

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 novembre 2023

Composition : M. PARRONE, président
M. Piguet et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Vulliamy

Cause pendante entre :

J. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 4, 47, 61 let. c LPGA ; 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait en qualité de monteur en fenêtres à 100 % depuis le 1^{er} janvier 2016 auprès de l'entreprise [...] et était, à ce titre, assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) lorsqu'il a été victime, le 11 mai 2019, d'une chute d'une hauteur d'environ deux mètres depuis une échelle.

Une incapacité de travail à 100 % a été attestée à compter du 13 mai 2019 et le cas a été pris en charge par la CNA qui a, par courrier du 22 mai 2019, informé l'assuré verser des indemnités journalières de 155 fr. 20 par jour calendaire dès le 14 mai 2019.

Par courriel du 23 juillet 2019, la CNA a reçu de la part de T._____ les documents suivants :

- un rapport du 13 mai 2019 des Dres B._____, spécialiste en chirurgie, et C._____, respectivement médecin adjointe et médecin assistante du Service de chirurgie de l'Hôpital K._____ (ci-après : Hôpital K._____) posant le diagnostic de fracture non déplacée de l'apophyse transverse droite de L1 et L2 ;

- un rapport du 13 mai 2019 de la Dre F._____, spécialiste en radiologie, faisant suite à des radios du thorax de face et de profil, de la colonne lombaire de face et de profil et de la colonne cervicale de face, de profil et odontoïde indiquant, pour le scanner [CT] du rachis lombaire, une fracture d'allure non déplacée de l'apophyse transverse droite L3 ;

- un certificat du 9 juillet 2019 du Dr Y._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, attestant avoir examiné l'assuré le jour même et certifiant qu'il était suivi au cabinet pour des fractures des apophyses transverses lombaires L1 et L2 droites,

constatées radiologiquement lors du bilan initial effectué à l'hôpital de [...].

Par courriel du 29 juillet 2019, l'Hôpital K. _____ a transmis à la CNA une copie d'un rapport du 13 mai 2019 de la Dre F. _____ relatif à un scanner de l'ensemble de l'abdomen et de la colonne cervicale du même jour concluant à l'absence de fracture cervicale objectivée et à des fractures non déplacées des apophyses transverses droites de L2 et L3, ainsi qu'à un emphysème et une dilatation vasculaire segmentaire médio-basal droite, d'allure constitutionnelle ou séquellaire. Ce rapport mentionnait également une lyse isthmique L5 droite.

Par rapport du 19 août 2019 adressé à la CNA, le Dr Y. _____ a posé le diagnostic de « fracture non déplacée L1-L2 apophyses transverses ». Selon lui, l'évolution était bonne mais lente, le pronostic était bon et aucune circonstance particulière (antécédents médicaux, accidents, conditions de vie) n'avait influencé l'évolution du traitement. Il a précisé que la durée prévisible du traitement était de trois à six mois et qu'une reprise du travail à 100 % était prévue pour le 3 septembre 2019 sans qu'il faille s'attendre à la persistance d'un problème. Il a encore indiqué qu'une imagerie par résonance magnétique [IRM] lombaire de contrôle était prévue.

Dans un rapport d'IRM lombo-sacrée du 23 août 2019, le Dr I. _____, spécialiste en radiologie, est arrivé à la conclusion suivante :

« Dégénérescence et pincement discal modéré L5-S1, avec image de lyse isthmique droite au niveau de L5 et très discret antélisthesis de L5/S1. Cette lyse peut être d'origine traumatique, car les limites sont nettes. Arthrose interfacettaire postérieure, légère, au niveau des articulations interfacettaires postérieures L5-S1 et sclérose de surcharge au niveau des articulations interfacettaires postérieures L4-L5. Légères modifications dégénératives au niveau des pieds des articulations sacro-iliaques. La fracture de l'apophyse transverse droite de L3 est consolidée et il persiste seulement un très discret oedème du foyer fracturaire. A signaler, que la lyse isthmique droite au niveau de L5 était visible sur le Ct-scan du 13.05.2019 (voir images clés, annexes à ce rapport). »

Le 30 août 2019, le Dr Y._____ a adressé l'assuré au Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin adjoint du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital K._____, en indiquant ce qui suit :

« Je vous adresse le patient sus nommé qui a subi une chute d'environ 2 mètres le 11.05.2019, vu initialement à l'hôpital de [...] avec CT-scan initial.

Ces derniers ont retenu une fracture de l'apophyse transverse de L3 au niveau lombaire, sans autre anomalie.

Une IRM de contrôle faite pour persistance des douleurs, retrouve une lyse isthmique droite au niveau de L5 vraisemblablement d'origine traumatique et déjà présente sur le CT-Scan initial (voir rapport IRM)

Il s'agirait donc d'une situation de retard diagnostique chez un patient qui n'est toujours pas en capacité de travailler

Merci donc de votre avis spécialisé vis-à-vis de cette discordance radiologique et aussi quant à la conduite à tenir »

Par courriel du 18 novembre 2019 de l'Hôpital K._____, la CNA a reçu une copie d'un rapport de consultation du 10 septembre 2019 du Dr D._____ selon lequel il ne retenait pas d'indication chirurgicale et évoquait l'opportunité de la réalisation d'une infiltration sous scanner au niveau de l'isthme L5 du côté droit compte tenu des douleurs persistantes présentées par l'assuré.

Le 3 février 2020, le Dr X._____, médecin praticien et remplaçant du Dr Y._____, a indiqué à la CNA que le tableau algique restait important avec des signes objectifs et des lombosciatiques droites qui n'avaient pas cédé à une infiltration réalisée le 23 octobre 2019 par le Dr M._____, spécialiste en neurochirurgie. Le Dr X._____ a également indiqué que le Dr M._____ pensait que les symptômes n'étaient plus en relation avec un accident ce que l'assuré réfutait en s'appuyant sur le fait qu'il n'avait jamais eu de lombalgies avant l'accident et n'avait jamais été en incapacité de travail pour cette raison.

Le 13 février 2020, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a indiqué que l'infiltration du 23 octobre 2019 s'adressait à des douleurs qu'on pensait en lien avec une lyse isthmique traumatisée dans le cadre d'un accident qui avait aussi

provoqué des fractures d'apophyses transverses attestant d'un traumatisme violent. Selon lui, la responsabilité de l'assurance-accidents n'était pas forcément engagée définitivement et préconisait la prise en charge stationnaire de l'assuré à la Clinique P. _____ (ci-après : Clinique P. _____) car l'évolution était manifestement difficile.

L'assuré a séjourné à la Clinique P. _____ du 13 mai au 10 juin 2020. Dans un rapport du 30 juillet 2021 à la CNA, les Drs H. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et S. _____, respectivement chef de clinique et médecin-assistante à la Clinique P. _____ ont posé le diagnostic de chute avec fracture non déplacée des apophyses transverses droites de L2 et L3, lyse isthmique L5 droite (CT). Il ressort notamment ce qui suit de leur rapport :

« (...) **ANTECEDENTS CHIRURGICAUX**

En lien avec la problématique actuelle

- **23.10.2019 : bloc facettaire L5-S1 bilatéral et de la lyse isthmique droite sous guidage radioscopique.**

Autres

- **2006 : ulcère gastrique perforé traité par laparoscopie**

ANTECEDENTS MEDICAUX

- **Fracture du 5^{ème} métacarpien dans l'adolescence**
- **13.05.2019 : emphysème pulmonaire centro-lobulaire (CT)**
- **23.08.2019 : dégénérescence et pincements discaux modérés, avec discret antélisthésis L5-S1 (IRM)**
- **23.08.2019 : sclérose de surcharge des articulations inter-facettaires postérieures avec petite lame d'épanchement liquidien et légère modification dégénérative des articulations sacro-iliaque ddc (IRM)**
- **Surpoids (BMI 27.78 kg/m²) (...)**

Pendant l'hospitalisation

22.05.2020 : IRM de la colonne lombaire : lyse isthmique droite de L5 sans composante inflammatoire. Discopathie L5-S1 sous forme d'une déshydratation du noyau pulpeux avec discret pincement postérieur. (...)

Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (cf. liste diagnostics).

Des facteurs contextuels pourraient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient notamment une kinésiophobie modérée, un catastrophisme élevé et une perception du handicap fonctionnel élevée. (...)

L'évolution subjective et objective est favorable (cf. rapports et tests fonctionnels), à souligner entre autres, une nette amélioration du temps en position de gainage (1 seconde à l'entrée et 20 secondes à la sortie, ainsi que du temps nécessaire pour passer de la station assistée à debout (16 secondes à l'entrée, 9 secondes à la sortie).

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme élevée.

Pendant le séjour le patient a été pris en charge aux ateliers de réadaptation professionnelle durant des périodes allant de jusqu'à 3 heures consécutives, sur des activités légères (moins de 5 kg) mais parfois contraignantes au niveau des mouvements ou des postures (extension du tronc, dos en porte-à-faux). Durant ces périodes, le patient s'est montré limité en raison de ses douleurs n'arrivant pas à atteindre 4 heures consécutives d'activité.

Une évaluation des capacités fonctionnelles a été réalisée. Au début, le patient a présenté un PACT à 156, ce qui correspond à un niveau d'effort léger à moyen. Pendant le test, il a fourni un niveau d'effort léger à moyen (10 à 15 kg). Au vu de ces résultats, on peut relever que le sujet estime correctement le niveau de ses performances fonctionnelles. La volonté et la cohérence pendant l'évaluation ont été réelles.

Aucune incohérence n'a été relevée.

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues par rapport au rachis dorso-lombaire, notamment : les activités nécessitant le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux et les flexions-torsions répétées du tronc ainsi que le port de charge répétitif de plus de 10-15 kg.

La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. La poursuite d'un traitement de physiothérapie pourrait permettre de maintenir les acquis et d'améliorer la fonctionnalité du patient.

Une stabilisation médicale est attendue dans un délai de : 2 à 3 mois.

Selon l'évolution à moyen terme, un bloc facettaire en L4-L5 droit pourrait être discuté, à visée antalgique.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité déclarée de monteur en fenêtres est actuellement défavorable. Il s'agit d'une activité lourde et contraignante pour le rachis. A ce jour, le patient n'a pas encore récupéré toutes ses capacités pour mener à bien cette activité. Avant de le limiter dans cette activité et quand son état s'améliora, il serait judicieux une reprise progressive de l'activité antérieure. Si échec, le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée aux limitations ci-dessus est favorable. On s'attend à une pleine capacité dans une telle activité. (...) »

L'assuré a été examiné le 26 août 2020 par le Dr G. _____, médecin d'arrondissement auprès de la CNA qui a retenu ce qui suit dans son rapport du même jour :

« S'agissant du dos, le patient se plaint de la persistance de douleurs lombaires à D à la mobilisation, avec d'occasionnelles lancées à la face antéro-externe de la cuisse D. Il aurait même fait 2 chutes en lien avec une subite perte de force (antalgique ?) du MID. Il ne peut pas rester longtemps dans la même position et ne conduit sa voiture que sur de courts trajets. Il s'efforce de bouger, de se balader en famille à son rythme, de vivre le plus

normalement possible mais, en l'état actuel des choses, il ne pense pas être à même de travailler en plein, même dans une activité adaptée, comme on a pu le constater aux ateliers professionnels de la Clinique P._____. Tout ce qui a été entrepris, notamment les infiltrations, qui ont été répétées en juillet dernier, n'ont pas beaucoup aidé et le patient se fait énormément de souci pour l'avenir.

A l'examen clinique, on est en présence d'un patient de grande taille mais en léger surpoids, qui a tendance à économiser son héli-corps D.

Objectivement, il n'y a pas de troubles statiques majeurs. La musculature paravertébrale est normalement développée, un peu sensible à la palpation dans la région lombaire à D, mais sans franche contracture. La mobilité rachidienne est modérément limitée dans tous les plans, chez un patient qui semble présenter une certaine kinésiophobie. Les changements de position sont un peu laborieux. La station assise prolongée est possible mais le patient cherche rapidement une position antalgique. La manœuvre de Lasègue donne lieu à de vagues douleurs lombaires ddc mais elle n'est pas bloquée. Les ROT sont normo-vifs, symétriques. Il n'y a pas de déficit neurologique aux MI.

Il est un peu regrettable qu'un examen neurologique avec ENMG n'ait pas complété le bilan lors du séjour à la Clinique P._____.

Un changement d'orientation professionnelle semble incontournable mais M. J._____, qui était au bord des larmes lors de l'anamnèse, n'arrive manifestement pas à se faire à cette idée et c'est probablement la raison pour laquelle, il affirme ne pas être à même de travailler en plein dans une activité adaptée.

Il est clair qu'on ne pourra pas le suivre dans cette appréciation qui pourrait également empêcher l'AI d'aller de l'avant.

Ceci dit, pour moi, cette histoire de lyse isthmique L5 D, peut-être d'origine traumatique, n'est pas tout à fait claire, notamment quant à sa prise en charge, en présence d'une symptomatologie douloureuse qui semble handicapante au quotidien et malgré des facteurs contextuels de mauvais pronostic assez évidents, j'aimerais bien qu'on prenne encore l'avis du Pr Q._____ avant de décider d'en rester là.

M. J._____ est d'accord qu'on fasse ainsi. »

Le 18 novembre 2020, le Prof. Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a examiné l'assuré et rendu un rapport dont il ressort notamment que :

« Appréciation du cas :

La lyse de ce patient n'est pas une lyse liée au traumatisme. En effet, on sait que les traumatismes de haute énergie peuvent occasionner plutôt des spondylolisthésis traumatiques dont la radiologie est complètement différente. Par ailleurs, l'aspect corticalisé de la lyse 2 jours après l'accident permet d'exclure l'origine traumatique de celui-ci.

Ce patient présente donc des lombalgies d'origine initialement traumatique mais sans substrat anatomique clair actuellement. J'ai passé beaucoup de temps à essayer de le rassurer quant à l'histoire naturelle des lombalgies et sur l'importance du modèle bio-psycho-social, et de l'importance de l'aspect cognitif sur l'amélioration de la situation. J'ai insisté sur le fait que la douleur n'était pas « dans sa tête » mais vraiment réelle. Par contre, la clef pour l'amélioration lui appartient avec une amélioration de la mobilité et un changement d'ordre cognitif. Sur le plan professionnel, il n'y a pas de

contre-indication bien entendu à effectuer une activité qui est compatible avec le niveau de douleurs. Je lui ai également expliqué que la satisfaction au travail est un élément important.

Je n'avais pas l'impression qu'il était réceptif à ce type de langage malheureusement et, de ce fait, le pronostic risque d'être moins bon. Je pense qu'il est encore dans la phase de manque d'acceptation de son nouvel état de santé avec des douleurs qu'il n'avait pas avant l'accident. Un soutien continu par physiothérapie avec une approche cognitive dans ce type de cas est la seule issue comme vous le savez. Bien entendu, il n'y a aucune indication à intervenir sur ce rachis. »

Le 24 novembre 2020, le Dr G._____ a indiqué que les troubles actuels ne pouvaient plus être rapportés à l'accident au degré de la vraisemblance prépondérante.

Par courrier du 1^{er} décembre 2020, la CNA a signifié à l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 6 décembre 2020 du moment que les troubles persistants actuellement n'avaient plus aucun lien avec l'accident et que son état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident pouvait être considéré comme atteint depuis le 6 décembre 2020.

L'assuré s'est déterminé par courrier du 14 décembre 2020 en transmettant copie d'un rapport du même jour du Dr X._____ qui constatait que l'expertise du Prof. Q._____ s'éloignait très sensiblement des conclusions de l'avis interdisciplinaire posé lors du séjour à la Clinique P._____ en mai 2020.

Il ressort d'une appréciation médicale complémentaire du 29 décembre 2020 du Dr G._____ ce qui suit :

« Notre décision s'appuie sur les conclusions motivées du Pr Q._____ qui a complété le bilan par un SPECT-CT et qui explique que la lyse isthmique que présente ce patient n'est pas en lien avec l'accident du 11.05.2019, lequel n'a donc entraîné aucune lésion structurelle qu'on puisse directement lui rapporter. On a aussi le sentiment que le Pr Q._____ considère que cette lyse isthmique n'est pas responsable de la symptomatologie douloureuse qui persiste, laquelle correspond plutôt à des lombalgies banales. Dans ce genre de situation, il est clair que la responsabilité de l'assurance-accidents ne peut qu'être limitée dans le temps et une prise en charge de 18 mois semble rétrospectivement très généreuse. La question de la capacité de travail, soulevée par le Dr X._____, n'a pas été abordée dans la décision, s'agissant d'une fin de prestations. »

Par décision du 7 janvier 2021, la CNA a informé l'assuré qu'elle allait clore le cas au 6 décembre 2020 au soir, conformément à son courrier du 1^{er} décembre 2020 et ainsi mettre fin aux prestations d'assurance à cette même date. Elle a également transmis à l'assuré une copie de l'appréciation complémentaire du Dr G._____ précitée.

Par téléphone du 22 janvier 2021, l'assuré a requis la transmission d'une copie de la décision précitée ainsi qu'un récapitulatif des indemnités journalières (IJ) versées, documents qui lui ont été transmis par courriel du même jour.

Le 28 janvier 2021, l'assuré a déposé un « recours » auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 7 janvier 2021 en produisant un rapport du Dr X._____ du 27 janvier 2021 dans lequel ce dernier constatait une importante discordance entre l'appréciation de la Clinique P._____ et le rapport du Prof. Q._____ du 18 novembre 2020. Il y précisait que s'il ne pouvait pas revenir sur le premier alinéa du rapport du Prof. Q._____, qui pourrait être soumis pour avis à un chirurgien spécialiste du rachis, il se retrouvait assez largement dans le 2^{ème} alinéa de cette appréciation.

Par arrêt du 1^{er} mars 2021, la Juge unique de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a prononcé l'irrecevabilité du recours au motif qu'aucune décision sur opposition n'avait été rendue et a transmis le recours à la CNA pour valoir opposition à la décision du 7 janvier 2021.

Dans le cadre de la procédure d'opposition, le cas du recourant a été soumis au Dr G._____ le 14 juin 2021 qui a indiqué ce qui suit :

« Fractures non déplacées des apophyses transverses D de L1 et de L2 guéries sans séquelles. On considère que ce genre de lésion n'est pas susceptible d'entraîner une décompensation durable ou déterminante d'un état antérieur. »

Le 4 novembre 2021, le cas de l'assuré a à nouveau été soumis par la CNA à la médecine des assurances pour savoir s'il persistait

des troubles au niveau L2-L3 (notamment si les fractures étaient consolidées) ou d'autres troubles en lien de causalité probable avec l'accident, si l'état de santé était stabilisé, s'il était exigible pour l'assuré de reprendre en plein l'activité de poseur de fenêtres et si non, si l'assuré pouvait travailler à temps plein dans une activité adaptée.

Le 28 novembre 2021, le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, a examiné le recourant et apprécié le cas de la manière suivante dans un rapport du 2 décembre 2021 :

« **Appréciation**

Nous ne pouvons que, dans cette analyse, nous étonner des rapports initiaux, et des diagnostics faussement posés sur les apophyses transverses de L1, ainsi que sur la causalité dont la poursuite de prise en charge a pu faire penser, qu'elle était retenue en vraisemblance prépondérante, pour la lyse isthmique unilatérale de L5.

Ces Lyses isthmiques, en effet, comme l'indique le Prof. Q._____, sont même contestées scientifiquement dans leur possibilité étiologique traumatiques accidentelles.

Elles ne sont, au niveau accidentel, causées que par des traumatismes à très haute énergie et absolument exceptionnelles, et souvent associées à d'autres atteintes osseuses ou musculo-viscérales, sans commune mesure avec l'évènement décrit par l'assuré.

3 mois après l'évènement, il ne subsistait pas les fractures vertébrales au demeurant non déplacées, dont nous rappelons qu'il s'agit d'apophyses, formations en rapport avec des insertions musculaires et non structurelles en solidité de continuité anatomique, comme le sont les corps vertébraux. De plus, faiblement ou pas déplacées, elles ont rapidement consolidé.

Ceci pouvait être constaté sur l'IRM lombo-sacrée réalisée par le Dr I._____ le 23.08.2019.

Il faut noter d'ailleurs deux choses, c'est que ces fractures ne consolident pas toujours, et elles n'ont pas d'intérêt fondamentalement mécanique, ni de corrélation stricto sensu entre les troubles présentés et la consolidation ou la non-consolidation. Les troubles étant alors essentiellement des troubles insertionnels musculaires, cicatrisant en quelques semaines, voire au maximum 6 mois.

En ce qui concerne par ailleurs la valeur d'une IRM, celle-ci pour analyser une lyse isthmique, a des performances très inférieures à celles d'un scanner ou d'un Spect-CT.

Un radiologue ne peut donc se prononcer valablement sur une causalité sur lyse isthmique avec une simple IRM lombo-sacrée, pas plus qu'analyser en particulier une position d'équilibre sagittal lorsque l'assuré est allongé dans espace contraint comme celui d'une IRM.

La causalité avec une lyse isthmique est donc exclue avec l'évènement déclaré.

Seules les fractures non ou peu déplacées L2 et L3 Droites des apophyses transverses sont en relation de causalité en vraisemblance prépondérante avec l'évènement.

Ces fractures mécaniquement ont cessé en vraisemblance leur action sur la santé de l'assuré dès la consolidation constatée, le 23.08.2019. Il est toutefois admissible à la fois sur le plan musculaire et compte tenu de l'état antérieur par cette malformation dont est témoin la lyse isthmique et plus encore la discopathie L5S1 que les troubles soient admissibles jusqu'à 6 mois après l'évènement en causalité en vraisemblance prépondérante, date de stabilisation.

En effet Il existe un terrain avec des antécédents.

Ces antécédents sont ceux d'une lyse isthmique L5 unilatérale qui surplombe une discopathie L5-S1. Ces atteintes sont modérées et ne semblent pas avoir été connues de l'assuré antérieurement à cet évènement. Elles ont été décompensées dans leur action délétère transitoirement par l'évènement et ce sont elles qui s'expriment dans l'état de l'assuré en vraisemblance prépondérante.

Cet état de l'assuré a été évalué globalement à la Clinique P._____, sans séparer la causalité en vraisemblance prépondérante des troubles causés par l'évènement et des atteintes préalables décompensées par celui-ci.

Les troubles rapportés qui, comme indique le Prof Q._____, sont en rapport avec une analyse biopsychosociale ne sont plus pas en rapport avec l'évènement en vraisemblance prépondérante.

Nous partageons ainsi pleinement et complètement l'avis émis par le Prof. Q._____, tant sur le plan médical que sur le plan de l'analyse le 18.11.2020.

Il ne persiste aucun trouble sur L2 et L3 en lien de causalité probable avec l'accident.

L'état est stabilisé à 6 mois post évènement.

L'évènement n'a pas entraîné d'atteinte empêchant la reprise du métier antérieurement exercé à temps complet sans perte de rendement. »

Par décision sur opposition du 2 décembre 2021, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a pour l'essentiel considéré que les avis successifs et circonstanciés des Drs G._____ et V._____ étaient pleinement convaincants et qu'il fallait leur accorder entière valeur probante tant il était patent qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux pertinents aptes à les mettre en doute. En particulier, l'avis du Dr X._____ n'amenait aucun élément médical nouveau dont il n'aurait pas été tenu compte, ni ne faisait peser un doute sur le bien-fondé des appréciations médicales réalisées en toute connaissance de cause par ces deux médecins qui avaient fait la part des choses entre les lésions fracturaires en lien avec la chute et les autres troubles d'origine dégénérative qui n'avaient été décompensés que de manière passagère. Au final, les Drs G._____ et V._____ s'étaient fondés sur les constatations cliniques et conclusions du Prof. Q._____, dont la pertinence ne pouvait sérieusement pas être mise en doute.

Le 10 décembre 2021, la CNA a envoyé une copie de l'appréciation du Dr V._____ du 2 décembre 2021 à l'assuré après que celui-ci en a requis une copie par téléphone du même jour.

Par courrier du 23 décembre 2021 à la CNA, l'assuré, désormais représenté par Me Regina Andrade, a demandé la transmission d'une copie de son dossier qui lui a finalement été adressé le 20 janvier 2022 après un second courrier du 19 janvier 2022 de sa mandataire.

B. Par acte du 19 janvier 2022, J._____, par l'intermédiaire de sa mandataire, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition de la CNA du 2 décembre 2021 en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une rente entière de l'assurance-accidents, subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier de la cause à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants. En substance, le recourant a fait valoir une violation de son droit d'être entendu dans la mesure où sa mandataire n'avait pas été en mesure de consulter le dossier ainsi qu'une application arbitraire du droit et dans l'appréciation des preuves. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire de nature orthopédique et neurochirurgicale afin de déterminer si l'accident était effectivement en lien de causalité avec son incapacité de travail qui restait totale dans le métier exercé avant l'accident et pour déterminer de manière concrète les limitations fonctionnelles et les activités envisagées.

Par réponse du 15 mars 2022, l'intimée a conclu au rejet des conclusions du recourant. S'agissant de la violation du droit d'être entendu alléguée par le recourant, elle a exposé que celui-ci n'avait pas requis la production du dossier dans son entièreté avant le 23 décembre 2021, soit après le prononcé de la décision sur opposition. Concernant l'avis des médecins, elle a indiqué que tant le Dr V._____ que le Dr G._____ et le Prof. Q._____ s'accordaient pour admettre que la lyse isthmique objectivée était une ancienne lésion car cette lyse était très bien cortalisée, déjà deux jours après l'accident, ce qui permettait d'exclure

une origine traumatique de ce trouble. Selon elle, les constatations et conclusions du Dr V. _____ remplissent les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, son appréciation ne souffrant d'aucune incohérence ou contradiction tout en étant complète, claire et motivée.

Par déterminations du 30 mai 2022, le recourant a exposé que les constats médicaux effectués deux jours après l'accident étaient imprécis, voire probablement incomplets et que son dossier était incomplet du moment qu'il n'avait pas été vu par un spécialiste et que la question de la présence d'un emphysème au niveau vertébral n'avait pas été investiguée. Selon lui, ces lacunes le prétéritaient dans le cadre de l'examen des affections concrètes consécutives à l'accident dont il avait été victime. Le recourant a encore indiqué que le diagnostic posé initialement était incomplet, voire erroné et que dans ces circonstances, toute appréciation ultérieure devait être examinée avec une certaine retenue. Sur la base des éléments précités, le recourant a fait valoir une violation du droit d'être entendu dès lors que son dossier était incomplet et une appréciation arbitraire des preuves au vu d'une instruction totalement lacunaire de l'intimée. Il a ainsi requis qu'une expertise judiciaire pluridisciplinaire soit ordonnée.

