

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 avril 2022

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Durussel, juge, et M. Bidiville, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourant,

et

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

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

E n f a i t :

A. a) X. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé comme chauffeur poids lourd. Inscrit en tant que demandeur d'emploi auprès de la Caisse cantonale de chômage Agence de [...], il était au bénéfice des prestations de l'assurance-chômage depuis le 5 septembre 2019. A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

b) Le 24 janvier 2021 à 11h30, l'assuré a fait une chute sur une plaque de glace sur le parking du [...]. Il s'est réceptionné sur le bassin et a présenté une incapacité de travail depuis cet incident. Les premiers soins ont été prodigués au [...].

Le rapport de radiographies de la colonne lombaire (face/profil) et du sacrum (face) du 24 janvier 2021 signé par la Dre V. _____, spécialiste en radiologie, a le contenu suivant :

“Indication

Chute sur les fesses après avoir glissé sur une plaque de glace. Lombalgies et douleurs de la jambe droite. Recherche de fracture.

Description

Pas d'évidence de fracture osseuse de la colonne lombaire ou du sacrum sous réserve de surprojection des structures digestives. Pas de perte de hauteur significative de corps vertébraux. Bon alignement du mur vertébral postérieur. Discopathie dégénérative L4-L5 modérée. Discrets remaniements dégénératifs des articulations sacro-iliaques. Discrète subluxation antérieure de la 2ème pièce sacrée, de valeur pathologique incertaine, à confronter à la clinique. Pas d'autre anomalie significative décelable.”

Par certificat du 24 janvier 2021, le Dr O. _____, du [...], a attesté d'une incapacité de travail de l'assuré à 100 % du 24 janvier 2021 au 26 janvier 2021, pour motif d'accident.

La CNA a pris le cas en charge.

Selon le rapport initial LAA complété le 4 mars 2021 par le Dr G._____, médecin au [...] SA, ayant prodigué des soins le 26 janvier 2021, le diagnostic était une lombalgie post-traumatique consécutive à une glissade sur une plaque de glace avec chute sur les fesses. L'assuré présentait des douleurs à la mobilisation et à la palpation. Les radiographies réalisées en urgence au [...] étaient sans particularité. Une IRM (imagerie par résonance magnétique) avait été programmée. Le traitement consistait en la prise d'antidouleurs et anti-inflammatoires, avec également une série de neuf séances de physiothérapie prescrite le 2 février 2021. Sur la base des certificats médicaux qu'il a rédigés, le Dr G._____ a régulièrement attesté d'une incapacité de travail à 100 % de l'assuré du 27 janvier 2021 au 15 mai 2021.

Une IRM « lombaire/bassin » a été réalisée le 2 mars 2021 par le Dr R._____, spécialiste en radiologie. Elle a mis en évidence une discopathie L4-L5 avec minime protrusion discale médiane sans contrainte, sans réaction inflammatoire, une hernie de Schmorl du plateau vertébral inférieur de D12 ainsi que des troubles dégénératifs Modic de type fibreux latéralisés à droite en L4-L5.

Le 30 mars 2021, le Dr G._____ a prescrit une nouvelle série de neuf séances de physiothérapie.

Par certificat du 14 mai 2021, le Dr A._____, du [...], a attesté d'une incapacité de travail de l'assuré à 100 % du 14 mai 2021 au 1^{er} juin 2021, pour motif d'accident.

Dans un rapport médical intermédiaire du 18 mai 2021, le Dr G._____ a posé les diagnostics de lombalgies post-traumatiques, discopathie L4-L5, hernie de Schmorl du plateau vertébral inférieur de D12 et trouble dégénératif L4-L5 à droite. L'évolution était qualifiée de bonne mais lente par ce praticien. Le traitement médicamenteux prescrit devait se poursuivre en fonction de l'évolution.

De son côté, le Dr G._____ a régulièrement attesté d'une incapacité de travail à 100 % de l'assuré depuis le 2 juin 2021. Ce médecin a par ailleurs prescrit une nouvelle série de neuf séances de physiothérapie le 2 juin 2021.

Invité à prendre position sur le cas de l'assuré, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la CNA, a, dans une note médicale du 6 octobre 2021, observé que l'assuré présentait une discopathie L4-L5 antérieurement à l'accident, lequel était à l'origine d'une contusion lombaire pouvant être considérée guérie au plus tard six mois après l'événement accidentel.

Par décision du 7 octobre 2021, la CNA, se fondant essentiellement sur l'avis du médecin d'arrondissement, a constaté que l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident du 24 janvier 2021 avait été atteint six mois après l'événement accidentel de telle sorte qu'elle était tenue de mettre fin à l'indemnisation de la perte de gain ainsi qu'à la prise en charge des traitements, avec effet au 10 octobre 2021.

Le 27 octobre 2021, l'assuré a formé opposition à cette décision. Il indiquait s'être adressé au Dr G._____, lequel lui avait conseillé de s'opposer à la décision de clôture du cas par la CNA. Il exposait à cet égard la persistance de fortes douleurs au dos au moindre effort, ce qui l'empêchait de pousser ou tirer quoique ce soit. Il en déduisait présenter une incapacité de travail dans son activité habituelle et rester dans l'attente de sa guérison.

De son côté, le Dr G._____ a régulièrement prolongé l'incapacité de travail de l'assuré à 100 %, en raison d'accident, après le 1^{er} novembre 2021.

Le cas de l'assuré a été à nouveau examiné par le Dr D._____, le 17 novembre 2021. Aux termes de son appréciation médicale du même jour, estimant que l'opposition de l'intéressé ne

modifiait pas sa position, le médecin d'arrondissement de l'assurance a écrit ceci :

“L'assuré, chauffeur poids-lourds, est victime d'une chute sur les fesses le 24.01.2021. Le bilan radiologique initial ne montre aucune lésion osseuse. Le médecin traitant, le Dr G._____, fait état d'une contusion lombaire. Le bilan est complété par une IRM du bassin et une IRM lombaire le 02.03.2021 démontrant une discopathie L4-L5 mais aucune lésion de nature traumatique.

On peut donc confirmer que l'accident du 24.01.2021 n'a engendré aucune lésion traumatique ou somatique objectivable mais n'a pu que décompenser passagèrement une discopathie L4-L5 ancienne. On confirme que l'événement du 24.01.2021 a cessé de déployer ses effets au plus tard après 6 mois d'évolution.”

Statuant par décision sur opposition du 26 novembre 2021, la CNA a rejeté l'opposition formée contre sa décision du 7 octobre 2021.

B. Par acte du 29 décembre 2021 (timbre postal), X._____ a déféré la décision sur opposition précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à la prise en charge par la CNA des suites de l'accident du 24 janvier 2021 au-delà du 10 octobre 2021. Il invoquait toujours ressentir des douleurs à l'épaule et au bras (sic) totalement incapacitantes, sans amélioration malgré le traitement de physiothérapie. Il répétait que le moindre effort était la source de douleurs aiguës entravant son sommeil et nécessitant la prise de calmants. A ses yeux, les avis divergents de ses médecins traitants n'avaient pas été pris en compte par la CNA, et lui-même n'avait pas eu la possibilité de demander la réalisation d'une contre-expertise médicale. Il ajoutait, dans ce contexte, que les organes de l'assurance-chômage avaient constaté son impossibilité d'obtenir des prestations de cette assurance sociale compte tenu de son état de santé physique défaillant.

Dans sa réponse du 12 janvier 2022, concluant au rejet du recours, la CNA a maintenu l'argumentation développée dans la décision litigieuse. Elle a observé que la demande de prise en charge du recourant pour d'éventuels troubles au bras et à l'épaule en lien avec l'accident de janvier 2021 était irrecevable, l'objet de la décision attaquée portant sur la fin des prestations d'assurance au 10 octobre 2021 pour les troubles

lombaires du recourant. L'intimée a ensuite relevé le caractère probant de l'appréciation de son médecin d'arrondissement. Enfin, elle a rappelé que le refus de ses prestations de l'assurance-chômage au recourant n'était pas pertinent dès lors que d'une part, cette assurance sociale n'avait pas à évaluer l'origine des troubles incapacitants de ce dernier et que d'autre part, la CNA confirmait uniquement le caractère non accidentel de l'incapacité de travail postérieure au 10 octobre 2021.

Répliquant le 2 février 2022, le recourant a persisté dans ses précédentes conclusions. Il a insisté sur la nécessité de faire contrôler son état de santé par des médecins spécialistes, rappelant qu'il avait uniquement été examiné par les médecins de son choix, sans avoir été convoqué ou adressé par l'intimée auprès d'un médecin désigné par celle-ci. Outre le rapport du médecin-conseil de l'intimée, il demandait la réalisation d'une contre-expertise pour établir que son état de santé faisait obstacle à une reprise du travail en raison de ses douleurs persistantes qui l'empêchaient de s'asseoir ou de rester debout très longtemps, avec également parfois de la difficulté à trouver une position sans des douleurs lancinantes. En annexe à sa réplique, le recourant a joint cinq certificats médicaux du Dr G._____ attestant de l'incapacité de travail totale de son patient pour la période du 1^{er} octobre 2021 au 28 février 2022, au motif d'accident, ainsi qu'un rapport du 9 novembre 2021 adressé au Dr G._____ par le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, consécutif à une consultation du 2 novembre 2021. Le Dr T._____ posait les diagnostics de lombalgies chroniques, troubles dégénératifs débutants L4-L5 et hernie de Schmorl du plateau vertébral inférieur de D12 ainsi que le diagnostic secondaire de perte de vision de l'œil gauche depuis l'enfance, relevant par ailleurs ce qui suit :

“Anamnèse :

Il s'agit d'un patient de 58 ans, en bonne santé habituelle, qui présente des lombalgies aggravées depuis un accident en janvier 2021. Il décrit dans ses antécédents, un accident de voiture en 1992 avec quelques douleurs, mais une aggravation claire depuis ce début d'année.

En janvier, à la suite d'une glissade sur la neige au [...] et après être tombé sur les fesses, le patient a présenté des douleurs lombaires. Douleurs très importantes, ayant motivé l'appel d'une ambulance et le transfert à la permanence du [...]. Sur place, des radiographies ont été réalisées. Le patient a pu rentrer chez lui avec des antalgiques.

Les douleurs continuant à persister, vous avez instauré un traitement de Dafalgan® et Tilur® depuis le mois de janvier et de la physiothérapie plutôt passive de type massage. Par la suite, une IRM a été demandée et effectuée à [...] en mars 2021.

Aujourd'hui, M. X. _____ décrit des douleurs lombaires en barre, présentes dans toutes les positions, aggravées par la position statique debout et assise, nécessitant le changement fréquent de positions. Les douleurs sont aggravées par le port de charge. En position couchée, il n'a que très peu de symptômes.

M. X. _____ étant chauffeur poids-lourds, il est à l'arrêt de travail depuis février 2021. Il est non seulement chauffeur poids-lourds, mais doit également charger/décharger son camion, ce qu'il ne peut plus faire au vu des lourdes charges. A l'heure actuelle, le patient est payé par la SUVA. Il semblerait que la SUVA aurait décidé de stopper la prise en charge prochainement.

M. X. _____ n'a jamais été opéré. Il a un enfant de 27 ans et un autre de 8 ans. Il vit à [...].

A l'examen clinique :

Marche sans boiterie, sur la pointe des pieds et talons possible. L'examen clinique et la démarche se fait avec un patient qui est très craintif.

Schober non testable. DDS [distance doigts-sol] à 25.

Pas de trouble moteur et sensitif des membres inférieurs. Réflexes vifs. Pas de clonus, pas de Babinski. Mobilisation des hanches libre à droite, sans douleur. A gauche, limitation à 20° de rotation interne, sinon sans douleur. Angle poplité à 25° des deux côtés. Distance talon-fesse à 45 cm de chaque côté. Pas de douleur aux sacro-iliaques. La mobilisation de la colonne lombaire provoque des douleurs surtout en inclinaison et rotation avec des douleurs bilatérales. Contractures musculaires avec une douleur lors de l'effleurement de la peau au niveau lombaire.

Procédure :

Je n'ai pas les images de l'IRM. Je vais me procurer les images de celle du mois de mars.

A mon avis, M. X. _____ présente des lombalgies qui commencent à se chroniciser depuis une chute en janvier. Cette chute n'a pas provoqué de fracture ou de lésion spécifique, mais plutôt décompensé un problème dégénératif sous-jacent.

Les douleurs sont importantes selon le patient. Il ne peut pas reprendre son travail de chauffeur poids-lourds.

Je propose qu'il soit vu en médecine physique de réadaptation pour une évaluation et une prise en charge. Pour cela, je remercie le Dr H._____, en copie, de bien vouloir convoquer M. X._____ à sa consultation pour une évaluation et prise en charge.

Je n'ai pas de prise en charge chirurgicale à lui proposer. Une demande AI me sera envoyée dans le futur. [...]"

Cette écriture ainsi que les six pièces produites ont été communiquées à l'intimée le 7 février 2022, pour information.

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 compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. c LPGA) 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 au-delà du 10 octobre 2021.

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).

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. a) Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altérations des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome

vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Si la hernie discale est seulement révélée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel (TF 8C_32/2014 du 22 décembre 2014 consid. 2.3 et les références citées). Il faut préciser qu'un disque intervertébral sain est à ce point résistant qu'une action violente va plutôt avoir pour effet de fracturer les vertèbres que d'entraîner une lésion des disques intervertébraux. Selon l'expérience médicale, la lésion isolée d'un disque intervertébral due à un accident peut uniquement être provoquée par un effort purement axial de la colonne vertébrale et non par des mouvements de rotation, d'hyperextension ou d'hyperflexion (TFA U 441/04 du 13 juin 2005 consid. 3.1).

b) Une aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est prouvée que lorsque l'imagerie met en évidence un tassement subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (TFA U 282/06 du 4 juin 2007 consid. 3.3 et la référence citée ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 4.4.2).

Une telle 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. Le *statu quo sine* est même déjà atteint après trois à quatre mois pour des lombalgies post-traumatiques, une aggravation dans ce domaine, qui permettrait d'aller au-delà de cette période, devant être établie radiologiquement et se distinguer de l'évolution normale due à l'âge (« eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss » ; TF 8C_1029/2012 du 22 mai 2013 consid. 4.2.1 ; TF 8C_562/2010 du 3 août 2011 consid. 5.1 et les références citées).

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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

b) Une valeur probante doit 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, 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 bienfondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

6. a) En premier lieu, il sera relevé que les atteintes au bras et à l'épaule mentionnées par X._____ à l'appui de son recours ne présentent aucun lien de causalité avec l'accident du 24 janvier 2021, aucune pièce au dossier ne permettant de les corrélérer à cet événement.

b) Le recourant présente une protrusion discale et une hernie de Schmorl. La protrusion discale se définit comme une saillie discale globale du disque intervertébral en forme de bourrelet, avec conservation des lamelles superficielles de l'anneau fibreux, qui peut être découverte à l'occasion d'une lombalgie ou être asymptomatique. Premier stade du bombement discal, la protrusion se distingue de la hernie par l'intégrité de l'anneau fibreux (<https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=protrusion+discale>). Quant à une hernie de Schmorl, elle consiste en une hernie intraspongieuse du disque intervertébral due à la pénétration d'une partie de la substance du nucleus pulposus dans la spongieuse du corps vertébral à travers le plateau. Parfois sans manifestation pathologique vraie, le nodule de Schmorl se trouve habituellement lié à diverses affections vertébrales : maladie de Scheuermann ou cyphose douloureuse des adolescents, traumatismes, ostéoporoses, etc. (<https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=Schmorl%20%28nodule%20de%29>).

c) Pour autant qu'il soit admis que la jurisprudence en matière de hernie discale (cf. consid. 4a supra) s'étend également aux protrusions discales et hernies de Schmorl, il apparaît en l'espèce que la dynamique, relativement modérée, de la chute n'aura vraisemblablement pas engendré les conditions nécessaires à l'admission d'une origine traumatique de ces atteintes. Par ailleurs, aucun des médecins consultés par le recourant n'impute ces deux atteintes à l'accident. Bien au contraire, elles sont régulièrement assimilées à un état dégénératif. Enfin, s'il doit être admis que la protrusion discale et l'hernie de Schmorl constituent des affections dégénératives préexistantes, il ne saurait pour autant être retenu que l'accident a entraîné leur aggravation significative et par conséquent durable dans la mesure où les examens d'imagerie n'ont pas révélé de tassement subit des vertèbres et n'autorisent pas non plus de retenir l'apparition ou l'agrandissement de tels lésions après traumatisme.

7. a) La CNA a admis de prêter jusqu'au 10 octobre 2021, considérant, sur la base de l'avis du Dr D._____, que l'accident du 24

janvier 2021 était à l'origine d'une contusion lombaire et que les troubles physiques subsistant six mois plus tard n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident.

b) A l'instar du Dr D._____, le Dr G._____ et le Dr T._____ retiennent, implicitement ou explicitement, que l'accident n'a provoqué ni fracture, ni lésion spécifique. En l'occurrence, le Dr G._____ pose le diagnostic de lombalgies post-traumatiques et le Dr T._____ celui de lombalgies chroniques, tous deux retenant par ailleurs des troubles dégénératifs de la colonne vertébrale, en particulier des vertèbres lombaires L4 et L5.

c) En présence d'une discopathie L4-L5 dégénérative préexistant à l'accident, 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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*), ceci en application de l'art. 36 al. 1 LAA (cf. consid. 3c supra).

d) Du point de vue du Dr D._____, en l'absence de lésion traumatique ou somatique objectivable, la persistance de symptômes au niveau du rachis lombaire au-delà de six mois après l'événement du 24 janvier 2021 est exclusivement à mettre sur le compte de la discopathie L4-L5 ancienne décompensée passagèrement par l'accident. L'appréciation de ce médecin, outre qu'elle repose déjà sur des éléments objectifs ressortant du dossier médical de l'assuré, à savoir les divers rapports d'imagerie à disposition, est également confirmée par l'analyse postérieure du cas effectuée par le Dr T._____, lequel retient que la chute aura décompensé un problème dégénératif sous-jacent avec chronicisation consécutive des lombalgies.

Ni le Dr T._____, ni le Dr G._____ ne se prononcent sur le *statu quo sine*. Cette lacune s'avère en l'occurrence sans incidence. En effet, l'appréciation du Dr D._____ fixant cette échéance à six mois

après l'événement accidentel est fondée sur l'expérience médicale telle qu'admise par la jurisprudence en matière de lombalgies post-traumatiques (cf consid. 4b ci-dessus) et en l'espèce, aucune circonstance extraordinaire n'est évoquée qui autoriserait une quelconque dérogation, outre que le service de ses prestations par l'intimée s'étend bien au-delà du délai usuel de trois ou quatre mois retenu par la jurisprudence.

e) Les troubles physiques lombaires subsistant au-delà du 10 octobre 2021 étant exclusivement imputables à des causes étrangères à l'accident, c'est à bon droit que la CNA a mis fin aux prestations à cette date.

8. a) Les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer, sans qu'il apparaisse nécessaire de mettre en œuvre des mesures d'instruction, en particulier une expertise judiciaire. 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 (appréciation anticipée des preuves ; sur cette notion, cf ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

b) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

c) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

**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 26 novembre 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.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- X. _____,
- 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).

Le greffier :