

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 1er novembre 2012

---

Présidence de M. MERZ  
Juges : Mme Dessaux et M. Gutmann, assesseur  
Greffier : Mme Matile

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.** \_\_\_\_\_, à Yverdon-les-Bains, recourant,

et

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

---

**Art. 4 LPGA; 6 al. 1 LAA, 16 LAA, 18 ss LAA**

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

**A.** Le 31 octobre 2009, T.\_\_\_\_\_ (ci-après aussi: l'assuré ou le recourant), né en 1979, marié, carreleur, a fait une chute dans les escaliers avec réception sur le coccyx et choc direct au niveau du pied droit. A la suite de cet accident, il a consulté son médecin traitant, la Dresse J.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, qui a constaté un hématome au niveau de la fesse gauche. Par déclaration de sinistre du 13 novembre 2009, l'incident a été annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA; ci-après: l'intimée) comme suit : "En descendant des escaliers il est tombé sur le coccyx (sic) (juste pas cassé). 2 semaines d'arrêt de travail ".

Une IRM effectuée le 21 décembre 2009 par la Dresse Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a montré une petite hernie discale médiane para-médiane droite, légèrement luxée vers le haut, en L5-S1, sans signe de compression des racines et une lyse isthmique L5 bilatérale avec réaction oedémateuse de l'os spongieux au regard du côté droit. Il est aussi relevé qu'il n'y avait pas d'argument en faveur d'une fracture impactée des plateaux vertébraux.

Dans un courrier non daté, reçu par l'intimée le 16 février 2010, la Dresse J.\_\_\_\_\_ a écrit ce qui suit :

"L'accident remonte au 31.10.2009, date à laquelle le patient fait une chute de sa hauteur dans un escalier en tombant sur le coccyx. Il arrive à se relever avec peine, souffrant de douleurs de la fesse gauche, de la région lombaire basse (coccyx), sans irradiation. Il me consulte 4 jours plus tard; j'observe un hématome de la fesse gauche, encore très douloureuse. La mobilité de la colonne lombaire est s.p.; je prescris des AINS (Ponstan 500) et du repos. L'évolution est dans un premier temps favorable. Cependant, dès le 15.12.09, le patient se plaint d'un blocage lombaire et de douleurs irradiant sous le pied droit, avec paresthésies de la région plantaire. Je fais alors pratiquer un bilan radiologique, (Rx colonne lombaire + IRM lombaire), qui a lieu le 21.12.2009: on décèle une petite hernie discale L2-S1, sans signe de compression nerveuse. Le traitement conservateur est poursuivi avec en plus de la physiothérapie. L'évolution est stationnaire. Lors du contrôle de l'état début février, le patient atteste que la région lombaire est améliorée mais qu'il ressent toujours des douleurs et des paresthésies du pied droit, région plantaire, en particulier le matin en se levant, durant 20 à 30 minutes. Au vu de cette situation problématique, j'ai décidé de l'adresser en consultation chez le Dr. G. S.\_\_\_\_\_,

au Centre Thermal N.\_\_\_\_\_; il avait déjà suivi ce patient il y a plusieurs années en raison de lombalgies."

Dans un rapport du 15 février 2010, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin chef auprès du Centre Thermal N.\_\_\_\_\_, est arrivé à la conclusion que les lombalgies étaient imputables à la lyse isthmique bilatérale et les talalgies à une probable aponévrosite plantaire qui restait toutefois radiologiquement muette.

Le bilan neurologique effectué, sur demande de l'intimée, le 25 mars 2010 par le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, n'a pas apporté la preuve d'une atteinte neurologique significative et notamment d'une atteinte radiculaire ou tronculaire. La petite hernie discale serait probablement asymptomatique compte tenu du résultat de la myélographie et du caractère des plaintes. La lyse isthmique n'expliquerait pas toutes les plaintes. Au niveau du pied, il n'existerait pas d'argument en faveur d'un syndrome du tunnel tarsien. Resterait l'hypothèse mécanique évoquée par le Dr S.\_\_\_\_\_.

