

VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 651 vom 27. August 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-08-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2015__651

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 651 du 27 août 2015

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 651 del 27 agosto 2015

Regeste

CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, ACCIDENT DE GRAVITÉ MOYENNE | 10 LAA, 16 LAA, 6 al. 1 LAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 27.08.2015 Arrêt / 2015 / 651

CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, ACCIDENT DE GRAVITÉ MOYENNE | 10 LAA, 16 LAA, 6 al. 1 LAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 95/14 - 85/2015 ZA14.037072 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 27 août 2015

_____ Composition : Mme Di Ferro Demierre , présidente Mmes Thalmann et Pasche, juges Greffière : Mme Barman Ionta ***** Cause pendante entre : Z. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Laurent Gilliard, avocat à Yverdon-les-Bains, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents , à Lucerne, intimée. _____ Art. 6 al. 1, 10 et 16 LAA E n f a i t : A. Z. _____ (ci-après : l'assuré), né en 1966, travaillait depuis 2001 en qualité de mécanicien en automobiles à temps partiel auprès du garage [...]. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) contre le risque d'accident et de maladie professionnelle, dans le cadre de la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20). Le 7 octobre 2012, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation ; alors qu'il circulait en voiture, son fils de 7 ans assis sur le siège passager arrière, il est entré en collision frontale avec une automobiliste ne lui ayant pas accordé la priorité à un « cédez le passage ». Transporté au D. _____, les médecins ont posé les diagnostics de contusion du sternum et de la hanche droite. Aucune fracture visible n'a été révélée par les examens radiologiques du bassin et du thorax (cf. certificat médical du 18 décembre 2012). L'accident a été annoncé à la CNA, laquelle a pris en charge le traitement médical et alloué des indemnités journalières. En raison d'une douleur thoracique persistante principalement antérieurement, l'assuré a consulté son médecin traitant, le Dr V. _____, lequel a sollicité un bilan radiologique. L'assuré s'est soumis à un CT-scan pulmonaire natif le 19 octobre 2012, révélant une fracture transverse du sternum, sans pneumothorax ni foyer alvéolaire, ni épanchement pleural. Les vertèbres dorsales ne présentaient pas de fracture mais de nombreux nodules de Schmorl et il n'était pas mis en évidence de fracture costale. Un CT-scan thoracique a été réalisé le 7 novembre 2012, avec pour indication « contrôle d'évolution d'une fracture du sternum ». Le constat a été une évolution radiologique défavorable de la fracture connue du tiers proximal du corps sternal avec un aspect actuel de non-union. Dans un rapport du 19 novembre 2012, le Dr V. _____ a posé le seul diagnostic de fracture sternale et fait part à la CNA d'une évolution lente mais favorable sous traitement conservateur (anti-inflammatoires et

physiothérapie respiratoire), avec un pronostic réservé. La reprise du travail n'était pas encore prévue. Dans un nouveau rapport établi le 8 février 2013 à la demande de la CNA, le Dr V. _____ a mentionné les diagnostics de fracture sternale et hypoventilation pulmonaire. L'évolution était légèrement favorable avec diminution de la largeur de la fracture du sternum, comme le révélait le CT-scan thoracique effectué le 5 février précédent : « évolution radiologique légèrement favorable avec diminution de la largeur du trait fracturaire du tiers proximal du sternum et apparition d'un début de cal osseux antérieurement ». Le pronostic était favorable, les traitements médicamenteux (anti-inflammatoire et physiothérapie respiratoire) se poursuivaient, et la reprise du travail débiterait probablement dans les deux semaines suivantes. L'assuré a été examiné le 21 mars 2013 par le Dr H. _____, médecin d'arrondissement de la CNA. Dans ses constatations, le Dr H. _____ a fait état de douleurs à la palpation du tiers inférieur du sternum, sans fausse mobilité, d'une ampliation thoracique complète et d'une mobilisation des épaules conservée, sans douleur ; l'assuré ne présentait pas de douleur à la palpation et à la mobilisation du rachis cervico-dorsolombaire, la mobilité active de la nuque était complète et indolore. Appréciant la situation, il a relevé que les différents CT-scan réalisés au décours de l'accident montraient la persistance d'un trait de fracture visible avec, au dernier CT-scan qui se voulait rassurant, des signes de consolidation débutant avec notamment un cal antérieur au sternum. Sur le plan médical, la situation n'était pas stabilisée, la fracture n'étant pas encore complètement consolidée. Aux fins de juger de l'évolution de la consolidation, il proposait la réalisation d'un nouveau CT-scan au début avril ; jusqu'à réception des résultats, l'incapacité de travail totale demeurait justifiée. Dans ses rapports médicaux subséquents, le Dr V. _____ a confirmé l'évolution lente mais favorable, prévoyant une reprise du travail qui n'a cependant été effective (cf. rapports des 15 avril, 6 mai et 20 juin 2013). Le traitement consistait toujours en la prise d'anti-inflammatoire et de la physiothérapie respiratoire. Le Dr V. _____ a par ailleurs remis à la CNA le compte rendu d'une IRM lombaire réalisée le 12 juin 2013, au terme duquel le Dr B. _____, spécialiste en radiologie, s'est exprimé comme suit : « Présence de deux hernies intraspongieuses, l'une au plateau supérieur de S1 et une autre au plateau inférieur de L3 associés à un œdème de la spongieuse ce qui peut soit être dû à des nodules de Schmorl actifs soit à des lésions de Anderson que l'on rencontre dans les spondylarthropathies comme la maladie de Bechterew. Un autre signe devant faire évoquer ce type de maladie est la présence d'un œdème de la spongieuse de l'angle antéro-inférieur D11. Toutefois il n'y a pas d'argument pour une sacro-iléite. Je pense qu'il faut rechercher d'autres arguments en faveur d'une spondylarthropathie et notamment effectuer des examens biologiques. » Aux termes d'un rapport d'entretien du 24 juin 2013 entre la CNA et l'assuré, ce dernier a précisé n'avoir jamais souffert de problème de santé, particulièrement du thorax, des poumons ou du dos. La gêne respiratoire était toujours présente mais évoluait favorablement. L'assuré a déclaré avoir toujours signalé depuis l'accident des douleurs à la hanche droite, lesquelles, en sus de douleurs au dos, avaient tendance à s'aggraver, avec irradiations dans la jambe droite. Une consultation devait avoir lieu chez un spécialiste pour le dos et un traitement de physiothérapie devait débiter. Le rendement de l'assuré était de 80% depuis le 13 mai 2013, selon son horaire normal de travail de 50%. Dans un rapport du 9 septembre 2013, le Dr V. _____ a posé les diagnostics de fracture sternale, de status post-hypoventilation pulmonaire et de status post-infiltration périurale d'une lombosciatalgie droite L5-S1. L'évolution était lente mais favorable et le pronostic réservé. Le traitement était assuré par le Dr C. _____,

spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Après avoir établi différents certificats médicaux attestant une incapacité de travail totale dès le 15 août 2013 pour les suites d'un accident, le Dr C._____ a adressé son rapport à la CNA le 25 octobre 2013. Il retenait les diagnostics de status après distorsion-contusion de la colonne vertébrale et de hernie intra-spongieuse du plateau supérieur S1 et du plateau inférieur L3. Il décrivait une symptomatologie très algique de lombosciatalgie droite atténuée après injection et infiltrations péri-durales effectuées à la Clinique [...]. L'assuré présentait encore des lombalgies modérées qui s'accroissaient lors et après les efforts physiques. La CNA a interpellé le Dr H._____ sur les nouvelles pièces figurant au dossier. Le médecin d'arrondissement a répondu, le 12 novembre 2013, que les troubles lombaires n'étaient pas contemporains à l'accident ; aucun trouble lombaire n'avait été révélé lors de l'examen du 21 mars précédent et l'IRM du 12 juin 2013 montrait des pathologies malades, disco-dégénératives sans lésion structurelle imputable à l'accident. Le Dr H._____ préconisait par ailleurs qu'un CT-scan thoracique soit organisé par le médecin traitant afin d'évaluer la consolidation de la fracture du sternum. Selon un rapport du Service de cardiologie du D._____ du 13 décembre 2013, l'assuré s'est soumis à une coronographie le 12 décembre précédent, après avoir présenté des douleurs thoraciques apparues au repos le 9 décembre 2013 avec un pic de douleurs survenu en faisant le nettoyage de sa voiture. L'examen a révélé une maladie coronarienne avec lésion monotronculaire d'une petite branche de la marginale gauche et athéromateuse diffuse des autres vaisseaux sans sténose significative. Un essai de recanalisation de la branche de la marginale occluse s'est révélé sans succès et il a été proposé une prévention secondaire et l'arrêt du tabac. Dans un courrier du 16 décembre 2013 à la CNA, le Dr C._____ a indiqué que la fracture du sternum était consolidée. Il mentionnait cependant l'hospitalisation de l'assuré au D._____ pendant cinq jours pour diagnostic et traitement d'un infarctus cardiaque. Par ailleurs, les lombalgies chroniques s'étaient améliorées après deux infiltrations péri-durales mais le patient n'était toujours pas en mesure de porter/soulever et rester en station debout ou assise prolongé. Le Dr C._____ préconisait un examen par le service médical de la CNA. L'assuré a été reçu en consultation le 13 février 2014 par le Dr G._____, spécialiste en neurologie. Au terme de son rapport daté du même jour, ce spécialiste a conclu à un examen normal, ne révélant aucun signe d'atteinte neurogène périphérique significatif dans l'ensemble des muscles examinés au niveau du membre inférieur droit et dépendant des myotomes L3 à S1 ainsi que dans la musculature paravertébrale lombaire. Il a finalement apprécié la situation en ces termes : « Il s'agit donc d'un patient se plaignant depuis un accident de la circulation intervenu le 07.10.2012 de lombosciatalgies droites de topographie postéro-externe associées à des troubles sensitifs de même localisation. Les troubles précités persistent malgré de nombreux traitements légers comportant entre autres infiltrations. En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué ne révèle pas de franc syndrome lombo-vertébral mais le patient donne comme sensible la flexion latérale et antérieure lombaire avec provocation de douleurs lombaires paravertébrales droites. Les différentes épreuves de marche sont correctement exécutées. Les points de Valleix sont bilatéralement négatifs mais la manœuvre de Lasègue est un peu sensible en fin de mouvements à droite. L'examen des membres inférieurs ne révèle pas de déficit neurologique et notamment de signes d'atteinte radiculaire. L'ENMG ne met également pas en évidence de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs dans l'ensemble des muscles examinés au niveau du membre inférieur droit ainsi que dans la musculature paravertébrale lombaire. J'ai revu l'IRM lombaire qui est sans anomalie

significative susceptible d'expliquer les plaintes avec notamment pas de lésion post-traumatique ni de signes de compression radiculaire de nature dégénérative ou malformative (canal lombaire étroit). Au terme du présent bilan, je n'ai pas d'explication neurologique aux plaintes formulées par M. Z. _____. En l'absence d'un diagnostic neurologique clairement identifiable, je n'ai malheureusement pas de proposition additionnelle de traitement. » Le 17 avril 2014, le Dr H. _____ a procédé à l'examen médical final de l'assuré. Dans son rapport subséquent du 5 mai 2014, il notait notamment, à titre de déclarations de l'assuré, l'absence de reprise d'activité professionnelle et un suivi par un psychiatre. Dans son appréciation de la situation, le Dr H. _____ rappelait que le diagnostic de fracture du sternum avait été posé à la suite de l'accident du 7 octobre 2012, fracture dont l'évolution avait été lentement favorable avec consolidation acquise en décembre 2013, comme le mentionnait le Dr C. _____ dans son rapport du 16 décembre 2013 et comme le révélait le CT-scan thoracique réalisé le 25 novembre précédent. Par ailleurs, l'assuré avait présenté des troubles lombaires avec sciatalgie droite qui n'étaient pas contemporains à l'accident ; l'assuré n'avait pas mentionné de trouble rachidien ni de sciatalgie lors de l'examen du 21 mars 2013 et l'examen clinique n'avait pas démontré de douleur ni de limitation du rachis lombaire. Le Dr H. _____ relevait que les premiers troubles lombaires n'étaient mentionnés au dossier qu'à partir du 12 juin 2013, soit plus de huit mois après l'accident, et que le bilan par IRM lombaire n'avait pas révélé de lésion structurelle imputable à l'accident. Partant, le lien de causalité entre les troubles lombaires, la sciatalgie droite et l'accident du 7 octobre 2012 ne pouvait être retenu au degré de la vraisemblance prépondérante. Le Dr H. _____ relevait également que l'assuré avait présenté un syndrome coronarien aigu sur maladie coronarienne athéromateuse diffuse et tabagisme actif, qui n'était pas contemporain à l'événement assuré, ces troubles étant apparus le 9 décembre 2013, soit quatorze mois après l'accident. La relation de causalité entre les troubles cardiaques et l'accident du 7 octobre 2012 ne pouvait dès lors être retenue au degré de la vraisemblance prépondérante. Au terme de son rapport, le Dr H. _____ concluait que sur le plan médical, concernant les suites de l'événement assuré, la situation pouvait être considérée comme stabilisée ; sur le plan asséculo-logique, une pleine capacité de travail était exigible de suite et les séquelles lésionnelles n'ouvraient pas le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Par préavis du 15 mai 2014, la CNA a informé l'assuré, par le biais de son mandataire, que selon son médecin d'arrondissement, les troubles qui subsistaient n'étaient plus du domaine de l'assurance-accidents mais ressortaient à l'assurance-maladie, le statu quo sine pouvant être considéré comme atteint le 16 mai 2014. En conséquence, elle mettait un terme au versement de ses prestations (indemnités journalières et frais de traitement) dès ce jour, réfutant au surplus tout droit à d'autres prestations d'assurance. Par décision du 5 juin 2014, la CNA a mis fin aux prestations d'assurance s'agissant des troubles présentés à la suite de l'événement du 7 octobre 2012, plus aucune prestation n'étant versée au-delà du 15 mai 2013. Le 7 juillet 2014, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision précitée. Il soutenait l'existence d'un lien de causalité entre la lombalgie chronique qui l'affectait et l'accident du 7 octobre 2012, s'appuyant sur l'avis médical émis le 16 novembre 2013 par le Dr C. _____. Il soutenait par ailleurs l'existence d'un lien de causalité entre la dépression dont il souffrait et l'accident qui l'avait « profondément marqué » dans la mesure où son fils était passager arrière du véhicule. Il concluait à l'octroi d'une rentière entière de l'assurance-accidents ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Par décision sur opposition du 16 juillet 2014, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé sa décision du 5 juin

précédent. Elle relevait qu'il n'existait aucun élément permettant de reconnaître, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité entre les troubles lombaires, la sciatique droite et l'accident du 7 octobre 2012, et qu'entière valeur probante pouvait être accordée à l'avis de son médecin d'arrondissement. Elle soulignait en outre que l'examen de la causalité adéquate sous l'angle d'un trouble d'ordre psychique après un accident tendait à nier l'existence d'un tel lien. B. Z. _____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 15 septembre 2014, concluant à l'annulation de la décision du 16 juillet 2014 et au renvoi de la cause à l'intimée pour mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et nouvelle décision. Il soutient que la durée nécessaire pour la consolidation du sternum – soit une durée du traitement médical anormalement longue selon ses dires – et la présence de son fils lors de l'accident justifient la reconnaissance d'un lien de causalité adéquate entre ses troubles psychiques et l'événement du 7 octobre 2012. Il se réfère par ailleurs à un rapport du 30 juillet 2014 de la Dresse R. _____, médecin associée au Service de rhumatologie du D. _____, laquelle retient comme diagnostic principal un syndrome de stress post-traumatique, eu égard aux troubles du sommeil, aux ruminations, à l'anxiété et aux flash-back qui reviennent constamment à l'intéressé concernant l'accident. La Dresse R. _____ mentionne par ailleurs que l'examen clinique et radiologique n'amène pas d'élément pour retenir une cause somatique responsable de ses souffrances. Cela étant, le recourant allègue que la nature de l'accident dont il a été victime est indéniablement de nature à causer des douleurs au dos et que la douleur prédominante au sternum pouvait expliquer qu'il n'ait pas mentionné l'existence de douleurs lombaires avant le mois de juin 2013. Par décision du 16 septembre 2014, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 15 septembre 2014 et désigné Me Laurent Gilliard en qualité d'avocat d'office. La CNA conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, au terme de sa réponse du 22 octobre 2014. Elle relève que les conclusions de la Dresse R. _____ rejoignent celles du Dr H. _____, selon lesquelles les suites de l'accident ne nécessitent plus de suivi médical ni de traitement particulier. Par ailleurs, en dépit du stress post-traumatique énoncé par la Dresse R. _____, les critères jurisprudentiels reconnus ne sont pas remplis pour reconnaître la responsabilité de l'assurance pour les éventuels troubles psychiques. Finalement, l'intimée relève que l'idée d'un séjour à la clinique de réhabilitation en vue d'étudier les possibilités de réinsertion du recourant, telle qu'évoquée par la Dresse R. _____, n'a pas à être examinée par ses soins dans la mesure où les troubles de l'intéressé ne sont pas en lien avec l'événement assuré. Les parties ont maintenu leur position dans leur écriture subséquente. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 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 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) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile – compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGa) – auprès du tribunal compétent à raison du lieu. Il 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. 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) En l'occurrence, le litige porte sur le point de savoir si la caisse intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 16 juillet 2014, à mettre fin à compter du 16 mai 2014 au versement des prestations d'assurance pour les éventuelles suites de l'événement du 7 octobre 2012. 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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). b) 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). 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). 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. Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint

sans l'accident (statu quo sine ; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2 et les références citées, et 8C_354/2007 du 4 août 2008 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'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). c) Le droit à des prestations découlant d'un accident 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'évènement 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). Il en va différemment en matière de troubles psychiques. 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 dégagé une pratique consacrant une classification par degrés de gravité des accidents entraînant des troubles psychiques réactionnels (ATF 115 V 133 précité et 403) et où 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'évènement accidentel lui-même. En effet, le principe d'égalité de traitement et l'exigence de la sécurité du droit nécessitent que l'on recoure à des critères objectifs pour trancher la question de l'existence d'une relation de causalité adéquate entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain d'origine psychique (ATF 112 V 30 ; RAMA 1999 n° U 335 p. 207 ; Maurer, Aus der Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts, SZS 1986 p. 199). Aussi, suivant la manière dont ils se sont déroulés, les accidents peuvent-ils être classés en trois catégories : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents graves et les accidents de gravité moyenne. 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 ne faut pas se référer uniquement à l'évènement accidentel lui-même ; il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'évènement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure

où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou à aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. Les critères les plus importants sont 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 ; les douleurs physiques persistantes ; les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes qui ont pu en résulter, et, enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Il n'est toutefois pas nécessaire qu'apparaissent dans chaque cas toutes ces circonstances à la fois. Il est possible que la présence d'une seule d'entre elles soit suffisante pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate entre l'accident et une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire et qu'on se trouve par conséquent à la limite de la catégorie des accidents graves. Lorsque, en revanche, aucun critère ne revêt à lui seul une importance particulière ou décisive, il convient de se fonder sur plusieurs critères, cela d'autant plus lorsque l'accident est de moindre gravité. 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 LPG), 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. Le recourant réfute la négation de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et ses troubles lombaires, soutenant que l'accident dont il a été victime est indéniablement de nature à causer des douleurs dorsales, ces dernières ayant par ailleurs été « masquées » par la douleur prédominante ressentie au sternum. Il allègue en outre présenter des troubles psychiques provoqués par l'accident, justifiant la mise en œuvre d'une expertise et la reconnaissance d'un lien de causalité adéquate. A toutes fins utiles, on soulignera que la consolidation de la fracture du sternum ne fait pas l'objet de critiques – pas plus que le syndrome coronarien –, seuls demeurent en l'espèce litigieux les troubles rachidiens et les éventuelles suites psychiques provoquées par l'accident. a) A l'instar de l'intimée, la Cour de céans n'a aucun motif de s'écarter des conclusions du Dr H. _____ ; son appréciation répond en tous points aux exigences permettant de lui reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence (cf. consid. 4 supra). L'avis du médecin d'arrondissement repose sur une étude complète de la situation médicale du recourant, ne contient pas d'incohérences et aboutit à des conclusions motivées. Singulièrement, lors de l'examen du 21 mars 2013 par le Dr H. _____, le recourant ne mentionne pas de trouble rachidien ni de sciatalgie ; il ne présente pas de douleur à la palpation ni à la mobilisation du rachis cervico-dorsolombaire. Au jour de l'accident, les médecins du D. _____ n'ont posé aucun diagnostic relatif à d'éventuels troubles lombaires ; seuls ont été documentés dans le rapport du 18 décembre 2012 les diagnostics de contusion du sternum et de contusion de la hanche droite. Il n'a pas été évoqué de distorsion-contusion de la colonne vertébrale, contrairement à ce que retient le Dr C. _____ dans son premier rapport à l'intimée du 25 octobre 2013. Durant les huit mois suivant l'accident, le médecin traitant n'a pas rapporté de plaintes du recourant relatives à d'éventuelles lombalgies. Le bilan radiologique effectué en octobre 2012 à la demande du Dr V. _____ n'a pas montré de fracture des vertèbres dorsales mais de nombreux nodules de Schmorl. Ce n'est qu'en juin 2013 qu'une IRM lombaire est pratiquée, mettant en évidence des pathologies malades disco-dégénératives ; l'IRM ne révèle aucune lésion post-traumatique (par exemple une fracture ou une lésion osseuse). Le 13 février 2014, le neurologue G. _____ examine l'assuré et ne constate pas de franc syndrome lombo-vertébral, pas d'anomalies des articulations sacro-iliaques et coxo-fémorales. Il se prononce sur l'IRM lombaire du 12 juin 2013, retenant qu'elle est sans anomalie significative susceptible d'expliquer les plaintes avec notamment pas de hernie discale, de lésion post-traumatique (fracture) ni de signes de compression radiculaire de nature dégénérative ou malformative (canal lombaire étroit). Le 17 avril 2014, dans le cadre de son examen médical final, le Dr H. _____ rappelle l'absence de douleur et limitation du rachis lombaire annoncées ou démontrées lors de son examen en mars 2013, la documentation des troubles lombaires huit mois après l'accident et l'absence, sur l'IRM lombaire du 12 juin 2013, de lésion structurelle imputable à l'accident. Aucun indice concret ne permet dès lors de relier, au degré de la vraisemblance prépondérante, les troubles lombaires et sciatiques à l'accident du 7 octobre 2012, de sorte que le Dr H. _____ conclut à la négation du lien de causalité naturelle pour les troubles somatiques précités. Ultérieurement, et sur la base de l'IRM lombaire du 12 juin 2013, la Dresse R. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, confirme l'absence

de causalité naturelle entre les douleurs rachidiennes et l'événement assuré.

Particulièrement, elle énonce dans son rapport du 30 juillet 2013 que l'imagerie « ne montre rien de particulier sinon des discopathies débutantes et des séquelles d'ostéodystrophie de croissance (petits nodules de Schmorl) qui ne peuvent être en relation avec l'accident ni responsables des douleurs actuelles ». Pour les motifs indiqués pertinemment par les médecins précités, on ne peut dès lors se rallier à l'opinion du recourant selon laquelle les troubles lombaires et sciatique droite sont en relation de causalité naturelle avec l'événement assuré. Le recourant se limite à énoncer que son accident est indéniablement de nature à causer des douleurs au dos, la douleur résultant de la fracture du sternum ayant de surcroît fait passer inaperçues ses douleurs dorsales. Il fait ainsi essentiellement état d'éléments subjectifs, se dispensant d'amener le moindre élément médical probant à l'appui de sa position. Notons que la référence au rapport du Dr C. _____ ne lui est d'aucun secours, ce dernier retenant, en octobre 2013, un status après distorsion-contusion de la colonne vertébrale à la suite d'un accident alors qu'aucun avis médical émis dans l'année écoulée ne fait référence à une telle distorsion-contusion. Au demeurant, le raisonnement du recourant semble résulter de l'adage post hoc ergo propter hoc, raisonnement qui ne suffit pas à justifier l'existence d'un lien de causalité naturelle (cf. consid. 3b supra). Le caractère post-traumatique des troubles lombaires n'est pas démontré du point de vue médical et l'hypothèse de lésions dorsales d'origine traumatique est dès lors peu vraisemblable. L'avis du Dr H. _____ peut ainsi être suivi, étant par ailleurs rappelé que la finalité de son examen médical était de se prononcer sur la relation de causalité entre l'événement du 7 octobre 2012 et les troubles affectant le recourant. Retenant une consolidation de la fracture du sternum acquise en décembre 2013 et l'absence d'indice concret reliant les douleurs dorsales à l'accident, le médecin d'arrondissement conclut que cet événement ne déploie plus d'effet au jour de l'examen (17 avril 2014), la situation pouvant être considérée comme stabilisée. b) Dans un second moyen, le recourant demande que soit reconnue l'existence d'un lien de causalité adéquate pour les suites psychiques provoquées par l'accident du 7 octobre 2012. D'éventuels troubles psychiques ne sont rapportés au dossier qu'au travers des déclarations du recourant, savoir un suivi par un psychiatre évoqué au Dr H. _____ dans le cadre de son examen médical final et l'allégation d'une dépression en relation avec l'accident dans son écriture d'opposition du 7 juillet 2014, ainsi que par le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique mentionné par la Dresse R. _____ dans son rapport du 30 juillet 2014. Cela étant, il n'y a pas lieu d'examiner plus avant si un diagnostic sur le plan psychiatrique est avéré dans le cas présent ; en effet, même si l'existence d'un lien de causalité naturelle entre d'hypothétiques troubles psychiques et l'événement assuré du 7 octobre 2012 devait être admise par un psychiatre – étant précisé que la Dresse R. _____ n'est pas au bénéfice de ce titre –, l'existence d'un lien de causalité adéquate serait dans tous les cas niée. En effet, dans le cas présent, l'accident peut être qualifié de gravité moyenne, qualification admise par les parties en cause, et aucun des critères dégagés par la jurisprudence et rappelés plus haut (cf. consid. 3c supra) n'est en l'occurrence réalisé, ou à tout le moins ne présente une importance particulière ou décisive. Le recourant soutient que le critère de la durée anormalement longue du traitement et l'existence de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques doivent être retenus. On ne saurait le suivre dans son raisonnement. Singulièrement, le recourant soutient que la durée nécessaire pour la consolidation du sternum équivaut au critère de la durée anormalement longue du traitement médical. Pour l'appréciation de ce critère, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire. N'en font pas partie

les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin. En outre, l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré. La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (TF 8C_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 4.5.2 et les arrêts cités). En l'espèce, le CT-scan thoracique du 5 février 2013 a révélé une évolution légèrement favorable avec des signes de consolidation débutant, notamment un cal antérieur au sternum. Le CT-scan du 25 novembre 2013 a conclu à une consolidation acquise. Le traitement médical a consisté exclusivement en un traitement médicamenteux (AINS) et en séance de physiothérapie. Comme le souligne l'intimée, aucun traitement au sens strict du terme n'a été effectué. L'attente de la consolidation de la fracture sternale a duré tout au plus treize mois et demi, sans que l'on puisse parler d'un traitement particulièrement pénible et invasif. Ainsi, à l'aune de la jurisprudence susmentionnée, on ne peut conclure à une durée anormalement longue des soins médicaux. Par ailleurs, il ne ressort pas du dossier que l'événement ait présenté le caractère si dramatique que le recourant y voit aujourd'hui. Le rapport de police révèle que le recourant, circulant à une vitesse d'environ 70 km/h et surpris de voir un véhicule lui couper la priorité, a effectué un freinage d'urgence, a percuté frontalement le véhicule précité, avant d'être projeté sur la gauche et s'immobiliser contre un panneau de signalisation. Le recourant et son fils – lequel ne faisait pas usage d'un dispositif de retenue approprié – n'ont pas perdu connaissance ni été gravement blessés (luxation de la hanche pour le fils), et ont pu sortir sans encombre du véhicule juste après l'impact. Le recourant se fonde essentiellement sur la présence de son fils lors de l'accident pour appuyer ses dires ; or le fait que son fils était sur le siège passager arrière ne suffit pas à conférer à l'accident un caractère particulièrement dramatique. Les autres critères dégagés par la jurisprudence (gravité ou nature particulière des lésions physiques ; douleurs physiques persistantes ; erreurs dans le traitement médical ; difficultés apparues au cours de la guérison et complications ; degré et durée de l'incapacité de travail ; cf. consid. 3c supra) ne sont manifestement pas remplis, le recourant ne tendant par ailleurs pas à démontrer le contraire. En conclusion, au vu de la jurisprudence exposée ci-dessus, les circonstances du cas d'espèce ne permettent pas de conclure à l'existence d'un traumatisme psychique constitutif d'un accident. Même à admettre l'existence, par un expert psychiatre, des troubles psychiques allégués, particulièrement d'un syndrome de stress post-traumatique, le lien de causalité adéquate entre l'événement assuré et les troubles psychiques hypothétiques devrait être nié. c) En définitive, l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles lombaires et la sciatique droite d'une part, les troubles psychiques d'autre part, et l'accident du 7 octobre 2012 n'est pas établie au degré de vraisemblance prépondérante. Aussi, l'intimée était-elle fondée, par sa décision sur opposition du 16 juillet 2014, à mettre un terme aux prestations d'assurance au 15 mai 2014 pour le motif que les troubles dont se plaignait le recourant ne pouvaient être considérés comme des séquelles de l'accident assuré. 6. Les éléments au dossier sont clairs, dénués de contradiction et permettent à la Cour de statuer. La mise en œuvre d'une expertise psychiatrique n'apporterait vraisemblablement aucune constatation nouvelle (cf. consid. 5b supra). L'instruction étant complète sur le plan médical, il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la requête du recourant. En effet, 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). 7. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée rendue par la caisse intimée. a) 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). b) Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). En l'espèce, Me Gilliard a produit une liste de ses opérations le 25 août 2015, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. Compte tenu des heures de prestations d'avocat et débours s'inscrivant raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1), le montant total de l'indemnité de Me Gilliard s'élève donc à 1'276 fr. 80 (TVA à 8% comprise). La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours déposé le 15 septembre 2014 par Z._____ est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 16 juillet 2014 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. IV. L'indemnité d'office de Me Laurent Gilliard, conseil du recourant Z._____, est arrêtée à 1'276 fr. 80 (mille deux cent septante-six francs et huitante centimes), TVA comprise. V. 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 des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Laurent Gilliard (pour Z._____) ■ Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents - Office fédéral de la santé publique par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :