

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 octobre 2024

---

Composition :     Mme     PASCHE, présidente  
                          Mmes     Glas et Manasseh-Zumbrunnen, assesseures  
Greffière         :     Mme     Toth

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par le syndicat Unia Région Vaud, à  
Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 al. 1, 36 al. 1 LAA.**

## **E n f a i t :**

**A.** N.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait en qualité de [...] à 100 % depuis le 7 novembre 2016 auprès de l'entreprise [...] SA. A ce titre, il était 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 7 juillet 2023, l'assuré a été victime d'un accident. Selon la déclaration de sinistre LAA complétée par l'employeur le 11 juillet 2023, l'assuré était en train de descendre d'un camion lorsque son pied a glissé sur la marche et qu'il a chuté de 1,5 mètres. Le travail a été interrompu ensuite de l'accident pour cause de douleurs au dos.

L'assuré s'est rendu le jour-même auprès de l'Hôpital T.\_\_\_\_\_. A cette occasion, le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin assistant, a posé dans son rapport du 7 juillet 2023 le diagnostic de « lombalgies non déficitaire traumatique : lumbago ». A l'anamnèse, le médecin précité a relevé que le matin, l'intéressé avait sauté d'une camionnette, glissé en arrière et ressenti une douleur au niveau du milieu du dos ainsi qu'au niveau des deux genoux ; il n'avait pas remarqué de déficit sensitivo moteur ni de trouble sphinctérien. Lors de son examen clinique, le Dr B.\_\_\_\_\_ a noté une douleur à la percussion de la colonne T10-T12 ainsi qu'à la paravertébrale bilatéralement au niveau L1-L5. S'agissant des genoux, il n'y avait pas d'œdème ni de douleur à la palpation des articulations ; lors de la mobilisation passive, la douleur se déclenchait dans le bas du dos.

Le 7 juillet 2023, des radiographies de la colonne lombaire face et profil, de la colonne thoracique, du genou gauche face et profil et du genou droit face et profil ont été réalisées. Le rapport y relatif du 8 juillet 2023 concluait à ce qui suit :

« **Description :**

Colonne dorsolombaire :

Pas de fracture ni de tassement décelé.

Bon alignement des murs antérieurs et postérieurs.  
Discarthrose L5-S1 modérée.  
Ossification de 4 x 3 cm se projetant en regard de l'apophyse transverse gauche de L2, d'origine indéterminée sur cet examen.

Genoux :

Pas de fracture.  
Rapports articulaires préservés.  
Pas d'épanchement intra-articulaire ddc [des deux côtés]. »

La CNA a pris le cas en charge (cf. courrier du 21 juillet 2023).

Une incapacité de travail totale a régulièrement été attestée depuis le 14 juillet 2023 par le médecin traitant de l'assuré, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, lequel a repris le suivi du patient à compter de cette date.

Répondant au formulaire soumis par la CNA le 27 juillet 2023, l'assuré a précisé quant au déroulement de l'accident qu'il avait, lors de sa chute, tapé les deux genoux et le dos, qu'il avait tout de suite ressenti les premières douleurs et qu'il n'avait jamais souffert des parties du corps en question auparavant.

Par rapport du 3 août 2023 à la CNA, le Dr W.\_\_\_\_\_ a notamment indiqué avoir examiné l'assuré le 14 juillet 2023 et constaté une rectitude de la colonne, des douleurs bilatérales à la palpation de la musculature paravertébrale, pas de douleur à la percussion des épineuses, pas de déficit de force ni de sensibilité des membres inférieures, un réflexe cutané plantaire indifférent des deux côtés, des réflexes ostéo-tendineux rotuliens présents et symétriques ; le test Lasègue était négatif des deux côtés. Il a ensuite posé le diagnostic de lombalgies post-traumatiques non déficitaires.

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire a été réalisée le 15 août 2023. Le rapport y relatif, daté du même jour, faisait état de ce qui suit :

« **DESCRIPTION**

Hauteur normale des différents corps vertébraux, sans tassement ni fracture.

Discret hyposignal des disques L4-L5 et L5-S1 sur la séquence pondérée en T2 avec un discret œdème témoignant d'une discopathie active.

Il existe une protrusion discale postéro-médiane et foraminale droite en L4-L5 à l'origine d'un conflit radiculaire.

Protrusion discale circonférentielle L5-S1.

Aspect de signe normal du sac dural sans pathologie inflammatoire ou tumorale intra-canalair.

Signal normal de la queue de cheval.

Pas de trouble statique, ni d'anomalie transitionnelle lombo-sacrée.

Remaniement dégénératif interfacettaire de L4 à S1 avec présence d'une petite lame de liquide témoignant du caractère congestif.

Aspect de signal normal des structures musculaires para-vertébrales.

La partie visible des articulations sacro-iliaques présentent [sic] un signal normal.

## **CONCLUSION**

**Protrusion discale postéro-médiane et foraminale droite en L4-L5 à l'origine d'un conflit radiculaire accessible à une infiltration sous scanner si échec du traitement habituel.**

**Protrusion discale circonférentielle en L5-S1 sans conflit en position d'examen. »**

Le 16 octobre 2023, le Dr W.\_\_\_\_\_ a rédigé une prescription de physiothérapie pour son patient, en indiquant le diagnostic d'hernie discale L5-S1 droite.

Le 12 décembre 2023, la CNA a prié le Dr W.\_\_\_\_\_ de lui faire parvenir un rapport détaillé afin de lui permettre d'évaluer le droit aux prestations de son patient.

Aux termes d'un rapport du 14 décembre suivant, le médecin traitant de l'assuré a fait état de ce qui suit :

« L'évolution est favorable sous traitement conservateur.

Le patient consomme moins d'antalgiques et poursuit la physiothérapie et les exercices à domicile. Les douleurs ne sont plus présentes au repos, mais au moindre effort inhabituel. Le patient est très inquiet de faire une infiltration. J'ai néanmoins référé le patient au Dr [...], rhumatologue, pour une évaluation si les suites ne devaient plus évoluer favorablement.

Diagnostic : Hernie discale L4-L5 post traumatique, avec conflit radiculaire à droite. »

Le cas de l'assuré a alors été soumis au Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil auprès de la CNA, qui a répondu comme suit le 18 janvier 2024 aux questions de la CNA (sic) :

« 1. La santé de la personne assurée au niveau de la région corporelle affectée par l'accident actuel était-elle, au degré de la vraisemblance prépondérante, déjà altérée avant l'accident de manière asymptomatique ou de manière manifeste ?  
probablement, atteinte dégénérative diffuse du rachis lombaire, discarthrose L4-L5.

1. 1. Si oui, dans quelle mesure ?

2. En cas de réponse négative à la question 1 :

2. 1. Quelle atteinte à la santé a, au degré de la vraisemblance prépondérante, été causée par l'accident ?

2. 2. Celle-ci est-elle guérie au degré de la vraisemblance prépondérante ? Si oui, à partir de quand ?

3. En cas de réponse positive à la question 1 :

3. 1. Est-ce que l'accident a, au degré de la vraisemblance prépondérante, causé d'autres lésions structurelles pouvant être objectivées ? Dans la négative, veuillez motiver votre réponse.

non, il semble qu'une IRM est eu lieu qui a mis en évidence une hernie discale avec souffrance radiculaire, ces images ne sont pas disponibles.

Je retiens le diagnostic de contusions multiples avec signe radiculaires, diagnostic allant dans le sens d'une aggravation aiguë transitoire et du fait de l'irritation radiculaire un événement qui aura fini de déployer ses effets à 6 mois.

(...) »

Par décision du 23 janvier 2024, la CNA a signifié à l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 23 janvier 2024, dans la mesure où l'appréciation médicale de son médecin-conseil révélait que l'état de santé antérieur à l'accident était considéré comme rétabli depuis le 7 janvier 2024 au plus tard.

Par courrier envoyé le 22 février 2024 à la CNA, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision précitée. Il a allégué n'avoir eu aucun problème avant l'accident, les douleurs étant apparues postérieurement à celui-ci et durant encore à ce jour. Il estimait donc que l'accident était seul responsable de ses atteintes à la santé. L'assuré a joint à son envoi les pièces suivantes :

- un rapport du 22 février 2024 de son médecin traitant, déclarant qu'il s'opposait à la décision de la CNA de ne plus allouer de prestations à son patient. Le Dr W. \_\_\_\_\_ a exposé que ce dernier ne souffrait d'aucun trouble avant son accident et que les plaintes actuelles et depuis l'accident étaient en lien avec ce dernier ;

- un rapport du 21 février 2024, par lequel le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics d' « accident du 7 juillet 2023 avec lombo-sciatique L5 droite post-traumatique », de « discopathies Pfirmann 3 et arthrose bifacettaire L4-S1, petite hernie discale L4-5 paramédiane droite et radiculopathie L5 droite hypoesthésique irritative », ainsi que de « douleur du piriformis droit ; contracture lombaire droite ». Le Dr X. \_\_\_\_\_ a noté ce qui suit s'agissant du status : « EVA [échelle visuelle analogique (évaluation de la douleur)] dos 7/10, EVA jambe 4-5/10. Marche talons/pointes OK. Lombalgie en barre à la flexion du tronc. Palpation de la ligne médiane L4-5 douloureuse. Palpation sacro-iliaque indolore. Contracture lombaire diffuse sensible à la palpation, prédominant à droite. Réflexes ostéotendineux symétriques. Hypoesthésies L5 droite. Pas de parésie significative mais doute sur une faiblesse M5-/5 à la dorsiflexion du pied et des orteils à droite, le testing étant difficile en raison des douleurs. Réflexes cutanés plantaires en flexion. Lasègue et Bragard positive à 20° à droite pour L5. Sacro-iliaques et bourses prétochantériennes indolores. Piriformis droit douloureux. » Il a préconisé une infiltration bifacettaire L4-L5 pour améliorer les lombalgies, et si celle-ci s'avérait négative, a indiqué qu'il retiendrait alors une participation discale des lombalgies et qu'une infiltration formino-épidurale L4-5 droite

pourrait être prise en considération. Le Dr X. \_\_\_\_\_ a encore conseillé de poursuivre la physiothérapie et le travail de la posture ;

- un rapport du 19 décembre 2023 de sa physiothérapeute, qui a indiqué le suivre depuis le 22 août 2023 à raison d'une séance par semaine, le suivi ayant été instauré à la suite d'une chute le 7 juillet 2023, qui avait causé des douleurs lombaires. La physiothérapeute a expliqué que les séances de physiothérapie avaient une visée principalement antalgique, le patient restant limité dans ses mouvements. Elle relevait une légère amélioration de la mobilité, les douleurs au niveau lombaire étant moins fortes ; le patient avait toutefois commencé à décrire une nouvelle douleur au-dessus des ailes iliaques des deux côtés.

Par décision sur opposition du 27 février 2024, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a exposé que, selon la doctrine médicale, une simple contusion ou distorsion vertébrale cessait de produire ses effets après plusieurs mois ; d'après la jurisprudence, une aggravation post-traumatique, sans lésion structurelle associée, d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique, cessait de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année. La CNA a relevé qu'en l'espèce, le Dr P. \_\_\_\_\_ avait constaté que l'accident s'était soldé par des contusions multiples avec signe radiculaire et avait entraîné une aggravation transitoire d'un état antérieur pour six mois chez un assuré présentant une atteinte dégénérative diffuse du rachis lombaire (discarthrose). Cet avis était d'après elle corroboré par la littérature médicale entérinée par la jurisprudence, de sorte qu'il pouvait être suivi.

**B.** Par acte du 10 avril 2024, N. \_\_\_\_\_, désormais représenté par le syndicat Unia Région Vaud, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant principalement à son annulation en ce sens que la CNA continue à prester après le 23 janvier 2024, subsidiairement à son annulation et à ce que la cause soit renvoyée à l'assurance-accident pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des

considérants. En substance, le recourant fait valoir que tant le Dr X.\_\_\_\_\_ que le Dr W.\_\_\_\_\_ sont d'avis qu'il ne souffrait pas de lombalgies avant son accident, ceux-ci ayant une pleine connaissance des pièces au dossier. Selon lui, l'avis du médecin-conseil de la CNA ne saurait être suivi, faute de valeur probante. Le Dr P.\_\_\_\_\_ avait en effet fait état d'une probable atteinte dégénérative du rachis lombaire, sans certitude ; puis, il s'était référé à une IRM sans avoir eu connaissance de celle-ci. Le recourant estime donc que les rapports de ses médecins traitants ont valeur probante et qu'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate au degré de la vraisemblance prépondérante entre les troubles persistants à ce jour et l'accident du 7 juillet 2023. Pour étayer ses dires, le recourant a produit un rapport du 3 avril 2024, dans lequel le Dr X.\_\_\_\_\_ a répondu manuscritement aux questions soumises par le syndicat Unia région Vaud, et dont la teneur est la suivante :

« 1. Diagnostic ?

Accident 7.07.2023, lombosciatalgies L5 droite post-traumatiques, Discopathies + arthrose bifacettaire L4-S1, hernie L4-5 droite, radiculopathie L5 droite hypoesthésique irritative. Contracture lombaire [mot illisible] droite invalidante.

2. Selon vous les lésions dont souffre Monsieur N.\_\_\_\_\_ à ce jour sont-elles au degré de la vraisemblance prépondérante dues à l'accident de juillet 2023 ? (moins de 50%, 50-70%, 70-100%) Ou sont-elles de nature dégénérative ?

Oui : 70-100%

3. Pensez-vous que Monsieur N.\_\_\_\_\_ aurait atteint cet état de santé tôt ou tard même sans l'évènement dommageable ?

Non. Pas de lombalgies précédant l'accident du 7.07.2023. »

Par réponse du 23 mai 2024, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition litigieuse. Elle a indiqué avoir soumis le cas à son médecin-conseil par deux fois ensuite du recours et de la transmission des images de l'IRM du 15 août 2023 et du rapport y relatif. Selon elle, ces avis avaient pleine valeur probante et devaient être suivis. L'intimée a ainsi en particulier produit les pièces suivantes :

- une appréciation du 13 mai 2024 du Dr P.\_\_\_\_\_, dont il ressort notamment ce qui suit :

**« Réponse aux questions**

*1) Qu'est-ce qui vous conduit à retenir la présence d'un état antérieur dégénératif à l'assuré dans ce rapport ?*

Premièrement, les consultations d'urgence ne montrent pas d'atteinte autre que focalisée sur les lombaires basses, l'imagerie met en évidence une atteinte dégénérative préexistante, et il est noté, à l'IRM lombaire du 15.08.2023, une discopathie L4-L5, L5-S1 ainsi qu'une arthrose bifacettaire L4-S1 avec surcharge, ces atteintes décrites par le Dr X.\_\_\_\_\_ à la lecture de l'IRM montrent que cet examen confirme l'atteinte multi-étagée, la présence d'une arthrose qui, à si peu de distance du traumatisme sans autre lésion type fracture ou instabilité majeure, n'aurait pu se développer si rapidement, d'autant plus que suite à cet événement l'activité était restreinte, il est indiqué que l'assuré ressent des douleurs au moindre effort.

En ce qui concerne la hernie discale observée à cette IRM, elle est vraisemblablement préexistante, les critères de Krämer pour une hernie discale traumatique ne sont pas réunis. Il ne s'agit pas d'un traumatisme majeur avec décélération importante, un mécanisme combiné de compression-extension, une chute de plusieurs mètres.

Le deuxième critère qui n'est pas rempli c'est qu'il doit être constaté dans les suites immédiates du traumatisme une irritation radiculaire, au plus tard dans les 48 à 72 heures suivant celui-ci, ce critère n'est pas atteint dans la mesure où, lors de la consultation de contrôle par son médecin traitant le Dr W.\_\_\_\_\_ du 14.07.2023, il n'y a pas d'atteinte radiculaire constatée, les signes de Lasègue sont négatifs et le status neurologique est décrit comme normal.

Le seul critère qui est anamnestiquement vérifié est que la symptomatologie constatée à la suite ou après l'événement n'était pas déjà connue dans une présentation similaire préalablement au traumatisme.

Il est à noter que le premier critère traduit ainsi, ce qui a pu être constaté à travers des études biomécaniques, et ce critère est conforme aux nombreuses observations cliniques établissant une relation positive entre la gravité de la souffrance radiculaire et la rapidité d'extrusion discale. Quant au troisième critère, il est évident que la présence de symptômes préalables similaires signe la préexistence de la hernie discale constatée.

Dans ce cas précis, deux des critères ne sont pas respectés, le traumatisme adéquat et l'apparition d'une radiculopathie typique en relation avec la localisation herniaire, dans la mesure où le contrôle à une semaine ne met pas en évidence d'irritation radiculaire. Le

mécanisme accidentel est probablement amorti par le fait d'une réception sur les genoux avant le choc sur le dos.

*2) Dans cette même appréciation, qu'est-ce qui vous conduit à nier la présence de lésions structurelles en lien avec l'accident du 7 juillet 2023 ?*

Le diagnostic retenu à la suite de la consultation d'urgence, celui retenu après la première consultation du médecin traitant est celui de lombalgies post traumatiques non déficitaire, ce diagnostic exclu une atteinte structurelle de type fracture, luxation.

*3) Qu'est-ce qui vous amène à conclure que l'accident du 7 juillet 2024 a cessé de déployer ses effets après six mois ?*

L'absence d'atteinte structurelle, le traitement médical selon les règles de l'art, dans cette situation repos puis rééducation fonctionnelle doit dans tous les cas être guérie, se cela n'est pas le cas, il s'agit de l'atteinte préexistante qui rend la situation chronique. »

- une appréciation du 21 mai 2024 du Dr P.\_\_\_\_\_, dont la teneur est la suivante :

« Est-ce que [l'] imagerie [de l'IRM du 15 août 2023] modifie vos précédentes conclusions dans ce dossier ? Dans la positive et la négative, pour quelles raisons ?

Non, la résonance magnétique du 18.08.2023 [sic], confirme l'aspect dégénératif du rachis lombaire avec discarthrose sur plusieurs étages entraînant une protrusion discale sur les segments L5-S1, L4-L5, L3-L4 on trouve également des nodules de Schmorl signant une ancienne maladie de Scheuermann. La lecture de ces images vient soutenir la réponse 1 du questionnaire de l'appréciation médicale du 13.05.2024. »

Le 24 juin 2024, le recourant s'est référé à son mémoire de recours et a persisté dans ses conclusions.

### **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 compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA) 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 droit du recourant aux prestations de l'assurance-accident pour la période postérieure au 22 janvier 2024, en lien avec l'accident du 7 juillet 2023.

**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) 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).

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).

**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). 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).

**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 ; TF 8C\_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3).

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<sup>er</sup> 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).

La jurisprudence a retenu, en se référant à l'état actuel des connaissances médicales, qu'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\_164/2019 du 6 mars 2020 consid. 5.2.2 ; TF 8C\_746/2018 précité consid. 3.2). Le *statu quo sine* est même déjà atteint après trois à quatre mois pour des lombalgies post-traumatiques, une aggravation dans ce domaine, qui permettrait d'aller au-delà de cette période, devant être établie radiologiquement et se distinguer de l'évolution normale due à l'âge (TF 8C\_1029/2012 du 22 mai 2013 consid. 4.2.1 ; TF 8C\_562/2010 du 3 août 2011 consid. 5.1 et les références).

**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).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGa (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C\_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5).

**4.** En l'espèce, il n'est pas contesté que l'évènement du 7 juillet 2023 est constitutif d'un accident. Est litigieuse la question du lien de causalité entre l'accident et les troubles du recourant et, ainsi, la prise en charge par l'intimée des suites de cet accident au-delà du 22 janvier 2024. Se fondant sur l'avis de son médecin-conseil, l'intimée estime que l'état de santé antérieur à l'accident doit être considéré comme rétabli depuis le 7 janvier 2024. Le Dr P.\_\_\_\_\_ est en effet d'avis que les troubles qui persistent au-delà de six mois après l'accident ne sont plus en lien de causalité pour le moins probable avec l'évènement, mais en lien avec une atteinte dégénérative préexistante à l'accident. Le recourant conteste cette appréciation. Il se prévaut des rapports des Drs W.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, selon lesquels il ne présentait pas de lombalgies avant l'accident et ses lésions étaient dues à celui-ci (à 70 à 100% selon le Dr X.\_\_\_\_\_), ce qui devait conduire à la poursuite de la prise en charge du cas par l'intimée.

**a)** Il convient d'analyser la valeur probante des appréciations du Dr P.\_\_\_\_\_ des 18 janvier et 13 et 21 mai 2024, sur lesquels se fonde l'intimée.

On relèvera tout d'abord que même s'il n'a pas personnellement examiné l'assuré, le Dr P.\_\_\_\_\_ a établi ses appréciations en pleine connaissance de l'anamnèse, du déroulement de l'accident, des plaintes du recourant, des rapports radiographiques et des rapports des médecins consultés. S'il est vrai qu'il n'a eu connaissance du rapport d'IRM du 15 août 2023 que le 21 mai 2024, les conclusions de celle-ci ont toutefois été retranscrites dans certains rapports des médecins consultés, par exemple dans le rapport du 21 février 2024 du Dr X.\_\_\_\_\_, auxquels il avait accès. Quoi qu'il en soit, le médecin-conseil de la CNA a finalement pu en prendre connaissance et indiqué, dans son appréciation du 21 mai 2024, que cette pièce le confortait dans l'avis précédemment émis. Sur le plan formel, ces appréciations remplissent donc les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

En outre, les appréciations du médecin-conseil de la CNA sont motivées et convaincantes, en particulier celle du 13 mai 2024.

Le Dr P.\_\_\_\_\_ pose les diagnostics de lombalgies non déficitaires (07.07.2023), de contusions des deux genoux (07.07.2023), de discarthrose étagée du rachis thoraco-lombaire et d'anomalie transitionnelle avec sacralisation de L5. Il relève premièrement que les consultations d'urgence montrent des atteintes focalisées sur les lombaires basses et que l'imagerie met en évidence une atteinte dégénérative préexistante. Les radiographies effectuées le jour de l'accident révèlent en effet l'absence de fracture ou de tassement, un bon alignement des murs antérieurs et postérieurs, mais la présence d'une discarthrose L5-S1 modérée ainsi qu'une ossification se projetant en regard de l'apophyse transverse gauche de L2, d'origine indéterminée. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'IRM lombaire du 15 août 2023 révélait une discopathie L4-L5, L5-S1 ainsi qu'une arthrose bifacettaire L4-S1 avec surcharge. A ses yeux, ces atteintes n'étaient pas structurelles mais dégénératives, puisqu'une arthrose n'aurait pu se développer rapidement, si peu de temps après le traumatisme sans autre lésion de type fracture

ou instabilité majeure, d'autant plus qu'à la suite de l'évènement du 7 juillet 2023, l'activité était déjà restreinte, l'assuré ressentant des douleurs au moindre effort.

Le Dr W.\_\_\_\_\_ pose certes le diagnostic d'hernie discale L5-S1 d'origine post-traumatique (cf. rapport du 14 décembre 2023). Toutefois, comme rappelé ci-dessus (cf. consid. 3b cc *supra*) une hernie discale n'est considérée comme étant due principalement à un accident que 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.

En l'occurrence, rien ne permet de retenir que l'accident en cause a revêtu une importance particulière. Le recourant a en effet sauté d'un camion à l'arrêt, glissé en arrière et chuté de 1,5 mètres, avec une réception sur les genoux et le dos. Cette chute ne représente pas un évènement à haute énergie. A cet égard, la Cour de céans a en particulier eu l'occasion de retenir qu'une chute sur le dos d'une hauteur de 80 centimètres après avoir manqué une marche en descendant d'une échelle ne constituait pas un accident d'une importance particulière (arrêt CASSO AA 165/19 - 107/2020 du 29 juillet 2020 consid 6b). Cette jurisprudence peut être comparée au cas d'espèce en ce sens que l'assuré est certes tombé d'une hauteur légèrement supérieure, mais il s'est réceptionné en partie sur les genoux, ce qui a vraisemblablement amorti le choc sur le dos. L'accident subi par le recourant n'est en outre pas de nature à conduire à une lésion du disque intervertébral. La pratique médicale a retenu comme évènements propres à provoquer une hernie discale une chute libre d'une hauteur importante, un saut de dix mètres de hauteur, une chute notamment avec port de charges, ou un télescopage à grande vitesse (TF U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 7.2 et la référence citée). Le Dr P.\_\_\_\_\_ a à cet égard très justement relevé qu'il ne s'agissait pas d'un traumatisme majeur avec décélération importante, un mécanisme combiné de compression-extension, ou une chute de plusieurs mètres.

En ce qui concerne l'apparition immédiate de symptômes de la hernie discale, le médecin-conseil de la CNA note dans son avis du 13 mai 2024 que le status à une semaine ne montrait pas d'irritation radiculaire selon le rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ relatif à la consultation du 14 juillet 2023 ; le médecin traitant a d'ailleurs constaté à cette occasion un test de Lasègue négatif. A cela s'ajoute que le status neurologique a été considéré comme normal lors de la consultation d'urgence à l'Hôpital T.\_\_\_\_\_ et le diagnostic de lombalgies post-traumatiques posé, sans qu'il ne soit mentionné d'irritation de type sciatalgie ou cruralgie.

Le Dr P.\_\_\_\_\_ estime finalement que le seul critère jurisprudentiel pouvant être vérifié dans la situation du recourant est celui de la symptomatologie constatée à la suite ou après l'évènement et qui n'était pas déjà connue dans une présentation similaire préalablement au traumatisme. Ce critère ne permet toutefois pas à lui seul de retenir que la hernie discale est en lien de causalité prépondérante avec l'accident.

Cette appréciation est corroborée par les éléments au dossier et elle n'est pas valablement contredite par les rapports des médecins consultés produits par l'assuré. Le rapport du 22 février 2024 du Dr W.\_\_\_\_\_ et les rapports des 21 février et 3 avril 2024 du Dr X.\_\_\_\_\_ font en effet uniquement valoir comme preuve de l'origine traumatique des lésions de leur patient que celles-ci sont apparues à la suite de l'évènement accidentel et que ce dernier ne souffrait pas de lombalgies auparavant. Comme relevé ci-dessus, ce seul critère ne suffit pas pour établir un lien de causalité ; il s'agit, du reste, d'un raisonnement de type « *post hoc ergo propter hoc* » dont la jurisprudence a souligné, de longue date, qu'il ne permettait pas à lui seul de tirer de conclusions sur l'origine accidentelle d'une telle atteinte à la santé (cf. consid. 3b aa *supra*). Ces rapports, bien que concordants, ne permettent donc pas de soulever un doute, même minime, sur l'appréciation émise du Dr P.\_\_\_\_\_.

Compte tenu de ce qui précède, force est de constater que l'appréciation du Dr P.\_\_\_\_\_ repose sur des constatations objectives,

tient compte de l'ensemble des éléments pertinents au dossier et a fait l'objet d'une analyse détaillée. Elle revêt dès lors une pleine valeur probante.

**b)** La situation du recourant est donc celle dans laquelle la hernie discale est possiblement seulement déclenchée par l'accident, mais non pas provoquée par celui-ci, si bien que dans cette éventualité, l'assurance-accidents ne prend en charge que le syndrome douloureux. En l'espèce, la CNA a presté jusqu'au 22 janvier 2024, considérant sur la base de l'analyse de son médecin-conseil que la situation précédant l'accident était rétablie après six mois. Le Dr P. \_\_\_\_\_ a en effet estimé aux termes de son appréciation du 13 mai 2024 qu'en l'absence d'une atteinte structurelle et avec un traitement conduit dans les règles de l'art - en l'occurrence du repos puis de la rééducation fonctionnelle - les atteintes devaient être guéries en six mois ; si tel n'était pas le cas, il fallait considérer que la situation était rendue chronique par l'atteinte préexistante.

S'agissant du laps de temps à partir duquel il peut être considéré que le *statu quo sine vel ante* a été atteint, force est de constater qu'aucun élément ne permet de mettre en doute l'appréciation du médecin-conseil de la CNA. Celle-ci est compatible avec l'expérience médicale telle qu'admise par la jurisprudence relative à l'état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale (cf. consid. 3b cc *supra*) et en l'espèce, aucune circonstance extraordinaire n'est évoquée qui autoriserait une conclusion différente.

**c)** Ainsi, les griefs du recourant tombent à faux. L'appréciation du Dr P. \_\_\_\_\_ a pleine valeur probante, de sorte que l'intimée était fondée à retenir que le *statu quo sine vel ante* avait été atteint le 7 janvier 2024 au plus tard et à mettre fin à ses prestations au 22 janvier 2024, sans procéder à des investigations complémentaires.

**5. a)** En définitive, le recours, mal fondé, 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 LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, 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 février 2024 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 :

- Syndicat Unia Région Vaud (pour N. \_\_\_\_\_),
- 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 :