Par déterminations du 20 juin 2022, l'intimée a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours et a joint un avis du Dr V. _____ du 15 juin 2022 dans lequel il a retenu qu'il ne pouvait pas être soutenu valablement que les errances diagnostiques ou des diagnostics imprécis avaient pu péjorer l'état de santé de l'assuré après l'événement. Il a conclu que les explications du Prof. Q. _____, puis celles se trouvant dans son appréciation complémentaire du 28 novembre 2021 étaient suffisamment étayées pour éliminer la causalité en vraisemblance prépondérante des troubles présentés par le recourant au-delà de la date de stabilisation déterminée.

Le recourant s'est encore exprimé par courrier du 22 août 2022 de sa mandataire qui a par la suite informé la Cour de céans ne plus représenter le recourant par courrier du 9 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 6 décembre 2020 en lien avec l'accident du 11 mai 2019.

3. Le recourant présente en premier lieu un grief d'ordre formel relatif à la consultation du dossier en invoquant en particulier une violation de son droit d'être entendu.

a) Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procédure équitable au sens de l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu garantit notamment à la personne concernée le droit d'avoir accès au dossier pour connaître préalablement les éléments dont dispose l'autorité et jouir ainsi d'une réelle possibilité de faire valoir ses arguments avant

qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique (ATF 146 IV 218 consid. 3.1.1 ; 144 II 427 consid. 3.1 ; 142 III 48 consid. 4.1.1 et les références).

Selon la jurisprudence, la garantie constitutionnelle de l'accès au dossier comprend le droit de consulter des pièces au siège de l'autorité, de prendre des notes et de faire des photocopies, pour autant qu'il n'en résulte pas un surcroît de travail excessif pour l'autorité (ATF 126 I 7 consid. 2b ; 122 I 109 consid. 2b).

Le droit de consulter le dossier n'est cependant pas absolu et son étendue doit être définie de cas en cas, en tenant compte des intérêts en présence et de toutes les circonstances de l'espèce. Il peut être restreint, voire supprimé, pour la sauvegarde d'un intérêt public prépondérant, dans l'intérêt d'un particulier ou dans l'intérêt de la partie requérante elle-même (ATF 144 II 427 consid. 3.1.1 ; 126 I 7 consid. 2b et les références).

L'art. 47 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) précise, pour les procédures menées par les assureurs sociaux, les modalités de consultation du dossier de l'assureur. Le premier alinéa énumère les personnes qui ont le droit de consulter le dossier, en soumettant toutefois la consultation à la condition que les intérêts privés prépondérants soient sauvegardés. Quant au second alinéa de cette disposition, il prévoit que s'il s'agit de données sur la santé dont la communication pourrait entraîner une atteinte à la santé de la personne autorisée à consulter le dossier, celle-ci peut être tenue de désigner un médecin qui les lui communiquera.

Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I 11 consid. 5.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.2).

Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références citées).

b) En l'occurrence, s'il ressort du dossier que le recourant n'a pas requis la production de son dossier dans son entier avant le 23 décembre 2021, soit à une date postérieure au prononcé de la décision sur opposition du 2 décembre 2021, il sied de constater que l'intégralité du dossier a toujours été à sa disposition pour consultation auprès de l'intimée pendant toute la durée de la procédure d'opposition sans qu'aucun élément ne laisse à penser que le recourant se serait vu refuser l'accès au dossier, ce qu'il n'a d'ailleurs pas allégué. On relèvera que l'intimée lui a spontanément transmis une copie de l'appréciation complémentaire du Dr G. _____ du 29 décembre 2020 par courrier du 7 janvier 2021. De plus, il a toujours reçu les documents dont il avait requis copie (cf. téléphones des 22 janvier et 10 décembre 2021).

L'entier du dossier a finalement été remis au recourant, par l'intermédiaire de sa mandataire, en date du 20 janvier 2022, après que cette dernière a annoncé avoir déposé un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Ainsi, le recourant a eu tout loisir de faire valoir ses arguments de façon circonstanciée dans le cadre de la présente procédure de recours permettant ainsi qu'un éventuel vice dans la procédure antérieure soit guéri devant l'autorité de recours. En effet, comme rappelé plus haut, la violation du droit d'être entendu peut

être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen, ce qui est le cas de la Cour de céans (cf. ATF 135 I 279 consid. 2.6.1 ; TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 3.1).

c) Le grief relatif à la violation du droit d'être entendu doit ainsi être rejeté.

4. 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.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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 la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références citées). 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 ou, 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). 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).

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).

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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

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 (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3).

e) Selon la jurisprudence, une aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est prouvée que lorsque la radioscopie 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 (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). 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 (TF 8C_1029/2012 du 22 mai 2013 consid. 4.2.1 ; 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

b) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertise 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). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

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).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal

de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

6. a) En l'espèce, la décision du 7 janvier 2021 a été prise par l'intimée en se fondant sur l'avis du médecin d'arrondissement, le Dr G._____, ainsi que sur l'avis externe du Prof. Q._____ sur la base de leurs constatations cliniques et de leurs conclusions (cf. rapports des 26 août, 18 et 24 novembre 2020). Le Prof. Q._____ a conclu que la lyse du recourant n'était pas liée à un traumatisme et que son aspect corticalisé deux jours après l'accident permettait d'exclure l'origine traumatique de celle-ci. A la suite de l'opposition du recourant à cette décision, des compléments médicaux ont été apportés. Le Dr G._____ a notamment déclaré que les fractures non déplacées des apophyses transverses droites de L1 et L2 subies lors de l'accident en cause étaient guéries sans séquelles. Il a précisé que ce genre de lésions n'était pas susceptible d'entraîner une décompensation durable ou déterminante d'un état antérieur (cf. rapport du 14 juin 2021). Quant au Dr V._____, il a, dans son rapport du 2 décembre 2021, procédé à une synthèse très détaillée des différentes constatations médicales faites par les médecins consultés et a retenu que seules les fractures non ou peu déplacées L2 et L3 droites des apophyses transverses étaient en relation de causalité en vraisemblance prépondérante avec l'évènement du 11 mai 2019. Ces fractures avaient mécaniquement cessé leur action sur la santé du recourant dès la consolidation constatée le 23 août 2019, selon ce qui avait pu être vu sur l'IRM lombo-sacrée réalisée par le Dr I._____ à cette date. A cet égard, on notera que le Dr V._____ a expliqué, dans son appréciation du 15 juin 2022, que dès le mois d'août 2019, c'est-à-dire trois mois après l'évènement, il y avait eu une consolidation de la fracture structurelle de l'apophyse transverse L3, les autres fractures étant sans déplacement ou quasiment invisibles. Selon lui, ces diagnostics devaient être plus intégrés dans un traumatisme du flanc postérieur dans une constitution de toute cette région allant de L1 à L5 et pratiquement

jusqu'aux fesses, d'où l'hématome initial avait été mis en évidence. Le Dr V._____ a par ailleurs indiqué qu'il existait un terrain avec des antécédents chez l'assuré qui n'étaient pas en relation de causalité pour le moins vraisemblable avec la chute subie, comme l'avait aussi affirmé le Prof. Q._____, soit une lyse isthmique L5 unilatérale qui surplombait une discopathie L5-S1.

Ainsi, les médecins mis en œuvre par l'intimée ont expliqué de façon convaincante et concordante pourquoi la causalité entre la lyse isthmique et l'événement du 11 mai 2019 pouvait être exclue. On relèvera encore que le Prof. Q._____ a expliqué que l'on savait que les traumatismes de haute énergie pouvaient occasionner plutôt des spondylolisthésis traumatiques dont la radiologie était complètement différente (cf. rapport du 18 novembre 2020). Quant au Dr V._____, il a indiqué que les lyses isthmiques étaient même contestées scientifiquement dans leur possibilité étiologique traumatique accidentelle. Elles n'étaient, au niveau accidentel, causées que par des traumatismes à très haute énergie et absolument exceptionnelles et souvent associées à d'autres atteintes osseuses ou musculo-viscérales, sans commune mesure avec l'événement décrit par le recourant (cf. rapport du 2 décembre 2021).

L'appréciation des Drs V._____ et Dr G._____ ainsi que du Prof. Q._____ selon laquelle la lyse isthmique objectivée était une ancienne lésion dont l'origine traumatique était exclue n'est remise en cause par aucun élément médical du dossier. En effet, les rapports du Dr X._____ des 14 décembre 2020 et 27 janvier 2021 produits par le recourant, outre le fait qu'ils doivent être pris en considération avec retenue au vu de l'existence d'un lien de confiance, n'apportent aucun élément médical objectif permettant de remettre en question les conclusions des médecins précités. Dans son premier rapport, le Dr X._____ n'a fait que constater que l'expertise du Prof. Q._____ s'éloignait, selon lui, très sensiblement des conclusions des médecins de la Clinique P._____ sans toutefois se déterminer dans quelle mesure ni sur quels points une telle distanciation existait. Dans son second rapport,

outre le fait qu'il a réitéré son avis sur une éventuelle discordance entre le Prof. Q. _____ et les médecins de la Clinique P. _____ sans autres détails, il a indiqué se retrouver assez largement dans le 2^{ème} alinéa de l'appréciation du Prof. Q. _____. Ainsi, les rapports du Dr X. _____ ne sont pas propres à mettre en doute les conclusions des Drs G. _____, V. _____ et du Prof. Q. _____. On relèvera encore que le Dr M. _____ pensait également que les symptômes du recourant n'étaient plus en relation avec un accident (cf. rapport du 3 février 2020 du Dr X. _____).

b) Le recourant a également allégué dans ses écritures que le diagnostic initialement posé était incomplet, voire erroné, avec une mention de fracture L1-L2, de L3 ou encore de L2-L3 mais aussi de L5 et qu'il avait souffert d'un diagnostic tardif qui avait probablement péjoré son état de santé post-accident.

Dans son appréciation du 2 décembre 2021, le Dr V. _____ s'était déjà étonné des rapports initiaux et des diagnostics faussement posés à l'hôpital. Il avait également relevé qu'une IRM avait des performances très inférieures à celles d'un scanner ou d'un Spect-CT [tomographie à émission mono-photonique] pour analyser une lyse isthmique et qu'un radiologue ne pouvait donc pas se prononcer valablement sur une causalité sur lyse isthmique d'équilibre sagittal lorsque l'assuré était allongé dans un espace contraint comme celui d'une IRM.

Il est exact que le Dr G. _____ a, dans un premier temps, indiqué que l'infiltration du 23 octobre 2019 s'adressait à des douleurs qu'on pensait en lien avec une lyse isthmique traumatisée dans le cadre d'un accident qui avait aussi provoqué des fractures d'apophyses transverses ce qui attestait d'un traumatisme violent (cf. rapport du 13 février 2020). Il n'a cependant fait que poser une hypothèse en reprenant les termes utilisés par le Dr I. _____ dans son rapport du 23 août 2019 tout en s'adressant au Prof. Q. _____ pour un avis externe et clarifier cette question (cf. appréciation du 26 août 2020). C'est dans le cadre de l'examen du recourant par le Prof. Q. _____ qu'il a été constaté que la

lyse n'était pas liée au traumatisme (cf. rapport du 18 novembre 2020). Cette appréciation a ensuite été confirmée par le Dr V._____, dans son appréciation du 15 juin 2022, qui a expliqué que la mention de la lyse unilatérale décrite par le Dr I._____ dans son rapport du 23 août 2019 comme pouvant être d'origine traumatique était une erreur d'interprétation. En effet, rien ne permettait d'interpréter sur ce type d'imagerie les images dans ce sens, d'autant que par l'expérience universellement admise, une lyse isthmique n'était qu'exceptionnellement une atteinte d'origine traumatique en vraisemblance prépondérante, comme l'avait d'ailleurs expliqué le Prof. Q._____. A cet égard, on relèvera que ce dernier n'est pas médecin-conseil de l'intimée et a fonctionné comme un mandataire extérieur. Ainsi, la décision administrative ne s'appuie pas exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur. Dans ce contexte, il convient également d'écarter le grief soutenu par le recourant selon lequel l'instruction de l'intimée a été totalement lacunaire au vu des nombreux avis sollicités auprès de différents médecins tout au long de l'instruction du dossier, y compris à réception de l'opposition du recourant.

S'agissant de la prise en charge du recourant le 13 mai 2019, celui-ci s'est plaint de n'avoir pas été vu par un spécialiste mais uniquement par une médecin assistante qui a posé le diagnostic de fracture non déplacée de l'apophyse transverse droite en L1 et L2 alors que la Dre F._____ a déclaré avoir constaté une fracture d'allure non déplacée de l'apophyse transverse droite de L3 (cf. rapports du 13 mai 2019) avant d'indiquer des fractures non déplacées des apophyses transverses droite de L2 et L3 (cf. rapport du 13 mai 2019). Comme expliqué par le Dr V._____ dans son appréciation du 15 juin 2022, les seules errances diagnostiques étaient des errances sans effet dès lors que les apophyses transverses étaient des lieux d'insertion musculaire, les douleurs étant d'origine essentiellement musculaires. La prise en charge du recourant, y compris à la Clinique P._____, et l'admission des troubles en vraisemblance prépondérante en lien avec l'évènement pendant six mois avaient permis une prise en charge adéquate et les difficultés de diagnostics initiales n'avaient eu aucun rapport avec une

péjoration de l'état de santé après l'accident. A cet égard, on relèvera que, le 30 août 2019 déjà, le Dr Y._____ avait mentionné un problème de diagnostic et avait adressé le recourant au Dr D._____ qui n'avait pas retenu d'indication chirurgicale dans son rapport du 10 septembre 2019 et préconisait une infiltration au niveau de l'isthme L5.

c) Le recourant a encore contesté avoir été atteint par une maladie invalidante avant l'accident du 11 mai 2019, ce que le Dr X._____ a également mentionné dans son rapport du 14 décembre 2020 en expliquant que le recourant n'avait jamais eu de lombalgies avant cet accident malgré un métier physiquement pénible et n'avait jamais été en incapacité de travail pour cette raison. Ces allégations relèvent d'un raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » insuffisant à démontrer l'existence d'un lien de causalité entre les lombalgies et l'événement litigieux. En l'occurrence, les lésions fracturaires et l'aggravation passagère des troubles d'origine dégénérative en lien avec la chute du 11 mai 2019 ont été identifiés et étaient depuis longtemps consolidées à la date de l'arrêt des prestations, à savoir le 6 décembre 2020.

d) Le recourant a également allégué que la présence d'un emphysème au niveau vertébral n'avait pas été investigué. Or cette pathologie mentionnée par la Dre F._____ et par la Clinique P._____ (cf. rapports des 13 mai 2019 et 26 juin 2020) ne nécessitait pas de recherches plus approfondies dans le contexte d'une chute dès lors que l'emphysème pouvait trouver sa source dans de nombreuses pathologies médicales (cf. appréciation du 15 juin 2022 du Dr V._____).

e) On relèvera enfin que, selon la jurisprudence (cf. consid. 4e *supra*), 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. Il est également précisé que le *statu quo sine* est même déjà atteint après trois à quatre mois pour des lombalgies post-traumatiques. La Clinique P._____ avait d'ailleurs indiqué qu'une stabilisation médicale était

attendue dans un délai de deux à trois mois (cf. rapport du 30 juillet 2021), tout comme le Dr Y. _____ qui avait étalement indiqué une reprise du travail à 100 % pour le 3 septembre 2019 (cf. rapport du 19 août 2019). Force est donc de constater que l'avis du Dr V. _____ fixant la stabilisation de l'état six mois après l'événement (cf. appréciation du 2 décembre 2021) peut être suivi et que l'intimée était fondée à mettre fin à ses prestations au 6 décembre 2020.

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, la procédure étant gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 2 décembre 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.

Le président :

La greffière :

Du

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

- J. _____,
- 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 :