

VD_FINDINFO AA 101/15 - 62/2017 vom 13. Juni 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-06-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_101_15_-_62_2017

FR: VD_FINDINFO AA 101/15 - 62/2017 du 13 juin 2017

IT: VD_FINDINFO AA 101/15 - 62/2017 del 13 giugno 2017

Regeste

ACCIDENT DE GRAVITÉ MOYENNE, LIEN DE CAUSALITÉ, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, AFFECTION PSYCHIQUE | 6 LAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 13.06.2017 AA 101/15 - 62/2017

ACCIDENT DE GRAVITÉ MOYENNE, LIEN DE CAUSALITÉ, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, AFFECTION PSYCHIQUE | 6 LAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 101/15 - 62/2017 ZA15.046076 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 13 juin 2017 _____ Composition : M. Neu , président M. Métral

et Mme Pasche, juges Greffière : Mme Kuburas ***** Cause pendante entre :

K. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Sylvie Saint-Marc, avocate à Nyon, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents , à Lucerne, intimée.

_____ Art. 6 LAA E n f a i t : A. K. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1983, a été engagé le 1 er juin 2014 en qualité de manoeuvre par la société [...] (ci-après : l'employeur), sise 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). De la déclaration de sinistre LAA du 8 octobre 2014, il ressort que l'assuré est tombé le 26 septembre 2014 en se blessant à la colonne vertébrale et au coccyx. Les premiers soins ont été donnés par son médecin traitant, le Dr C. _____, spécialiste en médecine interne générale. Le 15 octobre 2014, la CNA a confirmé la prise en charge du cas, à savoir le versement d'indemnités journalières et les frais de traitement médical. Par certificat médical LAA du 5 novembre 2014, le Dr C. _____ a constaté que l'assuré présentait des égratignures, des douleurs lombaires et des douleurs au niveau du coccyx à la suite de l'accident du 26 septembre 2014. Il a précisé que ces lésions concordent avec l'accident précité et que l'assuré était en incapacité de travail à 100 % depuis lors. Lors de l'entretien du 9 janvier 2015 entre l'assuré et la CNA, il est notamment apparu que l'assuré présentait des antécédents sous forme d'une hernie discale lombaire apparue en 2012 sans qu'aucun événement particulier tel que coup, chute ou glissade ne se soit produit. S'agissant des circonstances de l'accident du 26 septembre 2014, l'assuré a précisé qu'il était tombé sur les fesses, qu'il avait ressenti de vives douleurs au niveau du coccyx et dans la région lombaire et qu'il avait mis la main gauche en arrière pour amortir sa chute, provoquant une douleur au niveau du pouce. Dans un rapport du 29 janvier 2015 consécutif à des radiographies de la colonne lombaire face et profil et du poignet gauche, le Dr E. _____, spécialiste en radiologie, a retenu ce qui suit : « Description : · Colonne lombaire : Le rachis est bien aligné, sans bascule. La statique est conservée. Mise en évidence d'un aspect fragmenté de la partie distale de l'apophyse

transverse de L4 à gauche. Ceci pourrait correspondre à une ancienne fracture. Nous ne reconnaissons pas de pathologie des corps vertébraux à part une ébauche dégénérative sur L5. La hauteur des disques paraît globalement respectée. L'aspect d'ancienne fracture de l'apophyse transverse de L4 gauche n'expliquerait pas actuellement la symptomatologie qui perdure. À 3 mois de l'incident traumatique, le cal osseux devrait être formé et il ne devrait pas avoir une persistance de la symptomatologie. En cas de discordance radio-clinique, je vous propose de poursuivre les investigations par une IRM. · Poignet : La morphologie et la structure osseuse sont globalement préservées. Les rapports articulaires sont normaux. Le scaphoïde présente un aspect normal, sans argument en faveur d'une fracture. » La Dresse L. _____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a retenu dans son rapport du 17 février 2015 ce qui suit : « (...) 1) Au vu de l'état antérieur diagnostiqué, les troubles actuels sont-ils purement dégénératifs ou sont-ils dus à l'accident ? les deux 2) Si les troubles actuels sont purement dégénératifs, l'accident a-t-il décompensé ou aggravé cet état de manière temporaire ou définitif ? au niveau lombaire, en l'état, décompensation temporaire, à confirmer par une IRM lombaire à faire (hernie discale ancienne connue) 3) Si l'état a été décompensé de manière temporaire, jusqu'à quand la prise en charge du traitement médical ainsi que de l'incapacité de travail est-elle à notre responsabilité (statu quo sine) ? 6 mois pour le problème lombaire le patient doit être vu rapidement par un chir [chirurgien] de la main pour le pouce (Dr P. _____, Dr B. _____, etc) 4) Examen IRM à faire ? bon fait. » A la suite d'une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombaire effectuée le 19 février 2015, et adressée à la Dresse L. _____, le Dr R. _____, spécialiste en radiologie, a fait part des conclusions suivantes : « (...) Conclusion : Discrète discopathie L4-L5 et minime protrusion discale postérieure sans image de hernie discale intracanalair ou foraminale. Discarthrose encore modérée L5-S1 avec ébauche d'arthrose interapophysaire postérieure associée à une hernie discale médiane à paramédiane droite refoulant légèrement la racine S1 droite qui apparaît également un tout petit peu tuméfiée. Pas de lésion traumatique osseuse appréciable. » Dans son appréciation médicale du 24 février 2015, la Dresse L. _____ a retenu que l'assuré présentait un état dégénératif connu et répertorié concernant l'affection vertébrale, que l'IRM du 19 février 2015 ne montrait pas de lésion traumatique lors de l'accident du 26 septembre 2014 et qu'à cinq mois du traumatisme et sans symptomatologie majeure selon le médecin traitant, l'incapacité de travail du point de vue vertébral ne paraissait plus être en relation avec le traumatisme. S'agissant de l'affection au niveau du pouce, elle a préconisé une investigation médicale spécialisée. Lors d'un entretien téléphonique du 17 avril 2015, le Dr C. _____ a informé la CNA que les troubles affectant le pouce gauche de l'assuré n'avaient pas de lien avec l'accident du 26 septembre 2014. Par lettre du 30 avril 2015, l'employeur a mis un terme au contrat de travail de l'assuré avec effet au 30 juin 2015. Ayant été adressé au Dr B. _____, spécialiste en chirurgie de la main, l'assuré s'est rendu début mai 2015 à une consultation auprès de ce médecin, lequel a préconisé une IRM du pouce gauche. Cet examen a été effectué le 12 mai 2015 et, dans le rapport y relatif du 13 mai 2015, le Dr T. _____, spécialiste en radiologie, a retenu que l'IRM du pouce ne mettait en évidence aucune anomalie. Dans un rapport du 19 mai 2015 envoyé à la CNA, le Dr V. _____, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic de « traumatisme colonne lombaire » en précisant qu'il n'y avait pas de lésion osseuse sur la base de l'IRM du mois de février 2015. Il a en revanche signalé une contusion des tissus mous avec de fortes douleurs. Le 20 mai 2015, le Dr B. _____ a adressé à la CNA un rapport médical intermédiaire dans lequel il a posé le

diagnostic de contusion au niveau du pouce gauche. Il a évalué la capacité de travail à 100 % depuis le 21 mai 2015 concernant ce doigt. Le 8 juin 2015, le Dr V. _____ a adressé au médecin d'arrondissement de la CNA une demande de réhabilitation stationnaire de quatre semaines en faveur de l'assuré, dont la situation était déjà chronique et menaçait de « s'enkyster ». Il ressort de l'appréciation médicale du 10 juin 2015 de la Dresse L. _____ notamment ce qui suit : « (...) Appréciation Le 26.09.2014, cet assuré, manœuvre de 31 ans, a fait une chute sur les fesses en tombant d'un pont de camion. Dans ses antécédents, cet assuré a souffert en 2012 d'une hernie discale lombaire qui n'a pas nécessité d'intervention. Lors de sa chute, il a également présenté un problème au niveau du pouce qui a été étiré vers l'arrière. Concernant l'affection vertébrale, l'IRM du 19 février 2015 conclut à une discrète discopathie L4-L5, minime protrusion discale postérieure sans image de hernie discale intra-canalairale ou foraminale, une discarthrose modérée L5-S1 avec ébauche d'arthrose inter-apophysaire postérieure associée à une hernie discale médiane et paramédiane D [droite] refoulant légèrement la racine S1 D [droite] qui apparaît également un tout petit peu tuméfiée. Pas de lésion osseuse appréciable. Comme il l'a été souligné dans l'appréciation médicale du 24 février 2015, en l'absence de lésion traumatique chez un patient connu pour des lésions dégénératives au niveau lombaire, du point de vue vertébral, il faut considérer les effets délétères de l'évènement comme éliminés à 5 mois du traumatisme. Concernant le pouce, un rapport complet du Dr B. _____ devrait être au dossier, selon sa notice du 20 mai 2015, mais n'a pas été trouvé. L'IRM du pouce G [gauche] du 12 mai 2015 ne montre pas d'anomalie. Le Dr B. _____ estime le traitement terminé le 20 mai 2015, et une reprise de travail à 100 % depuis le 21 mai 2015. En considérant le court rapport à disposition du Dr B. _____, en l'absence de son rapport détaillé, la contusion du pouce G [gauche] avec une IRM normale ne devrait pas justifier d'incapacité de travail plus de 6 mois après le traumatisme. En l'état, l'assuré a souffert d'une décompensation passagère de problèmes vertébraux dégénératifs lombaires précédant l'accident. Ces effets délétères sont assurément éliminés à 6 mois du traumatisme en l'absence de lésion traumatique objective. Ceci veut dire que l'on peut ajouter un mois d'incapacité de travail à la précédente appréciation qui estimait les effets délétères éliminés à 5 mois au vu du rapport alors à disposition. Concernant le pouce, en l'absence de lésion à l'IRM, une incapacité de travail n'a pas non plus lieu d'être au-delà de 6 mois après l'accident. Si l'assuré présente encore des troubles majeurs qui, selon le Dr V. _____ mériteraient une rééducation stationnaire au long cours, celle-ci ne dépend pas des suites du traumatisme. » Par décision du 12 juin 2015, la CNA a mis fin à ses prestations au 30 juin 2015. Se référant à l'appréciation de son médecin d'arrondissement du 10 juin 2015, elle a retenu que les troubles subsistant à ce jour n'étaient plus dus à l'accident mais relevaient d'une maladie et que l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident pouvait être considéré comme atteint six mois après l'évènement accidentel au plus tard. Le 15 juillet 2015, l'assuré, sous la plume de son conseil, a formé opposition contre cette décision. Il a fait grief à la CNA de s'être référée à l'appréciation de la Dresse L. _____, alors que celle-ci n'avait aucune spécialisation en matière de rhumatologie et qu'elle ne l'avait jamais rencontré. Il a souligné que ce médecin avait signalé « un état dégénératif connu et répertorié » constitué par une hernie discale lombaire remontant à 2012, mais sans préciser sur quelle partie des disques lombaires portait cette hernie et s'il s'agissait des mêmes disques que ceux touchés par l'accident. Sur ce point, il a allégué que le fait d'avoir souffert par le passé d'une hernie discale ne permettait pas d'établir que ses troubles actuels n'étaient pas dus à l'accident du 26 septembre 2014. Il a ajouté que le Dr E. _____ avait

d'ailleurs relevé dans son rapport du 29 janvier 2015 que l'aspect d'une ancienne fracture de l'apophyse transverse de L4 n'expliquait pas la symptomatologie qui perdurait. Le 18 août 2015, le Dr Q. _____, spécialiste en rhumatologie, a retenu dans son rapport adressé au Dr V. _____ ce qui suit : « Diagnostics Ø Dorsolombalgies chroniques aspécifiques dans le cadre de : o Discopathie L4-L5 o Discarthrose modérée L5-S1 o Hernie discale médiane paramédiane droite en contact avec la racine S1 droite Ø Status après contusion anamnestique du pouce gauche. (...) Discussion Sur la base des déclarations de M. K. _____, de l'examen clinique et du bilan paraclinique, je retiens actuellement une étiologie aspécifique quant à ses douleurs dorso-lombaires. A savoir de troubles dégénératifs rachidiens (selon le rapport de l'IRM de la Clinique [...]) actuellement sans répercussion neurologique avec essentiellement l'existence d'un syndrome lombo-vertébral dans une moindre mesure dorso-vertébral dans le contexte de signes comportementaux de Waddell qui sont présents. Actuellement nous sommes à près d'une année d'un événement traumatique ce qui parle en faveur d'un processus de chronification, qu'il est difficile d'expliquer par la seule imagerie. Pour couper le cercle vicieux de la chronicité, il me paraît judicieux que le patient bénéficie d'une prise en charge de rééducation intensive par exemple à la J. _____ SUVA de [...] ou éventuellement auprès du service de rééducation du rachis du Dr Z. _____ en Rhumatologie au G. _____ ou auprès du Dr S. _____ en Rhumatologie aux M. _____. A mon sens, il n'y a aucune indication à des traitements d'antalgie instrumentale dans ce contexte de douleurs chroniques rachidiennes sans radiculalgies et bien sûr aucune indication chirurgicale ou à un corset orthopédique. Il faut tout faire pour que ce patient reprenne une activité professionnelle dans des délais rapides. Mon message a été surtout de le rassurer ainsi que son épouse quant à l'absence de maladie grave au niveau du rachis. Pour ma part, je n'ai donc pas d'autre proposition à lui faire que de poursuivre le traitement médicamenteux que tu lui as prescrit à savoir du Lyrica, du Tramal, du Dafalgan à la demande parallèlement à une physiothérapie de renforcement de mobilisation et de proprioception. Je n'ai donc pas prévu de revoir ce patient et je te laisse donc adresser ce patient auprès de nos collègues rééducateurs de la J. _____, du G. _____ ou des M. _____ en vue d'une prise en charge idoine, en vue d'une reprise de son activité progressivement. » Se prononçant le 25 septembre 2015 sur le rapport précité du Dr Q. _____, la Dresse L. _____ a exposé que ce rapport confirmait son appréciation, dans la mesure où il y était fait mention d'une étiologie aspécifique et de signes de Waddell. Elle a concédé qu'une rééducation intensive puisse éventuellement rompre le cercle vicieux de la chronicisation mais a considéré que ce traitement n'entraîne toutefois pas dans le cadre de la décompensation temporaire des troubles dégénératifs précédant l'événement du 26 septembre 2014. Par décision sur opposition du 28 septembre 2015, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé sa décision du 12 juin 2015. Dans sa motivation, elle a retenu que la Dresse L. _____ avait relevé que l'accident avait occasionné une décompensation passagère des problèmes dégénératifs lombaires précédant la chute et que les effets délétères étaient éliminés à six mois du traumatisme en l'absence de lésion traumatique objective. La CNA a par ailleurs estimé que l'avis du Dr Q. _____ permettait de confirmer que les troubles litigieux ne pouvaient plus être mis sur le compte de l'accident. Considérant en effet que ce rhumatologue avait évoqué des troubles aspécifiques, des signes de Waddell et un processus de chronicisation difficile à expliquer par la seule imagerie, la CNA en a déduit qu'il y avait lieu d'examiner le lien de causalité adéquate à l'aune de la jurisprudence applicable à un trouble d'ordre psychique consécutif à un accident – en l'occurrence, un accident de gravité moyenne –

mais qu'aucun des critères exigés n'était rempli dans le cas particulier. B. Par acte du 29 octobre 2015, K. _____, représenté par son conseil, a interjeté recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 28 septembre 2015, en concluant à sa réforme dans le sens d'une expertise médicale pluridisciplinaire et à la prise en charge de l'ensemble des prestations d'assurance au-delà du 30 juin 2015. Il allègue que depuis l'accident du 26 septembre 2014, il souffre d'une lombalgie invalidante qui justifie son droit aux prestations de la part de l'assurance-accidents. Il fait grief à la CNA de s'être prononcée sur la nature psychique de ses troubles, alors qu'elle ne dispose d'aucun rapport médical établi par un médecin spécialiste en psychiatrie. A défaut d'un rapport médical approprié, il considère que ses troubles doivent être considérés comme des troubles physiques uniquement en rapport de causalité avec l'accident. Il fait valoir que quand bien même il présentait une hernie discale au moment de l'accident, il est en revanche avéré qu'il ne souffrait pas de cette hernie avant l'événement du 26 septembre 2014 et que celle-ci n'était pas invalidante. Dès lors que selon le Dr E. _____ l'ancienne fracture relevée dans le rapport de radiographies du 29 janvier 2015 ne peut expliquer la symptomatologie qui perdure, le recourant soutient que c'est la chute du 26 septembre 2014 qui est à l'origine de ses troubles. A ce propos, il souligne que dès cette chute, il a ressenti une vive douleur dans le dos, laquelle ne s'est pas résorbée depuis. Il précise qu'à ce jour son état de santé n'est pas revenu au stade où il se trouvait avant l'accident et que rien ne démontre qu'il serait parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident, de sorte que l'assureur-accidents doit continuer à prendre en charge le traitement de l'état maladif préexistant dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident. Le recourant joint à son acte de recours un courrier du Dr V. _____ du 11 septembre 2015 adressé au médecin-conseil de Progrès, assurance-maladie du recourant, demandant une réhabilitation en milieu stationnaire de trois à quatre semaines en faveur du recourant. Le Dr V. _____ motive sa demande par le fait qu'après six mois de suivi, l'intensité de la réhabilitation ne peut pas être atteinte en ambulatoire. Il ajoute que le Dr Q. _____ préconise également la nécessité de mettre le recourant dans un régime de rééducation intensive. Par décision du 2 novembre 2015, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 29 octobre 2015 et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances avec une franchise mensuelle de 50 fr., ainsi que la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Sylvie Saint-Marc. Dans sa réponse du 18 janvier 2016, l'intimée a proposé le rejet du recours. Elle considère que l'appréciation de la Dresse L. _____ doit se voir conférer valeur probante, ce médecin ayant eu connaissance de l'entier du dossier – nonobstant l'absence d'examen clinique – et ayant en particulier requis la réalisation d'une IRM lombaire complémentaire avant de se déterminer. L'intimée estime que l'analyse du Dr Q. _____ permet de confirmer que les troubles dont se plaint le recourant ne peuvent être mis sur le compte de l'accident. Par réplique du 5 avril 2016, le recourant a confirmé ses conclusions. Il fait valoir que la Dresse L. _____ a nié le lien de causalité entre l'accident et ses douleurs sans prendre le soin de vérifier la fiabilité des rapports médicaux sur lesquels elle se basait, relevant à cet égard avoir été victime d'une chute sur le dos durant l'année 2012, circonstance montrant que la Dresse L. _____ n'a pas tenu compte de l'anamnèse complète. Il explique que ses troubles ne peuvent être décelés ni par des radiographies, ni par une IRM, mais uniquement par un scanner, examen qui n'a pas été pratiqué. Il ajoute qu'il reproche à l'intimée de ne pas avoir donné suite à l'attestation du Dr V. _____ du 8 juin 2015 lui demandant d'effectuer une évaluation de l'état de santé du recourant dans sa clinique à [...] afin

d'établir un diagnostic précis. En conséquence, le recourant sollicite une expertise médicale pluridisciplinaire incluant la réalisation d'un scanner ou tout autre examen équivalant permettant d'établir l'existence d'un lien de causalité entre ses troubles et l'accident. Le recourant joint à son acte de recours une attestation médicale du Dr V. _____ du 3 février 2016 adressé à son assureur-maladie, aux termes de laquelle le Dr V. _____ indique qu'à en croire le recourant et ses proches, la symptomatologie somatique et psychique était inexistante avant l'événement du 26 septembre 2014. Ce médecin voit en outre une analogie entre les traumatismes de décélération cervicale lors d'un accident de la route et les douleurs dorso-lombaires du recourant. Il explique que dans les deux cas, on peut avoir des microtraumatismes qui ne sont pas objectivables d'un point de vue radiologique, mais qu'il est toutefois établi que l'impact des traumatismes de décélération peut être majeur d'un point de vue des douleurs. Le Dr V. _____ estime qu'au vu du risque de chronicisation, l'intimée devrait effectuer une évaluation dans sa clinique à [...] dans le but d'établir un diagnostic précis, de proposer un traitement et enfin de se prononcer sur le droit aux prestations du recourant. Il conteste enfin l'appréciation médicale de la Dresse L. _____, laquelle n'a pas examiné le recourant. Le recourant produit également un courrier du 19 février 2016 du A. _____, médecin praticien, aux termes duquel ce dernier indique qu'il a été consulté par le recourant le 21 mars 2012 à la suite d'un accident ayant occasionné une entorse modérée au poignet droit, une légère entorse à la cheville gauche et une contusion au dos. Le Dr A. _____ précise que les radiographies effectuées à cette époque-là n'ont montré aucune lésion traumatique osseuse. Il explique toutefois que l'examen radiologique ne permet pas de démontrer ou d'exclure la présence d'une hernie discale. Il expose que les pathologies décrites dans le rapport d'IRM du 19 février 2015 sont préexistantes à cette IRM, mais qu'il ne lui est pas possible de déterminer à compter de quelle date. Il ajoute que cette conclusion vaut également pour la hernie discale se situant entre L5 et S1. Par duplique du 28 avril 2016, l'intimée a derechef conclu au rejet du recours. Par écriture du 6 juin 2016, le recourant persiste dans ses précédents motifs, soulignant en particulier que l'intimée ne retient qu'un critère de temps (six mois) pour affirmer que ses troubles ne sont pas liés à l'accident, sans toutefois disposer des moyens adéquats pour apprécier sa situation. C. Par avis du 20 janvier 2017, le juge instructeur a informé les parties de l'édition du dossier de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI). Il ressort notamment de ce dossier que le recourant, après avoir fait l'objet d'une détection précoce en 2012 pour son hernie discale, a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI le 3 février 2015, en faisant état d'une atteinte aux fesses, au coccyx, à la région lombaire et à la main gauche existant depuis la date de l'accident, soit le 26 septembre 2014. Dans un rapport du 18 juillet 2012 consécutif à une IRM lombaire, le D. _____, spécialiste en radiologie, a retenu les conclusions suivantes : « (...) CONCLUSION : Dégénérescence discale L4-L5 avec hernie discale sous-ligamentaire en conflit modéré avec la racine L5 gauche. Hernie discale sous-ligamentaire L5-S1 paramédiane droite en contact avec la racine S1 droite. Sclérose de surcharge des facettes articulaires postérieures. Cône médullaire de topographie normale et de signal homogène » Dans un rapport du 17 avril 2015 adressé à l'OAI, le Dr C. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de hernie discale L5-S1, dégénérescence discale L4-L5 et lombalgie irradiante vers les deux jambes. Il a indiqué que l'assuré était en incapacité de travail à 100 % depuis la date de son accident et qu'une reprise de son activité professionnelle, respectivement une amélioration de la capacité de travail, n'étaient pas envisageables. Le 7 octobre 2015, le Dr V. _____ a adressé à l'OAI

un rapport, aux termes duquel il a mentionné que l'incapacité de travail était due à une maladie. Il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de dorsolombalgie chronique, de contusion au pouce gauche et de trouble dépressif majeur. Il a indiqué que l'activité exercée par le recourant était encore exigible, sans toutefois préciser à quel taux. Il a estimé qu'une reprise de l'activité professionnelle, respectivement une amélioration de la capacité de travail, étaient envisageables. Par avis médical du 26 août 2016, la Dresse F. _____, spécialiste en chirurgie au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a préconisé l'interpellation du Dr V. _____ concernant l'évolution de l'atteinte du recourant sur le plan psychique. Dans son rapport du 7 septembre 2016 adressé à l'OAI, le Dr V. _____ a posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux, trouble dépressif majeur et discopathie L5-S1 avec une importante réaction inflammatoire. Il a proposé à l'OAI de mettre en œuvre une évaluation par des spécialistes en réadaptation et de façon pluridisciplinaire. Il a précisé qu'aucun suivi psychiatrique n'avait été envisagé. Se déterminant le 20 février 2017 sur le dossier de l'OAI, l'intimée a une nouvelle fois conclu au rejet du recours. Prenant également position sur ce même dossier le 20 février 2017, le recourant souligne que quand bien même il a souffert en 2012 d'une hernie discale, laquelle avait entraîné une incapacité de travail à 100 %, il a pu reprendre sans gêne son activité professionnelle rapidement. Il relève que sans l'accident du 26 septembre 2014, son hernie discale n'aurait certainement pas provoqué une affection aussi grave que celle dont il souffre à ce jour, l'accident ayant sans aucun doute aggravé son état maladif. Il fait valoir qu'il n'est pas prouvé que le statu quo sine vel ante est rétabli, de sorte que l'assureur-accident doit continuer la prise en charge des prestations. Il ajoute que le rapport du Dr V. _____ du 7 septembre 2016 décrit toute l'ampleur de ses troubles, nonobstant deux séjours à [...] aux cours desquels il a été soumis à une rééducation intensive du rachis et des membres inférieurs, ainsi qu'à une médication lourde. Il allègue que cette situation a développé un trouble dépressif majeur. Il souligne V. _____ préconise une évaluation pluridisciplinaire de sa situation médicale afin d'améliorer son état de santé. Pour le surplus, il renvoie à ses conclusions du 6 juin 2016. Le 8 mars 2017, l'intimée a maintenu sa position. 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 recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré dans un délai de trente jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et satisfait en outre aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond. b) 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 (cf. art. 93 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre les 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) Est seule litigieuse la question de savoir si le recourant a droit à des prestations de la part de l'assurance-accidents au-delà du 30 juin 2015 des suites de l'accident du 26 septembre 2014. 3. a) En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou 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). b) L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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. Ainsi, 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 ; 129 V 402 consid. 4.3.1). 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 manière survenu sans cet événement, le lien de causalité entre les symptômes présentés 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_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2 et les références citées ; 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références citées). L'examen de l'existence d'un lien de causalité naturelle revient donc à se demander si l'accident a causé une aggravation durable de l'état maladif antérieur ou une nouvelle atteinte durable dans le sens d'un résultat pathologique sur la partie du corps déjà lésée. Le point de savoir si l'atteinte est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus doit être tranché en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2 e édition, n° 80 p. 865). Aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas atteint, respectivement rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). 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_42/2009 du 1er octobre 2009 consid. 2.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_262/2008 du 11 février

2009 consid. 2.2). 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'il ne subsiste plus aucune atteinte à la santé ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (TF 8C_463/2009 du 23 novembre 2009 consid. 3). 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 172/06 du 10 mai 2007 consid. 6.2 et les références citées ; U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 4). c) Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altérations des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel (TF 8C_32/2014 du 22 décembre 2014 consid. 2.3 et les références citées ; RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3 et n° U 379 p. 192 consid. 2a). Il faut préciser qu'un disque intervertébral sain est à ce point résistant qu'une action violente va plutôt avoir pour effet de fracturer les vertèbres que d'entraîner une lésion des disques intervertébraux. Selon l'expérience médicale, la lésion isolée d'un disque intervertébral due à un accident peut uniquement être provoquée par un effort purement axial de la colonne vertébrale et non par des mouvements de rotation, d'hyperextension ou d'hyperflexion (TFA U 44/04 du 13 juin 2005 consid. 3.1). Une aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident est prouvée seulement lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (TFA U 282/06 du 4 juin 2007 consid. 3.3 ; U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 4.4.2 ; RAMA 2000 n° U 363 du 9 septembre 1999 p. 46 consid. 3a). Une telle aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année. Le statu quo sine est même déjà atteint après trois à quatre mois pour des lombalgies post-traumatiques, une aggravation dans ce domaine, qui permettrait d'aller au-delà de cette période, devant être établie radiologiquement et se distinguer de l'évolution normale due à l'âge (TF 8C_1029/2012 du 22 mai 2013 consid. 4.2.1 ; 8C_562/2010 du 3 août 2011 consid. 5.1 et les références citées). d) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait 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 129 V 177 consid. 3.2 ; 129 V 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références citées ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). 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). aa) Dans une large majorité des situations

l'existence d'un lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'accident ne pose pas de difficultés. C'est le cas pour la plupart des atteintes à la santé physique (cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 et les références citées). La situation est différente en cas d'atteinte psychique (Ghislaine Frésard-Fellay/Bettina Kahil-Wolff/Stéphanie Perrenoud, Droit suisse de la sécurité sociale, Volume II, 1 ère édition, Berne 2015, p. 379 n° 160). En cas d'atteinte à la santé psychique, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et de tels troubles développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2). Le Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2 ; 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1.1 et les références citées). bb) Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants, au regard des seuls aspects physiques, à l'exclusion des aspects psychiques de l'état de santé (ATF 129 V 402 consid. 4.1.1 ; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3 et 8C_312/2007 du 5 juin 2008 consid. 3.2) : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; - la durée anormalement longue du traitement médical, qui ne saurait être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais eu égard à l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ; - les douleurs physiques persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles au regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes ; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Il n'est pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; 115 V 133 consid. 6c/bb ; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3). Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite du peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité

particulière pour que le caractère adéquat puisse être admis. Dans le cas d'un accident de gravité moyenne (au sens strict, soit qui ne se trouve pas à la limite de la catégorie des accidents graves ou de peu de gravité), le Tribunal fédéral a retenu que trois critères au moins doivent être réalisés sans intensité particulière ou un critère de manière particulièrement marquée pour pouvoir admettre le lien de causalité adéquate (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 5.2 ; 8C_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 4.1 ; 8C_897/2009 du 29 janvier 2009 consid. 4.1 et 4.5).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître une valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs contradictions soient bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). En matière d'assurance-accidents plus particulièrement, le Tribunal fédéral a jugé qu'une valeur probante devait également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car selon la jurisprudence, cette institution 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. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une 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 et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2.). Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve. Il faut en effet 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. Ainsi, il convient 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 et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. En l'espèce, le recourant conteste la position de l'intimée fondée sur les conclusions de la Dresse L. _____, selon lesquelles les atteintes (dorso-lombalgies) dont il souffre actuellement ne peuvent être mises en lien de causalité avec l'accident du 26 septembre 2014. Il reproche notamment à ce médecin de ne

pas l'avoir examiné et de ne pas avoir tenu compte de son anamnèse complète, notamment sa chute sur le dos en 2012. a) La Dresse L. _____ ne remet pas en cause que le recourant présente une affection vertébrale. Elle retient en revanche qu'il a souffert d'une décompensation passagère des problèmes vertébraux dégénératifs lombaires précédant l'accident et que ces effets délétères sont éliminés à six mois de l'événement en l'absence de lésion traumatique objective. Elle conclut que si le recourant présente encore des troubles majeurs qui mériteraient une rééducation selon le Dr V. _____, ceux-ci ne dépendent pas des suites de l'accident. Il n'est pas contesté que la Dresse L. _____ a établi son appréciation médicale sur la base des pièces au dossier. Elle s'est notamment fondée sur les rapports de radiographies du 29 janvier 2015 et d'IRM des 19 février 2015 et 13 mai 2015. Elle a tenu compte de l'ensemble des éléments au dossier portés à sa connaissance, notamment des plaintes signalées et du fait que le recourant a souffert d'une hernie discale durant l'année 2012. Elle a de surcroît préconisé une IRM complémentaire (IRM du 19 février 2015) dans le but de pouvoir se prononcer en connaissance de cause sur les troubles du recourant. Enfin, son appréciation ne contient aucune contradiction. Contrairement à ce que soutient le recourant, le fait que la Dresse L. _____ n'ait pas effectué d'examen clinique ne remet pas en cause la valeur probante de son rapport. Un rapport médical établi sur la base du dossier a pleine valeur probante si celui-ci restitue une image complète de l'anamnèse du déroulement des faits et du status en l'état, et que ces données sont incontestées. Les rapports médicaux doivent être exempts de lacunes afin de permettre au médecin de se faire une image complète de la situation (TF 8C_826/2008 du 2 avril 2009 consid. 5.2 ; RAMA 1993 p. 95 consid. 5). b) Les autres éléments amenés par le recourant à l'appui de son recours ne suffisent pas à aboutir à une conclusion différente. A cet égard, il sied de relever que les diagnostics posés par le médecin traitant du recourant et le médecin d'arrondissement de l'intimée sont superposables (douleurs lombaires sans lésion osseuse objective et hernie discale). L'unique divergence entre eux relève d'une question d'appréciation à savoir l'existence du lien de causalité entre les troubles du recourant et l'accident. Le fait que la Dresse L. _____ ne soit en outre pas rhumatologue n'est pas suffisant pour mettre en doute son appréciation. En effet, le Dr Q. _____, qui est rhumatologue, n'établit pas davantage de lien de causalité entre les troubles somatiques du recourant et l'événement du 26 septembre 2014. Il retient, dans son rapport du 18 août 2015, que les lombalgies du recourant relèvent d'une étiologie aspécifique et qu'il présente des signes de Waddell. La Dresse L. _____ a d'ailleurs mentionné dans son rapport du 25 septembre 2015 que l'avis du Dr Q. _____ corroborait son appréciation. Le recourant se prévaut également du fait que le rapport du Dr E. _____ du 29 janvier 2015 qui relève que l'ancienne fracture de l'apophyse transverse L4 n'explique pas sa symptomatologie. Or, le Dr E. _____ ne se prononce pas non plus sur la question de savoir si l'état de santé du recourant est en lien avec l'accident. Le Dr E. _____ note en revanche que le recourant présente une ébauche dégénérative sur L5 et qu'à trois mois de l'incident, il ne devrait pas y avoir de persistance de la symptomatologie. Quant au rapport du Dr A. _____, il ne permet pas non plus d'aller dans le sens du recourant. Le Dr A. _____ mentionne dans son rapport du 19 février 2016 que les radiographies effectuées en 2012 ne permettaient pas de déceler l'existence d'une hernie discale et que les pathologies décrites dans l'IRM du 19 février 2015 existent depuis quelques temps sans pouvoir déterminer à compter de quelle date. Cela reste toutefois insuffisant pour trancher la question litigieuse. Cela étant, l'évaluation de la Dresse L. _____ satisfait aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante des rapports médicaux. c) Le

recourant reproche encore à l'intimée d'avoir retenu un critère de temps de six mois pour affirmer que ses troubles ne sont pas liés à l'accident. Selon la jurisprudence, l'aggravation traumatique d'un état dégénératif antérieur cliniquement asymptomatique de la colonne vertébrale, comme c'est le cas en l'espèce, est, en règle générale, à considérer comme terminée après six à douze mois (cf. consid. 3c supra). Partant, l'intimée pouvait se fonder sur l'avis de son médecin d'arrondissement pour retenir l'absence de lien de causalité entre les dorso-lombalgies du recourant et l'événement du 26 septembre 2014. 6. Au regard de la composante non organique des troubles invoqués, l'intimée a examiné le lien de causalité sous l'angle d'un trouble d'ordre psychique après un accident. Dans ce contexte, elle a laissé ouverte la question de la causalité naturelle entre l'accident et les plaintes relatées, partant du principe que les conditions pour admettre la causalité adéquate n'étaient de toute manière pas réalisées. a) Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6 ; TF 9C_624/2015 du 9 décembre 2015 consid. 4). Or, il ne ressort pas clairement du dossier que le recourant ait souffert de troubles psychiques prépondérants suite à l'accident du 26 septembre 2014. Les rapports médicaux des 7 octobre 2015, 3 février et 7 septembre 2016 établis par le Dr V. _____ laissent cependant à penser que tel pourrait être le cas. b) Il convient donc d'examiner le degré de gravité de l'accident. Si l'on se réfère aux cas similaires traités par la jurisprudence (cf. TF 8C_696/2012 du 17 juillet 2013 ; TFA U 18/01 du 19 octobre 2001), l'accident subi par le recourant le 26 septembre 2014 doit être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne stricto sensu, sans pouvoir être considéré comme à la limite des accidents graves ou des accidents insignifiants. A l'aune des différents critères retenus par la jurisprudence pour admettre un lien de causalité adéquate avec d'éventuels troubles psychiques (cf. consid. 3d supra), on observe que les circonstances de l'accident dont le recourant a été victime, appréciées objectivement, ne sont ni dramatiques, ni particulièrement impressionnantes, étant rappelé que selon la jurisprudence, la survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère (TF 8C_657/2013 du 3 juillet 2014 consid. 5.3). En l'espèce, le recourant a fait une chute sur les fesses en tombant d'un pont de camion. Le recourant aura certainement été surpris, voire choqué par l'événement. Néanmoins, il n'a subi aucune lésion osseuse et les pièces au dossier ne rendent pas compte d'une perte de connaissance. A aucun moment, il n'aura pu craindre pour sa vie. Selon le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, des lésions physiques consistant en des contusions dans la région lombaire n'entraînent pas des troubles psychiques. Le recourant a bénéficié d'un traitement essentiellement antalgique et anti-inflammatoire, accompagné de séances de physiothérapie, sans qu'il soit allégué que ce traitement aurait provoqué des effets secondaires particulièrement lourds à supporter. Aucune erreur dans le traitement médical, ni difficultés en cours de guérison, ni complications importantes n'ont été observées. Les différents traitements – qui ont prolongé l'incapacité de travail – ne peuvent pas intégralement être mis sur le compte des séquelles organiques de l'accident, différents médecins ayant souligné à plusieurs reprises que les troubles relatés ne pouvaient pas s'expliquer d'un point de vue organique (rapport du 29 janvier 2015 du Dr E. _____, appréciation médicale du 10 juin 2015 de la Dresse L. _____, rapport du 18 août 2015 du Dr Q. _____). Enfin, la lésion au niveau du pouce gauche a connu une évolution favorable, contrairement aux douleurs lombaires qui ont été source de douleurs depuis

l'accident. N'entrerait donc en considération que le critère des douleurs physiques persistantes, qui à lui seul, ne suffit pas, au regard de la nature et de l'intensité de ces dernières, pour retenir un lien de causalité adéquate entre l'atteinte psychique – pour autant qu'il y en ait une – et l'accident du 26 septembre 2014. On constate ainsi que les critères développés par la jurisprudence pour admettre un lien de causalité adéquate ne sont pas réalisés dans le cas d'espèce, de sorte que c'est à juste titre que l'intimée a nié le lien de causalité adéquate tout en laissant la question de la causalité naturelle ouverte. 7. 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 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). 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 citées). En l'occurrence, l'instruction du dossier apparaissant suffisante, la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire doit être rejetée, les éléments au dossier étant clairs, dénués de contradiction et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. 8. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée. b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, ni au recourant qui succombe (61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD), ni à l'intimée – au demeurant non assistée – qui n'y a pas droit comme assureur social (cf. ATF 128 V 323). c) Le recourant a obtenu le 2 novembre 2015, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération de l'avance de frais avec une franchise mensuelle de 50 fr., ainsi que la commission d'office d'un avocat (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. En l'occurrence, Me Saint-Marc a produit le 21 juin 2016 sa liste d'opérations et débours dans la présente procédure. Elle a chiffré à 36 heures et 10 minutes le temps consacré à ce dossier et ses frais et débours à 630 francs. Après examen, le temps consacré à la réalisation des opérations listées paraît toutefois trop important eu égard à la complexité de la cause. Il ressort en particulier de la liste des opérations que Me Saint-Marc a consacré 10 heures à la réplique, ce qui paraît excessif, tenant compte du fait que Me Saint-Marc a également consacré 10 heures à la rédaction de son recours, alors que ce dernier contient 17 pages et la réplique 7 pages. En outre, on relèvera qu'elle avait déjà été mandatée pour la procédure d'opposition et connaissait en conséquence le dossier. Afin de rapporter les heures dans une mesure raisonnable s'agissant des opérations utiles et nécessaires, le temps total consacré à la réplique sera réduit à 5 heures, ce qui donne un total de 31 heures et 10 minutes. C'est ainsi un montant de 5'610 fr. (31 heures et 10 minutes x tarif horaire de 180 fr.) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées, auquel s'ajoute la TVA à 8 %, soit un montant de 448 fr. 80. L'avocat d'office a également droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). En l'occurrence, il convient de réduire le montant des débours de 280 fr. pour des photocopies facturées à double sans autre précision. C'est dès lors un montant de 350 fr., TVA à 8 % en sus, qui doit être reconnu à ce titre. L'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 6'436 fr. 80. Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, le recourant

étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser ce montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC et art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; RSV 211.02.3]), en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 28 septembre 2015 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. L'indemnité d'office de Me Saint-Marc, conseil du recourant, est arrêtée à 6'436 fr. 80 (six mille quatre cent trente-six francs et huitante centimes), TVA et débours compris. IV. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat. V. 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 : ■ Me Sylvie Saint-Marc (pour K. _____), à Nyon, ■ Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne, - 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.