

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 juillet 2024

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Piguet, juge, et Bonard, assesseur
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourant, représenté par Swiss-Claims Network SA, à Fribourg,

et

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

Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est employé en qualité de chef d'équipe pour le compte de la société [...] SA, à [...], depuis [...]. A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 28 octobre 2021, l'employeur de l'assuré a déclaré à la CNA un sinistre ayant eu lieu le 20 octobre 2021 en ces termes (*sic*) :

« En train de poser de l'étanchéité, il [l'assuré] a passé sous l'échafaudage et s'est cogné à celui-ci, se blessant le bas du dos ».

L'assuré s'est retrouvé en incapacité totale de travailler après cet événement.

Par courrier du 2 novembre 2021, la CNA a informé l'assuré qu'elle prenait en charge les suites de l'accident.

Le 25 février 2022, le Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a transmis à la CNA un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) de la colonne lombaire du 28 octobre 2021, lequel mettait en évidence des discopathies aux vertèbres L4-L5 modérées avec composante aigüe (œdème osseux) du coin supéro-latéral gauche de la vertèbre L5 associée à une arthrose interfacettaire postérieure aux vertèbres L4-L5 et L5-S1 à gauche, tout en excluant la présence d'une fracture ou d'une luxation, ainsi qu'un rapport d'échographie du 22 février 2022, lequel décrivait un aspect des tissus mous cutanés et sous-cutanés de la région para-lombaire et para-sacrée des deux côtés dans les limites de la norme, sans effet de masse, tout en relevant l'absence de lésion cicatricielle visible, de lipome et d'hématome ou de collection liquidienne.

Par rapport du 14 mars 2022, le Dr O._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a posé le

diagnostic de discopathie aux vertèbres L4-L5 avec inflammation très significative aux vertèbres L5-S1 gauche post-traumatique. Il a signalé un hématome visible dans la région dorso-lombaire et de très fortes douleurs à la palpation. S'agissant du déroulement de l'accident, il a indiqué ce qui suit (*sic*) :

« Un tube d'échafaudage tombe sur son dos [de l'assuré] le vendredi 15/10 en fin de journée sur son lieu de travail, malgré les douleurs il continue à travailler ».

Le 3 juin 2022, l'assuré a été opéré par le Dr L._____, spécialiste en neurochirurgie, lequel a procédé à une stabilisation et une fusion par voie postérieure des vertèbres L5-S1. Dans un protocole opératoire du 13 juin 2022, ce médecin a noté les diagnostics de discopathie à ces mêmes vertèbres et d'anomalie de transition avec disque S1-S2.

Dans un avis du 30 août 2022, le Dr M._____, médecin-conseil de la CNA, a exposé que l'assuré présentait une contusion lombaire, dont l'évolution naturelle vers la guérison intervenait dans un délai de trois mois. L'accident d'octobre 2021 n'avait pas entraîné, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'autres lésions structurelles objectivables. Le dommage sur lequel avait porté l'intervention du 3 juin 2022 n'était donc pas imputable à cet événement. En effet, les résultats de l'IRM du 28 octobre 2021, à savoir une discopathie aux vertèbres L4-L5 et L5-S1 avec une inflammation très significative au niveau de l'articulation des vertèbres L5-S1 du côté gauche, une discopathie associée à l'hypertrophie facettaire et à une inflammation avec des altérations de type Modic I au niveau des plateaux vertébraux du côté gauche et une lombalisation du sacrum avec un disque vestigial aux vertèbres S1-S2, relevaient de la maladie. L'assuré souffrait en outre de lombalgies depuis longtemps.

Par décision du 31 août 2022, la CNA a clos le cas de l'assuré à cette date. Considérant que le *statu quo sine vel ante* avait été atteint le 20 janvier 2022 au plus tard, elle a refusé de prendre en charge les frais de l'opération du 3 juin 2022.

Par rapport du 7 septembre 2022, le Dr O. _____ a fait part à la CNA de son désaccord vis-à-vis de l'appréciation de son médecin-conseil, précisant que l'assuré, après son accident, avait présenté de gros hématomes et n'était plus en mesure de marcher ni faire de mouvements en rotation et en extension et flexion.

Le 27 septembre 2022, l'assuré, désormais représenté par Swiss-Claims Network SA, a formé opposition à l'encontre de la décision du 31 août 2023 de la CNA. Puis, par courriel du 14 décembre 2022, il a transmis à cette autorité un rapport d'expertise privé établi le 4 novembre 2022 par le Dr H. _____, spécialiste en neurochirurgie, dont il ressortait notamment ce qui suit (*sic*) :

« [...]

L'expertisé travaillait sur un chantier le 20 octobre 2021. Il était penché vers l'avant, en train de souder et il regardait devant lui vers le bas. Une barre métallique d'au moins 3 kg est tombé d'un échafaudage, d'une hauteur d'environ 8 à 9 mètres et l'a heurté au niveau lombaire.

[...]

La personne expertisée présente un tableau de **lombalgies chroniques** invalidantes après chirurgie spinale postérieure. Il s'agit d'un cas typique de « **Failed Back Surgery Syndrom** ». Ce syndrome correspond à des douleurs de la colonne lombaire d'origine inconnue, persistantes malgré la chirurgie, ou apparues après une chirurgie rachidienne lombaire dans le même territoire.

[...]

De manière évidente, l'accident du 20.10.2021 a décompensé cet état antérieur, qui existait avant l'accident sous la forme de lombalgies chroniques assez banales et qui avant l'accident, n'avaient jamais gêné l'expertisé ni sur le plan professionnel, ni sur le plan personnel. Il est impossible d'affirmer que cet état antérieur se serait manifesté en dehors de l'épisode traumatique du 20.10.2021.

[...]

En dehors de l'élément clinique (lombalgies devenant hyperalgiques après l'accident), on retrouve dans le dossier radiologique des éléments objectifs incontestables en faveur d'une aggravation anatomique récente de lésions dégénératives anciennes, banales et modérées. Sur l'IRM du 28.10.2021, il existe en effet un signe de Modic 1 (hypersignal T2) uniquement en L4 L5 associé à une

arthrose articulaire postérieure L4 L5 gauche, et L5 S1, toujours à gauche. Ces lésions sont des atteintes récentes de la colonne, et elles sont très localisées. Cela amène donc à rechercher un épisode récent, localisé à cette zone qui pourrait expliquer cette atteinte très ciblée. En effet, le reste de la colonne lombaire ne présente aucune anomalie de signal des disques L1 L2, L2 L3, L3 L4, il n'y a pas non plus de signe de Modic ou d'arthrose localisée. L'accident a donc aggravé durablement les deux interlignes L4 L5 et L5 S1, puisque ces lésions anatomiques ont nécessité une chirurgie de stabilisation postérieure.

[...]

Il est incontestable que l'accident a joué un rôle déterminant et primordial dans l'apparition des symptômes. Il est également certain que sans l'accident, les symptômes seraient possiblement apparus mais plus tardivement.

[...] Compte tenu du fait que les lésions (cliniques et radiologiques) sont au degré de la vraisemblance prépondérante la conséquence de l'accident du 20.10.2021, la chirurgie du 03.06.2022 qui traite ces lésions est, elle aussi la conséquence de ce traumatisme.

Comme le souligne fort justement le Dr L. _____ dans son courrier du 30.09.2022, il faut se donner un an de recul par rapport à la date de la chirurgie pour apprécier le résultat final, soit dans le cas présent jusqu'en juin 2023.

Pour toutes ces raisons, on fixerait volontiers le statu quo sine au 03.06.2023. ».

Interpellé par le Dr M. _____, le Prof. R. _____, spécialiste en radiologie, a déclaré, dans un concilium du 24 février 2023, que l'IRM du 28 octobre 2021 avait surtout mis en évidence un important œdème médullaire au niveau zygapophysaire postérieur, lequel avait possiblement été causé par un mouvement de torsion secondaire ou par un faux mouvement. Il n'avait en revanche pas révélé de lésion traumatique aux autres étages vertébraux, en particulier aucun hématome visible dans les parties molles. En conclusion, une lésion traumatique au niveau zygapophysaire postérieur pouvait possiblement être constatée, quand bien même le rachis de l'assuré présentait quelques troubles dégénératifs associés, lesquels s'étaient aussi décompensés à la suite de l'accident.

Le 8 mars 2023, la CNA a versé au dossier un rapport d'IRM lombaire du 5 mai 2020, lequel faisait état de la conclusion suivante :

« Discopathie protrusive étagée et Spondylarthrose décompensée en L3-L4, L4-L5 notamment à droite et L5-S1 à gauche. Modic I en L5-S1 à gauche.

Petite composante herniaire médio-latérale droite foraminale L4-L5 droite légèrement luxée vers le bas (phénomène irritatif L4 possible), et contrainte L5 droite.
Refoulement de la portion extra-foraminale L5 droite : phénomène Irritatif ? »

Le 8 mars 2023 également, l'assuré a été examiné par le Dr M._____. Dans une appréciation du 21 septembre 2023, ce dernier indiqué le diagnostic - en lien de causalité avec l'accident du 21 octobre 2021 - d'œdème médullaire zygapophysaire postérieur s'étendant au niveau des pédicules des vertèbres L5 et S1 à gauche ainsi que des diagnostics - sans rapport avec cet événement - de discopathies dégénératives aux vertèbres L4-L5 et L5-S1, d'arthrose inter-apophysaire postérieure à ces mêmes vertèbres et de lombalgies chroniques anciennes. Selon lui, l'accident avait tout au plus engendré, au degré de vraisemblance prépondérante, une contusion médullaire osseuse per-zygapophysaire, laquelle guérissait naturellement en l'espace de deux à trois mois. L'absence de solution de continuité corticale - confirmée par le Prof. R._____ - permettait en revanche de rejeter l'existence d'une quelconque fracture. L'assuré était de surcroît suivi depuis plusieurs années en raison d'épisodes réguliers de lombalgies. Ainsi, le rapport d'IRM lombaire du 5 mai 2020 décrivait déjà une discopathie protrusive étagée et une spondylarthrose décompensée aux vertèbres L3-L4 et L4-L5 de même qu'une composante herniaire médio-latérale droite foraminale aux vertèbres L4-L5 à droite avec une contrainte à la vertèbres L5 droite. L'IRM du 28 octobre 2021 confirmait ces données, lesquelles relevaient de la maladie. Des comptes-rendus d'imagerie datés de 1996 mettaient enfin en évidence une lombalisation du sacrum avec disque coccygien (*sic*) aux vertèbres S1-S2 et une attitude scoliotique, soit également des troubles d'origine malade. En résumé, l'assuré était déjà atteint dans sa santé de manière manifeste avant l'événement d'octobre 2021. Ce dernier avait néanmoins provoqué une aggravation passagère de l'état antérieur, le *statu quo ante* ayant été retrouvé dès le 20 janvier 2022.

Par décision sur opposition du 5 octobre 2023, la CNA a rejeté l'opposition du 27 septembre 2022 de l'assuré.

B. Le 6 novembre 2023, K._____, sous la plume de sa mandataire, a recouru contre cette décision sur opposition, concluant principalement à son annulation (*recte* : sa réforme) en ce sens que la CNA soit tenue de prendre en charge les suites de l'accident du 20 octobre 2021 pour la période au-delà du 20 janvier 2022 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à cette autorité pour nouvelle instruction. Il a en substance contesté la valeur probante de l'appréciation du 21 septembre 2023 du Dr M._____, de sorte que cette dernière devait être écartée du dossier au profit de l'avis du 4 novembre 2022 du Dr H._____, lequel avait fixé la date du *statu quo sine* au plus tôt au 3 juin 2023. A l'appui de son argumentation, il a joint un rapport établi le 6 novembre 2023 par ce spécialiste expliquant notamment que l'accident était en lien de causalité avec l'état de santé actuel, dans la mesure où l'aggravation immédiate des lombalgies et leur persistance avaient nécessité un geste chirurgical, et que sans cet événement, le processus ne serait pas forcément apparu.

Par réponse du 21 novembre 2023, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 1^{er} décembre 2023, le recourant a maintenu ses conclusions.

L'intimée n'a pas déposé de duplique.

Par courrier du 30 avril 2024, se référant au rapport du 21 septembre 2023 du Dr M._____, la juge instructrice a requis de l'intimée la production des différents rapports mentionnés aux première et deuxième pages du rapport précité (notamment le rapport relatif à des radiographies du 9 janvier 1996, le rapport d'examen du 23 septembre 1996 du Dr J._____, médecin d'arrondissement de la CNA, le rapport relatif à des radiographies de la colonne lombo-sacrée du 23 septembre 1996 et le rapport de sortie de la Clinique de réadaptation de T._____ du 13 décembre 1996).

Le 8 mai 2024, l'intimée a transmis les documents demandés, lesquels ressortaient du dossier de sinistre n° [...].

Par courrier du 13 mai 2024, la Cour de céans a informé le recourant que, à première réquisition, il avait la possibilité de prendre connaissance du dossier de sinistre susmentionné.

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. a) Dans le cas présent, il est établi que l'événement du 20 octobre 2021 est constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Ce point n'est d'ailleurs pas contesté par le recourant.

b) Néanmoins, il sied de relever que la description du déroulement de cet événement a évolué au fil du dossier. Il ressort ainsi de la déclaration de sinistre du 28 octobre 2021 que le recourant s'est cogné à un échafaudage en passant sous ce dernier. Le Dr O. _____ a, quant à lui, soutenu, dans son rapport du 14 mars 2022, qu'un tube d'échafaudage est tombé sur le dos de son patient. Il a par ailleurs fait remonter l'accident au 15 octobre 2021. Le Dr H. _____ a enfin indiqué, dans son rapport du 4

novembre 2022, qu'une barre métallique d'au moins 3 kg est tombée d'un échafaudage, d'une hauteur d'environ huit à neuf mètres, et a heurté l'assuré au niveau lombaire. Finalement, le Dr M. _____ s'est rapporté, dans ses avis des 30 août 2022 et 21 septembre 2023, aux descriptions proposées par ces deux médecins.

c) Les deux parties admettent au demeurant que l'événement accidentel d'octobre 2021 a entraîné une atteinte à la santé du recourant, dont la prise en charge incombe à l'intimée. Les positions des parties diffèrent cependant quant à la durée de cette prise en charge. En effet, l'intimée a fait valoir qu'au-delà de trois mois, les atteintes persistantes étaient imputables de manière prépondérante à un état dégénératif préexistant. Le recourant a en revanche opposé une origine traumatique à ces dernières, de sorte que la CNA était tenue de prester après le 20 janvier 2022 et en particulier de prendre en charge l'intervention du 3 juin 2022.

d) En définitive, est donc litigieuse la question du lien de causalité (naturelle et adéquat) entre l'accident et les troubles du recourant pour la période au-delà du 20 janvier 2022, étant précisé que la fin effective du versement des prestations n'est intervenue que le 31 août 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 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).

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). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

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

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

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

d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3).

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, afin de nier l'existence d'un lien de causalité entre l'événement accidentel et l'atteinte lombaire du recourant après le 20 janvier 2022 et, partant, refuser de prendre en charge l'opération du 3 juin 2022 et ses suites, l'intimée s'est fondée sur l'appréciation du Dr M. _____ du 21 septembre 2023. Selon cette dernière, l'assuré présentait un important état dégénératif, lequel avait déjà été mis en évidence en 1996. L'accident n'avait en réalité occasionné qu'un œdème médullaire zygapophysaire postérieur s'étendant au niveau des pédicules des vertèbres L5 et S1 à gauche. Cet événement, lequel n'avait décompensé que de manière passagère l'état antérieur, avait cessé de déployer ses effets au plus tard trois mois après sa survenance.

b) Cela étant, il convient de reconnaître une pleine valeur probante à l'appréciation du 21 septembre 2023 du Dr M. _____. Ce dernier a en effet réalisé un examen clinique le 8 mars 2023 et une anamnèse complète sur le plan médical depuis 1996 - les médecins consultés par le recourant s'étant, eux, limités aux rapports établis après l'accident d'octobre 2021 -, tout en citant la littérature scientifique topique. Certes, le Dr M. _____ a fait état de pièces ne figurant pas au dossier, à savoir les radiographies du rachis lombo-sacré du 9 janvier 1996, le rapport d'examen du 23 septembre 1996 du Dr J. _____, les radiographies de la colonne lombo-sacrée du 23 septembre 1996 et le rapport de sortie de la Clinique de réadaptation de T. _____ du 13 décembre 1996. Ces documents ont toutefois été requis par la Cour de céans afin de compléter le dossier. Le Dr M. _____ a en outre tenu compte des plaintes de l'assuré, spécifiquement celles relatives aux lombalgies. Il s'est de surcroît référé à l'ensemble des documents médicaux, énumérant notamment, au titre d'antécédents, de multiples traumatismes, en particulier une contusion du fessier due à un accident en décembre 1995, un traumatisme coccygien en février 2005, un traumatisme thoracique, avec fractures des côtes K4 et K5, après une chute à moto en août 2010 et un traumatisme lombaire en janvier 2014. Il a enfin décrit et apprécié la situation médicale de manière claire de même que pris position sur les points litigieux. A cet égard, se fondant sur l'avis

du 24 février 2023 du Prof. R._____, il a retenu que seul l'œdème médullaire zygapophysaire postérieur était en lien de causalité avec l'événement accidentel du 20 octobre 2021, tout en écartant une éventuelle fracture trabéculaire sous-jacente, faute de solution de continuité corticale. Il a rappelé que ce type d'atteinte à la santé guérissait dans un délai de deux à trois mois. S'agissant du diagnostic de discopathie aux vertèbres L4-S1 posé par le Dr L._____ dans son protocole opératoire du 13 juin 2022 et par le Dr O._____ dans son rapport du 14 mars 2022, il a expliqué que le recourant souffrait depuis longtemps de lombalgies, ces dernières étant déjà évoquées par le Dr J._____ en 1996. De plus, le rapport d'IRM lombaire du 5 mai 2020 décrivait - avant l'événement accidentel - une discopathie protrusive étagée et une spondylarthrose décompensée aux vertèbres L3-L4 et L4-L5, soit des atteintes d'origine dégénérative. Quant au diagnostic d'anomalie de transition avec disques aux vertèbres S1-S2 mis en évidence par le Dr L._____, il a souligné que les rapports d'imagerie de 1996 avaient également révélé une lombalisation du sacrum avec disque coccygien (*sic*) à ces mêmes vertèbres, laquelle constituait une malformation. Il a au demeurant discuté de manière convaincante les conclusions du rapport d'expertise privée du 4 novembre 2022 du Dr H._____, exposant que ce dernier avait construit son opinion sur la base d'une anamnèse incomplète sur le plan médical.

c) D'ailleurs, en ce qui concerne le rapport d'expertise susmentionné, il convient d'ajouter que le Dr H._____ a déclaré que les « *seuls signes importants* » apparaissant sur l'IRM du 28 octobre 2021 et parlant incontestablement « *en faveur d'une aggravation anatomique récente de lésions dégénératives anciennes, banales et modérées* », étaient « *d'une part un signe de Modic 1 en L4 L5, et d'autre part une arthrose inter apophysaire postérieure gauche L4 L5 et L5 S1* ». Or, le rapport d'IRM lombaire du 5 mai 2020 - dont le Dr H._____ n'a pas pris connaissance au moment de procéder à l'examen clinique de l'assuré - faisait déjà mention de ces signes qualifiés d'importants, si bien que les propos de ce spécialiste apparaissent sujets à caution. Qui plus est, le Dr H._____ a soutenu que les lombalgies chroniques préexistantes

étaient bien tolérées par l'assuré avant son accident. Ces observations ne correspondent toutefois pas entièrement aux constatations dont a fait part le Dr M._____ dans son appréciation du 21 septembre 2023, selon lesquelles le recourant présentait des « *[l]ombalgies récidivantes depuis plusieurs années, tous les un à deux ans, justifiant la prise de médicaments, avec parfois la nécessité d'un arrêt de travail de quelques jours et des consultations ostéopathiques* », ni à celles de l'IRM lombaire précitée, dont le rapport établi à sa suite indiquait de très fortes douleurs lombaires avec irradiation à répétition aux deux membres inférieurs. Relevons encore que le rapport du 6 novembre 2023 du Dr H._____ - produit par l'assuré avec son recours - n'est pas susceptible de jeter le doute sur les conclusions du Dr M._____, dès lors que ce spécialiste n'y apporte aucun élément nouveau par rapport au contenu de son rapport du 4 novembre 2022.

c) Partant, au vu de ce qui précède, rien ne permet de mettre en cause les conclusions - bien motivées - du médecin-conseil de l'intimée. Aussi, si ces dernières n'émanent pas d'un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur - ce qui n'est en soi pas déterminant -, force est d'admettre que le Dr M._____ se prononce de manière claire sur la question cruciale du lien de causalité éventuel entre l'accident du 20 octobre 2021 et les atteintes subséquentes. C'est donc à bon droit que l'intimée a refusé de prendre en charge les frais de l'opération du 3 juin 2022, dans la mesure où les atteintes lombaires et au haut du sacrum - objet de cette intervention - ne se trouvaient pas en rapport de causalité avec cet accident, et a mis fin au versement des prestations de l'assurance-accidents au 31 août 2022.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition rendue le 5 octobre 2023 par l'intimée 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
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 5 octobre 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 :

Le greffier :

Du

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

- Swiss-Claims Network SA (pour K. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

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 :