

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 30 novembre 2015

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
MM. Métral et Neu, juges  
Greffière : Mme Brugger

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**J.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Louis Duc, avocat à  
Château-d'Oex,

et

**T.**\_\_\_\_\_, à Lucerne, intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, avocat à  
Monthey.

---

**Art. 4 LPG; 6 al. 1 LAA**

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

**A.** J.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait depuis le 7 mars 2012 en qualité de peintre auprès de l'entreprise [...], à [...]. 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 23 octobre 2013, l'assuré a fait une chute sur le dos alors qu'il s'occupait du démontage d'un échafaudage dans le cadre de son travail. La CNA a pris en charge le cas.

Il a consulté pour la première fois le 4 novembre 2013 le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie, à l'hôpital de [...]. A cette occasion, un examen radiologique de la colonne lombo-sacrée face et profil droit debout a été réalisé par le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine nucléaire. Dans son rapport du 7 novembre 2013 au Dr F.\_\_\_\_\_, le Dr C.\_\_\_\_\_ a indiqué les éléments suivants :

### « Renseignements cliniques

Status 2 semaines après chute sur le dos. Patient se plaignant de douleurs au niveau lombaire droit.

### Colonne lombo-sacrée face et profil droit debout du 04.11.2013

Les radiographies montrent la présence de troubles statiques dans le sens d'une scoliose sinistro-convexe de la jonction dorso-lombaire et du tiers supérieur de la colonne lombaire se prolongeant par une scoliose dextro-convexe de son tiers inférieur : il n'y a pratiquement pas de torsion axiale des pédicules mais il existe une légère bascule du bassin de 9 mm sur la droite. Rectitude des deux tiers supérieurs de la colonne lombaire et hyperdolosité de la jonction lombo-sacrée s'accompagnant d'une verticalisation du plateau sacré qui forme un angle de 50° par rapport à l'horizontale (valeurs normales : 30° à 45°).

Pas de lésion traumatique osseuse visible sur les clichés.

Discopathie lombaire au niveau L4-L5 se manifestant par un discret pincement postérieur du disque concerné. Légère discopathie également de la jonction lombo-sacrée avec pincement postérieur du disque L5-S1.

Les articulations postérieures sont bien conservées, pas d'image de spondylolyse.

Aspect normal des articulations sacro-iliaques et coxo-fémorales.

Hypoplasie des douzièmes côtes surtout à gauche.

La minéralisation osseuse est tout à fait normale ».

Par déclaration de sinistre LAA du 11 novembre 2013, l'employeur a annoncé l'accident de l'assuré du 23 octobre 2013 à la CNA. Il a décrit l'événement de la manière suivante : « en enlevant un escalier en échafaudages, le collègue a glissé et comme ils portaient les deux l'escalier, il a glissé également. Il est tombé sur le dos ».

Par certificat du 12 novembre 2013, le Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a attesté une totale incapacité de travail à compter du 4 novembre 2013.

Dans un certificat médical LAA du 21 novembre 2013, le Dr F.\_\_\_\_\_, qui avait examiné l'assuré le 4 novembre 2013, a constaté des douleurs (2/10) exacerbées par la palpation profonde des muscles paravertébraux et la mobilisation active, surtout la rotation de la colonne lombaire. Au niveau radiologique, il observait un pincement postérieur du disque L4-L5 et L5-S1 ainsi qu'une scoliose dorsolombaire, mais ne relevait pas de lésions traumatiques osseuses visibles. Il posait le diagnostic de contractures musculaires post-traumatiques. Selon lui, la scoliose dorsolombaire pouvait influencer de manière défavorable le processus de guérison. Le Dr F.\_\_\_\_\_ préconisait un traitement par anti-inflammatoires per os et des myorelaxants per os.

Par rapport médical intermédiaire du 9 décembre 2013, le Dr O.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de contusion para-lombaire droite. Il indiquait que les contractures para-lombaires droites persistaient mais que la physiothérapie avait un bon résultat. Une tentative de reprise du travail le 2 décembre 2013 s'était soldée par un échec. De son avis, il n'existait pas de circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison et le pronostic était bon. Il prévoyait

une reprise du travail fin décembre 2013, à la fin du traitement physiothérapeutique.

Dans un rapport du 10 décembre 2013 au Dr O.\_\_\_\_\_, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait état des éléments suivants :

**« Anamnèse :**

Le patient a fait une chute dans l'escalier d'un échafaudage le 23 octobre dernier, il n'a consulté qu'une semaine et demie plus tard car les douleurs para vertébrales augmentaient et l'empêchaient de travailler. Une lésion a été exclue. Un contrôle à ton cabinet a confirmé la contracture musculaire et a débuté une série de séances de physiothérapie qui a été très efficace et ont permis une reprise de travail mais le matin même, l'activité de monteur en échafaudage a dû être interrompue en raison d'une réapparition de tout le tableau clinique. Actuellement, le patient se plaint de [...] douleurs principalement lors de la mobilisation et du travail lourd. Lorsqu'il est au repos, il n'a aucun symptôme, il ne se plaint d'aucune faiblesse dans les membres inférieurs ni de troubles de la sensibilité. Les séances de physiothérapies sont efficaces.

**Status :**

Il s'agit d'un patient athlétique qui a une légère tuméfaction de la musculature para lombaire droite qui est peu douloureuse à la palpation, le Schober lombaire est à 10 - 13.5. Il a une mobilité symétrique et complète en rotation et en inclinaison latérale. Les radiographies effectuées à l'hôpital de [...] ne montrent pas de pathologie particulière, je ne retrouve pas vraiment la discopathie que tu mentionnes.

**Discussion :**

Je pense que ton patient a eu un traumatisme relativement violent de son rachis lombaire qui malgré ne pas avoir fait de lésion osseuse provoque des symptômes importants chez ce patient travailleur de force. Je ne pense [pas] qu'une investigation supplémentaire soit nécessaire mais j'ai poussé l'arrêt de travail de deux semaines soit au début des vacances du bâtiment. Je pense que 4 semaines de repos et des séances de physiothérapies supplémentaires auront raison de ses douleurs ».

Dans un rapport médical intermédiaire du 17 décembre 2013, le Dr W.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de traumatisme violent du rachis lombaire, sans lésion osseuse. Il indiquait que le patient avait fait une chute d'un échafaudage et qu'il avait par la suite présenté des douleurs para vertébrales et une contracture musculaire. Selon lui, il n'existait pas de circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison.

Dans un rapport médical intermédiaire du 6 janvier 2014, le Dr O.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de contusion paralombaire droite et indiqué que l'évolution était peu favorable malgré la poursuite de la physiothérapie et de l'incapacité de travail proposée par le Dr W.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport du 23 janvier 2014 faisant suite à une échographie abdominale du même jour, le Dr C.\_\_\_\_\_ a émis les conclusions suivantes :

« Aspect échographique normal des organes de l'abdomen supérieur, des gros vaisseaux abdominaux, de la vessie et des vésicules séminales, en particulier pas de lithiase vésiculaire ou rénale et pas de dilatation des voies biliaires intra-hépatiques.

Prostate non agrandie, d'un volume de 19 cm<sup>3</sup>, d'aspect échographique normal.

Pas de masse abdomino-pelvienne ou rétropéritonéale visible au cours de cet examen, pas d'épaississement objectivable des parois gastro-intestinales et pas de dilatation intestinale.

Les douleurs dont se plaint le patient peuvent donc s'expliquer par les troubles statiques de la colonne lombaire et la présence des discopathies lombaires connues d'après les deux radiographies de la colonne déjà réalisées ».

Dans un rapport du 18 février 2014 faisant suite à un examen de la colonne dorsale et de la colonne lombaire native de l'assuré par imagerie par résonance magnétique (IRM) le 17 février 2014, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a exposé ce qui suit :

« **Renseignements cliniques**

Dorsalgies D5, D6, D7, D8. Surtout à droite.

A la présentation, le patient montre aussi des douleurs plus basse, lombaires, raison pour laquelle après un examen thoracique pratiquement anodin, nous avons élargi l'examen sur les lombaires.

[...]

**IRM de la colonne dorsale native du 17/02/2014 :**

Thorax moindre spondylophyte antérieure D9. Le bord postérieur des vertèbres, le canal rachidien, thoracique et les foramina sont sp [sans particularités]. Signal normal de la moelle.

**IRM de la colonne lombaire native du 17/02/2014 :**

Rectitude, tandis que forme, taille et hauteur des vertèbres sont préservées et ainsi les disques jusqu'à L4, sans rétrécissement du canal rachidien (L2 :1.25cm. L3 : 1.15cm). A L 3/4 légère hypertrophie articulaire bilatérale.

Dégénérescences discales en signal et hauteur entre L4-L5, rachidien osseux 0.8cm. Hypertrophie & dégénérescence des facettes spondyliques droite plus que gauche. Et plus que déjà protrusion discale médiane d'environ 6mm et sur toute la largeur - coïncant des deux côtés les nerfs L5 contre les facettes hypertrophiques au récessus latéral avant qu'il ne puisse partir dans leur foramen.

A L5-S1, de nouveau une hypertrophie facettaire dégénérante marquée, plus à droite qu'à gauche. Et une dégénérescence & protrusion discale, cette fois avec déchirure apparente de l'anneau fibreux accentué un peu paramédian gauche, bien qu'en contact avec la racine S1 droite plus qu'à gauche.

**Conclusion :**

- Dégénérescences articulaires des trois derniers discales des 2 derniers segments lombaires, avec des hernies discales et un
- Probable coincement des racines, surtout L5 mais éventuellement aussi S1 au niveau de leur récessus latéral.
- Dans le contexte, les douleurs s'étendant tout le long du rachis pourraient s'expliquer en myogélose secondaire avec un plan de départ à la transition lombo-sacrée ».

Dans un rapport médical intermédiaire du 28 février 2014, le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin praticien et acupuncteur, a fait état de dorsalgies D6 à D12 à droite après une chute au travail avec aggravation sans cause évidente. En raison de ce diagnostic imprécis, il ne pouvait émettre de pronostic. Selon lui, il y avait lieu de s'adresser à son employeur pour l'attribution d'un travail approprié dès lors qu'il fallait s'attendre à un dommage permanent en ce sens que l'assuré ne devait plus exercer de travail en force.

Dans un rapport du 29 mars 2014, le Dr H.\_\_\_\_\_a indiqué que le patient se plaignait de douleurs dorsales basses et moyennes à droite à l'effort soutenu et de douleurs minimales voire absentes au repos ainsi que de nuchalgies à droite plutôt fréquentes. Il notait que l'IRM montrait des lésions discales L5-S1 à droite et que l'examen biologique ne révélait aucune infection récente et active. A ce jour, il n'avait pas de diagnostic précis de la persistance des douleurs fixes (toujours décrites identiques depuis le début) aggravées par la position statique et l'effort.

Le 31 mars 2014, l'assuré a été convoqué par la CNA pour un examen auprès du médecin d'arrondissement, le Dr M.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 7 avril 2014, le médecin a fait part des constatations suivantes :

« [...]

Examen orthostatique de dos :

Présence d'une cypho-scoliose à convexité dorsale G [gauche] et flèche évaluée à 3 cm. Le patient décrit des douleurs localisées en-dessous de l'omoplate D [droite] jusqu'à hauteur de l'aile iliaque. La palpation ne met en évidence ni contracture, ni point déclencheur. A hauteur de D10-D12, le patient décrit des douleurs qui parfois reviennent vers l'avant du thorax. L'inclinaison latérale tout comme la rotation du tronc ne déclenchent pas de douleur. La DDS [distance doigts-sol] est à 0 cm sans effacement de la cypho-scoliose. Bascule du bassin du côté G inférieure à 5 mm. Sacro-iliaque libre et indolore ddc [des deux côtés] bien que le patient décrive des douleurs occasionnelles en regard de la sacro-iliaque D.

Examen orthostatique de face :

Mobilité cervicale complète en flexion-extension et en rotations. Pas de douleurs à la palpation de la musculature paracervicale ddc et pas de contracture.

L'examen clinique des MS [membres supérieurs] ne met en évidence aucune limitation fonctionnelle ou plainte au niveau des épaules, coudes, poignets et doigts.

Examen en décubitus dorsale :

Morphotype des MI [membres inférieurs] en léger varus à un travers de doigt intercondylien.

Mobilité des hanches complètes en flexion-extension à 140-0-0° et rotation interne-externe à 20-0-80°, symétrique.

Pas d'anomalie morphologique ni fonctionnelle au niveau des genoux, chevilles et pieds avec à ce niveau, tannage et humidité symétriques.

L'examen neurologique des MI montre une sensibilité conservée à tous les dermatomes.

Motricité à M5 pour tous les groupes musculaires. Réflexes vifs et symétriques tant au niveau rotulien qu'achilléen.

[...]

Diagnostic :

Dorsalgies D6-D12 D.

**5. Appréciation**

Il s'agit donc d'un patient de 22 ans, aide-peintre occupé au montage et démontage d'échafaudages, dont les antécédents sont décrits plus haut et sur lesquels nous ne revenons pas.

Du point de vue médical, l'examen clinique de ce jour est pauvre si ce n'est la présence de troubles statiques de la colonne vertébrale significatifs sous forme d'une cypho-scoliose à convexité dorsale G associée à une légère asymétrie de longueur de jambes inférieure à 5 mm et à notre avis d'origine clairement constitutionnelle.

Du point de vue asséculo-logique, compte tenu de la persistance de symptômes depuis l'événement, il ne nous paraît pas équitable d'établir d'emblée un statu quo sine sans pousser plus avant les investigations.

A cet effet, nous proposons à l'assuré d'organiser un séjour à la G. \_\_\_\_\_ [G. \_\_\_\_\_] afin de procéder à des investigations et d'intensifier la physiothérapie en particulier sous forme de piscine, massages et école du dos.

Le patient se rallie à notre position et nous allons donc contacter la G. \_\_\_\_\_ à cet effet.

Compte tenu d'une activité lourde et dans l'attente du résultat des investigations envisagées, l'incapacité reste totale dans la profession exercée ».

L'assuré a effectué un séjour à la G. \_\_\_\_\_ (ci-après : la G. \_\_\_\_\_) du 20 mai au 18 juin 2014, au cours duquel il a notamment suivi une prise en charge physiothérapeutique et psychosomatique et fait l'objet d'une IRM des régions bi-scapulaires le 4 juin 2014. Dans leur rapport du 25 juin 2014, les Drs P. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_, respectivement directeur médical et médecin-assistant à la G. \_\_\_\_\_, ont retenu le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour dorso-lombalgies droites chroniques et les diagnostics supplémentaires de troubles dégénératifs dorso-lombaires, de hernies discales protrusives médiane L4-L5 et paramédiane gauche L5-S1 (IRM du 17 février 2014) et de chute le 23 octobre 2013 avec contusion lombaire. Les Drs P. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ ont relevé ce qui suit :

#### « **Appréciation et discussion**

A l'admission, le patient se plaint principalement de douleurs essentiellement aux mouvements, dans la région dorso-lombaire droite et à la face postérieure de l'épaule droite. Le patient cote la douleur entre 7 et 8/10 sur l'EVA [échelle visuelle analogique] quand elles sont intenses. Il ne signale pas de trouble sphinctérien ni de problème de sensibilité. Il ne serait pas gêné dans les AVQ [activités de la vie quotidienne].

Le patient signale aussi depuis quelques mois des troubles anxieux, surtout la nuit avec des hyper-ventilation. Il relie cela à l'inquiétude pour son avenir professionnel.

Les résultats aux auto-questionnaires montrent la perception d'un handicap fonctionnel très élevé et un évitement par crainte des activités physiques et du travail.

L'examen clinique montre une musculature para-vertébrale dorso-lombaires plus développée et tonique à droite et des muscles fixateurs de l'omoplate un peu plus toniques à droite.

Examens radiologiques :

Rx de la colonne lombaire du 04.11.2013 : pincements intersomatiques L4-L5 et L5-S1.

IRM lombaire du 17.02.2014 : en L4-L5, canal lombaire de dimensions normales inférieures, assez gros, massif articulaire, discopathie dégénérative et discrète hernie discale protrusive médiane. En L5-S1, discopathie dégénérative et hernie discale protrusive paramédiane gauche. Pas d'anomalie en faveur d'un rhumatisme inflammatoire. A l'étage dorsal, l'IRM est normale à l'exception de minimes troubles dégénératifs intervertébraux antérieurs.

L'IRM des régions scapulaires du 04.06.2014 objective une excellente trophicité musculaire. Pas de fracture ou de déplacement.

Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie retenue. Un rapport causal entre les anomalies discales dégénératives et les rachialgies ne peut être affirmé.

Des facteurs contextuels influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient : patient très centré sur la douleur, peur des mouvements avec des autolimitations, sentiment d'avoir un déplacement post-traumatique de l'omoplate droite et que les médecins ne voient pas le problème, perte d'espoir d'amélioration.

[...]

En fin de séjour, le patient ne perçoit aucune amélioration. Objectivement, on ne note pas de progression fonctionnelle significative.

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne.

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues jusqu'au 8 août : port de charges lourdes, activités répétitives sollicitant de l'épaule la ceinture scapulaire à droite.

La situation sera stabilisée du point de vue médical le 8 août si les aptitudes fonctionnelles n'ont pas progressé d'ici là.

En résumé, il y a une discordance entre les quelques anomalies objectives et le handicap fonctionnel subjectif qui est élevé. En fin de séjour, le patient dit être déçu et reste persuadé qu'il y a eu un déplacement post-traumatique de son omoplate droite. Nous retenons une dysfonction musculaire à améliorer en travaillant les muscles fixateurs et mobilisateurs de l'omoplate. Le patient a le sentiment de ne pas être écouté et que les médecins passent à côté

de son problème de santé. Il est d'accord de poursuivre la rééducation en ambulatoire. Il sera revu le 08.08.2014 à la G.\_\_\_\_\_ pour des tests fonctionnels et une consultation médicale.

Sur le plan professionnel, M. J.\_\_\_\_\_ travaillait dans une entreprise de peinture et il a toujours son contrat de travail. Il s'occupait essentiellement de l'installation d'échafaudages. Il reste en incapacité de travail jusqu'au prochain contrôle à la G.\_\_\_\_\_.

Le pronostic de réinsertion dans la dernière activité professionnelle est défavorable en raison de la douleur et de facteurs sortant du champ purement médical. Au début de l'année, le patient a déjà essayé sans succès de reprendre son travail ».

Le Dr B.\_\_\_\_\_ a prescrit à l'assuré un traitement physiothérapeutique de neuf séances, deux à trois fois par semaine, pour la décontraction musculaire du dos, le renforcement et l'antalgie (cf. prescription de physiothérapie du 15 juin 2014).

Le 8 août 2014, S.\_\_\_\_\_, physiothérapeute, a réalisé des tests fonctionnels avec l'assuré. Dans un courriel du même jour au Dr P.\_\_\_\_\_, la physiothérapeute a noté une diminution de l'hyperactivité des muscles autour de la scapula, qui pouvait s'expliquer par la diminution d'activité physique pratiquée par le patient. Elle observait une légère dysfonction du rythme scapulo-huméral lors du retour de l'abduction de l'épaule droite et un déficit de stabilisation de la scapula droite lors du gainage latéral droit. En termes de mobilité, elle relevait que la rotation médiale était améliorée de 15 cm. A la suite des tests de gainage, elle remarquait globalement une tendance à l'harmonisation des valeurs entre le côté gauche et le côté droit.

Le Dr P.\_\_\_\_\_ a revu l'assuré le 8 août 2014, à la suite des tests fonctionnels réalisés par la physiothérapeute. Dans son rapport du même jour, le médecin a relevé que l'assuré se plaignait moins de son dos mais tout autant des douleurs musculaires péri-scapulaires droites, alors que le status n'était pas contributif en ce sens que la mobilité des épaules était complète des deux côtés, que le rythme scapulo-huméral était normal des deux côtés et que les mouvements du dos étaient amples et harmonieux dans toutes les directions. Le Dr P.\_\_\_\_\_ notait toutefois que la palpation de la musculature de l'omoplate droite était sensible. A

son avis, la situation était stabilisée du point de vue médical. Il n'observait aucune anomalie objective expliquant la douleur de l'assuré et avait toujours considéré que son origine était fonctionnelle musculaire. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a encore prescrit six séances de physiothérapie et a prolongé l'incapacité de travail jusqu'au 8 septembre 2014, date de l'examen médical prévu à la CNA.

Le 8 septembre 2014, l'assuré s'est soumis à un nouvel examen médical auprès du Dr M.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 14 octobre 2014, le médecin d'arrondissement de la CNA a exposé ce qui suit :

**« 3. Déclarations de l'assuré**

Globalement, ça va un peu mieux, surtout du point de vue moral. Il a toujours des douleurs du haut du dos, à côté de l'omoplate D. Depuis le contrôle à la consultation du Dr P.\_\_\_\_\_, il n'a pas effectué de séance de physiothérapie. Il précise que les douleurs nocturnes ont disparu.

Aucun traitement n'est actuellement appliqué.

[...]

**4. Constatations**

Jeune patient en BEG [bon état général]. Droitier.

Déshabillage aisé.

Examen orthostatique de dos :

On retrouve une cyphoscoliose à convexité thoracique G ainsi qu'une légère asymétrie de longueur de jambes inférieure à 5 mm ipsilatérale. Le patient décrit des douleurs à la palpation de l'articulation sacro-iliaque ainsi que de la musculature paravertébrale lombaire D à hauteur de L4-L5.

Plus proximatement, il se plaint de douleurs à la palpation de la musculature parascapulaire médiane où l'on palpe quelques cordons musculaires qualifiés d'algiques. Palpation et percussion des épineuses sans douleur. A la mobilisation, on note une excursion scapulaire symétrique, sans décollement. A noter, une abduction complète des deux épaules.

Examen orthostatique de face :

Pas de douleur à la palpation de la musculature cervicale qui montre une mobilité complète en flexion-extension et en rotation. Douleur décrite à hauteur de la gouttière bicipitale, sans irradiation, reproductible au Palm-up. En ce qui concerne la mobilité de l'épaule D, on note une élévation et une abduction à 180° symétrique. La rotation externe est à 90° symétrique également. La rotation interne combinée est qualifiée de nettement diminuée par le patient alors que cliniquement, nous sommes à D10 contre D6.

[...]

### **5. Appréciation**

[...] Du point de vue médical, on retrouve un examen clinique relativement frustré avec des douleurs déclarées à la palpation de la musculature scapulaire médiane. Bien que d'un point de vue objectif, la mobilité des épaules soit complète en abduction et en élévation, le patient estime souffrir d'une très nette diminution de la fonction de l'épaule D. Compte tenu de cette appréciation du patient, nous estimons que les facteurs d'aggravation non médicaux dominent largement le tableau clinique.

Du point de vue asséculo-logique, la situation est stabilisée. Compte tenu de l'absence de limitation fonctionnelle objective, nous ne retenons aucun élément susceptible de nous permettre de justifier une incapacité même partielle dans la profession exercée.

Tout au plus, suite aux propositions du Dr P.\_\_\_\_\_ dans son courrier du 08.08.2014, nous proposons à l'assuré de bénéficier d'une dernière série de 9 séances de physiothérapie pour détonification musculaire de la ceinture scapulaire D, raison pour laquelle une incapacité de travail à 100% peut être reconduite pour une durée de 4 semaines uniquement.

Passé cette date, il y aura lieu de considérer que le statu quo sine est atteint et que l'événement qui nous concerne aura cessé de déployer ses effets ».

Par décision du 16 octobre 2014, la CNA a mis fin au versement des prestations d'assurance perçues jusqu'alors pour les suites de l'événement du 23 octobre 2013. Se fondant sur l'avis du médecin d'arrondissement, elle a estimé que l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident pouvait être considéré comme atteint le 16 octobre 2014 au plus tard. Dès cette date, les troubles qui subsistaient étaient de nature malade et n'étaient plus dus à l'accident du 23 octobre 2013.

Le 4 novembre 2014, l'assuré s'est opposé à cette décision, faisant valoir qu'il n'avait pas été établi au degré de la vraisemblance requise que l'accident ne laissait plus de séquelles. Il a complété son opposition le 2 décembre 2014. Il estimait que le rapport d'IRM du 18 février 2014 du Dr Q.\_\_\_\_\_, le rapport d'échographie du 23 janvier 2014 du Dr C.\_\_\_\_\_ et le rapport du 25 juin 2014 de la G.\_\_\_\_\_ ne permettaient pas de se convaincre que ses troubles actuels étaient attribuables à une maladie.

La CNA a soumis à nouveau le cas de l'assuré à son médecin d'arrondissement. Dans un rapport du 25 mars 2015, le Dr M. \_\_\_\_\_ a relevé les éléments suivants :

« Sur le plan médical, nous rappelons tout d'abord que le patient présente, à l'examen clinique, une cypho-scoliose à convexité G et discret raccourcissement du membre inférieur ipsilatéral inférieur à 5 mm. De plus, les différentes investigations effectuées ont démontré une discopathie lombaire au niveau L4-L5 se manifestant par un discret pincement postérieur des disques concernés. De plus, l'IRM du 17.02.2014 évoque la présence d'hernies discales avec probable coincement des racines surtout L5 mais éventuellement aussi S1 au niveau du récessus latéral. S'agissant de ce dernier point, nous rappelons qu'aucun trouble neurologique n'a pu être mis en évidence en rapport avec la présence de ces éventuelles hernies discales.

De plus, aucune investigation radiologique, en particulier par IRM dont a bénéficié le patient, n'a permis de mettre en évidence de lésion structurelle imputable à l'événement traumatique qui nous occupe.

Nous sommes donc face à un jeune patient présentant des troubles du rachis constitutionnels sous la forme d'une cypho-scoliose à convexité G et asymétrie de longueur de jambes inférieure à 5 mm ainsi que de lésions dégénératives telles que décrites dans les différents rapports d'IRM.

Les troubles de la statique du rachis que présente le patient, dont nous rappelons qu'elles ont une origine constitutionnelle et non pas traumatique, se caractérisent du point de vue médical, par des épisodes de décompensation de la musculature paravertébrale se traduisant par des contractures parfois nommées myogélose. L'ensemble des lésions présentées par le patient sont donc largement à même d'expliquer l'entier de la symptomatologie douloureuse présentée par le patient.

Lors de notre examen à l'agence du 08.09.2014, nous rappelons que nous n'avons pas mis en évidence de myogélose massive mais tout au plus des points douloureux décrits par l'assuré en particulier à hauteur de la musculature paravertébrale lombaire D de L4 à L5 ainsi que de la musculature parascapulaire médiane D.

De plus, dans son rapport suite à l'hospitalisation du 20.05 au 18.06.2014, la G. \_\_\_\_\_ résume la situation en une discordance entre les quelques anomalies objectives et le handicap fonctionnel subjectif élevé décrit par le patient.

En résumé, à environ un an de l'événement qui nous occupe, nous avons estimé qu'en l'absence de limitation fonctionnelle objective, l'événement avait cessé de déployer ses effets. Etant en présence de lésions constitutionnelles et dégénératives pouvant expliquer l'ensemble de la symptomatologie présenté par l'assuré, nous avons établi le statu quo sine.

Enfin, nous rappelons que le Dr P. \_\_\_\_\_ a examiné le patient le 08.08.2014, soit un mois avant notre examen. Dans son courrier, notre confrère préconise quelques séances de physiothérapie de détonification de la musculature péri-scapulaire complémentaires. Par souci d'équité vis-à-vis de l'assuré et par gain de paix, nous avons proposé à l'administration la prise en charge de ces séances de physiothérapie puis d'établir le statu quo sine.

Il n'en reste pas moins que le 08.09.2014, date de notre examen à l'agence, le statu quo sine était déjà médicalement atteint ».

Par décision sur opposition du 2 avril 2015, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 16 octobre 2014. Elle a estimé que les conclusions du médecin d'arrondissement étaient claires et convaincantes. Elle a ainsi retenu que l'accident avait cessé de déployer ses effets, rappelant que la preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne devait pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident.

**B.** Par acte de son mandataire du 12 avril 2015, J. \_\_\_\_\_ recourt contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant sous suite de frais et dépens, principalement, à sa réforme en ce sens que la CNA est tenue de continuer à prendre en charge son cas et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à la CNA pour instruction complémentaire, en particulier par la mise en œuvre d'une expertise, et nouvelle décision. Il soutient qu'en l'état, le dossier ne permet pas de considérer que les troubles actuels qu'il présente sont, au niveau de la vraisemblance prépondérante requise, attribuables à une maladie. Il relève que le rapport d'IRM du 18 février 2014 du Dr Q. \_\_\_\_\_, le rapport d'échographie du 23 janvier 2014 du Dr C. \_\_\_\_\_ et le rapport du 25 juin 2014 de la G. \_\_\_\_\_ retiennent uniquement la possibilité que ces troubles soient en relation avec une maladie, ce qui est insuffisant. Il estime que la CNA n'a pas répondu à ces arguments, déjà présentés en procédure d'opposition, en se contentant de produire un nouvel avis de son médecin d'arrondissement pour lequel ce qui était avant possible ou probable est devenu une certitude. Le recourant se réfère encore au Dr H. \_\_\_\_\_ qui signalait, dans son rapport du 28 février 2014, un diagnostic imprécis et une aggravation sans cause évidente. Selon le recourant, une expertise neutre

aurait dû être menée afin de lever les doutes existants et de préciser le diagnostic, comme le proposait le Dr O. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 6 janvier 2014.

Dans sa réponse du 13 mai 2015, la CNA conclut au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition. Elle conteste avoir pris une décision hâtive et soutient avoir réalisé les mesures d'instruction nécessaires sans qu'il soit utile de procéder à une expertise, le recourant ayant été soumis à des investigations plus poussées après l'avis de son médecin traitant et ayant été revu par le médecin d'arrondissement ainsi qu'à la G. \_\_\_\_\_.

Dans sa réplique du 31 mai 2015, le recourant confirme ses conclusions. Il estime que l'intimée n'a toujours pas répondu à ses griefs.

Dans sa duplique du 22 juin 2015, l'intimée expose que l'avis du médecin d'arrondissement est étayé et convaincant, l'absence de lien de causalité ne relevant pas d'une simple possibilité mais constituant l'explication la plus probable qu'il y a lieu d'émettre dans le cas du recourant.

Les parties ne se sont pas déterminées plus avant.

### **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 al. 1 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).

**b)** Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative;

RSV 173.36), qui s'applique notamment 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 let. a LPA-VD).

**c)** S'agissant d'une contestation relative aux prestations de l'assurance-accidents d'un montant indéterminé, la valeur litigieuse excède potentiellement 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats et non par un juge unique (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]; art. 94 al. 1 let. a *a contrario* et al. 4 LPA-VD).

**d)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a).

**b)** Le litige porte sur le maintien éventuel du droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 16 octobre 2014 pour les troubles persistant au-delà de cette date.

**3.** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont en principe allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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 (art. 4 LPGa). Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment le traitement médical (art. 10 LAA), les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA), les prestations versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA) et pour impotence (art. 26 LAA).

**a)** Selon la jurisprudence relative aux prestations accordées selon la LAA en cas d'accident professionnel et non professionnel, le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. 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 l'assurance sociale. Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident

et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références).

En cas d'état maladif antérieur, s'il y a lieu d'admettre qu'un 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*; TF 8C\_638/2011 du 23 août 2012 consid. 3); 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\_919/2010 du 3 novembre 2011 consid. 5).

La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF U 307/2005 du 8 janvier 2007 consid. 4; TF U 222/2004 du 30 novembre 2004 consid. 1.3).

**b)** Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération 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. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (TF 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.3 et la référence citée).

L'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est établie, selon la jurisprudence, que lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (TF U 172/2006 du 10 mai 2007 consid. 6.3; TF U 282/2006 du 4 juin 2007 consid. 3.3).

**c)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable 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 (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2 et 125 V 456 consid. 5a avec les références). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a, 117 V 359 consid. 6a; TF 8C\_718/2010 du 20 octobre 2010 consid. 3.1 *in fine*, 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 *in fine* et les références).

Ainsi, l'examen du rapport de causalité adéquate est superflu lorsque, sur la base de l'appréciation médicale, le lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les troubles signalés n'a pas été prouvé à tout le moins selon le critère de la vraisemblance prépondérante (ATF 119 V 335 consid. 4c).

**4.** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; TF 8C\_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs 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 permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au

sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

**5.** En l'occurrence, le recourant soutient que ni le dossier, ni la décision sur opposition attaquée ne permettent de considérer en l'état que ses troubles actuels sont attribuables à une maladie. Il reproche en définitive à l'intimée d'avoir conclu de manière hâtive à l'absence de causalité entre les troubles précités et l'événement accidentel, alors qu'il convenait de mettre en œuvre une expertise. Il est en particulier persuadé avoir présenté un déplacement post-traumatique de son omoplate droite (cf. rapport du 25 juin 2014 de la G.\_\_\_\_\_, p. 4; rapport du 14 octobre 2014 du Dr M.\_\_\_\_\_).

Selon l'intimée, les troubles présentés ne sont plus en relation de causalité avec l'événement survenu le 23 octobre 2013, le *statu quo sine* pouvant être considéré comme atteint à environ une année de l'accident, soit le 16 octobre 2014. Elle fonde l'appréciation de la situation de l'assuré essentiellement sur les conclusions communiquées par son médecin d'arrondissement, le Dr M.\_\_\_\_\_, et sur les observations consignées par les spécialistes de la G.\_\_\_\_\_ dans leurs rapports des 25 juin et 8 août 2014.

**a)** Le recourant s'est rendu à l'hôpital en raison de douleurs dorsales le 4 novembre 2013 - soit douze jours après l'accident - où il a consulté le Dr F.\_\_\_\_\_, lequel a retenu le diagnostic de contractures musculaires post-traumatiques (cf. certificat médical LAA du 21 novembre 2013). A l'aune des examens radiologiques pratiqués à cette occasion, il appert que le recourant ne présentait aucune lésion osseuse traumatique. En revanche, le bilan radiologique a révélé des discopathies lombaire L4-L5 et para-lombaire L5-S1 se manifestant par un pincement postérieur des disques concernés et des troubles statiques dans le sens d'une scoliose et d'une légère bascule du bassin (cf. rapport du 7 novembre 2013 du Dr C.\_\_\_\_\_).

Ces diagnostics ont été confirmés par la suite. En effet, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a conclu, à la suite des IRM réalisées le 17 février 2014, à des dégénérescences articulaires des trois derniers disques des deux derniers segments lombaires avec hernies discales et un probable coincement des racines, surtout L5 mais éventuellement aussi S1 au niveau de leur récessus latéral. Ensuite de son examen clinique du 31 mars 2014, le Dr M.\_\_\_\_\_ a constaté la présence de troubles statiques de la colonne vertébrale significatifs sous la forme d'une cypho-scoliose à convexité dorsale gauche associée à une légère asymétrie de longueur de jambes inférieure à 5mm (cf. rapport du 7 avril 2014). Enfin, les Drs P.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ de la G.\_\_\_\_\_ ont également retenu des troubles dégénératifs dorso-lombaires et des hernies discales protrusives médiane L4-L5 et paramédiane gauche L5-S1 (cf. rapport du 25 juin 2014).

Il sied à ce stade de rappeler, au vu de la jurisprudence précitée (cf. consid. 3b *supra*), que les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative et ne sont qu'exceptionnellement la cause proprement dite d'une telle atteinte. Comparé aux événements propres à provoquer la survenance d'une hernie discale retenus par la pratique médicale, tels que chute libre d'une hauteur importante, saut de 10 mètres de hauteur, chute notamment avec port de charges, télescopage à grande vitesse (TF U

307/05 du 8 janvier 2007 consid. 7.2 et la référence citée), l'événement traumatique du 23 octobre 2013 a été relativement modéré. Des douleurs lombaires n'ont été rapportées que le 4 novembre 2013, le Dr F. \_\_\_\_\_ évoquant d'emblée des contractures musculaires post-traumatiques (cf. certificat médical LAA du 21 novembre 2013). Les examens radiographiques ultérieurs (examen radiologique du 4 novembre 2013; IRM de la colonne dorsale et lombaire du 17 février 2014; IRM des régions bi-scapulaires du 4 juin 2014) n'ont révélé aucune lésion traumatique (par exemple une fracture ou une lésion osseuse) mais des discopathies lombaires. Il ne saurait dès lors être reconnu une origine accidentelle des hernies discales du probable coincement des racines, surtout L5 mais aussi S1 au niveau de leur récessus latéral.

Par la suite, le recourant s'est plaint de douleurs localisées en dessous de l'omoplate droite, estimant qu'il y avait eu un déplacement post-traumatique de son omoplate droite. Or, l'IRM des régions bi-scapulaires du 4 juin 2014 pratiquée à l'occasion de son séjour à la G. \_\_\_\_\_ n'a pas permis d'objectiver de fracture ou de déplacement. Cet examen a au contraire mis en évidence une excellente trophicité musculaire dans cette région.

Les Drs P. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ ont toutefois retenu une dysfonction musculaire à améliorer en travaillant les muscles fixateurs et mobilisateurs de l'omoplate et ont prescrit neuf séances de physiothérapie (2 à 3 fois par semaine), pour la décontraction musculaire du dos, le renforcement et l'antalgie. Ensuite du traitement physiothérapeutique, le recourant a été examiné le 8 août 2014 par la physiothérapeute, S. \_\_\_\_\_, laquelle observait une diminution de l'hyperactivité des muscles autour de la scapula, une légère dysfonction du rythme scapulo-huméral lors du retour de l'abduction de l'épaule droite ainsi qu'un déficit de stabilisation de la scapula droite lors du gainage latéral. Par contre, elle notait une amélioration de la rotation médiale et, selon les tests de gainage, une tendance à l'harmonisation des valeurs entre le côté gauche et le côté droit (cf. courriel du 8 août 2014 au Dr P. \_\_\_\_\_). Au demeurant, aucun élément ne permettait de conclure à l'origine

traumatique des douleurs au niveau de son omoplate, le recourant ne les ayant d'ailleurs évoquées que le 31 mars 2014 auprès du Dr M.\_\_\_\_\_, soit plus de cinq mois après l'événement accidentel. Par ailleurs, le Dr P.\_\_\_\_\_, qui a revu l'intéressé le 8 août 2014 également, a retenu au contraire que le rythme scapulo-huméral était normal des deux côtés, que la mobilité des épaules était complète des deux côtés et que les mouvements du dos étaient amples et harmonieux, concluant ainsi que le status n'était pas contributif des douleurs musculaires péri-scapulaires. Le dernier examen clinique pratiqué le 8 septembre 2014 par le Dr M.\_\_\_\_\_ n'a pas non plus permis d'objectiver les douleurs exprimées par le recourant au niveau de son omoplate. En effet, le médecin d'arrondissement notait que d'un point de vue objectif, la mobilité des épaules était complète, en abduction et en élévation.

Au vu des éléments qui précèdent, il sied de retenir qu'aucun des examens auxquels s'est soumis le recourant n'a permis d'objectiver de lésion traumatique. En effet, l'IRM dorsale réalisée le 17 février 2014 s'est révélée normale, à l'exception de minimes troubles dégénératifs intervertébraux antérieurs. Quant à l'IRM de la colonne lombaire pratiquée à la même date, elle a essentiellement mis en évidence en L4-L5 et L5-S1 des discopathies dégénératives. L'IRM des régions bi-scapulaires pratiquée lors du séjour de l'assuré à la G.\_\_\_\_\_ n'a révélé aucune fracture ou déplacement, mais a au contraire objectivé une excellente trophicité musculaire. En définitive, aucun élément objectif au status clinique ou radiologique ne permettait d'imputer les douleurs persistantes du recourant à la chute survenue le 23 octobre 2013.

Ainsi, de l'avis des Drs P.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, il y avait une discordance entre les quelques anomalies objectives et le handicap fonctionnel subjectif élevé (rapport du 25 juin 2014). Ils n'ont d'ailleurs posé aucun nouveau diagnostic à l'issue du séjour de l'assuré à la G.\_\_\_\_\_, notamment du point de vue psychopathologique, estimant que l'assuré présentait en définitive une dysfonction musculaire à améliorer en travaillant les muscles fixateurs et mobilisateurs de l'omoplate. Par la suite, le Dr P.\_\_\_\_\_ a indiqué que la situation était stabilisée d'un point

de vue médical et qu'il n'y avait pas d'anomalie objective expliquant la douleur, considérant que son origine était fonctionnelle musculaire (rapport du 8 août 2014). Il a dès lors encore prescrit six séances de physiothérapie supplémentaires et attesté une incapacité de travail totale jusqu'au 8 septembre 2014. Dans son rapport final du 14 octobre 2014 faisant suite à un examen clinique de l'assuré le 8 septembre 2014, le Dr M.\_\_\_\_\_ a estimé qu'au vu des douleurs déclarées à la palpation de la musculature scapulaire médiane, les facteurs d'aggravation non médicaux dominaient largement le tableau clinique.

Les constatations médicales qui précèdent plaident en faveur de troubles d'origine fonctionnelle et non traumatique, soit des épisodes de décompensation de la musculature paravertébrale, sous forme de contractures appelées myogélose.

La Cour de céans considère qu'il y a lieu de se fonder sur les conclusions des médecins de la G.\_\_\_\_\_. En effet, elles reposent sur les examens radiologiques au dossier ainsi que sur des examens complémentaires, tels qu'une IRM des régions bi-scapulaires réalisée afin d'investiguer les plaintes de l'intéressé s'agissant de son omoplate, un examen clinique complet, des tests fonctionnels, une prise en charge physiothérapeutique et psychosomatique. Le rapport de la G.\_\_\_\_\_ se fonde ainsi sur des examens complets, prend en considération les plaintes de la personne examinée, a été établi en pleine connaissance du dossier, et décrit le contexte médical et l'appréciation de la situation médicale de façon claire. En outre, aucun autre rapport médical au dossier ne fait état d'éléments cliniques ou diagnostics qui n'auraient pas été pris en compte par les Drs P.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_. Il s'ensuit que l'évaluation de la G.\_\_\_\_\_ correspond en tous points aux critères dégagés par le Tribunal fédéral (cf. consid. 4 *supra*) et doit donc se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Les mêmes remarques sont valables pour les rapports du Dr M.\_\_\_\_\_. Le médecin d'arrondissement de la CNA a ainsi procédé à des examens cliniques adéquats, lesquels n'ont révélé aucune limitation

fonctionnelle objective. En tenant compte de l'ensemble des éléments au dossier et de ses constatations, il a ainsi pu conclure de manière convaincante à l'inexistence de lésion structurelle imputable à l'événement traumatique, ce qui confirmait les observations des différents médecins sollicités dans cette affaire.

**b)** Le rapport d'examen médical final du Dr M. \_\_\_\_\_ du 25 mars 2015, dont la valeur probante ne saurait être mise en doute (cf. consid. précédant), a pour finalité de se prononcer sur la relation de causalité entre l'événement du 23 octobre 2013 et les douleurs affectant le recourant. En l'absence de limitation fonctionnelle objective, le Dr M. \_\_\_\_\_ a considéré que l'événement avait cessé de déployer ses effets à environ un an. Au surplus, il a reconnu une pleine capacité de travail au recourant dans l'activité professionnelle exercée en l'absence de limitation fonctionnelle objective.

L'avis du Dr H. \_\_\_\_\_, au contraire de ce que soutient le recourant, n'est pas susceptible de mettre en doute les conclusions du Dr M. \_\_\_\_\_, dans la mesure où il est insuffisamment motivé. Dans ses rapports des 28 février et 29 mars 2014, le Dr H. \_\_\_\_\_ indiquait que le recourant souffrait de dorsalgies D6 à D12 à droite avec aggravation sans cause évidente, estimant qu'il n'y avait pas de diagnostic précis de la persistance des douleurs. Or, on voit mal ce qu'entend tirer le recourant de ces observations. On peut en réalité retenir que le Dr H. \_\_\_\_\_ n'a pas pu observer d'élément clinique objectif expliquant les douleurs de l'intéressé, ce qui vient en définitive corroborer les conclusions posées - ensuite d'exams complémentaires - par les médecins de la G. \_\_\_\_\_ et le Dr M. \_\_\_\_\_ quant au défaut de corrélation entre les douleurs exprimées par le recourant et le tableau clinique objectif. Par ailleurs, on ne peut admettre que la CNA ait procédé de manière hâtive pour clore le cas. En effet, suite à l'avis du Dr H. \_\_\_\_\_, le recourant a bel et bien fait l'objet d'exams complémentaires. Il a tout d'abord été examiné par le médecin d'arrondissement de l'intimée, qui, tenant compte de la persistance des symptômes, a proposé d'organiser un séjour à la G. \_\_\_\_\_ afin de pousser plus avant les investigations avant de fixer le

statu quo sine (cf. rapport du 7 avril 2014). Lors de ce séjour, le recourant a fait l'objet d'examen clinique et radiologique, ainsi que d'une prise en charge physiothérapeutique et psychosomatique. A la suite dudit séjour, des tests fonctionnels et un nouvel examen clinique ont été pratiqués le 8 août 2014. Puis, le recourant a encore revu le Dr M.\_\_\_\_\_ pour un examen médical le 8 septembre 2014. Il sied de rappeler que l'ensemble de ces examens a permis d'exclure toute lésion attribuable à l'accident du 23 octobre 2013. Vu les différentes étapes suivies par la CNA dans l'instruction du présent cas et le consensus médical qu'il en est ressorti, l'intimée disposait des éléments utiles à l'appréciation du dossier et n'avait aucune raison de mettre en œuvre une expertise neutre.

Enfin, le recourant allègue que les rapports médicaux au dossier n'évoquent que des probabilités et des possibilités, ce qui serait insuffisant au regard de la vraisemblance exigée pour admettre que les troubles dont il souffre sont d'origine malade. Cette critique est toutefois mal fondée. Au regard de la jurisprudence relative au lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé précitée (cf. consid. 3a *supra*), il n'est pas attendu de l'assureur qu'il démontre que les troubles dont souffre l'assuré sont d'origine malade. En l'espèce, la CNA, de par le consensus médical dégagé des mesures d'instruction qu'elle a prises, est parvenue à convaincre la Cour de céans que les troubles qui subsistent ne sont pas dus à l'événement traumatique, vu en particulier l'inexistence de lésion structurelle imputable à celui-ci. En revanche, le recourant n'a apporté aucun élément probant permettant d'admettre que les troubles qui persistent sont la conséquence de sa chute.

**c)** A l'aune de ce qui précède, force est de constater qu'il n'a pas été apporté la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante exigée, que les douleurs persistantes au niveau du dos et de l'omoplate droite sont la conséquence de l'événement assuré. L'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement du 23 octobre 2013 et les douleurs présentées par l'assuré au-delà du 16 octobre 2014 n'est au mieux que possible, ce qui est insuffisant pour reconnaître le droit aux prestations de l'assurance-accidents. Partant, il ne se justifie pas de

s'écarter des conclusions émises par le Dr M. \_\_\_\_\_ à cet égard. Il n'y a en outre pas lieu d'examiner s'il existe un lien de causalité adéquate (cf. consid. 3c *supra*).

Il s'ensuit que c'est à juste titre que l'intimée a mis un terme aux prestations d'assurance-accidents au 16 octobre 2014, motif pris qu'à cette date, le *statu quo sine* était atteint.

**6.** Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 459 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 119 V 335 consid. 3c; TF 9C\_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références).

En l'occurrence, l'instruction du dossier apparaissant suffisante, la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise doit être rejetée, les éléments au dossier étant clairs, dénués de contradiction et permettant à la Cour de statuer.

**7.** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée rendue par la caisse intimée.

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens dès lors que le recourant 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 2 avril 2015 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 :

- Me Jean-Louis Duc, avocat à Château-d'Oex (pour J. \_\_\_\_\_, à [...]),
- Me Olivier Derivaz, avocat à Monthey (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :