ostéophytoradiculaire mais pas de myélopathie.

Sur le plan clinique, il est mentionné dans les dossiers du Service de [...] une faiblesse portant sur la flexion du bras et l'extension des doigts.

Sur le plan professionnel, M. K. _____ n'a pas repris son activité professionnelle jusqu'ici ; il est toujours en discussion quant à l'indication à une sanction chirurgicale.

En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué montre une nuque de mobilité limitée, avec une mobilisation sensible localement mais sans provocation de douleurs ou de paresthésies au niveau des membres supérieurs. La station debout et les différentes épreuves de marche sont correctement exécutées. L'examen du tronc et des membres inférieurs est entièrement normal, notamment sans signes de myélopathie. Au niveau des membres supérieurs, on note une bonne préservation de l'épreuve des bras tendus, des mouvements rapides, de la trophicité musculaire, des réflexes tendineux. J'ai répété à 2 reprises le testing de la force musculaire qui n'apporte pas actuellement la preuve d'un déficit moteur significatif, l'ensemble des muscles examinés étant à M5 au niveau des 2 membres supérieurs. Quant à l'examen de la sensibilité, ce dernier paraît révéler une possible hypoesthésie tactile et douloureuse du dos de l'avant-bras et de la main, un peu douteuse.

Comme convenu, j'ai pratiqué un ENMG [électroneuromyogramme] du membre supérieur gauche. Cet examen ne révèle actuellement pas de signes d'atteinte neurogène périphérique certains dans

l'ensemble des muscles examinés au niveau du membre supérieur gauche et dépendant des myotomes C5 à D1.

En conclusion, compte tenu des constatations cliniques et du résultat de l'ENMG, je ne peux pas confirmer actuellement l'existence d'une atteinte radiculaire ou médullaire.

Sur le plan thérapeutique, je ne pense pas qu'il y ait d'indication neurochirurgicale, si ce n'est éventuellement une intervention préventive en raison du canal étroit cervical constitutionnel. Une telle intervention ne serait clairement pas à la charge de l'assureur-accident.

En ce qui concerne les seules conséquences de l'accident, je pense qu'il convient de poursuivre, pour une période de 3 à 6 mois au maximum, un traitement d'[anti-inflammatoires non stéroïdiens], d'antalgiques et de physiothérapie. Il n'y a pas d'indication opératoire.

En ce qui concerne la relation de causalité entre les troubles et l'événement du 26.11.2018, il paraît raisonnable de limiter dans le temps la prise en charge par l'assureur-accident.

Il n'y a pas de perte à l'intégrité en conséquence de l'accident du 26.11.2018 sur le plan de la situation au niveau cervical. Je ne me prononce pas sur la situation au niveau de la cheville.

Sur le plan de l'activité professionnelle, je ne vois pas de contre-indication à ce que M. K. _____ reprenne son activité professionnelle, tout d'abord à 50 %, puis à 100 % en lui évitant dans la mesure du possible les activités les plus lourdes. »

Répondant le 11 juillet 2019 à un questionnaire de la CNA, le Dr I. _____ a indiqué que la situation était inchangée depuis son précédent rapport, en renvoyant aux écrits du Dr N. _____ du 5 mars 2019 et des Drs R. _____ et E. _____ du 7 mars 2019.

Sollicité à nouveau pour avis, le Dr J. _____ a suggéré, le 18 juillet 2019, d'adresser l'assuré au Dr S. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour examiner la cheville droite et de ne pas délivrer, dans l'intervalle, de garantie de prise en charge d'une éventuelle intervention chirurgicale au niveau de la colonne cervicale.

Le Dr S. _____ a examiné l'assuré le 3 septembre 2019. Dans son rapport du 5 septembre 2019, ce spécialiste a constaté que le traitement conservateur avait échoué et proposé de procéder à une

intervention chirurgicale de la cheville droite le 3 octobre 2019, dont il demandait la garantie de prise en charge au médecin-conseil de la CNA.

Dans un avis du 12 septembre 2019, le Dr J._____ a déclaré que l'intervention prévue au niveau de la cheville droite était en lien avec l'accident de 2016. En revanche, l'accident de 2018 ne déployait plus d'effet s'agissant de la colonne cervicale. La CNA a ainsi accordé, par courrier du 26 septembre 2019, la garantie de prise en charge de l'intervention proposée par le Dr S._____.

Par décision du 27 septembre 2019, la CNA a mis fin à la prise en charge du traitement médical concernant les troubles cervicaux dès le 1^{er} octobre 2019, ceux-ci devant dès lors être considérés comme d'ordre maladif sans relation avec l'accident initial. Les prestations d'assurance légales continuaient cependant d'être versées pour les troubles à la cheville droite. Dans un courrier séparé, la CNA a précisé que l'intervention prévue le 3 octobre 2019 serait prise en charge en lien avec l'accident survenu le 8 janvier 2016.

Le 4 octobre 2019, agissant en sa qualité d'assureur-maladie de l'assuré, P._____ SA a déposé une opposition à titre préventif contre la décision précitée, qu'elle a cependant retirée par courrier du 21 octobre 2019 en précisant qu'elle prendrait en charge les frais de traitement selon les tarifs reconnus par les assureurs-maladie.

Désormais représenté par Me Jana Burysek, l'assuré s'est opposé à la décision du 27 septembre 2019 par acte du 15 octobre 2019, complété le 18 novembre 2019. Concluant principalement à l'octroi de prestations en lien avec ses troubles cervicaux, il a relevé que ses douleurs au niveau de la nuque et les fourmillements dans les doigts avaient débuté après sa chute et nécessitaient toujours la prise de médicaments antidouleur puissants. L'accident avait aggravé des troubles antérieurs à l'accident et le Dr G._____ ne s'était pas clairement prononcé sur la question du statu quo ante vel sine, de sorte que la CNA en avait fixé la date de manière arbitraire. L'assuré mettait par ailleurs en

doute la valeur probante du rapport de ce spécialiste, dès lors que ses conclusions étaient lacunaires et insuffisamment motivées, n'indiquant en particulier pas pour quel motif il ne retenait pas d'indication opératoire alors que le Dr N. _____ préconisait une intervention. Ainsi, l'instruction était incomplète, la teneur du rapport du Dr N. _____ devant amener à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise indépendante.

Prié d'examiner les griefs soulevés par l'assuré, le Dr J. _____ a répondu comme suit le 12 décembre 2019 :

« Au terme de son examen, assorti d'un [électroneuromyogramme] et d'une relecture des [radiographies], le Dr G. _____ n'a pas confirmé l'existence d'une atteinte neurologique radiculaire ou médullaire. Il n'a pas retenu non plus l'indication à une prise en charge chirurgicale, si ce n'est à titre préventif, précisant clairement qu'elle n'était pas à la charge de la Suva, le cas échéant. Pour moi, ses conclusions sont claires et bien motivées et je n'ai rien à ajouter. »

Le 15 juin 2020, l'assuré a produit deux rapports établis les 22 février et 7 juin 2020 par le Prof. B. _____, spécialiste en neurochirurgie. Dans le premier rapport, ce médecin exposait que l'IRM cervicale du 7 décembre 2018 montrait une protrusion disco-ostéophytaire postérieure en barre nette en C3-C4, C5-C6 et C6-C7, qui rétrécissait quelque peu le canal cervical sans comprimer la moelle, troubles dégénératifs qui produisaient une sténose des canaux de conjugaison. La nécessité d'une intervention paraissait discutable face au jeune âge de l'assuré, raison pour laquelle il souhaitait de nouvelles imageries. Dans le second rapport, établi après avoir obtenu de nouvelles imageries médicales effectuées en février 2020, le Prof. B. _____ a émis l'appréciation suivante :

« Il y a donc des troubles cervicaux dégénératifs pluriétagés, maximaux en C5-C6, puis en C6-C7, sans répercussion significative sur la moelle, mais avec une nette sténose des canaux de conjugaison. Ces répercussions paraissent maximales en C5-C6, alors que le tableau clinique correspondrait plutôt à une symptomatologie C7, donc secondaire à C6-C7.

Comme je l'ai déjà écrit, sur le plan purement objectif, je poserais dans ce cas une indication opératoire relative, puisque les altérations radiologiques sont assez importantes, en principe irréversibles et puisqu'il ne s'agit pas de hernies discales molles qui

peuvent à nouveau progressivement disparaître et puisque le tableau clinique est concordant.

Bien sûr, je ne peux pas nier les facteurs potentiellement défavorables pour un bon résultat post-opératoire, surtout sur le plan subjectif.

Ainsi, malgré les troubles dégénératifs relativement importants, le patient est encore jeune.

Il y a des accidents qui sont impliqués, dont un accident du travail et je ne pense pas que la prise en charge asséurologique soit déjà réglée à ce sujet.

M. K. _____ a un métier défavorable.

Il est à l'arrêt de travail de longue date, également avec un problème de cheville opérée qui n'est pas encore guérie.

Cela pèse évidemment sur le pronostic, mais n'est à mon avis pas une contre-indication de traiter la pathologie qui est anatomiquement claire et qui explique des plaintes persistantes.

Avec une décompression transdiscale et fusion solide, M. K. _____ peut être mobilisé immédiatement après l'opération, sans porter de minerve. A la longue, la colonne cervicale sera mécaniquement solide et peut être mise à contribution sans limitation significative.

Je peux ainsi donner ce 2^{ème} avis au patient et à son médecin-traitant ».

Par décision sur opposition du 30 août 2021, la CNA a rejeté l'opposition. Elle a relevé que les imageries médicales effectuées sur la colonne cervicale après l'accident de la voie publique dont l'assuré avait été victime en janvier 2016, avaient déjà révélé des modifications dégénératives avancées pour son âge et les symptômes à ce niveau avaient disparu en juillet 2016. Les imageries postérieures à l'accident de novembre 2018 avaient également révélé des lésions dégénératives de la colonne cervicale. Le Dr G. _____ avait spécifié qu'une éventuelle intervention préventive en raison du canal étroit cervical constitutionnel ne serait clairement pas à la charge de l'assurance-accidents et le Dr J. _____ avait conclu le 12 septembre 2019 que l'accident de 2018 ne déployait plus d'effet au niveau de la colonne cervicale. De son côté, l'assuré n'opposait aucun élément d'ordre médical propre à différer le terme de la prise en charge des troubles cervicaux.

C. Toujours représenté par Me Burysek, K. _____ a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 30 septembre 2021.

Reprenant l'argumentation développée dans son opposition et se plaignant en outre d'une appréciation arbitraire des preuves par l'intimée, il a conclu principalement à la réforme de la décision litigieuse dans le sens de l'octroi des prestations légales en lien avec les troubles cervicaux dès le 26 novembre 2018, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision. Il a par ailleurs requis la production par l'intimée des deux dossiers complets concernant ses deux accidents, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire par un spécialiste en neurochirurgie, et a sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire.

Par décision du 15 novembre 2021, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, comprenant l'exonération d'avances et de frais judiciaires ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Burysek.

Répondant le 8 novembre 2021, l'intimée a pointé l'absence d'éléments nouveaux amenés par le recourant pour mettre en doute les pièces médicales sur lesquelles elle s'était fondée et a conclu au rejet du recours. Elle a joint une copie du dossier n° [...].

Les parties se sont encore exprimées successivement les 8 et 22 décembre 2021, en renvoyant à l'argumentation développée dans leurs précédents écrits.

A la demande de la juge instructrice, l'intimée a produit une copie du dossier n° [...] le 14 novembre 2022.

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. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 1^{er} octobre 2019 en relation avec ses douleurs cervicales, singulièrement sur la question de savoir si les troubles qui ont persisté au-delà de cette date se trouvent en relation de causalité naturelle et adéquate avec un accident assuré.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

b) En l'espèce, l'intimée n'a, à juste titre, pas remis en cause le caractère accidentel des événements survenus les 8 janvier 2016 et 26 novembre 2018.

4. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en outre, 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). 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'assurance-accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées ; 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_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). 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 (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents requiert encore 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).

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 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_650/2018 du 23 octobre 2019 consid. 4.2 ; 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

c) Selon la jurisprudence, qui se fonde sur l'expérience médicale, 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 ; 8C_625/2017 du 5 avril 2018 consid. 3.2 ; 8C_649/2016 du 13 juillet 2017 consid. 5.3).

5. a) 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

b) 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 citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

6. a) En l'espèce, l'intimée a mis fin à ses prestations en lien avec les troubles cervicaux à compter du 1^{er} octobre 2019, au motif que ceux-ci étaient d'étiologie dégénérative, voire constitutionnelle, et que la responsabilité de l'assurance-accident ne saurait être durablement engagée. Elle s'est basée en particulier sur les avis de son médecin d'arrondissement, ainsi que sur le rapport d'examen neurologique du Dr G. _____ du 20 juin 2019.

Pour rédiger son rapport, ce spécialiste a reçu les pièces médicales recueillies par l'intimée en lien avec l'événement du 26 novembre 2018, dont en particulier l'IRM cervicale du 7 décembre 2018 et le rapport médical du Dr N._____ du 5 mars 2019. Il a établi une anamnèse, a recueilli les plaintes du recourant et a procédé à un examen neurologique complet de celui-ci, incluant un électroneuromyogramme (ENMG) du membre supérieur gauche. Il a ensuite présenté son appréciation du cas, de manière claire et étayée. Ce rapport répond ainsi aux exigences posées par la jurisprudence pour lui reconnaître une pleine valeur probante.

b) Dans un premier moyen, le recourant expose que les troubles cervicaux dont il continue de souffrir résultent de son accident du 8 janvier 2016 et qu'ils ont été aggravés par l'événement accidentel du 26 novembre 2018. Il ne précise cependant pas sur quel rapport médical il se fonde pour arriver à cette conclusion.

Or les rapports médicaux versés au dossier de l'intimée à la suite de l'accident du 8 janvier 2016 ne font pas état de lésions structurelles de la colonne cervicale, mais d'une entorse cervicale (cf. rapport de la Dre X._____ du 16 février 2016). Ce diagnostic se fondait notamment sur une radiographie du 13 janvier 2016, laquelle ne montrait que des modifications dégénératives, qualifiées d'avancées pour l'âge. En avril 2016, le Dr C._____ a évoqué une myélopathie commotionnelle et constaté que son patient présentait une contracture cervico-dorsale. Ce médecin a cependant indiqué, dans son rapport de juin 2016, que son patient n'avait plus consulté depuis avril 2016, avant de confirmer en juillet 2016 qu'il n'y avait plus de symptômes au niveau cervical et que le recourant n'était revenu que pour sa cheville droite. Il apparaît ainsi que l'accident de voiture de janvier 2016 n'a entraîné aucune lésion au niveau des cervicales et que les troubles cervicaux qui sont apparus consécutivement à cet accident se sont entièrement amendés entre avril et juin 2016. Le recourant a d'ailleurs confirmé, lors de l'entretien tenu à son domicile avec un collaborateur de l'intimée en mars 2019, qu'il n'avait

plus ressenti de douleurs cervicales ou dorsales jusqu'à l'événement du 26 novembre 2018, quand bien même il avait dû effectuer un travail pénible physiquement durant sa détention.

Dans les suites de l'événement du 26 novembre 2018, le recourant a passé une IRM cervicale le 7 décembre 2018. Celle-ci n'a pas non plus révélé de fracture, mais bien plutôt que le recourant présentait un canal cervical étroit d'origine constitutionnelle, avec rétrécissement pré-foraminal significatif à plusieurs niveaux. D'emblée, le Dr I. _____ a réservé le caractère maladif des cervicalgies en posant son diagnostic. Dans son rapport du 5 mars 2019, le Dr N. _____ a confirmé l'existence d'un canal cervical étroit, sous la dénomination de « sténose foraminale », et a précisé que cette sténose expliquait « très bien » les symptômes. Ce spécialiste n'a cependant mentionné ni la chute du 26 novembre 2018, ni l'accident de voiture de janvier 2016, événements qu'il n'a donc pas mis en lien avec les symptômes présentés. Un tel lien ne ressort pas non plus des rapports établis par le Prof. B. _____, qui a noté la présence d'importants troubles dégénératifs. S'il a cité, parmi les facteurs potentiellement défavorables pour un bon résultat post-opératoire, des accidents « impliqués » et une prise en charge asséurologique non réglée, ce spécialiste n'a pris aucunement position sur ces questions.

En conséquence, les pièces médicales au dossier ne permettent pas de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles cervicaux dont souffre le recourant auraient pour origine l'accident de 2016. Il peut seulement en être déduit que le recourant présentait déjà, à la date de son premier accident, un canal cervical étroit et des troubles dégénératifs préexistants, qui ont été provisoirement décompensés à l'occasion du premier accident puis ravivés lors du second accident. C'est donc à juste titre que l'intimée a sollicité l'avis d'un spécialiste indépendant pour déterminer si l'intervention préconisée par le spécialiste traitant était du ressort de l'assurance-accidents et, dans la négative, fixer la date du statu quo sine.

c) Dans un deuxième moyen, le recourant conteste la valeur probante du rapport du Dr G._____, au motif que ses conclusions seraient contredites par celles des médecins consultés par le recourant.

S'agissant du constat posé par le Dr G._____, selon lequel il ne peut pas confirmer actuellement l'existence d'une atteinte radiculaire ou médullaire et ne retient pas d'indication opératoire, il y a lieu d'emblée de relever que le diagnostic de myélopathie, terme qui désigne les atteintes médullaires, n'a été proposé que par le Dr C._____ en 2016, médecin praticien qui disposait uniquement d'une radiographie et qui n'a plus été consulté pour les douleurs cervicales après quelques semaines seulement. Or le compte-rendu d'IRM du 7 décembre 2018 mentionne expressément l'absence de signes de myélopathie, constat qui n'est contredit ni par le Dr N._____, ni par le Prof. B._____. Quant à l'existence d'une atteinte radiculaire (ou radiculopathie), le Dr G._____ a déclaré ne pas pouvoir en confirmer l'existence au terme d'un examen médical complet comprenant un électroneuromyogramme et en ayant eu connaissance de l'IRM du 7 décembre 2018 ainsi que des constatations faites avant lui par le Dr N._____. Un an plus tard, alors que le recourant s'est plaint d'une aggravation des symptômes, le Dr B._____ a également conclu à un syndrome radiculaire, sur la base d'une nouvelle IRM et d'un examen neurologique n'incluant pas d'électroneuromyogramme. Il existe ainsi une divergence non seulement dans l'appréciation des deux neurochirurgiens consultés par le recourant par rapport à celle du neurologue mandaté par l'intimée, mais également dans la méthode diagnostic employée par ceux-ci. Ces divergences ne paraissent cependant pas suffisantes pour ôter toute valeur probante aux conclusions du Dr G._____, eu égard à la question qui doit être tranchée.

En effet, que les troubles soient ou non le résultat d'une radiculopathie, il n'en demeure pas moins que les neurochirurgiens n'établissent aucun lien entre les symptômes rapportés par le recourant et l'un ou l'autre de ses accidents. Les trois spécialistes qui ont examiné le recourant sont ainsi d'accord sur l'origine dégénérative des atteintes visibles sur l'IRM et les radiographies cervicales, de sorte que la question à

résoudre est bien le moment du statu quo sine, non celui de la guérison complète ou de la stabilisation des troubles. Or ni le Dr N. _____ ni le Prof. B. _____ n'ont amené d'élément d'ordre médical susceptible de contredire l'appréciation du Dr G. _____ sur la date du statu quo sine. Quant à l'indication opératoire, il faut constater que les neurochirurgiens envisagent, non pas la guérison d'une lésion de nature traumatique, mais la correction du rétrécissement foraminaux pour empêcher une future compression de la moelle épinière du fait de l'évolution dégénérative. Il s'agit donc bien, comme l'a indiqué le Dr G. _____, d'une intervention préventive qui n'est pas à charge de l'assurance-accidents.

d) Le recourant conteste également la valeur probante des conclusions du Dr G. _____ du fait que ses troubles cervicaux persistent, alors que ce médecin a évalué que le traitement antidouleur pourrait prendre fin dans un délai de trois à six mois. Le reproche du recourant à cet égard est assez confus. La notion de statu quo sine intervient lorsque l'accident a décompensé un état maladif préexistant et que le statu quo ante ne peut être recouvré, donc lorsqu'il ne saurait être question d'une guérison complète. En l'occurrence, s'agissant de lésions dégénératives qui ne peuvent que s'aggraver avec le temps, le délai de trois à six mois posé par le Dr G. _____ ne visait manifestement pas la guérison des troubles. Déterminé fin juin 2019, ce délai portait le statu quo sine entre fin septembre et fin décembre 2019, soit entre dix à treize mois après la survenance de la chute. Comme déjà dit, contrairement à ce que soutient le recourant, les spécialistes qu'il a consultés ne donnent aucun argument susceptible de justifier la persistance de douleurs cervicales pendant plus d'une année après une chute de faible hauteur et sans contrainte particulière au niveau cervical. Aussi, il n'existe aucune raison de s'écarter des conclusions du Dr G. _____, qui sont conformes à la pratique médicale entérinée par la jurisprudence (cf. supra, consid. 4c).

e) En définitive, l'intimée n'avait aucune raison de douter des conclusions du Dr G. _____, celles-ci n'étant pas sérieusement contredites par les rapports des spécialistes consultés par le recourant sur les questions asséurologiques.

Quant à la valeur probante des rapports du médecin d'arrondissement, également mise en doute par le recourant, elle doit être examinée à la lumière de la tâche conférée par l'assureur. Dans le cas d'espèce, le rôle du Dr J._____ s'est limité à opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, à prendre position à leur sujet et à prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils sont fondés sur un dossier médical complet comprenant des rapports d'examen du recourant et qu'ils ne sont pas contredits par les pièces médicales au dossier, les avis du Dr J._____ peuvent être suivis (cf. TF 8C_712/2021 du 10 août 2021 consid. 3.3.2). Dans ce contexte, il convient également d'écarter le grief soutenu par le recourant, selon lequel l'intimée aurait manqué à son obligation d'instruire, puisque l'intimée a sollicité l'avis de son médecin d'arrondissement tout au long de l'instruction du dossier, y compris à réception de l'opposition du recourant puis des rapports du Prof. B._____.

7. A titre de mesure d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Comme démontré plus avant, les éléments au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à requérir un complément d'instruction sous la forme d'une expertise. Par conséquent, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

8. a) Au vu de 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 (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Me Burysek peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office, qu'il convient de fixer à 2'361 fr. 20, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 30 août 2021 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.
- IV.** L'indemnité de Me Jana Burysek, conseil d'office de K._____, est arrêtée à 2'361 fr. 20 (deux mille trois cent soixante et un francs et vingt centimes), débours et TVA compris.

- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office provisoirement mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jana Burysek (pour K. _____),
- 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 :