

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 décembre 2024

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mmes Berberat et Livet, juges
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

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

et

Y._____, à [...], intimée.

Art. 6 et 36 al. 1 LAA.

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé du 15 juin 2019 au 15 décembre 2020 pour le compte de [...] Sàrl, en qualité de personnel de maintenance pour installation électrique à 100 %. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que les maladies professionnelles auprès d'Y. _____ (ci-après : Y. _____ ou l'intimée).

Le 28 mai 2020, alors qu'il se trouvait sur un chantier, l'assuré a eu une hernie discale après avoir soulevé un poids lourd, selon la déclaration d'accident de l'employeur du 4 novembre 2020, ou a trébuché depuis le 4^{ème} échelon d'un escalier pliable situé à 3 mètres du sol à cause d'un câble, selon la description de l'événement faite par l'assuré le 13 novembre 2020. Il a été en incapacité de travail dès le 28 mai 2020 jusqu'au 13 septembre 2020, à 50 % dès lors jusqu'au 30 septembre 2020, puis à nouveau à 100 % dès cette date. Y. _____ a pris le cas en charge.

Un scanner effectué le 28 mai 2020 a révélé des lésions dégénératives arthrosiques de la colonne dorsale totale ; une hernie discale médiane et para médiane droite au niveau L3-L4 ; une hernie discale modérée médiane au niveau L4-L5 ; une hernie discale à composante mixte, ostéophyttaire et discale médiane para médiane droite avec une composante extra foraminale au niveau L5-S1 ; une discopathie de L5-S1 marquée avec un pincement postérieur, une formation ostéophyttaire et une sclérose ; un canal lombaire rétréci congénital surtout au niveau des derniers espaces lombaires. L'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la colonne cervicale réalisée le 17 juin 2020 a confirmé l'existence de lésions dégénératives marquées étagées à la colonne cervicale, une hernie discale à composante mixte discale et ostéophyttaire en conflit avec les racines nerveuses à la hauteur de C4-C5 et C5-C6. L'IRM de l'épaule gauche du même jour a montré un signe de fissure partielle du tendon sus-épineux dans sa partie médiane en regard de l'articulation acromio-claviculaire gauche et l'absence

d'épanchement articulaire et de signe de luxation. Puis une IRM de la colonne lombaire du 11 novembre 2020 a mis en évidence un rétrécissement canalaire lombaire multi-étagé d'origine mixte (constitutionnel et acquis) avec un rétrécissement Schizas C en L1-L2, L2-L3, L3-L4 et un rétrécissement Schizas C en L4-L5, ainsi que le refoulement de l'émergence de la racine S1 droite au niveau de son émergence sur l'association de remaniements disco-ostéophytaires et d'une brièveté pédiculaire L5-S1 pouvant expliquer la symptomatologie actuelle.

L'assuré a bénéficié de plusieurs infiltrations les 10 juin, 7 août et 19 octobre 2020, ainsi que le 2 décembre 2020.

Dans un rapport du 16 décembre 2020, le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué avoir reçu l'assuré en première consultation le 9 juin 2020 pour des douleurs lombaires avec irradiation au membre inférieur droit, paresthésies des doigts 4 et 5 gauches, douleurs cervicales et à l'épaule gauche à la suite d'une chute d'une échelle d'une hauteur de 1,5 mètre. Il a posé le diagnostic de décompensation d'un canal lombaire étroit mixte avec refoulement de racine S1 et hernie discale cervicale avec conflit racine C7 d'origine accidentelle. Il prévoyait la reprise du travail après quatorze semaines.

Y._____ a soumis le cas à son médecin-conseil, le Dr W._____ qui a procédé à son évaluation le 17 février 2021. Il a admis l'existence d'un lien de causalité pour le moins probable entre les atteintes et l'événement accidentel. Il a décrit des troubles dégénératifs au niveau du rachis cervical avec des hernies discales étagées et des constructions ostéophytaires traduisant des troubles dégénératifs anciens. Au niveau du rachis lombaire, il a relevé qu'il existait un canal lombaire étroit préexistant. Il s'agissait d'une pathologie dégénérative préexistante s'accompagnant de troubles arthrosiques évolués et un bombement discal ; ces troubles étaient étagés au niveau lombaire de façon variable. Il existait une fissure sur le tendon du sus-épineux de l'épaule sans rupture

transfixiante et probablement d'origine dégénérative. Les troubles du rachis cervical et du rachis lombaire étaient préexistants à l'événement accidentel. Du fait de lésions à différents niveaux, de signes d'arthrose cervicale et lombaire postérieure associée, on ne pouvait pas retenir de hernie discale traumatique provoquée par cet événement à ces deux niveaux. Il a conclu qu'il existait donc une aggravation temporaire de cet état par la chute comme le mentionnait le Dr V._____ mais n'ayant pas créé de nouvelle lésion anatomique. Les effets de l'accident cessaient au bout de six mois, les douleurs persistantes étant dues au canal lombaire étroit ; il en était de même pour les troubles du rachis cervical. Il a noté qu'il n'y avait pas de mention de trouble persistant pour l'épaule gauche. Le *statu quo sine* avait été atteint le 28 novembre 2020.

Par décision du 11 mars 2021, Y._____ a mis un terme au versement des prestations en lien avec le traumatisme rachidien et la survenue de radiculalgie au niveau lombaire au 27 novembre 2020, à défaut de lien de causalité avec l'accident au-delà de cette date, et a constaté que le traitement en lien avec l'épaule gauche était terminé.

L'assuré, représenté par l'avocate Rébecca Grand, y a formé opposition le 22 avril 2021, contestant le *statu quo sine*. Il a produit une attestation du Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale, du 27 octobre 2021, indiquant que son patient présentait une symptomatologie qui l'empêchait d'exercer une activité professionnelle et que des faisceaux d'indices à sa disposition lui faisaient penser que l'accident semblait être de façon prépondérante responsable de cet état de santé actuel et de l'incapacité de travail, précisant que des investigations étaient encore en cours.

Par courriel du 13 octobre 2022, le conseil de l'assuré, désormais l'avocat Alexandre Guyaz, a fait parvenir à Y._____ les rapports médicaux annoncés, qui sont les suivants, et a indiqué être dans l'attente de sa prochaine prise de position :

- Le 21 septembre 2021, le Dr Z._____, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics de canal cervical étroit

multi-étagé (d'origine congénitale et arthrosique) avec signes de myélopathie au niveau C5-C6 et probable atteinte radiculaire multiple bilatérale également sur sténoses foraminales, lombosciatalgie droite sur canal lombaire étroit (d'origine congénitale et arthrosique) et compression radiculaire S1 à droite, et accident du 24 (sic) mai 2020 avec traumatisme et probable aggravation des pathologies préexistantes. Il a noté que l'assuré se trouvait sur une échelle et qu'au moment de tirer un câble électrique qui se cassait, il était tombé de l'échelle avec un impact fessier, du tronc et de la région cervicale. Depuis l'accident, l'assuré présentait une symptomatologie complexe caractérisée par un hémisyndrome déficitaire subjectif de l'hémicorps droit à toutes les modalités, bien délimité à la ligne médiane, une cervicobrachialgie bilatérale qui semblait se localiser au dermatome C5-C6 à droite et C6-C7 à gauche et une lombosciatalgie droite non déficitaire avec une distribution radiculaire S1 et des troubles de la marche aspécifiques possiblement avec une composante d'ataxie sensitive. Selon ce médecin, il était possible que le traumatisme de mai 2020 fut responsable de l'aggravation de la pathologie spinale aux deux niveaux.

- Le 14 février 2022, le Dr D._____, spécialiste en neurochirurgie, a établi le protocole opératoire de discectomie antérieure C4-C5, C5-C6 et C6-C7 avec mise en place de trois cages et d'une plaque antérieure de C4 à C7 sous technique microchirurgicale et contrôle scopique en vue de traiter une myélopathie cervicale sur un canal étroit et une sténose foraminale.
- Le 22 mars 2022, le Dr D._____ a effectué le contrôle postopératoire à six semaines de l'intervention. Il a constaté une amélioration de la marche et une diminution des symptômes au niveau des membres supérieurs, avec persistance de douleurs au niveau des deux mains. Il subsistait en outre une claudication neurogène avec un périmètre de marche d'environ 200 à 300 mètres, une diminution en

position assise et des difficultés à monter et descendre les escaliers. Au status neurologique, il a constaté la marche physiologique dans les trois modes, pas de déficit moteur aux quatre membres, une hypoesthésie de l'hémicorps droit avec prédominance brachiale, une hyperréflexie des membres supérieurs à prédominance gauche et une cicatrice calme sans signe inflammatoire. Une prise en charge chirurgicale du canal lombaire étroit était prévue en juillet 2022.

- Le 26 septembre 2022, le Dr C._____ a posé le diagnostic de canal lombaire et cervical étroit (asymptomatique avant 2020) et décompensé par l'accident de travail du 28 mai 2020. Il a relevé que son patient avait, depuis l'accident, des douleurs au rachis avec répercussion sur les quatre membres sous forme de troubles sensitivo-moteurs : claudication neurogène, baisse de force et trouble de la sensibilité. Après un traitement conservateur et un programme de réhabilitation qui avaient échoué, une prise en charge chirurgicale avec décompression du canal cervical étroit avait été réalisée en janvier 2022, puis du canal lombaire en juillet 2022. Il a constaté une nette amélioration de la symptomatologie avec une atteinte neurologique qui persistait et générait encore une incapacité de travail complète dans son activité d'électricien. Dans la mesure où l'assuré était parfaitement asymptotique avant son accident, le médecin a considéré qu'il y avait une claire relation de cause à effet entre l'accident et son état de santé actuel.

Par courriel du 20 février 2023, Y._____ a informé l'assuré qu'elle était dans l'attente de renseignements médicaux de la part de son service médical et qu'elle ne manquerait pas de le tenir au courant de la suite de la procédure.

Le Dr U._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil d'Y._____, a procédé à une nouvelle évaluation de la situation dans un rapport du 21

mars 2023. Il a retenu les diagnostics de canal cervical étroit constitutif et dégénératif arthrosique avec myélopathie cervicale et canal lombaire étroit constitutif et dégénératif arthrosique. Il a relevé les constats du Dr V._____ relatifs à une décompensation du canal lombaire étroit qui indiquaient que l'événement accidentel avait provoqué une décompensation transitoire d'un état antérieur. Il a noté que la description de l'accident avait varié, mais que, pour autant que le mécanisme lésionnel correspondît bien à une chute, le diagnostic initial était celui d'une contusion de tout le rachis, responsable d'une décompensation transitoire d'un état antérieur. En effet, les examens radiologiques itératifs ne démontraient pas de lésion traumatique. Ainsi, après avoir constaté que l'assuré présentait les pathologies précitées avant l'accident en se fondant sur les bilans radiologiques au dossier, il a considéré que l'accident avait tout au plus provoqué une contusion cervico-thoraco-lombaire qui guérissait normalement en six à douze semaines et en six mois en cas de pathologies dégénératives préexistantes. Il a confirmé l'échéance du *statu quo sine* six mois après l'événement. Il a ajouté que les nouvelles pièces médicales confirmaient l'atteinte dégénérative préexistante ; le Dr Z._____ décrivait parfaitement que le canal cervical étroit était mixte, constitutif et dégénératif arthrosique et il en était de même pour le canal lombaire étroit. La myélopathie associée provoquant les troubles neurologiques était évolutive, d'origine malade et non pas liée à un traumatisme. Le Dr U._____ a en outre fait les remarques suivantes :

- La déclaration d'accident datait du mois de novembre 2020 pour un événement du 24 (sic) mai 2020.
- Une hernie discale pouvait survenir à la suite d'un traumatisme. Généralement cette hernie discale survenait dans le cadre d'un rachis cervical ou lombaire non dégénératif, ce qui n'était pas le cas ici.
- Une hernie discale traumatique provoquait une atteinte sensitivo-motrice immédiate et nécessitait le plus souvent une intervention dans un délai de quelques jours voire quelques semaines, ce qui n'était pas le cas ici.

- Il notait des comorbidités suivantes : une obésité importante et un diabète non insulinodépendant.

Par décision sur opposition du 27 avril 2023, Y. _____ a rejeté l'opposition après avoir relevé que l'accident avait temporairement décompensé un état dégénératif préexistant et avait cessé de déployer ses effets au bout de six mois, les douleurs persistant au-delà de cette date étant dues de manière exclusive aux troubles dégénératifs lombaire et cervical.

Par courrier du 1^{er} mai 2023, l'assuré s'est étonné de la notification de cette décision alors même qu'il n'avait pas pu se déterminer sur l'avis du Dr U. _____ et qu'il ne disposait pas de tous les rapports médicaux qui avaient fondé la décision. Il a requis le retrait de la décision sur opposition et la fixation d'un délai pour faire valoir son droit d'être entendu notamment sur l'évaluation du médecin-conseil. Y. _____ a répondu le 4 mai 2023 qu'elle maintenait sa décision, l'assuré ayant plusieurs fois eu l'occasion de se prononcer tout au long de la procédure, ajoutant que le Dr U. _____ n'avait fait qu'apporter son expertise sur les pièces produites par l'assuré.

B. G. _____, toujours représenté par Me Guyaz, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 26 mai 2023, en concluant principalement à sa réforme, en ce sens qu'ordre est donné à l'intimée de reprendre le versement des prestations légales dès le 28 novembre 2020, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, il a fait valoir une violation de son droit d'être entendu dès lors qu'il avait requis de l'assureur qu'il lui fît part de sa prise de position sur les dernières pièces médicales produites avant de rendre une décision, ce qui n'avait pas été le cas. Cette violation, qualifiée de crasse, excluait toute guérison du vice formel au stade de la procédure de recours ; à tout le moins, elle devrait être sanctionnée par l'allocation de dépens au recourant. Ce dernier a, au demeurant, contesté les évaluations des médecins-conseils

de l'intimée, leur reprochant notamment de ne pas avoir fondé leur opinion sur la base d'une description conforme de l'accident et de ne pas avoir suivi l'avis des médecins Z._____ et C._____ qui admettaient un lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles. Ajoutant que la date du *statu quo sine* n'était justifiée que par de la littérature non référencée, il a requis la mise en œuvre d'une expertise.

Dans sa réponse du 14 juillet 2023, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a reconnu qu'une violation du droit d'être entendu avait pu être commise mais que celle-ci était légère et pouvait être réparée, le recourant ayant pu faire valoir tous ses moyens devant la cour de céans qui disposait d'un libre pouvoir d'appréciation. Après avoir constaté les différentes versions du déroulement de l'accident, l'intimée a relevé que les médecins-conseils avaient tenu compte du fait qu'il s'agissait d'une chute d'une certaine hauteur. Elle a ajouté que le Dr C._____ se fondait sur l'absence de symptomatologie avant l'accident pour conclure à un lien de causalité, ce qui n'était pas probant, et que le Dr Z._____ avait qualifié le lien de causalité de seulement « possible » ce qui était insuffisant en matière d'assurance-accidents. Pour le surplus, le recourant ne se prévalait d'aucun élément nouveau remettant en cause les conclusions motivées des médecins-conseils qui étaient conformes à la jurisprudence du Tribunal fédéral relatives aux contusions du rachis. Elle s'est enfin référée à des sources de littérature médicale tout en rappelant que le Tribunal fédéral lui-même fondait parfois son raisonnement sur de telles sources et a produit un article du Dr Antonio Faundez sur le canal cervical étroit : diagnostic et traitement, paru dans la Revue médicale suisse du 27 juin 2012, p. 1383 ss, ainsi qu'un article des Drs Constantin Schizas, Liliana Belgrand et Michael Norberg sur le canal lombaire étroit : du diagnostic au traitement, paru dans Médecine&Hygiène (Revue médicale suisse) du 8 décembre 2004 p. 2446 ss.

En réplique et en duplique datées respectivement des 2 octobre et 20 novembre 2023, le recourant et l'intimée ont maintenu leur position. Le premier a produit un rapport du Dr Z._____ daté du 19 mai 2023, adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,

qui rappelait que l'assuré avait vécu un traumatisme spinal et une probable aggravation des pathologies préexistantes.

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 à ses prestations des suites de l'événement du 28 mai 2020 avec effet au 27 novembre 2020.

3. Dans un grief de nature formelle qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, au motif qu'il n'a pas eu l'occasion de se déterminer sur la dernière appréciation du médecin-conseil avant la décision.

a) Un tel grief doit être examiné en priorité, s'agissant d'une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 143 IV 380 consid. 1.4.1). A cet égard, la jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.

[Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chacun de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3 ; 141 V 557 consid. 3.1 et les références citées ; TF 9C_751/2018 du 16 avril 2019 consid. 2.2).

Une violation du droit d'être entendu peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée. Cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 147 IV 340 consid. 4.11.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1).

b) En l'occurrence, il est admis que l'intimée a rendu sa décision sur opposition sans avoir transmis au recourant au préalable l'appréciation du Dr U._____ qui prenait position sur les derniers rapports médicaux produits et alors même que l'intéressé avait requis d'être informé de cette prise de position avant toute décision. Si l'on peut reconnaître que ce procédé constitue une violation du droit d'être entendu du recourant, il convient de constater que ce manquement est réparé devant l'autorité de céans, le recours selon les art. 56 ss LPGA étant un moyen de droit permettant un examen complet de la décision entreprise, en fait et en droit (TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 1.3, renvoyant à l'arrêt TF 9C_127/2007 du 12 février 2008), et le recourant ayant eu tout loisir de faire valoir ses arguments de façon circonstanciée

dans le cadre de la présente procédure de recours. Il ne se justifie par conséquent pas d'annuler la décision sur opposition.

c) Le recourant sollicite l'allocation de dépens. L'art. 61 let. g LPGA pose le principe que la partie recourante a droit à une indemnité de dépens si elle obtient gain de cause. De manière générale, une partie obtient gain de cause lorsque sa position au terme de la procédure de recours est notablement améliorée par rapport à celle qui résulterait de la décision administrative litigieuse si elle était entrée en force (TF 9C_65/2024 du 12 août 2024 consid. 4.3). En l'espèce, la seule violation du droit d'être entendu ne justifie pas l'annulation de la décision attaquée de sorte que le recourant n'obtient pas gain de cause dans sa conclusion en annulation. Le sort des dépens sera ainsi tranché en regard de l'ensemble du litige.

4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

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

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

bb) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références citées).

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

cc) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé

n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références citées ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 précité consid. 5.1 et les arrêts cités ; TF 8C_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2).

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 ; 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.3 ; 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.3).

En cas de lombalgies et lombosciatalgies, la jurisprudence admet qu'un accident a pu décompenser des troubles dégénératifs préexistants au niveau de la colonne lombaire, auparavant asymptomatiques. En l'absence d'une fracture ou d'une autre lésion structurelle d'origine accidentelle, elle 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 ; 8C_408/2019 du 26 août 2019 consid. 3.3 ; 8C_726/2010 du 19 novembre 2010 consid. 3.4 ; 8C_326/2008 du 24 juin 2008 consid. 3.2 et 3.3 ; 8C_677/2007 du 4 juillet 2008 consid. 2.3.2).

c) 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).

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

Il découle du principe de l'égalité des armes, tiré du droit à un procès équitable garanti par l'art. 6 par. 1 CEDH (Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101), que l'assuré a le droit de mettre en doute avec ses propres moyens de preuve la fiabilité et la pertinence des constatations médicales effectuées par un médecin interne à l'assurance. Le fait, tiré de l'expérience de la vie, qu'en raison du lien de confiance (inhérent au mandat thérapeutique) qui l'unit à son patient, le médecin traitant est généralement enclin à prendre parti pour celui-ci ne libère pas le juge de son devoir d'apprécier correctement les preuves, ce qui suppose de prendre également en considération les rapports versés par l'assuré à la procédure. Le juge doit alors examiner si ceux-ci mettent en doute, même de façon minime, la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance. Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis motivé d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes quant à la fiabilité et à la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou

sur l'autre de ces avis. 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_454/2023 du 19 décembre 2023 consid. 4.1.2 ; cf. également ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 ; TF 8C_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5).

5. En l'espèce, le recourant fait pour l'essentiel valoir que les appréciations des Drs W._____ et U._____ sont fondées sur un déroulement erroné de son accident. Il reproche en outre à l'intimée de ne pas avoir instruit suffisamment la problématique relative au *statu quo sine*.

a) En l'occurrence, l'intimée s'est d'abord fondée sur l'appréciation du Dr W._____ du 17 février 2021, selon laquelle l'accident n'avait pas occasionné de lésion structurelle pouvant lui être attribué, chez un assuré qui présentait des atteintes dégénératives avant la chute, et avait cessé de déployer ses effets après six mois. Ce médecin a constaté que les imageries révélaient l'existence de troubles dégénératifs au niveau du rachis cervical avec des hernies discales étagées et des constructions ostéophytaires traduisant des troubles dégénératifs anciens, puis un canal lombaire étroit préexistant s'accompagnant de troubles arthrosiques évolués et un bombement discal, que l'accident avait passagèrement décompensés.

Le Dr U._____, qui a eu connaissance de tous les éléments médicaux versés au dossier postérieurement à l'appréciation du Dr W._____, partage le même avis. En effet, après avoir pris en compte tous les éléments du dossier, le Dr U._____ a retenu, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'événement accidentel n'avait pas créé de lésion traumatique, chez un assuré qui présentait un canal lombaire étroit constitutif et dégénératif arthrosique et un canal cervical étroit constitutif et dégénératif arthrosique, associé à une myélopathie cervicale provoquant les troubles neurologiques qui était évolutive et d'origine malade. Selon le Dr U._____, un tel état était préexistant à l'accident qui, s'il s'agissait bien d'une chute, avait tout au plus provoqué

une contusion cervico-thoraco-lombaire qui guérissait en six mois en cas de pathologies dégénératives préexistantes. A l'instar du Dr W._____, le Dr U._____ a ainsi estimé que l'accident avait cessé ses effets au plus tard après six mois, soit fin novembre 2020. Il a relevé que le Dr Z._____ décrivait parfaitement que le canal cervical étroit et le canal lombaire étroit étaient mixtes, constitutifs et dégénératifs, puis il a ajouté qu'une hernie discale traumatique provoquait une atteinte sensitivo-motrice immédiate et nécessitait le plus souvent une intervention dans un délai de quelques jours voire quelques semaines, ce qui n'avait pas été le cas en l'espèce.

b) Le recourant fait valoir que l'appréciation du Dr U._____ ne saurait être suivie dès lors qu'elle serait fondée sur une description erronée du déroulement de l'accident.

A cet égard, on relève que les pièces au dossier exposent des versions différentes du déroulement de l'accident. La déclaration de l'employeur du 4 novembre 2020 indique que la hernie est survenue après avoir soulevé un poids lourd et celle de l'assuré du 13 novembre 2020 qu'il a trébuché depuis le 4^{ème} échelon d'un escalier pliable situé à 3 mètres du sol. Le Dr V._____ mentionne la chute d'une échelle d'une hauteur de 1,5 mètre dans son rapport du 16 décembre 2020. Le Dr Z._____ fait également état d'une chute depuis une échelle. Dans la description de l'événement, le Dr U._____ a retenu que l'assuré avait trébuché depuis la 4^{ème} marche d'un escalier pliable situé à 3 mètres du sol ; il a par la suite relevé les différentes versions, en précisant que l'accident n'avait été déclaré que six mois après sa survenue. Il a conclu à une contusion de tout le rachis responsable d'une décompensation transitoire d'un état dégénératif antérieur pour autant que l'accident consistât bien en une chute et il n'a émis aucune réserve quant à la hauteur probable de la celle-ci. Cela étant, les médecins-conseils ont pris en compte le déroulement de l'accident consistant en une chute d'une certaine hauteur en toute connaissance de la version du recourant dûment protocolée et sans réserve sur ce point. Le grief du recourant est donc mal fondé.

On ajoutera par surabondance que l'intimée relève, à juste titre, que le 4^{ème} échelon d'une échelle peut difficilement se situer à 3 mètres du sol et que la hauteur de la chute s'élevait plus vraisemblablement à 1,5 mètre.

c) Le recourant soutient que les atteintes qu'il présente seraient encore en lien avec l'accident et se réfère aux rapports des Drs Z._____ et C._____.

Le premier a indiqué qu'il était possible que le traumatisme spinal du mois de mai 2020 soit responsable de l'aggravation de la pathologie spinale aux deux niveaux. Or il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible pour être retenu mais il y a lieu de se fonder sur des faits qui apparaissent comme les plus vraisemblables, à savoir qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité évoquée par le Dr Z._____ que l'accident ait entraîné une aggravation des pathologies préexistantes ne permet ainsi pas de conclure à un lien de causalité au-delà de fin novembre 2020.

Quant au Dr C._____, il a d'abord indiqué que des faisceaux d'indices à sa disposition lui faisaient penser que l'accident semblait être de façon prépondérante responsable de l'état de santé actuel du recourant et de son incapacité de travail, sans toutefois donner le moindre indice ni étayer son avis. Puis il a relevé que, dans la mesure où l'assuré était parfaitement asymptotique avant son accident, il y avait une claire relation de cause à effet entre l'accident et son état de santé actuel. Il a ainsi motivé cette appréciation uniquement par l'absence de problèmes rachidiens antérieurs à l'accident, ce qui est insuffisant pour établir un lien de causalité naturelle avec l'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).

d) Il ressort de ce qui précède qu'en l'espèce, aucun élément médical objectif n'atteste l'existence d'une fracture ou d'une lésion structurelle attribuable à l'accident. En l'absence d'une telle lésion, la persistance de douleurs ne suffit pas à constater, au degré de la vraisemblance prépondérante, une aggravation déterminante d'origine accidentelle. En particulier, il n'est pas fait état d'un accident revêtant une importance particulière, respectivement d'un événement à haute énergie permettant d'expliquer la survenance d'une hernie discale. L'ensemble des rapports médicaux au dossier évoque clairement des atteintes dégénératives. Il est en outre constant que les IRM mises en œuvre ont montré des troubles dégénératifs au niveau lombaire et cervical. Or, dans le contexte d'une atteinte dégénérative préexistante, le point déterminant est celui de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent être considérées comme ayant disparu.

Aucun élément d'ordre médical ne remet en cause la valeur probante des rapports des Drs W._____ et U._____ de sorte qu'il n'y a pas de motif de s'écarter de leur avis qui s'inscrit dans le cadre de la jurisprudence, qui se fonde sur l'expérience médicale selon laquelle une aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année (TF 8C_50/2023 du 14 septembre 2023 consid. 7.1 ; cf. consid. 4b/cc ci-dessus). Compte tenu de ce qui précède, il n'est pas nécessaire de se référer plus avant à de la littérature médicale.

Dans ces conditions, la cessation des prestations telle que décidée par l'intimée est justifiée.

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

Comme démontré plus avant, les éléments médicaux au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales

de se prononcer et de renoncer à ordonner un complément d'instruction sous la forme d'une expertise judiciaire. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 136 I 229 consid. 5.3 ; 124 V 90 consid. 4b ; TF 9C_173/2014 du 2 mai 2014 consid. 5.4).

7. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 27 avril 2023 par Y._____ est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué 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 G._____),
- Y._____,
- 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 :