

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 juillet 2024

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Neu et Mme Pasche, juges
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

T. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Nicolas Roud, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 LPGA et 6 LAA

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...] né en 197[...], travaillait pour A._____ Sàrl comme désamianteur. 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 janvier 2017, l'assuré a glissé sur une plaque de glace en bâchant un camion (sinistre no 23.30093.17.2, pris en charge par la CNA), accident ayant entraîné une épicondylite associée à une compression du nerf interosseux postérieur (rapport du 19 octobre 2017 du Centre B._____) et nécessité une prise en charge chirurgicale (allongement des muscles extenseurs du poignet, long extenseur des doigts, capsulotomie radio-ulnaire supérieure avec lavage articulaire et neurolyse du nerf radial avec section de l'arcade de Frohse, cf. protocole opératoire du 16 novembre 2017 du Centre B._____).

Dans un rapport du 31 juillet 2018, la Dre J._____, médecin d'arrondissement, a retenu les diagnostics de status après une chute le 16 janvier 2017 et de déchirure des muscles épicondyliens latéraux associés à une compression post-traumatique du nerf radial au niveau de l'arcade de Frohse de l'avant-bras, de status après allongement des muscles extenseurs du poignet, long extenseur des doigts, capsulotomie radio-ulnaire supérieure et clavage articulaire et neurolyse du nerf radial avec section de l'arcade de Frohse le 16 novembre 2017 et de douleurs persistantes et manque de force du membre supérieur droit d'origine indéterminée. Elle a estimé que l'activité habituelle de l'assuré n'était plus adaptée, comme toutes les activités lourdes, mais que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas d'activité répétitive du membre supérieur droit et du coude plus particulièrement et pas d'activité en force avec le membre supérieur droit), l'intéressé bénéficiait d'une capacité de travail de 100 %.

Le 20 août 2018, la CNA a mis fin à ses prestations, considérant que la situation était stabilisée du fait de l'accident du 16 janvier 2017.

Par décision du 5 septembre 2018, la CNA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Cette décision est entrée en force.

B. L'assuré a ensuite travaillé comme désamianteur pour U._____ Sàrl à compter du 1^{er} février 2020. Il était assuré à ce titre contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la CNA.

Le 3 mars 2021, l'assuré s'est bloqué le dos en aidant un collègue à remettre en place une rampe de parking sur son rail (sinistre n. 23.89060.21.9).

Une radiographie du rachis lombaire effectuée le 8 mars 2021 au Centre X._____ n'a pas permis d'identifier de fracture osseuse ni de tassement vertébral. La radiographie du bassin réalisée le même jour n'a pas révélé de coxarthrose majeure.

Dans un questionnaire complété le 19 mars 2021 par l'assuré à l'attention de la CNA, ce dernier a expliqué qu'il avait ressenti une vive douleur en reposant une rampe de voiture sur son rail.

Le 30 mars 2021, l'assuré a adressé une demande de prestations à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en se prévalant de l'atteinte au coude.

Un scanner lombaire et rachidien a été effectué au Centre C._____. Dans un rapport du 26 avril 2021, le Dr Z._____, spécialiste en rhumatologie, a fait savoir que son patient se plaignait de douleurs

lombaires et dorsales à la suite d'un effort de soulèvement. A l'examen clinique, ce spécialiste a retrouvé une douleur lombaire basse et une douleur en regard de T8 avec une contracture paravertébrale. Il a expliqué que le scanner lombaire et rachidien permettait d'affirmer une fracture de l'articulaire postérieure gauche L5 ainsi qu'une calcification discale avec notamment une réaction inflammatoire en T8/T9.

Dans une prise de position du 10 mai 2021, le Dr F._____, médecin d'arrondissement, a fait savoir que le cas relevait de « *l'art. 6 al. 2 let. a LAA* » et que la fracture en question n'était « *pas due de manière prépondérante à l'usure* ».

La CNA a pris le cas en charge (courrier du 12 mai 2021).

Dans un rapport du 20 juillet 2021 à la CNA, le Dr G._____, médecin généraliste, a notamment posé les diagnostics de lombodorsalgies et de fracture de l'articulaire postérieure gauche L5 sans poser de pronostic quant à une reprise d'emploi.

Le scanner du rachis dorso-lombaire de contrôle du 19 août 2021 a montré une calcification discale D8-D9 et une discopathie L3-L4 et L4-L5 sans hernie discale ni conflit discoradiculaire mis en évidence.

Dans un rapport du 10 septembre 2021, le Dr Z._____ a indiqué que le scanner permettait d'observer une absence de consolidation de la fracture ou l'isthmique L5 gauche. Il a commandé une IRM (imagerie par résonance magnétique) lombaire en vue d'évaluer une éventuelle indication chirurgicale à une fixation arthrodeuse L5-S1.

Dans un rapport du 23 septembre 2021, le Dr Z._____ a fait savoir que l'IRM lombaire n'avait pas permis d'identifier d'inflammation, ce qui excluait une indication chirurgicale et commandait la poursuite du

traitement conservateur (ceinture lombaire, protocole de rééducation et antalgie).

Il ressort d'une notice d'entretien téléphonique du 4 janvier 2022 que les douleurs persistaient et que la rééducation avait été interrompue après trois séances. L'assuré se déclarait en outre d'accord pour un séjour à la Clinique romande de réadaptation.

L'assuré a été examiné le 9 mai 2022 par le Dr R._____, médecin d'arrondissement, lequel a retenu, dans son rapport du 16 mai 2022, les diagnostics suivants en ce qui concernait les atteintes en lien avec l'évènement du 3 mars 2021 :

- « • Minime attitude scoliotique à concavité droite centrée sur L2.
- Spina-bifida L5.
- Fracture de l'articulaire postérieure G L5.
- Calcification discale T8/T9.
- Discopathie L2-L3 L3-L4 et L4-L5 sans hernie discale avec débord ostéophytique antérieur sans conflit. »

Le Dr R._____ a apprécié le cas en ces termes :

« Le 10.05.2021 le Dr F._____ avait estimé que l'affection de T._____ relevait de la liste de l'article 6, alinéa 2, de la LAA pour cette fracture. Néanmoins au vu de l'anamnèse, de l'examen clinique de ce jour et de l'absence de projet thérapeutique ou curatif, on peut affirmer que nous sommes désormais en présence d'une lésion corporelle due de manière prépondérante à l'usure et à une maladie. On peut estimer que l'évènement a fini de déployer ses effets dès ce jour, soit le 09.05.2022.

On prévoit que la capacité de travail se trouvera entière à compter du 31.05.2022.

(...)

Aucun élément ne permet de contrer mes observations cliniques au jour de cet examen. »

Le 20 mai 2023, la CNA a indiqué à son médecin d'arrondissement qu'il ne lui était pas possible de « *faire un statu quo dans un dossier où la notion de la lésion assimilée a été retenue* » sans « *prendre en charge le cas jusqu'à sa stabilisation ou guérison* » et lui a demandé de se déterminer à ce propos.

Dans une nouvelle appréciation du 23 mai 2022, le Dr R. _____ a évalué le cas en ces termes :

« Le 10.05.2021 le Dr F. _____ avait estimé que l'affection de T. _____ relevait de la liste de l'article 6, alinéa 2, de la LAA pour cette fracture. Néanmoins au vu de l'anamnèse, de l'examen clinique de ce jour et de l'absence de projet thérapeutique ou curatif, on peut considérer la situation comme étant stabilisée dès ce jour, soit le 09.05.2022.

L'assuré présente des séquelles qui n'atteignent pas le seuil indemnisable suivant les tables indemnisation pour atteintes à l'intégrité selon la LAA. Il y a d'autres pathologies qui évoluent pour le propre compte et qui peuvent interférer sur l'exigibilité. Seules les séquelles de l'événement du 03.03.2021 doivent être prises en compte. Leurs effets ne limitent pas la capacité de travail et, en conséquence, l'activité antérieure, si on ne tient compte que de ces séquelles, reste exigible. On prévoit que la capacité de travail se trouvera entière à compter du 31.05.2022. »

Le 3 juin 2022, la CNA a mis fin aux prestations d'assurance avec effet au 6 juin 2022 pour les suites de l'évènement du 3 mars 2021, estimant que l'assuré bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans son activité antérieure depuis le 7 juin 2022.

Le 16 juin 2022, l'assuré, représenté par Me Jean-Nicolas Roud, avocat à Lausanne, a contesté la prise de position de la CNA du 3 juin 2022. Il a notamment produit un rapport du Dr Z. _____ du 1^{er} juin 2022, lequel faisait état d'une consultation en réadaptation qui mettait en évidence des douleurs neuropathiques des membres inférieurs, notamment du membre inférieur gauche et indiquait qu'un électroneuromyogramme serait prochainement effectué.

Par décision du 23 juin 2022, la CNA a confirmé sa prise de position du 3 juin 2022 mettant fin aux prestations d'assurance avec effet au 6 juin 2022 pour les suites de l'évènement du 3 mars 2021. Elle a considéré que l'assuré avait recouvré, dès le 7 juin 2022, une pleine capacité de travail dans son activité antérieure.

Le 5 juillet 2022, le président du Tribunal d'arrondissement de [...] a prononcé la faillite d'U. _____ Sàrl avec effet au 5 juillet 2022.

Le 11 juillet 2022, l'assuré, représenté par Me Roud, a formé opposition à l'encontre de la décision du 23 juin 2022 de la CNA, concluant à son annulation et à la poursuite du versement des indemnités journalières au-delà du 6 juin 2022.

Le 9 novembre 2022, l'assuré a complété son opposition. Il a notamment produit :

- Un rapport du 10 octobre 2022 du Dr V. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, lequel préconisait une imagerie de contrôle pour vérifier la consolidation de la fracture articulaire postérieure L5 gauche.
- Une IRM lombaire réalisée le 19 octobre 2022 par le Dr D. _____, spécialiste en radiologie, a montré une discrète discopathie L3-L4, légèrement protrusive, mais sans signe de conflit discoradiculaire et, au niveau L4-L5 et L5-S1, des disques de hauteur normale sans anomalie au signal.

Le 16 novembre 2022, la CNA a confié au Dr S. _____, spécialiste en radiologie, un consilium radiologique.

Le 9 décembre 2022, le Prof. S. _____ a rendu son rapport, concluant en ces termes :

« **En conclusion**, je pense qu'il n'y a jamais eu de fracture de l'apophyse transverse de L5 mais une lyse isthmique L5 gauche unilatérale, sans signe de micro-instabilité et sans signe de consolidation par la suite, parlant plus pour une lyse isthmique chronique que pour un événement traumatique datant du mois de mars. »

Après avoir pris connaissance de l'IRM du rachis lombaire du 19 octobre 2022, le Prof. S. _____ a rédigé le 10 janvier 2023 un rapport de consilium complémentaire qu'il a conclu en ces termes :

« **En conclusion**, je confirme ma première prise de position avec la présence d'une lyse isthmique L5 gauche unilatérale, sans signe de micro-instabilité et sans signe de consolidation par la suite, parlant pour une lyse isthmique chronique sans évènement traumatique datant du mois de mars 2021, mais avec développement progressif et persistant d'un épanchement articulaire zygapophysaire postérieure L4-L5 et L5-S1 du côté gauche, entourant cette lyse isthmique. »

Le 1^{er} février 2023, le Dr R. _____ a entériné les conclusions du Prof. S. _____, considérant que l'atteinte en cause se rattachait à « *de la maladie et a de l'usure, au degré de la vraisemblance prépondérante* ».

Procédant à l'instruction de la demande de prestations du 30 mars 2021, l'OAI a notamment mis en œuvre une expertise d'orthopédie et de psychiatrie confiée aux Drs Q. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et H. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lesquels ont notamment posé, dans leur rapport du 1^{er} mars 2023, le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de douleurs lombaires persistantes sans substrat orthopédique clair, associées à un important déconditionnement lié à l'inactivité et au port d'un corset pendant six mois, en 2021.

Par décision sur opposition du 8 mars 2023, la CNA a rejeté l'opposition formée le 11 juillet 2022 et confirmé sa décision du 23 juin 2022, considérant qu'elle n'était pas tenue de prêter. Elle a nié qu'un facteur extérieur extraordinaire était intervenu au moment de l'évènement du 3 février 2021, retenant que le fait de soulever et transporter une charge telle que la rampe à l'origine de l'évènement devait être tenue comme objectivement habituelle dans le métier du recourant. La CNA a également nié toute lésion assimilée à un accident en se référant aux rapports du 1^{er} février 2023 du Dr R. _____ et des 9 décembre 2022 et 10 janvier 2023 du Prof. S. _____.

C. Par acte du 24 avril 2023, T. _____, représenté par Me Roud, a déposé un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de cette décision, concluant principalement à l'annulation de la décision attaquée et à la poursuite de la prise en charge de l'évènement de 2021 par la CNA jusqu'à sa stabilisation, et subsidiairement à ce que le dossier soit renvoyé à la CNA dans le sens des considérants, après restitution de l'effet suspensif à l'opposition et à son recours. Il reproche à la CNA d'avoir violé son droit d'être entendu. Il soutient premièrement que le gestionnaire du dossier de la CNA aurait pris la décision avant de la faire justifier médicalement par les médecins d'arrondissement, deuxièmement que les décisions modifiant l'argumentation et qui ont donné lieu à la décision attaquée n'étaient que succinctement motivées, troisièmement que la motivation du refus de prise en charge serait de renvoyer le recourant à la charge des institutions de chômage [...] sans prendre en considération sa situation médicale et quatrièmement que la CNA ne lui avait pas laissé se déterminer sur la modification de la motivation de la décision attaquée. Le recourant reproche également à la CNA d'avoir tardé à statuer et d'avoir deux numéros de dossiers pour les deux évènements en cause, ce qui rendait la lecture du dossier complexe. Sur le fond, le recourant prétend que l'action consistant à porter une rampe de voiture d'un poids « considérable » à l'origine de l'évènement devait être tenue comme objectivement inhabituelle dans le métier du recourant, son travail consistant à poncer de la peinture au sol. Il explique que son activité de désamianteur ne le contraignait pas à porter du poids et que depuis le premier accident, il faisait attention à éviter les travaux de force. Partant du principe que l'évènement en question répondait à la notion d'accident, le recourant évoque encore la problématique de la lésion assimilée en faisant valoir que l'atteinte à la santé en question était une fracture à la charge de la CNA, sauf à apporter la preuve que cet accident était dû à une problématique strictement dégénérative, ce qui n'était pas le cas. Il demande la restitution de l'effet suspensif au recours. Il requiert en outre le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par ordonnance du 21 juin 2023, la juge instructrice a rejeté la requête de restitution de l'effet suspensif au recours pour autant qu'elle ne soit pas sans objet.

Par réponse du 3 juillet 2023, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a préalablement expliqué que, si une violation du droit d'être entendu pouvait être admise s'agissant de la substitution de motifs, elle était d'avis que pour des raisons d'économie de procédure et dans l'intérêt du recourant, ce vice avait été réparé compte tenu du fait qu'il avait pu s'exprimer devant l'autorité de recours. Sur le fond, la CNA soutient que le recourant travaillait dans une activité lourde d'employé de la construction chez U._____ Sàrl et que par conséquent le travail effectué au moment l'accident faisait partie de ses tâches habituelles. Le fait que les séquelles de l'accident de 2017 ne permettaient plus au recourant d'accomplir des travaux de force n'y changeait rien. La CNA maintient donc que la notion d'accident ne pouvait être retenue en l'occurrence. Enfin, la CNA a écarté l'hypothèse d'une fracture au sens de l'art. 6 al. 2 LAA sur la base du rapport des rapports des 9 décembre 2022 et 10 janvier 2023 du Prof. S._____. Elle soutient au demeurant que le recourant n'apporte aucun élément mettant en doute les conclusions de ce médecin.

Une IRM du rachis lombaire réalisée le 18 juillet 2023 en [...] par le Dr M._____, spécialiste en radiologie, a montré, en L5-S1, une lyse isthmique L5 gauche, sans oedème de part et d'autre de la part isthmique et sans spondylolisthesis significatif, associé à une très discrète sténose foraminale gauche sans conflit radiculaire évident, sans discopathie inflammatoire ou arthropathie articulaire postérieure congestive associée.

Une scintigraphie osseuse du 20 juillet 2023 du Dr M._____ a montré une fracture intra-apophysaire gauche de L5 non-fixante et sans signe de consolidation, avec probable appui de l'apophyse latérale gauche sus-jacente (L4) sur sa partie supérieure.

Dans un rapport du 27 juillet 2023, le Dr O._____, spécialiste en neurochirurgie, a fait état de lombalgies très invalidantes sans amélioration sous antalgiques, traitement conservateur et infiltration. Il a indiqué que le scanner montrait une lyse *a priori* ancienne de l'isthme de L5 sans fixation à la scintigraphie.

Dans un avis du 6 septembre 2023, le Dr K._____ du Service médical régional de l'AI a demandé un complément d'instruction à la suite de la production au dossier de l'AI de la scintigraphie osseuse du 20 juillet 2023 et de l'IRM du rachis lombaire du 18 juillet 2023. Il a estimé que la scintigraphie osseuse du 20 juillet 2023 retrouvait une fracture intra-apophysaire gauche de L5.

Par réplique du 22 septembre 2023, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a répété l'argumentation relative au caractère extraordinaire de l'accident et au fait que la CNA n'avait pas apporté la preuve que la fracture était due de manière prépondérante à la maladie. Il a expliqué que, si la fracture était due au travail du recourant, alors il s'agissait d'une maladie professionnelle, elle aussi à la charge de la CNA.

Dupliquant le 26 octobre 2023, la CNA a précisé que son médecin d'arrondissement, le Dr R._____, avait motivé, dans un avis du 25 octobre 2023, les raisons pour lesquelles il excluait une éventuelle fracture et que les avis qu'avaient produit le recourant en cours de procédure avaient été pris en considération et discuté par le médecin d'arrondissement. S'agissant de troubles qui constitueraient une maladie professionnelle, elle indiquait que cela sortait de l'objet du litige.

Le recourant s'est déterminé le 21 novembre 2023. Il a réitéré ses allégations relatives à la question du caractère extraordinaire de l'accident et a allégué que l'avis du Dr R._____ n'avait pas de valeur probante dans la mesure où il avait modifié ses conclusions pour les faire correspondre aux instructions de la gestionnaire du dossier. Il a demandé une expertise judiciaire pour prouver que la fracture pouvait être due à de la maladie professionnelle.

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). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes pascales auprès du tribunal compétent (art. 38 al. 4 let. a LPGA ; 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. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3 ; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) Dans son recours du 24 avril 2023, l'intéressé se plaint d'un retard à statuer, cependant, ce motif, lequel peut être soulevé en l'absence de décision par un recours pour déni de justice (art. 56 al. 2

LPGA), n'a plus d'objet dans la présente procédure dans la mesure où l'intimée a statué sur ses prétentions (cf. TF 8C_789/2021 du 1^{er} février 2022 consid. 3). Aussi, le litige a pour objet de déterminer si le recourant a été victime d'un accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA le 3 mars 2021, respectivement s'il a souffert d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA.

3. a) Dans son recours du 24 avril 2023, le recourant se plaint de multiples violations de son droit d'être entendu.

b) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des

allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

c) aa) Les conclusions des appréciations médicales du Dr R. _____ des 16 et 23 mai 2024 ne sont pas identiques dès lors que la CNA lui a demandé des précisions. Le recourant ne peut pas soutenir que le gestionnaire du dossier de la CNA aurait pris la décision quant à la fin des indemnités journalières avant de la faire justifier médicalement par les médecins d'arrondissement. En effet, le courrier litigieux de la CNA au Dr R. _____ est une simple demande de complément d'instruction, laquelle ne saurait entraîner une violation du droit d'être entendu. Quant aux différences entre les appréciations médicales du Dr R. _____ des 16 et 23 mai 2024, leur examen relève du fond du litige et seront examinées ci-après pour autant que de besoin.

bb) Le recourant reproche à l'intimée la motivation trop succincte de ses décisions. Ce point de vue ne saurait être suivi dans la mesure où le recourant a valablement pu se déterminer, au stade de l'opposition sur l'ensemble du dossier par l'intermédiaire de son avocat. Le recourant pouvait ainsi connaître les fondements médicaux de la décision du 23 juin 2022 annexés à cette dernière. Au demeurant, il s'avère qu'il n'a pas été entravé dans la compréhension du fondement et de la motivation de la décision discutée et a ainsi pu former opposition, puis recours, dans le délai utile avec le concours de son avocat. On ne saurait y discerner une violation du droit d'être entendu.

cc) Le recourant fait grief à l'intimée de vouloir substituer la charge qui lui incombe et le renvoyer à agir devant les institutions de chômage [...] sans prendre en considération sa situation médicale. Il ne s'agit manifestement pas d'une question de droit d'être entendu, mais d'une allégation, sans pertinence dans le contexte de l'art. 49 al. 3 LPGA qui pourra être examinée cas échéant dans le cadre de l'appréciation des preuves. Au demeurant, l'information donnée par la CNA de se tourner vers la sécurité sociale [...] pour les traitements médicaux (courrier de la CNA du 3 juin 2022) ou vers le chômage [...] (notice téléphonique du

9 mai 2022) résulte de l'obligation d'informer de la caisse (art. 27 al. 1 LPGA) et l'on ne saurait le reprocher à l'intimée.

dd) Enfin, s'agissant de la substitution de motifs opérée dans la décision sur opposition du 8 mars 2023 par rapport à la décision du 23 juin 2022, il y a lieu de souligner que, dans le cadre de la procédure d'opposition, le recourant a produit des nombreuses pièces et que l'intimée a complété l'instruction en demandant un consilium auprès du Prof. S._____, si bien qu'en présence de nouvelles données médicales, la motivation de la décision sur opposition ne pouvait pas être identique à celle de la décision de base. Un tel revirement n'apparaît d'ailleurs pas contraire au droit dès lors que l'assureur dispose d'un pouvoir d'examen étendu à l'opportunité lorsqu'il statue sur opposition (Ueli Kieser, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, 4^e édition, Zurich 2020, n. 90 ad art. 52 LPGA) et qu'il n'est pas lié par les conclusions de l'opposant. Il peut ainsi modifier la décision à l'avantage ou même au détriment de ce dernier (art. 12 al. 1 OPGA [ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11]). La question de savoir si la CNA a modifié sa décision au détriment du recourant peut cependant rester ouverte dans la mesure où le dossier doit de toute manière être renvoyé à l'intimée au sens des considérants pour des questions relevant de l'appréciation des preuves par le tribunal au fond (art. 61 let. c LPGA ; cf. consid. 6 à 8 ci-dessous).

ee) Le recourant reproche également à la CNA d'avoir deux numéros de dossiers pour les deux événements en cause, ce qui rendait la lecture du dossier complexe. En l'occurrence, on ne saurait reprocher à l'intimé d'avoir tenu deux dossiers séparés qui ont tous deux été produits devant la Cour de céans dès lors qu'il existe deux cas d'assurances, de surcroît lié à deux employeurs différents (événements des 16 janvier 2017 et 3 mars 2021). Représenté par un avocat, le recourant n'a pas été entravé dans la compréhension du fondement et de la motivation de la décision attaquée par le fait que l'intimée ait tenu deux dossiers séparés, si bien qu'il n'y a pas de violation du droit d'être entendu du recourant à

cet égard non plus. Quant à la question de savoir si le contenu des documents en question est probant et permet de trancher le litige, elle relève à nouveau de l'appréciation des preuves par le tribunal au fond (art. 61 let. c LPGA)

ff) Au demeurant, le recourant a eu l'opportunité de s'exprimer devant la Cour des assurances sociales disposant d'un plein pouvoir d'examen compte tenu de la maxime d'office prévalant en matière d'assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA et TF 9C_403/2010 du 31 décembre 2010 consid. 4.2.2), si bien que toute éventuelle violation du droit d'être entendu a pu être réparée dans le cadre de la présente procédure.

gg) Vu ces éléments, aucune violation du droit d'être entendu ne peut être retenue en l'espèce.

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

aa) L'art. 4 LPGA définit l'accident comme toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire.

bb) Par facteur extérieur, il faut comprendre une cause externe et non interne au corps humain (ATF 142 V 219 consid. 4.3.2 ; 139 V 327 consid. 3.3.1 ; pour une casuistique : TF 8C_235/2018 du 16 avril 2019 consid. 6.2). Par ailleurs, le caractère extraordinaire de l'atteinte ne

concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Il est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 134 V 72 consid. 4.1.1 et 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 ; Stéphanie Perrenoud, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 ad art. 4 LPGA). L'existence d'un facteur extérieur extraordinaire générant un risque de lésion accru doit être admise lorsqu'un geste quotidien représente une sollicitation du corps plus élevée que ce qui est physiologiquement normal ou psychologiquement contrôlé (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3^e éd., Bâle 2016, n° 88 p. 922).

Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, les explications d'une personne assurée sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption d'exactitude (TF 8C_26/2019 du 11 septembre 2019 consid. 3.2 et les références).

cc) Dans l'hypothèse d'une lésion consécutive à un effort (déplacement ou soulèvement de charges lourdes, par exemple), le caractère extraordinaire de l'effort doit être apprécié au cas par cas, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes, professionnelles ou autres, de la personne concernée (TF 8C_605/2020 du 8 juin 2021 consid. 3.1). L'effort est extraordinaire lorsqu'il est manifestement excessif. Tel est le cas, par exemple, si une infirmière se blesse alors qu'elle tente d'empêcher un patient corpulent de faire une chute inattendue lors de son transfert du lit à un fauteuil roulant (TFA U 67/93 du 27 septembre 1993) ou lorsqu'une personne en position penchée et pressée par le temps se blesse en déplaçant une charge exceptionnelle

(TFA U 109/92 du 10 août 1993). En revanche, le simple transfert d'un patient d'une table d'opération à un lit par un aide-infirmier ne représente pas un effort excessif et ne constitue donc pas un facteur extérieur extraordinaire (ATF 116 V 136), de même que la rotation effectuée dans la précipitation pour retenir un patient sur le point de choir n'est pas inhabituelle pour un infirmier (TF 8C_726/2009 du 30 avril 2010 consid. 5 ; pour une casuistique : Perrenoud, op. cit., n° 29 ad art. 4 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 98 p. 924).

dd) En cas de lésions dues à des mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire est en principe admise lorsque le déroulement naturel du mouvement est interrompu ou modifié par un empêchement « non programmé », lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de s'encoubler, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute, ou encore lorsque la personne assurée exécute ou tente d'exécuter un mouvement par réflexe pour rattraper un objet ou une chute (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 3.1 ; Perrenoud, op. cit., n° 30 ad art. 4 LPGA ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 97 p. 923 s.).

b) Aux termes de l'art. 6 al. 2 let. a LAA, l'assurance-accidents alloue ses prestations en cas de fracture pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. Lorsqu'une telle lésion est constatée à la suite d'un événement même banal, l'assurance-accidents est en principe tenue de prester ; la preuve que l'atteinte a été causée par un facteur extérieur extraordinaire, au sens de l'art. 4 LPGA, n'est pas nécessaire. Lorsqu'une lésion corporelle comprise dans la liste énumérée à l'art. 6 al. 2 LAA est diagnostiquée, l'assureur-accidents est tenu à prestations aussi longtemps qu'il n'apporte pas la preuve libératoire, en s'appuyant sur des avis médicaux probants, que cette lésion est due de manière prépondérante, c'est-à-dire à plus de 50 % de tous les facteurs en cause, à l'usure ou à une maladie (ATF 146 V 51 consid. 8.2.2.1, 8.3 et 8.6).

5. a) 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).

b) 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).

c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que

ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

6. a) Il convient dans un premier temps d'examiner si l'événement du 3 mars 2021 répond à la notion d'accident au sens de l'art. 4 LPGa, ce qui est contesté par l'intimée qui considère que le recourant s'est blessé dans le cadre de son activité habituelle.

b) aa) Selon la déclaration d'accident du 8 mars 2021 et le formulaire complété le 19 mars 2021 par le recourant, ce dernier s'est bloqué le dos en aidant un collègue à remettre en place une rampe de parking sur son rail.

bb) S'agissant des circonstances de l'accident, on ne connaît ni le poids, ni la taille de la rampe de parking, on peut tout au plus envisager, sur le vu de la version des faits du recourant, que la rampe en question ne pouvait pas être soulevée par un seul ouvrier. Aussi, les circonstances de l'évènement ne sont pas établies au degré de la vraisemblance prépondérante.

cc) L'intéressé rappelle à juste titre que les activités lourdes lui étaient contre-indiquées depuis le premier accident survenu le 16 janvier 2017 (cf. rapport du 31 juillet 2018 de la Dre J._____). Il fait valoir qu'il n'a pas connu de problèmes de dos et qu'il évitait toutes activités lourdes dans le cadre de son activité, son travail consistant à poncer la peinture au sol. Il s'agit cependant de simples allégations lesquelles n'ont pas été instruites par l'intimée. Ces allégations ne peuvent cependant pas être écartées sans plus amples instructions dans la mesure où le contrat de travail du recourant et son cahier des charges (pièce 4 du recourant), rédigés de manière très large, ne permettent pas de définir la fonction exacte de l'intéressé. Rien ne confirme ni n'infirme que le recourant ait respecté les recommandations médicales et ne

travaillait pas au-dessus de ses moyens. Il conviendra ainsi d'interroger les anciens gérants d'U._____ Sàrl et ses ouvriers dont les coordonnées sont bien connues de l'intimé (cf. notamment rapport de surveillance des chantiers du 23 février 2021) afin d'évaluer quelles étaient les fonctions du recourant à cette époque et si le port de charge constituait ou non une tâche usuelle dans son activité.

c) Il ressort de ce qui précède que la CNA s'est contentée d'affirmer qu'il s'agissait d'une activité habituelle et non extraordinaire, sans instruire le déroulement de l'accident auprès de l'ancien employeur et du collègue avec lequel l'accident est intervenu, ni les questions techniques (dimensions ; poids de la rampe) ou organisationnelle. Il manque ainsi une évaluation globale de l'ensemble des circonstances pour évaluer s'il s'agit ou non d'un accident, ce qui commande déjà un complément d'instruction.

7. a) L'instruction médicale s'avère également insuffisante. Quelle que soit la disposition légale sur laquelle se fonde l'éventuel droit aux prestations (art. 6 al. 1 ou 2 LAA), la question d'une éventuelle fracture doit être confirmée ou infirmée au degré de la vraisemblance prépondérante. A supposer que l'accident soit retenu, il conviendra d'évaluer à quelle date le *statu quo sine* peut être arrêté. A supposer qu'il ne s'agisse pas d'un accident, il faudra examiner le cas sous l'angle de l'art 6 al. 2 LAA.

b) Le recourant se plaint principalement de lombalgies.

aa) On relève à cet égard que, même en cas de lombalgies et lombosciatalgies et en l'absence de fracture, la jurisprudence admet qu'un accident a pu décompenser des troubles dégénératifs préexistants au niveau de la colonne lombaire, auparavant asymptomatique. En l'absence d'une fracture ou d'une autre lésion structurelle d'origine accidentelle, la jurisprudence considère toutefois que selon l'expérience médicale, le *statu quo sine* est atteint, au degré de la vraisemblance prépondérante, en règle générale après six à neuf mois, au plus tard après une année. Il n'en va

différemment que si l'accident a entraîné une péjoration déterminante, ce qui doit être établi par des moyens radiologiques et se distinguer d'une évolution ordinaire liée à l'âge (TF 8C_50/2023 du 14 septembre 2023 consid. 7.1 ; 8C_102/2021 du 26 mars 2021 consid. 6.3.1 et les références citées).

Tel semble avoir été la ligne de conduite tenue par le Dr R._____ dans un premier temps (appréciation médicale du 16 mai 2022). Indépendamment de la question d'une potentielle fracture, il n'est cependant pas clair au vu des circonstances du dossier si la CNA devait clore le cas compte tenu d'un statu quo sine après six à neuf mois, voire une année, ou si une péjoration déterminante est intervenue et justifiait de plus amples prestations.

bb) Les diagnostics posés par l'ensemble des médecins ne sont pas superposables et l'on ignore encore quel mécanisme serait à l'origine de la lésion. Le Dr Z._____ évoque, dans son rapport du 26 avril 2021, à la suite du scanner lombaire et rachidien, une fracture de l'articulaire postérieure gauche L5 (cf. aussi le rapport du 20 juillet 2021 du Dr G._____). Tel est aussi le cas du Dr V._____ dans son rapport du 10 octobre 2022. Sur la base du rapport du 26 avril 2021 du Dr Z._____, ainsi que des rapports de radiographies du 8 mars 2021 et du scanner effectué au Centre C._____, le Dr F._____, médecin d'arrondissement, a conclu le 10 mai 2021 à une lésion assimilée, en particulier à une fracture au sens de l'art. 6 al. 2 let. a LAA, qui n'était pas due selon lui de manière prépondérante à l'usure ou la maladie, ceci sans toutefois expliquer pourquoi il excluait un accident (cf. consid. 6 ci-dessus) et sans expliquer pourquoi il excluait une atteinte dégénérative.

cc) Dans le cadre de la procédure AI, les experts retenaient un diagnostic incapacitant de douleurs lombaires persistantes sans substrat orthopédique clair, associées à un important déconditionnement lié à l'inactivité et au port d'un corset pendant six mois, en 2021. Cependant, à réception de la scintigraphie osseuse du 20 juillet 2023 et de l'IRM du rachis lombaire du 18 juillet 2023, le Dr K._____ du SMR a retrouvé la

fracture intra-apophysaire gauche de L5, à savoir un substrat organique qui nécessitait tout de même de reprendre l'instruction selon ce médecin.

dd) La ligne tenue par le Dr R. _____ a varié. Ainsi, dans son appréciation du 16 mai 2022, il retient lui-même une fracture (Fracture de l'articulaire postérieure G L5) tout en soutenant qu'elle était due de manière prépondérante à l'usure et à une maladie. Cette conclusion est cependant pour partie fondée sur l'absence de projet thérapeutique ou curatif, ce qui apparaît contradictoire avec le dossier au vu des consultations spécialisées en rhumatologie et en réadaptation alors en cours à cette époque auprès des médecins [...] du recourant (cf. rapport du Dr Z. _____ du 1^{er} juin 2022 ; rapport du 10 octobre 2022 du Dr V. _____) qui se sont d'ailleurs poursuivies avec la consultation de neurochirurgie (rapport du 27 juillet 2023 du Dr O. _____).

ee) Ce n'est que dans un second temps que le Dr R. _____ a changé sa ligne de conduite pour exclure une fracture, sollicitant un consilium radiologique. Le Prof. S. _____ a, dans son rapport du 9 décembre 2022, conclu à l'absence de fracture de l'apophyse transverse de L5, mais à une lyse isthmique L5 sans signe de micro-instabilité et de consolidation parlant plus pour une lyse isthmique chronique. Dans un rapport complémentaire du 10 janvier 2023, il a confirmé le diagnostic de lyse isthmique chronique sans événement traumatique en mars 2021. Sur cette base, le Dr R. _____ a, dans son rapport du 1^{er} février 2023, entériné les conclusions du Prof. S. _____, considérant que l'atteinte en cause se rattachait à « *de la maladie et a de l'usure, au degré de la vraisemblance prépondérante* ». Il a fait état d'un développement progressif et persistant d'une atteinte articulaire qui n'ouvrait pas le droit aux prestations selon l'art. 6 al. 2 LAA. Cependant, lorsqu'il affirme que l'atteinte en question fait suite à un développement progressif et persistant, le Prof. S. _____ n'explique pas sur quelle base il se fonde ni ne dresse d'historique des plaintes compatible avec son affirmation. D'autre part le recours à un consilium radiologique ne permet pas une évaluation médicale complète du cas selon les règles de l'art en matière d'évaluation médico-assurantielle. Il manque à l'examen du

Prof. S._____ une anamnèse complète documentée, un examen clinique et la consultation du dossier médical du recourant dont on ignore à vrai dire à quels éléments il a eu accès. Il est donc difficile de retenir un développement progressif et persistant sans avoir au moins obtenu des renseignements à ce sujet auprès des médecins traitants du recourant, en particulier en interrogeant le médecin généraliste du recourant, le Dr G._____. De plus, l'exclusion d'un évènement traumatique par le radiologue S._____ ne peut être suivie dans la mesure où ce dernier n'a pas expliqué de manière circonstanciée le mécanisme de décompensation de troubles dégénératifs préexistants auparavant asymptomatiques. Une telle question sort cependant de son champ de compétence dès lors qu'elle demande l'intervention d'un chirurgien, voire d'un rhumatologue. On voit de plus mal dans quelle mesure il pouvait se prononcer sans connaître les circonstances de l'accident, lesquelles pouvaient être élucidées sans difficultés particulières (consid. 6 ci-dessus).

ff) Dans la dernière appréciation au dossier du 25 octobre 2023, le Dr R._____ a précisé ce qui suit :

« Les résultats de la scintigraphie osseuse du 20.07.2023 et les informations contenues dans le rapport du Dr O._____ du 12.09.2023 ne sont pas de nature à modifier les conclusions émises au terme de l'appréciation du 10.03.2023 (recte : du 13.09.2023). Le 20/07/2023 la scintigraphie osseuse fait état d'une fixation homogène du rachis cervical, thoracique et lombaire. Cela signifie qu'il n'y a aucune lésion aigue et que la situation n'est pas évolutive, c'est à dire ancienne et stabilisée. Il est noté "Mise en évidence sur le scanner d'un trait de fracture à la limite isthme-apophyse gauche de L5, non fixant et sans cal de consolidation, avec un important appui de l'apophyse latérale gauche sus-jacente (L4) sur sa partie supérieure". Mme. [...], interne, reprend, à tort, dans son compte rendu son analyse personnelle d'une lyse isthmique, déjà clairement identifiée par d'autres examens iconographiques. La scintigraphie osseuse est un examen de médecine nucléaire consistant à injecter à un patient un produit radioactif qui va se fixer sur le squelette. Cet examen permet d'obtenir des images qui sont le reflet du métabolisme osseux. Il est indiqué dans de nombreuses pathologies osseuses mais n'a pas la finesse d'analyse d'une IRM. Le 25/07/2023, donc postérieurement à la scintigraphie, le Dr O._____ Neurochirurgien Chirurgie du Rachis rejette cette analyse de fracture. Il note : "Abs de fixation inflammatoire à la scintigraphie" puis "TDM qui montre une lyse a priori ancienne de l'isthme de L5. Pas de fixation à la scintigraphie". Le 04.08.2023 le Dr O._____ Neurochirurgien Chirurgie du Rachis propose de faire réaliser une infiltration qui permettra d'avoir une

idée réelle de la participation de l'anomalie dans ses douleurs. Il est prescrit le 07.09.2023, une infiltration articulaire postérieure avec pour indication : "Lyse isthmique gauche unilatérale : test anesthésiant + corticoïdes dans un contexte de lombalgies". A aucun moment, le neurochirurgien, à la lecture des examens précités, n'évoque de fracture mais identifie bel et bien une lyse isthmique (qui peut ressembler à la scintigraphie, à une fracture mais non fixante... néanmoins, une fracture non fixante n'est pas une fracture mais une lyse).

Enfin, le 12/09/2023, le Dr O. _____ Neurochirurgien Chirurgie du Rachis note : "A eu infiltration dans la lyse : pas de bénéfice mais aggravation des douleurs. Avec le port de la ceinture : bénéfice ressenti mais récurrence des douleurs à l'ablation" : il parle bien de lyse et non pas de fracture. Il rajoute : "On ne peut pas négliger non plus qu'il existe d'autres causes possibles comme les discopathies sus jacentes » : les discopathies, comme la lyse, sont des éléments dégénératifs malades, non traumatiques, non SUVA. »

Le raisonnement du Dr R. _____ n'explique cependant pas pourquoi il conviendrait d'écarter les avis du Dr Z. _____, rhumatologue, et du Dr K. _____ du SMR. Il n'explique pas davantage pour quelles raisons la fracture, sous forme de lyse isthmique, serait due à une lésion dégénérative ou à de la maladie. De surcroît, la lecture de la scintigraphie osseuse proposée par le Dr R. _____ (« *situation n'est pas évolutive* ») est contradictoire avec l'analyse du Prof. S. _____ (« *développement progressif et persistant* »). Il demeure encore trop de questions ouvertes et de contradictions au dossier pour procéder à une évaluation probante, étant souligné que, malgré l'accord du recourant (cf. notice téléphonique du 4 janvier 2022), l'intimé n'a pas bénéficié d'un séjour à la CRR, lequel aurait probablement permis d'éclaircir la situation de manière utile. Or, le fardeau de la preuve appartient en l'occurrence à l'intimée si elle veut faire admettre que la lésion est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie, contrairement à ce qu'avait au demeurant constaté le Dr F. _____. Cet avis, émanant d'un chirurgien du service médical de l'intimé ne saurait être écarté sans plus ample motivation. En effet, soit l'on considère qu'il est trop bref et ne repose pas sur une analyse détaillée du dossier, soit l'on considère que la situation était tellement évidente pour ce chirurgien qu'il n'a pas jugé utile de détailler sa prise de position. Quant à l'avis du Dr O. _____ sur lequel se fonde en partie le Dr R. _____ pour justifier sa position, il est plus prudent que ce que le médecin d'arrondissement veut bien laisser entendre, ainsi une lyse « *a priori ancienne* » ne peut pas être considérée comme une lyse

« ancienne » sans plus amples avis médical motivé, ce qui n'était pas le rôle du Dr O. _____ dont la mission consiste à rechercher une solution thérapeutique adaptée à son patient.

gg) Aussi, si l'accident devait être retenu, il conviendrait encore d'évaluer la durée d'une décompensation d'éventuels troubles dégénératifs ou de savoir si l'accident a entraîné une péjoration déterminante de ceux-ci, ce qui n'est absolument pas clair dans le cas d'espèce où les médecins ne semblent même pas tous d'accord.

hh) En l'état, ni les rapports du Dr Z. _____, G. _____ ou O. _____, ni celui du Dr F. _____, ni ceux du Dr K. _____ du SMR, ni ceux du Dr R. _____ ne suffisent à admettre ou infirmer une fracture, un lien de causalité avec l'accident, à évaluer le *statu quo sine* et ne sont pas non plus suffisants au cas où la notion d'accident ne devait pas être admise pour évaluer si cette lésion peut entrer dans la catégorie de l'art. 6 al. 2 LAA de la lésion assimilée ou si elle est essentiellement dégénérative. Dans ces circonstances, il appartiendra à l'intimée de compléter l'instruction par une expertise au sens de l'art. 44 LPGA après avoir recueilli le dossier AI, interrogé les médecins traitants sur l'historique médical du recourant et procédé aux mesures d'instruction auprès des patrons et collègues du recourant.

8. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimée est lacunaire – ce dont l'autorité devait se rendre compte au moment où elle a statué – et ne permet pas de se prononcer en toute connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Le renvoi s'impose d'autant plus dans la mesure où il conviendra d'élucider les circonstances de l'accident en prenant des renseignements auprès de l'ancien employeur du recourant et de ses collègues.

9. a) Le recours est par conséquent admis. La décision sur opposition du 8 mars 2023 doit être annulée et la cause 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 partie recourante obtient gain de cause et 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 3'500 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]) eu égard à l'importance et à la complexité du litige ainsi qu'à la connaissance préalable du dossier par le conseil, et de la mettre à la charge de la partie intimée.

d) La partie recourante a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire, requête qu'il y a lieu d'admettre avec effet au 24 avril 2023 compte tenu de la situation financière de T._____ et de l'issue de la présente procédure. Pour le reste, il y a lieu de constater que le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. A cet égard, Me Roud a produit

une liste des opérations en date du 24 avril 2024, laquelle ne reflète pas une défense raisonnable des intérêts de son mandant. Me Roud réclame ainsi 11 heures pour la rédaction du recours alors qu'il représentait déjà la partie recourante au cours de la procédure administrative, qu'il convient ainsi d'admettre que cet avocat dispose d'une connaissance approfondie du dossier et qu'une partie des moyens soulevés (en particulier en ce qui concerne le droit d'être entendu) sont manifestement mal fondés, si bien que le nombre d'heures à prendre en considération pour ce poste peut au plus représenter 5 heures. Doivent aussi être retranchés les mémos relevant du pur travail de secrétariat, qui ne peuvent donc être indemnisés en tant que travail d'avocat. De manière plus générale, les postes réclamés (téléphones, courriels, etc.) dépassent largement ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre, eu égard à l'importance et à la complexité du litige. En définitive, on pourrait admettre tout au plus une quinzaine d'heures si bien que le montant des dépens couvre largement ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire.

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

- I. L'assistance judiciaire est octroyée à T._____ avec effet au 24 avril 2023, Me Jean-Nicolas Roud étant désigné comme conseil d'office.

- II. Le recours est admis.

- III. La décision sur opposition rendue le 8 mars 2023 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée et la cause lui est renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

V. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à T. _____ une indemnité de 3'500 fr. (trois mille cinq cents francs), à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Nicolas Roud (pour le recourant),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (intimée),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :