

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 mai 2023

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Métral, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourant, représenté par Me Alexandre Guyaz, avocat à
Lausanne,

et

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

Art. 6 et 36 LAA.

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], sans formation certifiée, travaillait en tant que carreleur pour la société D._____ SA depuis 2015. Il était assuré à ce titre contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 16 septembre 2020, alors qu'il portait un carreau de carrelage sur un chantier, l'assuré est tombé sur le genou et s'est fait mal au dos et au genou.

Une radiographie du rachis cervical et lombaire réalisée le 5 octobre 2020 a révélé, s'agissant du rachis cervical, un bon alignement du mur antérieur, postérieur et de la ligne spino-lamellaire, pas de déformation scoliotique, pas de rétrécissement canalaire central osseux, pas de signe d'uncarthrose ni de pincement des espaces discaux, et s'agissant du rachis lombaire, l'absence de signe de lombo-discarthrose, de déformation scoliotique, de pincement des espaces discaux, de signe d'arthrose facettaire postérieure ou de conflit inter-épineux.

Une arthro-imagerie par résonance magnétique du genou droit (ci-après : IRM) réalisée le 5 octobre 2020 a mis en évidence, en comparaison à une IRM réalisée en 2018, une péjoration d'une chondropathie focale centrée à la jonction entre la crête et la facette latérale de la patella passant d'un grade III à un grade IV avec présence d'un œdème osseux sous-chondral, sans chondropathie des différents compartiments, une nette diminution du kyste poplité mucoïde multiloculé péri-tendineux ou péri-ligamentaire passant de 7,5 cm à 2,1 cm, mais une absence de lésion ligamentaire et de bursite pré-patellaire.

Le 9 octobre 2020, l'employeur a déclaré à la CNA l'accident du 16 septembre 2020 de l'assuré, faisant état d'une blessure par écrasement au genou droit et d'une possible hernie au dos. Il a précisé

que l'assuré avait interrompu son travail en raison de cet événement depuis le 5 octobre 2020.

Une IRM de la colonne lombaire effectuée le 13 octobre 2020 a mis en évidence une discrète discopathie L1-L2 légèrement active, une déchirure du ligament annulaire discal et une herniation foraminale et extraforaminale gauche en L4-L5 entourée d'une réaction inflammatoire située en contact de la racine L4 gauche pouvant être à l'origine d'une irritation.

Le 2 novembre 2020, l'assuré a complété un questionnaire à l'attention de la CNA, expliquant qu'alors qu'il portait un carreau de 90x90 cm, il avait marché sur un marteau posé par terre qu'il n'avait pas vu, ce qui l'a fait trébucher. Il avait senti une douleur en bas du dos et au genou, immédiatement au moment de la chute. Il a précisé avoir consulté le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, une semaine plus tard. Il a ajouté avoir déjà subi un accident en 2017 qui avait touché ses genoux et prendre depuis lors des anti-douleurs.

Dans un rapport initial LAA complété le 10 novembre 2020, le Dr N._____ a posé les diagnostics de distorsion sur chondropathie trochléo-rotulienne, distorsion lombaire avec déchirure ligament annulaire discal L4-L5 et hernie discale foraminale gauche. Il a constaté une bonne mobilité lombaire et un genou stable, bien axé et symétrique. Il a ajouté qu'il existait des circonstances pouvant influencer le processus de guérison de manière défavorable, à savoir une récurrence de gonalgies droites fin août-début septembre 2020, des lombalgies et des cervicalgies occasionnelles.

Par courrier du 18 novembre 2020, la CNA a informé l'assuré qu'elle prenait en charge les suites de son accident du 16 septembre 2020.

La CNA a sollicité l'avis de son médecin d'arrondissement, le Dr K._____, qui a estimé, le 11 janvier 2021, qu'il y avait lieu de procéder à un complément d'instruction portant sur le déroulement de l'événement, la date d'apparition des premiers symptômes neurologiques et des gonalgies, les antécédents au niveau du rachis et des comorbidités ainsi que les mesures thérapeutiques prises à la suite de l'événement du 16 septembre 2020. Cela permettrait de déterminer si l'accident avait causé d'autres lésions que celles qui affectaient déjà l'assuré.