Le 9 juin 2010, l'assuré a été examiné, également sur invitation de l'intimée, par le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a posé les diagnostics suivants : surcharge de l'articulation sacro-iliaque droite, spondylolyse bilatérale de la 5<sup>ème</sup> vertèbre lombaire sans spondylolisthésis, spina bifida occulta de la 5<sup>ème</sup> vertèbre lombaire, maladie discale dégénérative entre la 5<sup>ème</sup> vertèbre lombaire et la 1<sup>ère</sup> vertèbre sacrée avec hernie discale L5-S1 soulevant le grand ligament vertébral commun postérieur sans compression radiculaire, surcharge pondérale et douleurs du bord antéro-interne du pied droit d'étiologie inconnue. Quant à la causalité entre la chute du 31 octobre 2009 et la symptomatologie douloureuse, il a retenu ce qui suit :

"L'étude de la causalité naturelle de ce cas ne porte que sur la relation entre la symptomatologie douloureuse et la chute.

En effet, la causalité naturelle entre les lésions anatomiques vertébrales, à savoir la lyse isthmique bilatérale de la 5<sup>ème</sup> vertèbre lombaire d'une part, et, d'autre part, la spina bifida occulta n'est pas possible car monsieur le Dr. S.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en rééducation, avait posé ce diagnostic en l'an 2000 alors que l'accident étudié ici date du 31 octobre 2009.

Il en est de même pour la lésion discale entre la 5<sup>ème</sup> vertèbre lombaire (notée L5) et la première vertèbre sacrée (notée S1). Il est en effet couramment admis dans la littérature internationale qu'une simple chute de sa hauteur avec réception sur les fesses n'entraîne pas de hernie discale. De plus, l'examen par résonance magnétique du rachis lombaire, pratiqué le 21 décembre 2009, montre la présence d'un signe de MODIC de type I, signant la réaction inflammatoire d'instabilité mécanique corporéale. De façon plus générale, le point de faiblesse mécanique, à savoir la lyse isthmique, est la zone qui aurait dû céder en premier en cas de traumatisme sévère, ce qui n'est pas le cas.

La spina bifida occulta de la 5<sup>ème</sup> vertèbre lombaire est par définition une affection congénitale. L'étude de la causalité naturelle est donc ici sans intérêt.

Je joins à l'étude la symptomatologie douloureuse lombaire celle de la surcharge mécanique de l'articulation sacro-iliaque droite. Il est clair que la pathologie lombaire préexistante, la spondylolyse lombaire, était paucisymptomatique jusqu'à l'accident du 31 octobre 2009. (Le patient n'ayant consulté qu'une fois, en l'année 2000, auprès du Dr. S.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en rééducation). Ceci est un phénomène bien connu des spécialistes du rachis. La chute avec réception sur les fesses a entraîné l'apparition des douleurs lombaires de type mécanique, révélant de façon aiguë au patient sa pathologie sous-jacente. De la même manière, la symptomatologie douloureuse de l'articulation sacro-iliaque droite est à mettre en relation avec la pathologie lombaire et par là indirectement avec le traumatisme. Cette pathologie de surcharge est secondaire à la pathologie lombaire.

La relation de causalité naturelle entre la symptomatologie douloureuse lombaire et sacro-iliaque et l'accident du 31 octobre 2009 est clairement établie.

Le traumatisme a révélé de façon nette la pathologie sous-jacente, dont la révélation douloureuse date de l'année 2000 et le diagnostic initial date également de l'an 2000 (Voir rapport du Dr. S.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en rééducation)."

Par la suite, le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA et spécialiste en chirurgie, a examiné l'assuré le 12 juillet 2010 et rédigé le même jour un rapport. Selon les déclarations de l'assuré, celui-ci n'avait plus du tout de symptomatologie au niveau de son pied droit depuis environ un mois. Par contre, il ressentait toujours "un point douloureux en région lombaire basse D[roite]". En résumé, le Dr P.\_\_\_\_\_ a retenu ce qui suit :

"De multiples investigations n'ont mis en évidence qu'une spondylolyse bilatérale de L5 sans spondylolisthésis, une maladie discale dégénérative entre L5 et S1 avec hernie discale L5-S1 soulevant le grand ligament vertébral commun postérieur, une Spina bifida occulta de L5, une surcharge pondérale (avec prise de 16 kg depuis novembre 2009) et une possible surcharge de l'articulation sacro-iliaque D.

Le patient se plaint de douleurs constantes augmentant à la moindre activité.

Dans ces conditions, hospitalisation à la Clinique M.\_\_\_\_\_ pour prise en charge de ces douleurs lombaires basses D, avec évaluation de l'origine

psychosomatique des douleurs, reconditionnement et détermination des limitations fonctionnelles d'une activité professionnelle adaptée à la colonne vertébrale du patient."

L'assuré a séjourné du 29 septembre au 22 octobre 2010 dans la Clinique M. \_\_\_\_\_, à Sion, où il a bénéficié de thérapies physiques et fonctionnelles (cf. avis de sortie du 22 octobre 2010 ainsi que les rapports médicaux de la clinique du 5 octobre 2010 du Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et du 14 octobre 2010 (consilium psychiatrique) de la Dresse V. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychosomatique et chef de clinique - et du 22 novembre 2010 du Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation ainsi qu'en rhumatologie, et de la Dresse D. \_\_\_\_\_, médecin-assistant). De ce dernier rapport, il ressort ce qui suit :

**"DIAGNOSTIC PRINCIPAL**

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour lombalgies persistantes

## **DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES**

- Le 31.10.2009 chute dans les escaliers avec contusion lombaire et du pied D
- Lyse isthmique L5, spina bifida occulta L5 et discopathie L4-L5 et L5-S1 sur IRM lombaire du 21.12.2009.
- Obésité
- Luxation ouverte du 1<sup>er</sup> orteil G en 2002
- Fracture sous-capitale du 5<sup>ème</sup> métacarpien droit, le 16.02.03, opérée avec pseudarthrose secondaire et ré-intervention pour cure de pseudarthrose et neurolyse de la branche dorsale du nerf cubital
- Contusion de l'épaule G le 16.09 2004
- Entorse de la troisième articulation métacarpo-phalangienne droite le 16.09.04
- Contusion cervicale, main D et épaule G en 2004
- Entorse de la cheville G en 2006
- Entorse du genou G en 2007
- Entorse du coude G en 2008
- Trouble état de stress post-traumatique, en 2004
- Luxation de l'épaule gauche anamnétique en 1998 ou 1999.

## **MOTIF D'HOSPITALISATION**

Evaluation pluri-disciplinaire dans les suites d'une contusion lombaire et du pied D, survenue le 31.10.2009 suite à une chute dans les escaliers.

## **STATUS LOCAL D'ENTREE**

Patient en état général conservé. Taille 191 cm, poids 129,2 kg, BMI 36 kg/m<sup>2</sup>, TA 149/83 mmHg, pulsations 68/min, afebrile. Amimique.

Status variqueux du membre inférieur gauche.

## **Status ostéo-articulaire:**

Généralités: multiples grimaces et gémissements durant l'examen et les déplacements. Assis, le patient demande à changer de position. Habillage, déshabillage effectués avec un soutien de la zone douloureuse et avec multiples soupirs.

**Colonne dorsolombaire:** debout: bascule du bassin d'1,5 cm en faveur de la droite. Epaule droite plus haute que du côté gauche. Pli du flanc diminué à droite. Flèche de Forestier au niveau de C7 5 cm, au niveau du sommet de la cyphose D7 0. Au niveau lombaire maximal 4 cm et sacrée 1 cm. Le fil à plomb se projette en regard du pli interfessier.

Marche un pied devant l'autre sur les pointes et sur les talons déclarées impossibles. Flexion lombaire par Schober-lombaire 10 à 11 cm.

Distance doigt-sol 10 cm. Inclinaison latérale à droite-gauche 12 cm-10 cm.

Assis: rotation du tronc à gauche-droite à 30°-0-50° avec déclaration des douleurs vers la rotation à gauche. Passage de la position couchée à assise sans l'aide des mains est déclarée impossible sans essai d'épreuve.

Manoeuvre de Lasègue négative.

Percussion dorso-lombaire indolore.

Décubitus dorsal: en effectuant la manoeuvre de Lasègue déclare les douleurs lombaires et du coccyx.

Décubitus ventral : pas de douleur à la pression des apophyses épineuses, douleurs lombaires paravertébrales droites.

**Signes et symptômes de non organicité de Waddell:** 3/5.

Périmètres des membres inférieurs 57 cm pour les cuisses et 43 cm pour les mollets.

**Examen neurologique dirigé:** cf. rapport ENMG.

## **STATUS DE SORTIE**

Poids 133 kgs 500.

**BILANS ET INVESTIGATIONS :** cf. annexes

ENMG et avis médical du neurologue, le 04.10.2010

Consilium psychiatrique du 08.10.2010

Rapport de physiothérapie  
Score Oswestry à l'entrée et à la sortie 52 %

## **APPRECIATION ET DISCUSSION**

A l'entrée, les plaintes principales selon le patient sont des lombalgies basses à prédominance à droite qui sont constantes et accentuées à la position assise ou couchée prolongée et à tous les efforts, cotées entre 4,5 et 7/10 sur l'échelle EVA. Le périmètre de la marche serait limité à 5-10 minutes. Ces douleurs provoquent une diminution de l'activité physique chez le patient. La physiothérapie n'amène aucune amélioration. L'antalgie par Novalgine, Voltaren retard ne donne qu'une amélioration transitoire. Les changements de position le soulagent.

Le patient signale une prise pondérale depuis 11 mois d'environ 20 kgs.

Les RX de colonne lombaire fonctionnelle ne montrent pas d'instabilité mesurable. Il y a les anomalies non traumatiques indiquées dans les diagnostics.

Concernant la symptomatologie douloureuse, le traitement antalgique est adapté avec du Ponstan 500 mg 4 x/jour et du Dafalgan 1 cp 3 x/jour. Les douleurs restent inchangées selon les dires du patient. Le neurologue, suite à son examen électroclinique du 04.10.2010, ne retient pas une atteinte périphérique, radiculaire ou plexulaire.

Le consilium psychiatrique du 08.10.2010 relève des traits de personnalité narcissique qui se répercutent dans son fonctionnement au quotidien dans la clinique, à savoir des difficultés à supporter le cadre prescrit par les thérapies et les contraintes liées à l'obligation d'une prochaine reprise d'une activité professionnelle. Il n'y a aucun critère pour un syndrome de stress post-traumatique.

Du point de vue physiothérapeutique, le patient a eu un traitement en groupe et en individuel, comprenant du TENS antalgique et endorphinique, des exercices individualisés en salle de gymnastique pour une mobilisation dorso-lombaire, verrouillage et stabilisation lombaire avec renforcement des MI ainsi que de thérapie en piscine. Il n'y a pas de progression subjective ni objective chez ce patient présentant une participation insuffisante aux thérapies qui sont marquées par un absentéisme et une ponctualité déficientes. Compte tenu que pour le patient, les thérapies proposées durant son séjour ne lui apportent aucun bénéfice, aucune proposition de poursuite ambulatoire de physiothérapie n'est formulée. Or, M. T. \_\_\_\_\_ nous informe lors de la dernière visite médicale du 22 octobre qu'il serait déjà inscrit pour une prise en charge d'entraînement en fitness 3 x/semaine et qu'il débiterait la semaine suivant son départ de la Clinique M. \_\_\_\_\_. Nous proposons de le laisser aller à ces entraînements.

Sur le plan socio-professionnel, il s'agit d'un carreleur avec CFC qui a exercé son métier jusqu'au 31.10.2009. Il a une incapacité de travail de 100 % depuis cette date jusqu'à l'arrivée à la Clinique M. \_\_\_\_\_. Il est actuellement licencié car l'entreprise a cessé ses activités depuis septembre 2010. Pour l'instant, il paraît justifié de le laisser à l'incapacité de travail pendant encore 6 semaines pour réaliser les thérapies en fitness. Sur la base des données médicales, une capacité de travail de 50 % est attendue d'ici 1 mois. Un rendez-vous de contrôle est prévu à la consultation ambulatoire du Dr H. \_\_\_\_\_, le 02 décembre 2010, précédée de la réalisation de tests fonctionnels par le physiothérapeute le même jour."

Le 2 décembre 2010, l'assuré a été revu ambulatoirement à la Clinique M. \_\_\_\_\_. Suite à ce contrôle, le Dr H. \_\_\_\_\_ a écrit, le 3 décembre 2010, à la Dresse J. \_\_\_\_\_ notamment ce qui suit :

"Comme écrit dans notre rapport de sortie de la Clinique M. \_\_\_\_\_, je revois M. T. \_\_\_\_\_ en contrôle. Il se rendrait régulièrement au fitness, prend du Dafalgan, parfois un AINS et applique du Perskindol cool ou activ qui l'aide. Il a

toujours passablement mal, mais se sent progresser fonctionnellement. Il marche mieux et parvient mieux à bouger son dos.

[ ...] Le souhait du patient est de poursuivre son auto-rééducation au fitness et de reprendre son activité professionnelle de carreleur à 50 % en janvier, malgré la douleur. Il semble être certain de pouvoir disposer d'un contrat de travail à ce taux durant les 2 premiers mois de l'année.

Même si les anomalies structurelles "maladives" du bas du dos pourraient justifier d'emblée une orientation vers une activité professionnelle moins contraignante, je pense qu'il serait faux d'imposer ce choix avant d'avoir fait un essai. J'ai donc encouragé M. T. \_\_\_\_\_ à reprendre son travail de carreleur au début de l'année.

Je rappelle qu'il n'y a pas eu de fracture à la suite de la chute et que les anomalies de la jonction lombo-sacrée mises en évidence sur les radiographies sont préexistantes au traumatisme. L'incapacité de travail totale est prolongée jusqu'au 31 décembre. Je n'ai pas prévu de contrôle et ai proposé au patient de reprendre contact avec vous."

**B.** A l'occasion d'un appel téléphonique de l'assuré du 4 janvier 2011, la CNA l'a informé qu'elle allait lui adresser un préavis annonçant la fin de ses prestations. Elle a rédigé ce préavis le même jour. Elle y déclare que, selon les renseignements médicaux en sa possession, les troubles qui subsistaient actuellement ne seraient plus dus à l'accident, mais exclusivement de nature malade. Elle allait dès lors clore le cas au 31 janvier 2011 au soir en ce qui concerne les suites de l'accident, réfuter tout droit à d'autres prestations d'assurance et mettre fin au versement des prestations perçues jusqu'ici (indemnité journalière et frais de traitement). A compter de cette date, l'incapacité de travail et les frais de traitement seraient à la charge de l'assurance-maladie.

L'assuré a objecté, par courrier du 17 janvier 2011, que ses troubles n'étaient pas liés à une maladie; il avait certes eu des problèmes au dos avant son accident, mais pas dans les parties où il s'était "fait mal en tombant dans les escaliers".

Dans son appréciation du 21 janvier 2011, le Dr P. \_\_\_\_\_ a retenu que toutes les investigations et consultations effectuées démontraient qu'aucune lésion structurelle du rachis de l'assuré n'était en relation avec l'événement du 31 octobre 2009 et, en particulier, que les anomalies de la jonction lombo-sacrée mises en évidence sur les radiographies étaient préexistantes à l'événement du 31 octobre 2009.

Cet événement n'aurait plus aucun effet au plus tard un an après sa survenue.

Par la suite, le 24 janvier 2011, la CNA a rendu la décision annoncée dans son préavis du 4 janvier 2011. Elle a adressé cette décision, entre autres personnes, à l'assuré et à son assurance-maladie.

**C.** Seul T.\_\_\_\_\_ a formé le 22 février 2011 opposition contre la décision précitée.

Le 23 mars 2011, la CNA a rejeté l'opposition et déclaré qu'un éventuel recours n'aurait pas d'effet suspensif. Elle a estimé que l'assuré n'avait pas apporté d'argument qui permettait de douter du fondement de l'analyse effectuée par le Dr P.\_\_\_\_\_. Selon l'intimée, l'assuré aurait présenté des troubles dégénératifs avant l'accident et la chute n'aurait entraîné aucune lésion structurelle.

**D.** Par courrier du 23 avril 2011, T.\_\_\_\_\_ s'est adressé à la CNA en demandant de "vouloir revoir" sa décision et de lui verser les indemnités journalières "jusqu'à fin avril au minimum". Il ne lui serait pour l'instant pas possible de travailler.

La CNA lui a répondu le 27 avril 2011, qu'elle ne pouvait pas lui allouer les indemnités journalières demandées. De plus, elle a précisé que sa réponse n'interrompait pas les délais de recours énoncés dans la décision sur opposition du 23 mars 2011.

T.\_\_\_\_\_ a précisé par courrier du 26 mai 2011, que son envoi du 23 avril 2011 devait être considéré comme recours et que, dès lors, la CNA aurait dû le transmettre à l'autorité compétente.

Par courrier du 1<sup>er</sup> juin 2011, la CNA a transmis les lettres de T.\_\_\_\_\_ du 23 avril et 26 mai 2011 à la Cour des assurances sociales du Tribunal de céans. Celle-ci a enregistré la lettre de T.\_\_\_\_\_ du 23 avril

2011 comme un recours contre la décision sur opposition du 23 mars 2011 et a invité la CNA à déposer une réponse.

Dans sa réponse du 7 septembre 2011, la CNA a conclu au rejet du recours.

Par la suite, T.\_\_\_\_\_, auquel la réponse de la CNA a été transmise, ne s'est plus prononcé.

Les arguments des parties sont repris ci-après dans la mesure utile.

**E.** Suite au départ à la retraite de l'ancien juge instructeur, l'affaire a été reprise en printemps 2012 par un nouveau juge. Le Tribunal a statué par voie de circulation.

**E n d r o i t :**

**1.**       **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (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 sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, l'assuré a adressé à l'intimée, avant l'écoulement du délai de recours de 30 jours selon l'art. 60 al. 1 LPGA, son écriture du 23 avril 2011, qui contient un exposé succinct des faits et des motifs ainsi que des conclusions (cf. art. 61 let. b LPGA). Même si ce courrier n'a été transféré au Tribunal de céans qu'après l'écoulement du délai de recours, ce délai est, en vertu de l'art. 39 al. 2 LPGA (applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), réputé observé. Rien ne change à cela que l'assuré n'ait pas utilisé le mot "recours" dans son écriture du 23 avril 2011 et qu'il se soit adressé à l'intimée en demandant "de bien vouloir revoir [sa] décision". Il en ressort clairement que l'assuré entendait contester la décision sur opposition rendue par l'intimée.

Cela étant, le recours est recevable et il y a lieu d'entrer en matière.

**2.** Le litige porte sur le droit de l'assuré à recevoir des indemnités journalières de la part de l'intimée. L'assuré soutient, d'une part, qu'il serait, selon son médecin traitant, "encore en arrêt pour accident"; il ne lui serait pour l'instant pas possible de travailler. L'intimée nie quant à elle l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 31 octobre 2009 et les problèmes de santé dont se prévaut le recourant au-delà du mois de janvier 2011. L'assuré estime, d'autre part, que l'intimée aurait dû lui accorder du temps, entre trois à cinq mois, pour retrouver un emploi.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 16 al. 1 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière.

Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée (cf. art. 18 s. LAA) ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Il en va de même aussitôt que l'incapacité de travail persistante n'est plus due à l'accident.

**b)** 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. La notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés; il suffit en effet que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'atteinte dommageable ne puisse pas être qualifiée d'accident et qu'elle doive être, le cas échéant, qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; 122 V 230 consid. 1). L'une de ces conditions suppose qu'il existe, entre l'événement dommageable et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 3.2, 402 consid. 4.3.1 et 4.4.1).

**c) aa)** L'existence d'un lien de causalité naturelle est admise lorsqu'il y a lieu de considérer que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit que, associé à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Il s'agit là d'une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical. De plus, elle doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, c'est-à-dire, le juge doit retenir les éléments qui lui paraissent les plus probables (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C\_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 3.1 et les références citées). En droit des assurances sociales, il n'existe d'ailleurs pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

**bb)** Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, 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 (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc" ou "après celui-ci, donc à cause de celui-ci"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TF 8C\_42/2009 du 1<sup>er</sup> octobre 2009 consid. 2.2). Certes, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières ne sont pas réduits, voire même supprimés, lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident (art. 36 al. 1 LAA). Cependant, il convient, en principe, de rechercher les causes des symptômes douloureux et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. En cas d'état maladif antérieur, si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; cf. TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 238 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, tome XIV, Soziale Sicherheit, 2<sup>ème</sup> édition 2007, p. 865 n. 80).

**cc)** Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert 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 125 V 351 consid. 3a; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En outre, en matière d'assurances sociales, s'agissant de l'appréciation

des renseignements d'ordre médical, la jurisprudence fédérale attache une présomption d'objectivité aux expertises ordonnées pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances sociales ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par les experts, et/ou substituer son avis à celui exprimé par ces spécialistes dont c'est précisément le rôle de mettre leurs connaissances particulières au service de la justice pour qualifier un état de fait déterminé (VSI 2000 p. 152 et les références citées).

Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent toutefois être admises avec réserve pour tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2).

**d)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose, en outre, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 125 V 456 consid. 5a et les références; ATF 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (cf. TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.1 in fine et les références).

**4.** En l'espèce, les rapports susmentionnés de la Clinique M. \_\_\_\_\_ sont probants. Ils réunissent les critères énumérés ci-dessus au considérant 3c/cc. Selon ces rapports, les anomalies indiquées dans les diagnostics seraient "non traumatiques". Au niveau psychiatrique, il n'y

aurait également aucun critère pour un syndrome de stress post-traumatique (cf. notamment rapport du 22 novembre 2012, p. 3).

Dans cette mesure, la Cour de céans relève, en outre, que les accidents de peu de gravité – tel que chute banale ou glissade – et même les accidents à la limite inférieure de la gravité moyenne ne sont, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, régulièrement pas de nature à causer des troubles psychiques invalidants (cf. ATF 115 V 138 consid. 6; 124 V 44 consid. 5c/bb). La jurisprudence nie alors l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et d'éventuels problèmes psychiques. Cela vaut ici pour l'accident du 31 octobre 2009 qui consistait en une chute dans les escaliers avec réception sur le coccyx et suite auquel le premier médecin traitant, Dr J.\_\_\_\_\_, a uniquement constaté un hématome au niveau de la fesse gauche.

Par ailleurs, les constatations de la Clinique M.\_\_\_\_\_ ne sont pas contredites par d'autres rapports médicaux, antérieurs ou postérieurs à celui du 22 novembre 2012, notamment par les rapports des Drs S.\_\_\_\_\_, W.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_. Selon le Dr W.\_\_\_\_\_, il n'y a pas d'atteinte neurologique, en particulier radiculaire ou tronculaire. Le Dr L.\_\_\_\_\_ parle d'une "maladie discale dégénérative L5/S1". Certes, le Dr L.\_\_\_\_\_ a retenu un lien entre l'accident du 31 octobre 2009 et la symptomatologie douloureuse de l'articulation sacro-iliaque droite. Cependant, le traumatisme n'avait que révélé une pathologie déjà sous-jacente, dont la révélation douloureuse et le diagnostic initial dataient déjà de l'année 2000. Vu les problèmes préexistants, l'assuré allait de toute manière ressentir les douleurs en question, indépendamment de l'incident du 31 octobre 2009. Les diagnostics de lyse isthmique bilatérale et de la spina bifida occulta avaient déjà été posés en l'an 2000 par le Dr S.\_\_\_\_\_; de plus le dernier diagnostic est une affection congénitale. Une simple chute de sa hauteur avec réception sur les fesses n'entraîne pas de hernie discale. Par une telle chute, la lyse isthmique aurait d'ailleurs dû céder en premier, ce qui n'a pas été le cas.

Le Dr H.\_\_\_\_\_ a confirmé dans son courrier du 3 décembre 2010 à la Drsse J.\_\_\_\_\_ qu'il n'y avait pas eu de fracture à la suite de la chute et que les anomalies de la jonction lombo-sacrée étaient préexistantes au traumatisme. Finalement, le Dr P.\_\_\_\_\_ a confirmé dans son appréciation du 21 janvier 2011 que toutes les investigations et consultations effectuées démontraient qu'aucune lésion structurelle du rachis du patient n'était en relation avec l'accident du 31 octobre 2009 et qu'en particulier les anomalies de la jonction lombo-sacrée mises en évidence sur les radiographies étaient préexistantes à cet accident. Les constatations des médecins sont claires. Dans cette mesure, il n'y a pas lieu "de consulter les dossiers médicaux avec [le] médecin traitant" du recourant, comme l'a demandé ce dernier. Un complément d'instruction n'est pas nécessaire.

Ainsi, il n'existe pas d'élément objectif qui confirmerait l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre d'éventuels troubles persistants au-delà du 31 janvier 2011 et l'accident du 31 octobre 2009. Comme il a été retenu au considérant 3c/bb, ce n'est pas parce que le recourant fait valoir qu'il n'avait jamais ressenti des douleurs au même endroit du dos avant l'accident, qu'il s'impose d'admettre un lien de causalité. Les constatations médicales précitées s'opposent sans conteste à une telle conclusion, raison pour laquelle la condition du lien de causalité mentionné n'est pas établie au degré de vraisemblance prépondérante dans le cas particulier.

**5. a)** Par un deuxième moyen, le recourant fait valoir que l'assureur aurait dû lui laisser le temps de chercher un nouvel emploi avant de "stopper" ses prestations. Il renvoie à un arrêt du Tribunal fédéral des assurances (TFA) du 23 août 1999, mentionné dans Valérie Montani/Olivier Bindschedler, La jurisprudence rendue en 1999 par le Tribunal administratif et le Conseil d'Etat genevois, in: Semaine judiciaire 122/2000 p. 440 n° 47.

**b)** Avant toute chose, il sera retenu que l'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro (dès

maintenant et pour l'avenir) à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale). Ainsi, il peut liquider le cas en indiquant que, selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu ou ne produit plus ses effets (cf. ATF 130 V 380 consid. 2.3.1; TF 8C\_92/2010 du 6 octobre 2010 consid. 3.2.1).

Selon l'arrêt du TFA auquel se réfère le recourant, un assuré peut être considéré comme apte au placement sous l'angle de l'assurance-chômage (LACI; RS 837.0) en même temps qu'il est incapable de travailler au sens de l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10). Dans ce cas, l'assureur-maladie qui veut mettre fin au versement des indemnités journalières doit, si la diminution du dommage peut être exigée de l'assuré, impartir à ce dernier un délai pour trouver un emploi adapté, que la jurisprudence fixe selon les circonstances entre trois et cinq mois.

En l'espèce, la situation n'est pas identique. D'une part, le TFA admet dans le cas qu'il a traité que la personne concernée était incapable de travailler au sens de la LAMal. Dès lors, elle aurait en principe droit à des prestations selon cette loi. Dans le cas du recourant, l'intimée considère - à juste titre, comme exposé ci-dessus - que le recourant ne présente plus de lésions qui font l'objet de l'assurance-accidents et qu'il n'y a ainsi plus d'incapacité de travail suite à l'accident. Dès lors, le recourant ne remplit plus les conditions nécessaires à l'octroi de prestations selon la LAA. Il s'agit donc d'une situation différente de celle qui a été jugée dans l'arrêt du TFA. D'autre part, et pour le surplus, force est de constater que ce n'est pas uniquement lors de l'entretien téléphonique du 4 janvier 2011 que l'assuré a appris que ses problèmes persistants avaient - du moins aussi - une cause malade et n'étaient pas dus au seul accident du 31 octobre 2009. Avant cette date, il avait, en outre, aussi déjà été question que l'assuré reprenne un emploi dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011. Notamment, le rapport de la Clinique M.\_\_\_\_\_ du 22 novembre 2010 et le rapport du Consilium psychiatrique du 8 octobre

2010 retiennent que l'assuré avait des difficultés à supporter les contraintes liées à l'obligation d'une "prochaine reprise d'une activité professionnelle". Le séjour dans la Clinique M.\_\_\_\_\_ a eu lieu du 29 septembre au 22 octobre 2010. Le rapport précité du 22 novembre 2010, qui a trait à la sortie de l'assuré de la clinique le 22 octobre 2010, retient aussi que "pour l'instant, il paraît justifié de le laisser à l'incapacité de travail pendant encore 6 semaines pour réaliser les thérapies en fitness". A l'occasion de la consultation du 2 décembre 2010, Dr H.\_\_\_\_\_ a encouragé l'assuré à reprendre un travail au début de l'année 2011. L'assuré savait donc que dès janvier 2011, il devait s'attendre à reprendre une activité professionnelle. En outre, l'intimée n'est pas responsable du fait que l'assuré a perdu son emploi chez son ancien employeur parce que ce dernier a cessé ses activités (cf. rapport précité du 22 novembre 2010). Au vu de l'annonce faite le 4 janvier 2011 de la fin des prestations au 31 janvier 2011, l'assuré avait suffisamment de temps pour se présenter, le cas échéant, à l'assurance-chômage. On ne voit finalement pas dans quelle mesure, l'intimée aurait induit l'assuré en erreur ou lui aurait inspiré confiance dans la continuation du versement des indemnités journalières. Finalement, l'assuré n'a d'aucune manière établi, voire même prétendu, avoir subi un préjudice dû à l'annonce début janvier 2011 du terme du versement d'indemnités journalières à la fin du mois (cf. aussi TF 8C\_429/2011 du 5 juin 2012 consid. 5.4).

**6.** Vu ce qui précède, la décision sur opposition rendue le 23 mars 2011 par la CNA n'est pas critiquable et le recours, qui se révèle ainsi mal fondé, doit être rejeté.

**7.** Le recourant, qui succombe, et l'intimée n'ont pas droit à des dépens. La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (cf. art. 61 let. a et g LPGA; ATF 127 V 205).

**Par ces motifs,**

**la Cour des assurances sociales**  
**prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision sur opposition de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents du 23 mars 2011 est confirmée.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- M. T. \_\_\_\_\_,
- 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 :