

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 juillet 2025

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Piguet et Tinguely, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

Y. _____, à C. _____, recourant,

et

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

E n f a i t :

A. a) Y._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1989, a travaillé en dernier lieu en tant que conducteur de véhicules légers. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre le risque d'accident professionnel et non professionnel auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 28 octobre 2021, Y._____ a subi, au cours d'une livraison, un accident lors duquel il a été emporté au bas d'escaliers par un béroton lourdement chargé, entraînant des douleurs au dos et au cou.

La CNA a pris en charge le cas.

Appelée à se prononcer sur la situation médicale de l'assuré, la Dre N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil auprès de la CNA, a retenu que l'événement du 28 octobre 2021 n'avait pas entraîné de lésion structurelle objectivée. Il y avait donc eu une décompensation aiguë provisoire d'un état préexistant. En effet, la séquelle d'une probable fracture de D9 était, au degré de la vraisemblance prépondérante, préexistante compte tenu de l'absence d'ostéoporose et d'une notion anamnestique d'une fracture dorsale et de corset pendant trois mois, alors qu'il n'y avait pas eu de chute le 28 octobre 2021, mais un mécanisme de flexion forcée du tronc en retenant un chariot lourd dans des escaliers (pas de mécanisme à haute énergie susceptible de provoquer une fracture de D9 dans un contexte de dos sain). Il en résultait que le mouvement d'hyperflexion antérieure du tronc avait décompensé des problèmes dorsaux sous-jacents pour une durée de six mois (appréciation du 12 février 2024).

Par décision du 13 mars 2024 - non contestée -, la CNA a considéré que l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident du 28 octobre 2021 pouvait être considéré comme atteint depuis le 28 avril 2022 au plus tard. Elle a ainsi clos le cas au 13 mars 2024 au soir, en mettant

un terme au versement de ses prestations (indemnité journalière et frais de traitement).

b) Dans l'intervalle, Y._____ s'est vu allouer des prestations de l'assurance-chômage depuis le 7 février 2022.

Dans une déclaration de sinistre LAA pour les chômeurs du 12 mars 2024, l'assuré a indiqué avoir été victime d'un accident non professionnel le 12 janvier 2024 au Portugal en ces termes :

« Je ramassais des olives sur un olivier, je me suis déséquilibré et je suis tombé en arrière ».

Il a indiqué qu'il avait eu un écrasement de la colonne vertébrale, ce qui avait entraîné une incapacité de travail dès le 14 février 2024.

Dans un courrier du 11 avril 2024 au Dr W._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, la Dre F._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a relevé que l'assuré souffrait depuis un accident du 28 octobre 2021 de lombalgies et de dorsalgies, lesquelles avaient été exacerbées par une chute récente depuis un arbre. Outre cette symptomatologie douloureuse, son patient présentait des stigmates de la maladie de Scheuermann, c'est-à-dire une discrète discopathie D7-D8 et D8-D9 ainsi qu'un possible status consécutif à une fracture par tassement vertébral D9, mais sans œdème résiduel. Les stages effectués avaient montré des difficultés dans le port de charges lourdes et la nécessité de changer fréquemment de position. Aussi, la Dre F._____ a demandé l'avis de son confrère quant aux limitations fonctionnelles et à la capacité de travail qui pouvaient être retenues au regard des problèmes signalés.

Le Dr W._____ a procédé à l'examen clinique de l'assuré le 4 juin 2024. Dans son rapport du 13 juin 2024 établi à l'intention de la Dre F._____, il a posé le diagnostic suivant :

« Dorso-lombalgies chroniques non déficitaires avec :

- Exacerbation post-traumatique dans les suites d'une chute en date du 15 janvier 2024 sans conséquence traumatique visible à la radiographie du 1^{er} mars 2024.
- Stigmates de la maladie de Scheuermann et possible tassement vertébral ancien D9 sur accident de ski datant de 2008 traité conservativement.
- Dorsalgies dans les suites d'un accident du 28 octobre 2021 sur chute ».

En conclusion de son rapport, le Dr W._____ a constaté que l'évolution était à nouveau difficile, après une période d'amélioration observée par l'assuré lui-même. Quoi qu'il en soit, l'examen clinique était tout à fait rassurant, sans signe d'atteinte sur le plan neurologique ni argument pour une lésion sévère. Un syndrome inflammatoire ayant pu être écarté grâce à une biologie sanguine avec une recherche HLA B27 par PCR négative, seule la poursuite d'un traitement conservateur simple était préconisée. Quant à la capacité de travail, le Dr W._____ a estimé qu'elle était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : « limitations aux ports de charges fréquentes au-delà de 10 kg ; limitations aux mouvements répétés du tronc ; limitations aux stations assises ou debout prolongées sans possibilité de changement de position ; limitation aux positions statiques en porte-à-faux et anté-flexion du tronc ».

Sollicité pour avis, le Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil auprès de la CNA, a retenu que l'événement du 12 janvier 2024 n'avait occasionné aucune lésion objectivable, ainsi que le montrait la radiographie du rachis dorso-lombaire du 1^{er} mars 2024. Selon ce médecin, cet événement avait tout au plus déstabilisé de manière temporaire un état pathologique préexistant pour une durée maximale de six mois, sans tenir compte de l'effet des troubles préexistants (contusion dorso-lombaire simple). Le Dr R._____ a relevé dans ce contexte que les rapports médicaux au dossier évoquaient une problématique de rachialgies chroniques existant depuis plusieurs années. De plus, alors que les rapports médicaux établis en 2024 mentionnaient que l'assuré n'aurait jamais été en mesure de reprendre une activité professionnelle depuis 2021 en raison de dorso-lombalgies incapacitantes, la déclaration de sinistre LAA du 12 mars 2024 indiquait que l'intéressé

serait tombé en arrière pendant qu'il se trouvait sur un olivier pour ramasser des olives.

Par décision du 26 juillet 2024, la CNA a mis un terme au versement de ses prestations (indemnité journalière et frais de traitement) avec effet au 26 juillet 2024 au soir, au motif que les troubles persistants à cette date n'avaient plus de lien avec l'accident du 12 janvier 2024.

Y._____ s'est opposé à cette décision en date du 22 août 2024. Souffrant de douleurs persistantes et accrues depuis le 12 janvier 2024, l'assuré a expliqué que, selon ses médecins traitants, celles-ci étaient dues à l'accident survenu ce jour-là et que cet événement n'avait donc pas aggravé un état préexistant. Ces éléments justifiaient par conséquent la poursuite du versement des prestations.

Par décision sur opposition du 27 août 2024, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré, après avoir relevé que l'accident du 12 janvier 2024 avait temporairement décompensé un état dégénératif préexistant et avait cessé de déployer ses effets six mois au plus tard, les douleurs persistant après cette date étant dues de manière exclusive aux troubles chroniques du dos.

B. **a)** Par acte du 26 septembre 2024, Y._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 27 août 2024, en soutenant que l'évaluation médicale du Dr W._____ ne reflétait pas correctement son état de santé. En effet, bien que ce médecin ait fait état d'un examen clinique tout à fait rassurant, des douleurs subsistaient dans la loge latérale et au plan cervical, accompagnées de difficultés à faire des rotations du bassin. De plus, l'assuré contestait n'avoir jamais pu reprendre d'activité professionnelle ou avoir travaillé moyennant le respect de limitations fonctionnelles. Il a donc demandé le réexamen de sa situation en tenant compte des explications fournies.

b) Dans sa réponse du 20 novembre 2024, la CNA a conclu au rejet du recours. Se référant à l'appréciation médicale jointe en annexe établie le 18 novembre 2024 par le Dr R._____, elle a relevé qu'en l'absence de toute documentation médicale permettant de retenir des troubles d'origine accidentelle, même de façon partielle, au-delà d'un délai de six mois après l'accident du 12 janvier 2024, la seule allégation de douleurs par l'assuré ne saurait fonder un droit aux prestations au-delà du 26 juillet 2024.

c) A l'appui de sa réplique du 27 décembre 2024, Y._____ a produit les documents médicaux suivants :

- un certificat médical du 17 décembre 2024 de la Dre F._____ ;
- un compte-rendu d'IRM du rachis dorsal établi le 29 novembre 2022 par la Dre P._____, spécialiste en radiologie ;
- un compte-rendu d'IRM du rachis-dorso-lombaire et des sacro-iliaques du 26 septembre 2024 rédigé par la Dre T._____, spécialiste en radiologie ;
- un compte-rendu de la radiographie du rachis dorso-lombaire face et profil du 1^{er} mars 2024 dressé par la Dre P._____ ;
- un rapport établi le 9 septembre 2024 par le Dr W._____ à l'intention de la Dre F._____ ;
- un rapport daté du 10 octobre 2024 adressé par la Dre B._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, à la Dre F._____.

Selon l'assuré, ces documents montraient qu'il avait pu, malgré des douleurs dorsales, reprendre l'exercice d'une activité professionnelle après l'accident de 2021 (cf., dans ce sens, le rapport de la Dre B._____ du 10 octobre 2024). De plus, les comptes-rendus d'IRM ne permettaient pas de retenir l'existence de problèmes sacro-iliaques en 2022. Pour le reste, l'intéressé a souligné qu'il faisait des efforts soutenus pour améliorer son état de santé grâce à la poursuite des séances de physiothérapie, affirmant qu'il était même prêt à changer d'emploi si cela était nécessaire. Il avait cependant besoin d'être soutenu et accompagné dans cette période difficile de sa vie.

d) A sa duplique du 30 janvier 2025, la CNA a joint l'appréciation médicale établie le 29 janvier 2025 par le Dr R._____. Après avoir pris connaissance des pièces produites par l'assuré, ce médecin a confirmé que ce dernier présentait des plaintes au niveau de son rachis lesquelles, selon tous les spécialistes consultés, revêtaient une origine malade. Tout en ne remettant pas en cause l'authenticité des plaintes formulées et des limitations fonctionnelles qu'elles étaient susceptibles d'entraîner, le Dr R._____ a rappelé que la question était de savoir si les douleurs persistantes étaient en lien de causalité naturelle avec l'accident du 12 janvier 2024. Or aucun élément médical ne permettait de l'affirmer. Partant, la CNA a derechef conclu au rejet du recours.

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 au versement de ses prestations des suites de l'événement du 12 janvier 2024 avec effet au 26 juillet 2024.

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 réputée 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_315/2023 du 9 janvier 2024 consid. 3.2). 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_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.1 ; 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_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.2).

4. a) 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

b) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

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 ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; 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 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. En l'espèce, le recourant soutient que les atteintes qu'il présente seraient encore en lien avec l'accident du 12 janvier 2024 et estime que l'évaluation médicale du Dr W. _____ ne reflète pas correctement son état de santé.

a) En cas de lombalgies et lombosciatalgies, la jurisprudence admet qu'un accident peut décompenser des troubles dégénératifs préexistants au niveau de la colonne lombaire, auparavant asymptomatiques. En l'absence d'une fracture ou d'une autre lésion structurelle d'origine accidentelle, elle considère toutefois que selon l'expérience médicale, le *statu quo sine* est atteint, au degré de la vraisemblance prépondérante, en règle générale après six à neuf mois, au plus tard après une année. Il n'en va différemment que si l'accident a entraîné une péjoration déterminante, ce qui doit être établi par des moyens radiologiques et se distinguer d'une évolution ordinaire liée à l'âge (TF 8C_50/2023 du 14 septembre 2023 consid. 7.1 ; 8C_102/2021 du 26 mars 2021 consid. 6.3.1 ; 8C_408/2019 du 26 août 2019 consid. 3.3 ; 8C_726/2010 du 19 novembre 2010 consid. 3.4 ; 8C_326/2008 du 24 juin 2008 consid. 3.2 et 3.3 ; 8C_677/2007 du 4 juillet 2008 consid. 2.3.2).

b) L'assuré avait déjà été victime d'un accident le 28 octobre 2021, lequel avait entraîné des dorsalgies et lombalgies. Depuis lors, il

n'avait pas repris d'activité professionnelle. La Dre F._____ a indiqué que la chute du 12 janvier 2024 avait exacerbé les douleurs (courrier du 11 avril 2024 au Dr W._____), ce qui a été confirmé par le Dr W._____, lequel a retenu des dorso-lombalgies non déficitaires notamment avec une exacerbation post-traumatique dans les suites d'une chute le 15 [recte : 12] janvier 2024 sans conséquence traumatique visible à la radiographie du 1^{er} mars 2024. Ce médecin a qualifié l'examen clinique du 4 juin 2024 de rassurant sans signe d'atteinte sur le plan neurologique ni argument pour une lésion sévère. Il a préconisé la poursuite d'un traitement conservateur simple. Il a en outre attesté une capacité de travail complète dans une activité adaptée (limitations aux ports de charges fréquentes au-delà de 10 kg, aux mouvements répétés du tronc, aux stations assise ou debout prolongées sans possibilité de changement de position, ainsi qu'aux positions statiques en porte-à-faux et anté-flexion du tronc). Son appréciation rejoint celle du Dr R._____ du 17 juillet 2024, lequel a estimé que l'accident du 12 janvier 2024 avait tout au plus déstabilisé de manière temporaire un état pathologique préexistant pour une durée maximale de six mois sans tenir compte de l'effet des troubles préexistants (contusion dorso-lombaire simple). Au demeurant, ni la Dre F._____ ni les Drs W._____ et R._____ n'objectivent une quelconque aggravation des troubles rachidiens de l'assuré, que ce soit au niveau lombaire, dorsal ou cervical. Il n'y a en outre aucun rapport médical qui fait état de plaintes de l'intéressé relatives à la mobilisation de son bassin.

c) aa) Les pièces médicales produites au stade de la réplique par le recourant ne permettent pas une autre appréciation. Le Dr W._____ (rapport du 9 septembre 2024) et la Dre B._____ (rapport du 10 octobre 2024) confirment que l'événement du 12 janvier 2024 a seulement causé une contusion du rachis, sans lésion structurelle pouvant lui être imputée. Ils évoquent des troubles de la statique, des stigmates de la maladie de Scheuermann, un possible tassement de la vertèbre D9 ancien et stable et un déconditionnement musculaire. Selon le Dr R._____ (appréciation médicale du 29 janvier 2025), il s'agit de problématiques malades, sans lien de causalité naturelle avec l'accident du 12 janvier 2024. Par ailleurs, même si les médecins prénommés

discutent le possible diagnostic différentiel d'une spondylarthrite, le Dr R. _____ relève que le bilan complet réalisé et interprété par la Dre B. _____ plaide contre cette hypothèse.

bb) L'assuré mentionne le fait qu'il n'avait rien d'altéré au niveau de ses articulations sacro-iliaques avant le 12 janvier 2024, date de l'accident litigieux. Cette observation n'est cependant pas pertinente pour juger de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les plaintes persistantes au niveau du rachis et l'événement précité. En effet, l'IRM du rachis et des articulations sacro-iliaques du 26 septembre 2024 montre à ce niveau des altérations aspécifiques, confirmant que les atteintes présentées par l'intéressé sont d'origine malade, soit un diagnostic différentiel entre des altérations mécaniques (dégénératives) ou inflammatoires (possiblement dans le contexte d'une maladie rhumatismale). On observe au surplus que l'allégation du recourant relève d'un raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » (cf. considérant 3b/aa *supra*). Semblable assertion permet uniquement de considérer l'existence d'un rapport de cause à effet comme une hypothèse possible, ce qui n'est pas suffisant. En effet, le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident.

cc) Il convient par conséquent de retenir, à l'instar de l'intimée, que les atteintes présentées par le recourant sont d'origine malade, l'hypothèse d'une cause traumatique aiguë n'entrant pas en ligne de compte.

e) Aucun élément d'ordre médical ne remet en cause l'appréciation du Dr R. _____, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de son avis, lequel s'inscrit dans le cadre de la jurisprudence s'appuyant sur l'expérience médicale, selon laquelle une aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après

une année (TF 8C_50/2023 du 14 septembre 2023 consid. 7.1 ; cf. aussi considérant 5a *supra*).

f) Sur le vu de ce qui précède, la cessation des prestations au 26 juillet 2024, soit plus de six mois après l'accident du 12 janvier 2024, s'avère justifiée. Aucun élément médical objectif n'atteste l'existence d'une fracture ou d'une lésion structurelle attribuable à cet accident. En l'absence d'une telle lésion, la persistance de douleurs ne suffit pas à constater, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité naturelle avec l'événement accidentel.

6. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

7. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), 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 27 août 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 :

Le greffier :

Du

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

- M. Y. _____,
- 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).

Le greffier :