Le 18 janvier 2021, l'assuré a tenté de reprendre son emploi à mi-temps, mais a à nouveau été arrêté à 100 % dès le 29 janvier 2021.

Lors d'un entretien avec un collaborateur de la CNA à son domicile le 26 janvier 2021, l'assuré a indiqué qu'il n'avait jamais souffert de douleurs aux genoux avant octobre 2018 où il a eu un accident, pris en charge par la CNA. Il n'avait pas eu d'arrêt de travail ni de traitement particulier hormis du Dafalgan. Depuis lors, il avait continuellement pris du Dafalgan en raison de douleurs persistantes dans le genou droit. Au niveau de la nuque et de la colonne lombaire, il a expliqué avoir eu quelques douleurs qu'il qualifiait de normales, mises en lien avec sa position de travail et sans avoir consulté à ce sujet. S'agissant du déroulement de l'événement du 16 septembre 2020, il a précisé qu'il maniait une plaque de grès de 90x90 cm d'environ 20-30 kg et que lorsqu'il s'était penché pour la poser au sol, il avait marché sur un outil et perdu l'équilibre. Il était alors à l'arrêt et avait basculé en avant. Il n'avait pas voulu lâcher la coûteuse plaque de grès et avait posé brutalement le genou droit au sol, tout en se cambrant pour retenir la plaque. Il avait ressenti un claquement dans le bas du dos lorsqu'il s'était cambré. En se relevant, il avait ressenti immédiatement des douleurs sur le devant du genou droit, et non dans le creux, ainsi que dans le bas du dos et dans la nuque. Il n'avait alors pas voulu consulter de médecin, augmentant les doses de Dafalgan. N'arrivant plus à porter de matériel à cause des douleurs, il avait contacté le Dr N._____ le 28 septembre 2020 et avait finalement accepté un arrêt de travail dès le 5 octobre 2020, le chantier dont il s'occupait pouvant se terminer sans lui. Il a précisé avoir eu un

traitement de physiothérapie pour son genou et sa colonne lombaire, mais pas d'infiltration. Son genou le lançait toujours et il ne pouvait plus porter de charges. Au niveau de la colonne cervicale, il n'avait plus de douleurs. Au niveau du bas du dos, il avait des douleurs, surtout à gauche. Sa reprise du travail à 50 % était difficile, même avec un manœuvre à ses côtés pour la manutention.

En parallèle, l'assuré a déposé une demande prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, le 3 février 2021.

Le même jour, l'assuré a subi une infiltration foraminale L4-L5 gauche.

Dans une appréciation du 10 février 2021, le Dr K. _____ a estimé que, selon les renseignements résultant de l'enquête, la faible énergie du traumatisme du 16 septembre 2020 avait tout au plus entraîné une contusion du genou droit et du rachis qui avait décompensé de manière passagère un état antérieur. Concernant le genou droit, selon le guide de l'ASA, dans sa version 1.0 de l'année 2010, une contusion du genou guérissait en 8 semaines chez un travailleur manuel. Dans la situation de l'assuré, la CNA pouvait retenir que l'événement incriminé avait totalement cessé de déployer ses effets au plus tard le 20 novembre 2020. Concernant le rachis, l'événement du 16 septembre 2020 n'avait pas entraîné de lésion structurelle pouvant lui être imputée. Les lésions découvertes à l'IRM du 13 octobre 2020 étaient constitutionnelles et de nature dégénérative. Une contusion du rachis guérissait en maximum six mois après l'événement.

Par décision du 4 mars 2021, la CNA a mis fin aux prestations d'assurance avec effet au 16 mars 2021. Elle a retenu que selon l'appréciation de son médecin d'arrondissement, les troubles qui persistaient actuellement n'avaient plus aucun lien avec l'accident. L'état de santé tel qu'il aurait été sans l'événement du 16 septembre 2020 pouvait être considéré comme atteint depuis le 16 mars 2021 au plus tard.

L'assuré s'est opposé à cette décision le 20 avril 2021, s'étonnant que le lien de causalité avec son précédent accident n'ait pas été analysé. Il a adressé à la CNA un rapport établi le 31 mars 2021 par le Dr N._____, qui confirmait le lien de causalité entre la hernie discale lombaire et l'accident du 16 septembre 2020. Le Dr N._____ exposait que les lombalgies apparues après l'accident avaient été investiguées notamment par une IRM qui avait mis en évidence une hernie. En raison de la persistance de lombosciatalgies gauches, une infiltration avait été réalisée le 3 février 2021, avec une évolution favorable durant quelques jours puis la réapparition de douleurs moins intenses. Une nouvelle IRM du 15 mars 2021 montrait la persistance de la hernie discale foraminale gauche et d'une irritation de L4 gauche, soit une évolution défavorable justifiant une nouvelle infiltration prévue le 30 avril 2021. La hernie entraînait toujours des douleurs qui justifiaient la poursuite du traitement et de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle. Les douleurs au genou étaient supportables au repos, mais toujours présentes.

Dans une appréciation du 29 avril 2021, le Dr K._____ a estimé qu'au vu des examens effectués et en l'absence de lésion structurelle pouvant être mise en rapport avec l'événement du 16 septembre 2020, celui-ci présentait une causalité tout au plus possible dans la persistance des plaintes de l'assuré. S'agissant du précédent accident survenu le 19 octobre 2017 mais annoncé le 29 mars 2018, il ressortait des rapports établis à l'époque que l'événement avait essentiellement concerné le genou gauche, et non le genou droit. Le bilan IRM de 2017 du genou gauche n'avait pas montré de lésion post-traumatique mais des éléments dégénératifs. A plus de six mois de l'événement de 2017, une IRM du genou droit avait été effectuée et avait également mis en évidence des lésions dégénératives sans lésion structurelle pouvant être imputée à un traumatisme.

Par courrier du 23 juin 2021, l'assuré, désormais représenté par Me Alexandre Guyaz, a complété son opposition, contestant l'appréciation du Dr K._____. Il a adressé un rapport établi le 1^{er} juin

2021 par le Dr N. _____ dans lequel celui-ci constatait que l'accident de septembre 2020 avait causé une contusion antérieure du genou, qui avait entraîné une décompensation de la chondropathie rotulienne. L'événement assuré était ainsi à tout le moins une cause partielle des troubles actuels et le Dr K. _____ n'expliquait pas les raisons pour lesquelles il retenait qu'une lésion dégénérative aurait déjà causé les mêmes lésions et limitations que celles dont l'assuré souffrait actuellement après 8 semaines. S'agissant de la lésion lombaire en L4-L5, l'appréciation du Dr K. _____ niant la présence de lésion structurelle en lien avec l'événement ne pouvait pas non plus être suivie. Le Dr N. _____ expliquait que l'événement assuré était à l'origine d'un œdème osseux à la partie antérieure des plateaux vertébraux L1-L2 et d'une déchirure du ligament annulaire discal postérieur au niveau L4, soit une lésion manifestement structurelle objectivable. Cette déchirure était à l'origine de la formation de la hernie discale foraminale, extra-foraminale gauche avec réaction inflammatoire autour de la racine L4 gauche. La hernie discale n'avait pas été immédiatement symptomatique après la chute, les sciatalgies ne débutant que deux semaines après la distorsion. Il fallait donc considérer la hernie discale L4-L5 comme post-distorsionnelle. L'évolution de la hernie allait être défavorable, l'IRM de contrôle du 15 mars 2021 ne montrant aucune amélioration alors qu'en général une hernie discale évoluait favorablement après six mois en se résorbant spontanément. En l'occurrence, cette évolution défavorable s'expliquait, selon le Dr N. _____, par le fait que la hernie discale n'était pas dégénérative, mais post-traumatique. La CNA devait ainsi admettre un rapport de causalité pour une durée à ce stade indéterminée. Quoiqu'il en soit, au vu de la lésion structurelle, elle ne pouvait faire application de la jurisprudence qui limitait dans le temps la causalité naturelle en cas de hernie discale.

Dans une appréciation du 21 janvier 2022, le Dr K. _____ a relevé que l'IRM du 5 octobre 2020 décrivait déjà un œdème sous-chondral ; étant focal et de petite taille, il correspondait à la définition des lésions dégénératives de stade IV du genou. Concernant le dos, le rapport d'IRM du 13 octobre 2020 décrivait bien un œdème réactionnel, ce qui

définissait une surcharge mécanique chronique du rachis et non les conséquences d'un traumatisme aigu. En cas d'œdème traumatique, les images révéleraient un œdème diffus sur la vertèbre et pas une atteinte focale antérieure. Le Dr K. _____ a relevé que le Dr N. _____ n'apportait aucun élément démontrant que la formation de la hernie discale était consécutive à la déchirure du ligament annulaire postérieur. Il n'y avait en effet pas de preuve que la rupture de l'anneau fibreux soit en lien avec l'accident car si la déchirure avait été provoquée par l'événement, la hernie discale également, et par conséquent l'assuré aurait présenté des symptômes immédiats ou quasi immédiats. Or, l'assuré n'avait consulté que le 28 septembre 2020 et été mis en arrêt de travail le 5 octobre 2020 pour des douleurs au dos et des sciatalgies. Ces dernières n'étaient donc pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement, tout comme la hernie discale et la rupture de l'anneau fibreux. Rappelant la définition de la hernie discale de la Revue médicale suisse 2014, le Dr K. _____ a précisé que s'il était nécessaire d'avoir une déchirure du ligament annulaire postérieur pour qu'une hernie existe, il fallait se baser sur l'apparition des symptômes radiculaires pour pouvoir dater l'apparition d'une hernie ; les symptômes devaient apparaître immédiatement à la suite de l'événement pour considérer qu'une hernie était d'origine traumatique. Dans le cas présent, les symptômes radiculaires, soit les sciatalgies, avaient débuté deux semaines après l'événement et non immédiatement. L'assuré ne remplissait au demeurant pas les critères scientifiquement reconnus pour admettre l'atteinte du disque L4-L5 comme secondaire à un accident, soit notamment un mécanisme accidentel à haute énergie et l'exclusion de toute atteinte rachidienne dégénérative antérieure. Le Dr K. _____ a ainsi conclu qu'un lien de causalité entre l'événement accidentel et les troubles persistants pouvait être tout au plus être possible au-delà de six mois après l'événement. Il pouvait admettre que l'événement avait pu décompenser voire réveiller un état maladif rachidien préexistant de manière passagère. Par conséquent, la persistance des symptômes au-delà de six mois était à mettre sur le compte de l'état maladif antérieur.

Par décision sur opposition du 28 janvier 2022, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 4 mars 2021. Elle a retenu qu'elle était légitimée à arrêter de prester au regard de l'appréciation du Dr K._____ qui était probante. Il ressortait de l'appréciation en question que l'assuré présentait des lésions préexistantes à l'événement du 16 septembre 2020, que cet événement n'avait pas été un traumatisme à forte énergie et qu'il n'avait pas entraîné de lésion structurelle documentée sur les clichés tant au genou qu'au rachis, que l'assuré avait subi une contusion simple du rachis qui n'était pas censée déployer ses effets au-delà de six mois dans le cas d'espèce et que l'accident avait déjà cessé ses effets au niveau du genou droit bien avant ce laps de temps.

B. Par acte du 28 février 2022, W._____, toujours représenté par Me Alexandre Guyaz, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision sur opposition, en concluant principalement à sa réforme et à ce que le droit aux prestations de l'intimée soit reconnu au-delà du 16 mars 2021, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée, les frais de rapports du Dr N._____ étant mis à sa charge. Il a déploré que la décision attaquée ne se fonde que sur l'appréciation du Dr N._____, laquelle était opposée à celle du Dr N._____, le Dr K._____ ayant retenu à tort que les symptômes étaient survenus deux semaines après l'accident, alors que les douleurs étaient apparues immédiatement après celui-ci, ainsi qu'il l'avait expliqué lors de l'entretien du 26 janvier 2021 à son domicile. Il a également reproché au Dr K._____ de ne raisonner qu'en terme de causalité adéquate, se fondant sur des considérations d'ordre général et non sur les circonstances individuelles du recourant. Il a ajouté que les rapports du Dr N._____, qui est au bénéfice de plus de 30 ans d'expérience, démontraient de façon détaillée que la hernie discale dont il souffrait était directement liée à l'accident du 16 septembre 2020. Le recourant a encore produit un rapport établi le 14 février 2022 par le Dr N._____. A ses yeux, les rapports de ce médecin laissent à tout le moins subsister un doute plus que minime sur les conclusions du Dr K._____, si bien qu'une expertise devrait être mise en œuvre. Il a ainsi requis une telle mesure d'instruction et, subsidiairement, l'audition du Dr N._____. Il a produit

avec son écriture un bordereau de pièces, comprenant notamment une note d'honoraires du Dr N. _____ du 14 février 2022 d'un montant de 500 francs.

Par réponse du 20 mai 2022, l'intimée a proposé le rejet du recours. Elle s'est référée à une appréciation complémentaire établie le 4 mai 2022 par le Dr K. _____ dans laquelle il estimait que les éléments soulevés par le Dr N. _____ ne modifiaient pas ses précédentes conclusions et n'apportaient notamment pas d'élément probant permettant d'admettre que l'événement du 16 septembre 2020 avait eu une telle intensité qu'il avait pu causer une hernie discale lombaire. Pour la CNA, les conclusions de son médecin d'arrondissement étaient crédibles et convaincantes, et aucun élément ne remettait en doute le bien-fondé de l'appréciation du Dr K. _____. Rien ne justifiait donc d'ordonner une expertise judiciaire. L'intimée a enfin conclu à l'irrecevabilité de la conclusion tendant à la prise en charge des frais des rapports médicaux du Dr N. _____. À tout le moins, cette conclusion devait être rejetée dès lors que la facture du 14 février 2022 semblait être globale et que les premiers rapports - succincts - établis par le Dr N. _____ avaient été remboursés à titre de frais d'éclaircissement. S'agissant du rapport du 31 mars 2021 produit au stade de l'opposition, la CNA a précisé qu'elle examinerait à bien plaisir le droit du recourant à la prise en charge de la facture y relative.

En réplique, le 30 juin 2022, le recourant a maintenu sa position. Il a en particulier déploré le fait que le Dr K. _____ ne se soit pas prononcé sur la déchirure annulaire qu'il avait subie, ni n'ait pris position sur l'explication du Dr N. _____ quant à l'origine traumatique de la déchirure du ligament annulaire.

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 point de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme aux prestations d'assurance au 16 mars 2021 à la suite de l'événement du 16 septembre 2020.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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 en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la

santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_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 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

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

d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents

d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

e) 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 déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel (TF 8C_746/2018 du 1^{er} avril 2019 consid. 3.3).

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).

Une aggravation significative d'une affection dégénérative préexistante 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 ; 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_164/2019 du 6 mars 2020 consid. 5.2.2 ; TF 8C_746/2018 précité consid. 3.2).

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 ; TF 8C_562/2010 du 3 août 2011 consid. 5.1 et les références).

4. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 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 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).

La jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (TF 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2 ; 8C_46/2019 du 10 mai 2019 consid. 3.2.1; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2, in SVR 2010 UV n° 17 p. 63 ; U 492/00 du 31 juillet 2001,

in RAMA 2001 n° U 438 p. 345 consid. 3d). En outre, le juge ne peut pas écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même minimes quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (TF 8C_469/2020 consid. 3.2 ; ATF 139 V 225 consid. 5.2; 135 V 465 consid. 4.7).

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, le recourant a été victime le 16 septembre 2020 d'un accident ; alors qu'il portait un gros carreau de carrelage, il est tombé sur le genou. Lors de cet événement, il s'est blessé au niveau du genou droit et du rachis.

b) S'agissant de l'atteinte au rachis, le recourant soutient en substance que la hernie discale dont il souffre est en rapport de causalité avec l'accident, se référant aux rapports du Dr N. _____ des 31 mars et 1^{er} juin 2021, et 14 février 2022.

Pour sa part, la CNA se fonde sur les appréciations du Dr K._____, selon lesquelles les troubles qui persistent au-delà de six mois après l'accident du 16 septembre 2020 ne sont plus en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement, mais en lien avec une atteinte malade préexistante à l'accident.

c) En premier lieu, le recourant a bien indiqué avoir ressenti des douleurs immédiatement après l'accident, tant dans le questionnaire complété par ses soins le 2 novembre 2020 que lors de l'entretien à son domicile du 26 janvier 2021, même s'il n'a pas été immédiatement en arrêt après l'événement accidentel, mais seulement à compter du 5 octobre 2020. A cela s'ajoute qu'à l'IRM du 13 octobre 2020, une déchirure du ligament annulaire discal en L4-L5 a été mise en évidence, ce qui ne permet *prima facie* pas d'exclure une lésion structurelle. Quant au mécanisme accidentel (trébuchement sur un marteau en portant une plaque de carrelage de 90x90 cm pesant entre 20 et 30 kg et réception sur le genou), il ne permet pas non plus d'emblée d'exclure qu'il ait pu entraîner une lésion du disque intervertébral, malgré le caractère restrictif de la jurisprudence rendue en la matière (cf. consid. 3e ci-dessus).

Quoi qu'il en soit, dans l'éventualité où 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 (cf. consid. 3d et 3e ci-dessus). Or le recourant allègue qu'il présente encore des douleurs au niveau du rachis, et il n'est, en l'état du dossier, pas possible de déterminer si elles peuvent encore être imputées à l'événement du 16 septembre 2020.

Les avis médicaux au dossier sont en effet étayés mais opposés. Dans ces conditions, la CNA ne pouvait pas mettre un terme aux prestations sans autres mesures d'instruction (cf. consid 5b ci-dessus). Par ailleurs, si la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la

base d'un examen concret (TF 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2 ; 8C_46/2019 du 10 mai 2019 consid. 3.2.1; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2, in SVR 2010 UV n° 17 p. 63 ; U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345 consid. 3d), tel n'est pas le cas en l'occurrence. En effet, seul le Dr N._____ a examiné l'assuré et ses conclusions divergent de celles du Dr K._____.

Le Dr N._____ a constaté dans son rapport du 14 février 2022 que l'assuré n'est pas tombé sur le dos, mais sur le genou lors de son accident du 16 septembre 2020, et que son précédent accident n'a concerné que les genoux. Il serait donc erroné selon le Dr N._____ de parler dans le cas présent de contusion, comme le faisait le Dr K._____, mais il conviendrait plutôt de parler de distorsion. Cette distorsion expliquerait aux yeux du Dr N._____ la lésion du ligament annulaire discal en L4-L5 décrite par l'IRM du 13 octobre 2020. La distorsion n'ayant entraîné qu'une déchirure du ligament annulaire, il n'y avait donc pas de sciatique puisqu'il n'y avait pas de hernie discale évidente, le matériel discal étant de bonne qualité. Ce matériel discal, de bonne qualité, avait ensuite entraîné une compression radiculaire par une protrusion progressive. Le Dr N._____ est d'avis que le matériel discal n'était pas dégénératif, dès lors que les hernies discales lombaires se résorbent spontanément en quelques mois ou s'améliorent après des infiltrations. Or, dans le cas de l'assuré, l'amélioration n'avait été que momentanée après les infiltrations et celui-ci avait même dû être opéré le 20 janvier 2022 de sa hernie L4-L5 gauche. Selon le Dr N._____, la hernie discale serait donc la conséquence de la distorsion traumatique subie lors de l'événement du 16 septembre 2020. Il apparaît ainsi que, se fondant sur les mêmes pièces au dossier, le médecin traitant - lequel a examiné personnellement l'assuré - a une appréciation différente de celle du médecin d'arrondissement. Dans ces circonstances, la CNA ne pouvait rendre sa décision en se fondant sur le seul avis du Dr K._____, sans que ce dernier n'ait examiné l'assuré, mais devait mettre en œuvre une expertise auprès d'un médecin indépendant, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, selon la procédure de l'art. 44 LPGa.

d) S'agissant du genou droit, le recourant ne soutient plus que les lésions seraient imputables à l'événement du 16 septembre 2020. Même le Dr N._____, dans son rapport du 31 mars 2021, relève que les douleurs au genou sont supportables, et ne justifient pas de nouvelles investigations. Dans son rapport du 1^{er} juin 2021, il a admis qu'il existait un *statu quo sine* six mois après l'événement initial pour ce genou, en observant quand même que le genou demeurait plus douloureux qu'avant l'événement du 16 septembre 2020. Il apparait en effet que lors de l'accident du 16 septembre 2020, l'assuré n'a subi qu'une contusion du genou droit. Aucune fracture ou lésion structurelle post-traumatique n'a été mise en évidence par l'IRM du 5 octobre 2020, mais uniquement des éléments dégénératifs. Ceux-ci étaient d'ailleurs déjà connus et avaient été visualisés en 2018 à l'occasion d'une IRM effectuée des suites du sinistre survenu en octobre 2017 ; l'assuré s'était alors blessé au genou gauche et une IRM de contrôle avait été réalisée au genou droit. L'IRM du 5 octobre 2020 a ainsi révélé un œdème sous-chondral focal et de petite taille, ce qui correspond à une lésion dégénérative de stade IV du genou. Compte tenu de ces éléments et se fondant sur l'appréciation du Dr K._____, la CNA a considéré que l'accident du 16 septembre 2020 a cessé de déployer ses effets au plus tard six mois après sa survenance s'agissant du genou droit, sans que ce constat ne soit remis en cause.

e) Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision sur opposition litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée, à qui il appartient en premier lieu d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPG), pour la mise en œuvre d'une expertise puis nouvelle décision.

7. A titre de mesures d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, subsidiairement l'audition du Dr N._____. Au vu du sort du recours et du renvoi de la cause à l'intimée, ces réquisitions sont devenues sans objet.

8. a) Le recourant requiert que les frais de rapports du Dr N._____, établis pour les besoins de la cause, soient mis à la charge de la CNA.

b) Selon l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures ; à défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige (TF 9C_619/2021 du 12 septembre 2022 consid. 6.2 ; TF 9C_136/2012 du 20 août 2012 consid. 5 ; ATF 115 V 62).

c) En l'occurrence, le Dr N._____ a établi une note d'honoraires le 14 février 2022 « pour l'étude de dossier » d'un montant de 500 francs. Contrairement à ce que soutient l'intimée, rien ne permet de retenir que cette note d'honoraires concernerait tous les rapports établis par le Dr N._____. Il y a au contraire lieu de tenir pour établi que ladite facture, datée du 14 février 2022, se rapporte au rapport daté du même jour. Or, ce rapport a participé au renvoi de la cause, de sorte qu'il a contribué à la solution du litige. Il y a dès lors lieu de mettre le montant de cette note d'honoraires à charge de l'intimée.

9. a) Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA).

c) La note d'honoraires du Dr N._____ du 14 février 2022 est mise à la charge de l'intimée.

d) Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 28 janvier 2022 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

- III. Il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires.

- IV. La note d'honoraires du Dr N. _____ du 14 février 2022, d'un montant de 500 fr. (cinq cents francs), est mise à la charge de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents.

- V. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à W. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Alexandre Guyaz (pour W. _____),
- 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 :