

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 mars 2025

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
MM. Wiedler et Tinguely, juges
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

J. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 6 et 36 LAA.

E n f a i t :

A. J. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait en tant qu'ouvrier dans un garage pour [...] SA. 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 21 octobre 2022, l'employeur a déclaré un « accident-bagatelle » à la CNA, indiquant que le 18 octobre 2022, une roue était tombée sur l'avant-bras droit de l'assuré lorsque celui-ci avait voulu en saisir une dans le stock. Le poids de la roue avait exercé une forte pression sur l'avant-bras en rotation inverse. Cela avait occasionné une élongation. Deux jours après l'événement, l'assuré a consulté un médecin qui a constaté une douleur des fléchisseurs de la face ulnaire du coude et du creux du coude, sans tuméfaction ou hématome, une flexion/extension active complète et une flexion/extension forcée douloureuse. Le médecin a conclu à une tendinopathie du coude droit (rapport du 20 octobre 2022). L'assuré n'a pas souhaité d'arrêt de travail.

L'employeur a informé la CNA le 26 octobre 2022 que le cas s'était transformé en accident ordinaire, l'assuré étant en incapacité totale de travail depuis le 25 octobre 2022. Un traitement conservateur était prescrit pour une tendinopathie du coude droit (prescription du 25 octobre 2022). La CNA a pris en charge les suites de cet accident.

Au vu de la persistance des douleurs, une consultation spécialisée et une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) ont été demandées.

L'IRM, réalisée le 8 novembre 2022, a révélé ce qui suit :

- « 1. Mise en évidence de légers remaniements cicatriciels au niveau des tendons communs des extenseurs au niveau de l'épicondyle latéral et de légers signes inflammatoires au

niveau des tendons communs des fléchisseurs au niveau de l'épicondyle médial.

2. Remaniements inflammatoires à hauteur de l'insertion du muscle brachial sur le cubitus.
3. Importants remaniements inflammatoires avec œdème et désorganisation évoquant une déchirure partielle au niveau de l'insertion du muscle brachial dans sa partie distale au niveau du radius avec lame de liquide périphérique et désorganisation évoquant une déchirure également de la jonction myotendineuse remontant vers le haut sur plus de 5 cm. Pas d'argument pour une rétraction.
4. Petits remaniements séquellaires avec petite lame de liquide d'allure cicatricielle en périphérie du triceps brachial s'insérant sur l'olécrâne qui reste continu. »

Le 22 novembre 2022, l'assuré s'est rendu aux urgences en raison de la persistance des douleurs prédominant aux mouvements de flexion/extension et en pronation. A l'examen, la Dre G. _____ a constaté l'absence de déformation, d'hématome ou de tuméfaction, une mobilité conservée dans toutes les directions, une palpation indolore de l'épicondyle médial et externe, une palpation douloureuse de l'insertion du muscle brachial sur l'ulna droit et une douleur en regard de l'insertion du muscle brachial sur l'ulna à la pronation et à la flexion/extension. Elle a préconisé la poursuite de la physiothérapie. L'assuré ne prenait aucun antalgique (rapport de consultation de suivi du 28 novembre 2022).

Le 28 novembre 2022, des séances de physiothérapie par ondes de choc à titre d'analgésique et anti-inflammatoire ont été prescrites à l'assuré.

Lors de consultations des 16 janvier et 27 février 2023, la Dre K. _____ a retenu les diagnostics d'épicondylite latérale droite et de rupture partielle du tendon brachial distal droit du 22 octobre (sic). L'assuré, qui allait mieux, avait repris le travail à plein temps avec le port de charges lourdes, ce qui avait engendré une recrudescence des

douleurs. L'assuré présentait toujours des douleurs à épicondyle en regard du brachial, avec une force préservée en supination et flexion. A partir du 16 janvier 2023, l'assuré a réduit son taux d'activité à 50 % (cf. certificat d'incapacité du 16 janvier 2023 de la Dre K. _____ et entretien téléphonique du 20 janvier 2023).

Un ultrason du 8 mars 2023 a révélé un tendon du biceps brachial en continuité sur le radius distal, des remaniements hypoéchogènes autour de son insertion distale compatibles avec des remaniements cicatriciels et/ou une tendinopathie distale persistante, un épaissement des tendons extenseurs épicondyliens externe avec rupture superficielle non transfixiante concernant moins de 30 % des fibres tendineuses, ainsi que l'absence de bursite au contact.

Dans un rapport de consultation du 21 mars 2023, la Dre K. _____ a relevé qu'à l'examen d'imagerie, le tendon du biceps distal était inséré et cicatrisé, mais qu'il existait une épicondylite latérale avec une rupture partielle du tendon extenseur de moins de 30 %. Elle a proposé une infiltration sous échographie de l'épicondyle, laquelle a été réalisée le 5 avril 2023.

Sollicitée pour avis, la Dre Z. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'assurance de la CNA, a estimé que les troubles persistant au-delà du 21 mars 2023 et l'incapacité de travail totale depuis cette date n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident. Dans son avis du 24 mai 2023, elle a retenu que l'accident avait décompensé un état préexistant de manière sub-aiguë et provisoire pour une durée de trois mois. Elle a relevé la présence de composantes dégénératives de plusieurs tendons du coude par surutilisation chez un travailleur manuel et l'absence de déchirure tendineuse relevée lors des examens. Une rupture tendineuse aiguë du biceps brachial ou des tendons épicondyliens n'aurait pas permis la poursuite du travail manuel, comme dans le cas présent. Les douleurs s'étaient intensifiées et avaient nécessité un arrêt plusieurs jours après

l'événement, ce qui permettait de conclure à une décompensation d'un état chronique asymptomatique avant l'accident.

Par décision du 8 juin 2023, la CNA a mis fin aux prestations avec effet au 20 mars 2023, au motif que les troubles persistant au coude droit n'avaient plus aucun lien avec l'accident, l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident du 18 octobre 2022 pouvant être considéré comme atteint trois mois après la survenance de celui-ci.

Dans un rapport du 15 juin 2023 à la CNA, la Dre H. _____ a indiqué que le diagnostic d'épicondylite pouvait être équivoque, étant donné que l'inflammation dans le cas de l'assuré n'était pas provoquée par des mouvements répétitifs, mais par un traumatisme qui avait été suivi par une inflammation accompagnée par une lésion. Toutes lésions étaient accompagnées par une inflammation qui pouvait à tort être mise sur le compte d'une usure, alors que le lien temporel entre le traumatisme et l'impotence fonctionnelle était évident et indéniable. Elle estimait que le *statu quo ante* n'était pas atteint. Un avis chirurgical avait été demandé.

Le 5 juillet 2023, l'assuré a déclaré former opposition contre la décision du 8 juin 2023, renvoyant au rapport du 15 juin 2023 de la Dre H. _____.

Par décision sur opposition du 11 juillet 2023, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 8 juin 2023. Seul était décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouaient plus de rôle et devaient être considérées comme ayant disparu. La médecin d'assurance était arrivée à la conclusion que l'accident avait décompensé un état préexistant pour une durée de trois mois. Le rapport du 15 juin 2023 de la Dre H. _____ ne permettait pas de mettre en doute l'analyse effectuée par la médecin d'assurance.

B. Par acte du 11 août 2023, J. _____ a interjeté un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre

cette décision sur opposition, concluant en substance à son annulation. Il s'est prévalu du fait qu'il ne présentait pas de problème au coude avant son accident et qu'il souffrait encore de douleurs l'empêchant de reprendre le travail. Un rendez-vous avec un spécialiste avait été pris par sa médecin traitante.

Par réponse du 25 octobre 2023, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a indiqué avoir reçu un rapport du 13 septembre 2023 du Dr B._____, le spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur consulté par le recourant. Le Dr B._____ retenait le diagnostic de contusion du coude droit à la suite d'un traumatisme en octobre 2022 avec déchirure partielle de l'insertion distale du tendon du biceps brachial, déchirure partielle du tendon brachial distal, inflammation de l'insertion des extenseurs sur l'épicondyle latéral et irritation du PIN et statut post infiltration en avril 2023. Une IRM avait été réalisée le 12 septembre 2023. Le Dr B._____ concluait qu'il s'agissait plutôt d'une symptomatologie du PIN et du muscle supinateur. Les lésions objectivées étaient compatibles avec le traumatisme du 18 octobre 2022. L'intimée a indiqué que l'examen de ce médecin et l'imagerie médicale sur laquelle il se fondait étaient postérieurs à la décision litigieuse et n'avaient pas à être pris en compte par l'autorité de recours. Quoi qu'il en soit, le rapport avait été soumis à ses spécialistes. S'agissant du diagnostic de syndrome du « PIN », la Dre Z._____ avait estimé qu'il n'était pas la conséquence de l'accident, au vu de la masse compressive visible à l'IRM et du fait que cette atteinte n'était que rarement d'origine traumatique. Le Dr A._____, spécialiste en médecine interne générale et médecine du travail à la CNA, avait exclu l'existence d'une éventuelle maladie professionnelle.

Répliquant le 23 novembre 2023, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a produit un rapport établi le 25 octobre 2023 par la neurologue Q._____ qui retenait le diagnostic de contusion du coude droit à la suite d'un traumatisme en octobre 2022 avec une déchirure partielle de l'insertion distale du tendon du biceps brachial, inflammation de l'insertion des extenseurs de l'épicondyle latéral et irritation du PIN,

avec infiltration des extenseurs en avril 2023. L'examen électroneuromyographique (ENMG) réalisé avait mis fortuitement en évidence un syndrome du tunnel carpien droit léger à modéré, paucisymptomatique. Le bilan ne pouvait confirmer la suspicion d'une neuropathie du nerf interosseux postérieur droit dans le cadre d'une symptomatologie évoquant en premier lieu une origine musculo-squelettique.

Par duplique du 18 janvier 2024, l'intimée a renvoyé à ses précédentes écritures. Elle a précisé avoir soumis le rapport de la Dre Q. _____ au Dr A. _____ qui, proposant une évaluation quant à l'origine traumatique de l'irritation du PIN évoquée, avait laissé cette tâche à la Dre Z. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Dans une appréciation du 9 janvier 2024, la Dre Z. _____ a pris position sur le rapport produit par le recourant au stade de la réplique, expliquant les raisons qui la menaient à maintenir ses conclusions.

Se déterminant le 20 février 2024, le recourant a indiqué avoir suivi un long parcours pour rétablir la mobilisation de son bras. Il avait encore reçu une infiltration le 15 décembre 2023, qui avait soulagé sa douleur. Depuis le 1^{er} février 2024, il avait repris le travail, plus particulièrement les tâches légères.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme aux prestations d'assurance au 20 mars 2023 à la suite de l'événement du 18 octobre 2022.

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

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans

le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

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

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

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

d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait

survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3). En principe, la question *statu quo ante* ou *statu quo sine* est examinée 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 consid. 5.1 et les arrêts cités ; TF 8C_108/2020 du 22 décembre 2020 consid. 3.2).

4. 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). 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).

5. a) En l'espèce, comme relevé par la Dre Z._____, aucun rapport ne fait état d'élément clinique ou radiologique en faveur d'une déchirure tendineuse, d'une part, et les mobilités ont d'emblée été normales, sans hématome, bien que douloureuses, d'autre part. L'assuré a continué à travailler après son accident, puis a refusé un arrêt de travail après sa première consultation avant d'être mis en arrêt de travail plusieurs jours après l'événement, en raison d'une intensification des douleurs. La Dre Z._____ a précisé qu'une rupture tendineuse aiguë du biceps brachial ou des tendons épicondyliens aurait rendu impossible la poursuite du travail manuel. Le médecin d'assurance a ajouté que ni l'IRM ni l'ultrason réalisés ne permettent d'affirmer une origine traumatique aux lésions mises en évidence pour le tendon du biceps brachial. Ils ont tous

deux révélé des signes inflammatoires et cicatriciels qui sont tout aussi compatibles avec une maladie tendineuse. La Dre Z. _____ a ajouté que la rupture partielle des tendons épicondyliens diagnostiquée par l'ultrason en 2023 était précédemment décrite à l'IRM du 8 novembre 2022 comme des légers remaniements cicatriciels au niveau des tendons communs des extenseurs au niveau de l'épicondyle latéral. Il s'agissait donc d'une aggravation progressive compatible avec une maladie des tendons par surcharge mécanique et non due au traumatisme initial survenu à la face antérieure de l'avant-bras. La calcification para corticale de l'épitrôchlée compatible avec une enthésopathie des tendons épitrôchléens était également un état maladif. Fondée sur ces éléments, la médecin d'assurance a conclu que l'assuré avait subi une contusion simple de l'avant-bras et présentait, au degré de la vraisemblance prépondérante, une tendinopathie du biceps brachial au coude. L'accident avait décompensé un état préexistant de manière sub-aiguë et provisoire, l'accident ayant cessé de produire des effets après trois mois.

Le rapport du 13 septembre 2023 du Dr B. _____ concerne la même pathologie que celle qui occupe la CNA et est donc étroitement lié à l'objet du litige. Même s'il est postérieur à la décision sur opposition entreprise, il peut être pris en considération par la Cour de céans (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1). Quoi qu'il en soit, le syndrome du PIN retenu par le Dr B. _____ ne peut être considéré comme causal à l'accident du 18 octobre 2022. La Dre Z. _____ s'est livrée à une analyse détaillée et convaincante à ce sujet, le 17 octobre 2023. Celle-ci peut être suivie. La Dre Z. _____ a relevé que le PIN était apparu secondairement, en raison de la persistance des douleurs. En 2023, il n'y avait en effet aucune faiblesse musculaire correspondant à un syndrome de PIN et l'assuré n'avait pas fait mention dans les premières semaines après l'événement de paralysie ou faiblesse des extensions des doigts, compatible avec un tel diagnostic. Le Dr B. _____ n'avait d'ailleurs pas décrit de perte de force ou de paralysie des extensions des doigts. L'examen ENMG réalisé n'avait en outre pas confirmé le syndrome PIN. Ce syndrome n'avait donc pas d'origine

traumatique, aucune lésion structurelle causale à l'accident ne pouvant l'expliquer.

La neurologue Q._____, dans son rapport du 25 octobre 2023, certes postérieur à la décision sur opposition entreprise, confirme également l'appréciation de la Dre Z._____, en concluant à des lésions d'origine malade musculo-squelettique.

Enfin, le rapport du 13 juin 2023 de la Dre H._____ diverge de l'avis de la Dre Z._____, mais il ne permet pas de mettre en doute ses conclusions. Le fait que des symptômes douloureux se soient manifestés après la survenance de l'accident et aient subsisté après le 20 mars 2023 ne suffit pas à établir un lien de causalité entre les troubles et l'accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; cf. consid. 3b ci-dessus). La Dre H._____ n'explique en outre pas les éléments qui l'ont amenée à retenir que l'épicondylite avait été causée par le traumatisme et non par les lésions dégénératives préexistantes, le lien temporel et la présence d'une inflammation étant insuffisants pour conclure à l'origine traumatique des lésions. Elle n'expose pas davantage pour quel motif l'appréciation de la médecin d'assurance ne saurait être suivie. Le fait qu'un avis chirurgical ait été demandé ne suffit pas à considérer que les douleurs persistant au-delà du 20 mars 2023 seraient encore dues à l'accident.

b) L'intimée pouvait donc se fonder sur les appréciations, probantes, de la Dre Z._____ et considérer que l'accident du 18 octobre 2022 a décompensé de manière temporaire un état dégénératif préexistant et que les troubles persistant au-delà du 20 mars 2023 ne sont plus dus à l'accident.

6. a) Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPG), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas

gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 11 juillet 2023 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- J. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :