

VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 551 vom 17. Juli 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-07-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2017__551

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 551 du 17 juillet 2017

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 551 del 17 luglio 2017

Regeste

ACCIDENT, CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, LIEN DE CAUSALITÉ, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE | 6 LAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 17.07.2017 Arrêt / 2017 / 551

ACCIDENT, CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, LIEN DE CAUSALITÉ, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE | 6 LAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 49/16 - 78/2017 ZA16.021182 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 17 juillet 2017 _____

Composition : M. Neu , président Mme Thalmann et M.

Piguet, juges Greffière : Mme _____ Monod ***** Cause pendante entre : B. _____ , à

[...], recourant, représenté par Me Alexandre Curchod, avocat, à Lausanne, et Caisse

nationale suisse d'assurance en cas d'accidents , à Lucerne, intimée. _____ Art.

6 LAA. E n f a i t : A. B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1967, exerce

l'activité d'agent d'entretien auprès de la C. _____ SA depuis le mois d'avril 2008. Il est

assuré à ce titre contre le risque d'accident auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance

en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). B. En date du 1^{er} février 2015, alors

qu'il dégageait de la neige à l'extérieur d'un bâtiment, il a été touché au niveau de l'épaule,

du tronc et du bras par un collègue manœuvrant un bus. A réception de la déclaration de

sinistre complétée par l'employeur le 9 février 2015, la CNA a alloué ses prestations selon

communication du 11 février 2015. Procédant à l'instruction du cas, elle a requis des

renseignements auprès des médecins traitants de l'assuré, les Drs D. _____, spécialiste

en médecine interne, et F. _____, spécialiste en rhumatologie (cf. certificats médicaux

du 3 février 2015 et rapports des 21 mai 2015 et 3 juillet 2015). Les diagnostics retenus par

ce dernier praticien ont été les suivants : - Dorsalgie para-vertébrale thoracique médiane et

tendomyose des muscles rhomboïdes. - Lombalgie basse sur spondylose, discopathie L3-L4

et L4-L5 avec facettarthrose modérée lombo-sacrée et discrète arthrose sacro-iliaque

droite ; probable décompensation post-traumatique : accident du 01.02.2015. - Status

post-ancienne contusion de la hanche gauche : présence d'une petite exostose sur le rebord

supéro-externe du cotyle gauche. - Excès pondéral. Le Dr F. _____ précisait que des

douleurs de la région scapulaire et para-vertébrale thoracique droite, ainsi que des douleurs

lombaires basses et sacro-iliaques droites, persistaient. Des séances de physiothérapie et

hydrokinésithérapie étaient mises en œuvre. Son patient avait été en incapacité totale de

travail jusqu'au 9 mars 2015. Depuis lors, il poursuivait son activité professionnelle

habituelle grâce aux aménagements effectués afin que son poste corresponde à ses

limitations fonctionnelles (cf. rapport médical du 21 mai 2015). Un examen médical a eu

lieu le 22 septembre 2015 auprès du Dr J. _____, spécialiste en chirurgie et médecin

d'arrondissement de la CNA, lequel a estimé que le statu quo sine était vraisemblablement atteint. L'assuré a néanmoins été adressé à la Clinique S. _____ où il a séjourné du 21 octobre 2015 au 18 novembre 2015. Le rapport de ladite clinique, rédigé le 8 décembre 2015 par les Drs K. _____ et H. _____, respectivement spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin-assistant, a mis en exergue les diagnostics suivants : - Dorso-lombalgies chroniques. - Troubles lombaires dégénératifs prédominant en L3-L4, L4-L5 et L5-S1. - Signes électrophysiologiques de neuropathie du nerf médian au canal carpien gauche et d'irritation radiculaire L5-S1 bilatérale prédominant à gauche (cf. ENMG [réd. : électro-neuro-myogramme] du 06.11.2015. - 01.02.2015 : contusions de l'épaule droite, du dos et du bassin. Les spécialistes de la Clinique S. _____ ont considéré que l'assuré était en mesure de reprendre à 100% une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit sans port de lourdes charges et sans maintien du tronc en porte-à-faux, dès sa sortie de clinique. Fondée sur les avis médicaux précités, la CNA a rendu une décision le 22 janvier 2016 mettant un terme au droit aux prestations de l'assurance-accidents à compter du 23 janvier 2016, faute de lien de causalité entre les troubles persistants allégués par l'assuré et l'accident du 1^{er} février 2015. C. B. _____, assisté de Me Alexandre Curchod, s'est opposé à cette décision par correspondance du 22 février 2016, arguant notamment de son excellente santé avant l'accident du 1^{er} février 2015 et de l'insuffisance des traitements médicaux malgré son investissement personnel en vue de leur succès. Il a conclu à la poursuite du versement des prestations de la part de la CNA, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise de sa situation médicale. Par décision sur opposition du 7 avril 2016, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et maintenu intégralement les termes de sa décision du 22 janvier 2016. D. L'assuré a déféré la décision sur opposition précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 9 mai 2016, concluant derechef à la poursuite du versement des prestations de la CNA au-delà du 22 janvier 2016 et subsidiairement au renvoi de la cause pour mise en œuvre d'une expertise médicale avant nouvelle décision. Était notamment joint à son écriture un rapport établi le 29 avril 2016 par le Dr P. _____, spécialiste en neurochirurgie, ainsi qu'une attestation de son employeur du 16 février 2016. La CNA a produit sa réponse au recours le 7 juin 2016 et en a proposé le rejet, tout en renvoyant à la teneur de la décision sur opposition incriminée. Par réplique du 23 août 2016, l'assuré a persisté dans ses conclusions. Il a réitéré ses arguments quant à la nécessité d'une expertise médicale, suggérant qu'une telle mesure d'instruction soit diligentée par la Cour de céans. Il a enfin annexé une attestation de son pharmacien du 30 mai 2016 en lien avec un accident préalable survenu en été 2013. La CNA a dupliqué le 14 septembre 2016 et renoncé à se déterminer plus avant, de sorte que la cause a été gardée à juger. Les faits seront au surplus repris en tant que de besoin dans le développement juridique infra. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment

aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). c) En l'espèce, le recours contre la décision sur opposition du 7 avril 2016 a été interjeté devant le tribunal compétent en temps utile le 9 mai 2016, compte tenu des fêtes judiciaires pascales (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il respecte par ailleurs les conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 2. In casu, est litigieux le terme porté aux prestations de l'assurance-accidents avec effet dès le 23 janvier 2016 des suites de l'événement du 1^{er} février 2015. 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. 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). L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA). b) 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, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; TF [Tribunal fédéral] 8C_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1). 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, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 précité ; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 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 (non-application du raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, la non-applicabilité de l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA [Tribunal fédéral des assurances])

U 349/05 du 21 août 2006). c) En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et les références ; 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, et 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). 4. D'après l'art. 36 al. 1 LAA (concours de diverses causes de dommages), les prestations pour soins, les remboursements pour frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si l'accident a aggravé une atteinte préexistante, l'assureur-accident doit prester selon l'art. 36 al. 1 LAA même si la part de la maladie est prédominante et la part de l'accident minime (TF 8C_476/2011 du 5 décembre 2011 consid. 6.2). Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant (TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2 ; 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b et RAMA 1992 n° U 142 p. 75). Cela signifie que si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prester (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2). 5. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, ils ne peuvent trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion médicale plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a). b) L'élément déterminant pour la

valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c). 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Cela étant, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). A contrario, l'appréciation d'un médecin interne à l'assurance peut se voir conférer pleine valeur probante lorsque le rapport concerné apparaît concluant, exempt de contradictions et qu'il ne subsiste aucun indice susceptible de faire douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

6. In casu, on dispose au dossier de la présente cause de divers rapports médicaux documentant les troubles du recourant tels qu'allégués et objectivés. En particulier, le Dr F. _____ a indiqué ce qui suit en date du 21 mai 2015 : « Examen musculo-squelettique : statique rachidienne marquée par une inflexion scoliothoraco-lombaire à convexité droite, mais sans rotation des corps vertébraux, ni gibbosité. En position debout l'appui monopodal est réalisé des deux côtés ainsi que la marche sur les pointes et les talons. La mobilité rachidienne thoraco-lombaire est relativement bien conservée malgré des tensions musculaires para-vertébrales thoraciques et lombosacrées, un peu plus marquées du côté droit. En flexion antérieure du tronc la distance doigt-sol est de l'ordre de 5cm. L'extension dorsolombaire est de l'ordre de 15° ; les inclinaisons latérales droites gauches sont de 25-0-30°. Pas de déficit moteur ni de trouble sensitif systématisé. Les réflexes ostéo-tendineux rotulien et achilléen sont symétriques. Le réflexe cutané plantaire est en flexion des deux côtés. En décubitus dorsal, la manœuvre de Lasègue ne déclenche pas de sciatalgie ; néanmoins l'élévation de la jambe du côté droit au-delà de 60° accentue la douleur para-lombosacrée ipsilatérale. Appréciation : [...C]ependant le patient est volontaire pour travailler à 100% et il est nécessaire d'encourager le patient dans ce sens ; les aménagements du poste de travail sont aussi favorables puisque le patient est actuellement responsable de la sécurité du groupe d'ouvrier [...]. » Quant au Dr J. _____, il a mis en exergue les éléments suivants à l'issue de l'examen médical du 22 septembre 2015 : « [...] Appréciation [...L'assuré] a des douleurs dorsolombaires un peu diffuses dès qu'il fait un effort. Il ne peut pas rester longtemps assis. Il peine à sortir de sa voiture. Il souffre également de l'épaule D [réd. : droite]. Il manque de force. Il a parfois des fourmillements sur le bord cubital de l'avant-bras D, irradiant dans les 2 derniers doigts et des gonalgies D. A cela est venu s'ajouter le décès récent de sa mère, morte en Serbie à l'âge de 73 ans à la suite d'un AVC [réd. : accident vasculaire cérébral], alors qu'elle allait encore

parfaitement bien au printemps ainsi que des soucis liés à sa situation familiale. A l'examen clinique, on est en présence d'un patient de constitution athlétique, un peu tendu mais manifestement en bonne forme, qui ne semble avoir aucune limitation fonctionnelle notable. Objectivement, il n'y a pas de troubles statiques majeurs. La musculature para-vertébrale est très développée, un peu plus à D qu'à G [réd. : gauche], mais sans que cela semble pathologique. Elle paraît largement indolore à la palpation, pas franchement contracturée. La mobilisation s'effectue librement, sans inversion du rythme lombo-pelvien, et la mobilité est globalement conservée tant au niveau cervical qu'au niveau dorsolombaire. Les épaules sont souples, indolores à la mobilisation. Les signes du conflit sont négatifs. Il n'y a pas de signe d'atteinte de la coiffe des rotateurs. La manœuvre de Lasègue, indolore à G, entraîne de vagues douleurs lombaires à D mais elle n'est pas bloquée. Les ROT [réd. : réflexes ostéotendineux] sont normo-vifs, symétriques. Il n'y a pas de déficit neurologique aux MI [réd. : membres inférieurs], ni aux MS [réd. : membres supérieurs]. Il n'y a pas de signe clair de non organicité, pas de franche autolimitation. L'IRM [réd. : imagerie par résonance magnétique] du 30.05.2015 montre des discopathies étagées, relativement marquées, mais sans conflit disco-radiculaire. Il n'y a pas d'œdème osseux, pas d'altération des parties molles. Du point de vue thérapeutique, on peut bien adresser le patient à la Clinique S. _____ au sens d'un complément de rééducation et d'un bilan multidisciplinaire mais, pour ma part, je n'attends pas grand-chose de ce séjour en présence de facteurs extra-médicaux de mauvais pronostic assez évidents et de l'absence de réponse positive à tout ce qui a été entrepris jusqu'ici. Il permettra quand même de savoir si la reprise de l'activité habituelle est envisageable du point de vue médical ou si le patient doit bénéficier durablement d'aménagements professionnels. Le cas échéant, il faudra qu'il s'annonce à l'AI. A noter que M. B. _____ met toute la problématique actuelle sur le compte de l'accident alors que le statu quo sine est déjà atteint avec une grande vraisemblance, en l'absence de toute lésion structurelle qu'on puisse attribuer à cet événement. » Les spécialistes de la Clinique S. _____ se sont pour leur part exprimés en ces termes dans leur rapport du 8 décembre 2015 : « [...] Une évaluation des capacités fonctionnelles est réalisée le 10.11.2015. Le score au questionnaire PACT (appréciation de ses propres capacités fonctionnelles par le sujet) atteint 117 points correspondant à l'appréciation par le patient de pouvoir réaliser des activités exigeant un niveau d'effort sédentaire. Au vu des résultats réalisés au cours de l'évaluation, on peut relever que le sujet sous-estime considérablement le niveau de ses aptitudes fonctionnelles. La volonté de donner le maximum est jugée réelle et le niveau de cohérence élevé. Pendant cette évaluation, il a pu lever du sol à hauteur de la taille 27.5 kg, lever de la taille à hauteur de la tête 17.5 kg, lever horizontalement 30 kg, porter de la main droite ou de la main gauche 22.5 kg. Le niveau d'effort fourni au cours de l'évaluation correspond à un niveau d'effort moyen (charges allant jusqu'à 25 kg) [...]. Hormis le fait qu'il sous-estime le niveau d'activité qu'il peut réaliser, aucune incohérence n'est relevée. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues : limitations de port de charges répétés de plus de 20 kg ; activités nécessitant le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux. [...] La situation est stabilisée du point de vue médical. Aucune nouvelle intervention n'est proposée. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable, en lien avec des troubles dégénératifs de la colonne lombaire et des facteurs non-médicaux, chez un patient estimant avoir été victime d'une négligence au travail lors de son accident, qui reste centré sur les douleurs, dans l'attente d'autres explications sur leur persistance et qui sous-estime le niveau d'activités qu'il peut réaliser. A la sortie, il est prévu la poursuite du son travail adapté qui

respecte les limitations mentionnées ci-dessus et proposé un essai de reprise dans son activité antérieure début 2016 même si celle-ci risque de poser problème. La situation devrait être annoncée à l'AI. [...] Incapacité de travail dans la profession actuelle de monteur de voies de chemins de fer - 100% du 21.10.2015 au 18.11.2015 dans son activité antérieure. - 0% dès le 19.11.2015 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles [...]. » 7. Compte tenu des éléments qui précèdent, il y a lieu de constater que l'ensemble des médecins susmentionnés convergent pour conclure à l'absence de lésion organique significative d'origine traumatique consécutive à l'accident du 1^{er} février 2015. Ils ont ainsi nié la réalisation d'un lien de causalité entre cet événement et la symptomatologie dont se plaint le recourant. De même, ces praticiens s'accordent à considérer ce dernier apte à l'exercice de son activité lucrative habituelle à 100%, dans la mesure où elle est adaptée aux limitations fonctionnelles objectivées. S'agissant spécifiquement du lien de causalité entre les troubles allégués par l'assuré et l'accident incriminé, le simple fait que ceux-ci seraient survenus postérieurement à cet événement ne suffit pas pour admettre la réalisation d'un tel lien (cf. ci-dessus consid. 3b). Dans ce contexte, quoi que soutienne le recourant, les pièces produites au stade des procédures d'opposition et de recours sont insuffisantes pour infirmer les appréciations médicales concordantes retenues par l'intimée. En particulier, le certificat médical du Dr D. _____ du 11 février 2016 ne fournit aucun élément nouveau ou inconnu de l'intimée, ce praticien s'étant limité à préciser que son patient ne l'avait « jamais consulté pour des problèmes ostéo-articulaires avant la date de son accident du 1^{er} février 2015 ». Quant au rapport médical du Dr P. _____ du 29 février 2016, en sus de faire état de constats médicaux connus, ce praticien estime tout au plus possible un lien entre les troubles allégués par le recourant et les « contusions traumatiques » subies par celui-ci (cf. rapport du 29 février 2016, avant-dernier paragraphe). Ce rapport ne saurait donc donner quelconque poids aux griefs de l'assuré. On ajoutera que l'attestation de la Pharmacie M. _____, datée du 30 mai 2016, n'est d'aucun secours au recourant, dans la mesure où son pharmacien, N. _____, a attesté d'une prise en charge remontant à l'été 2013, laquelle n'a en conséquence aucun intérêt dans la résolution du présent litige relatif à l'accident du 1^{er} février 2015. Il en va de même de l'attestation établie le 16 février 2016 par son employeur, ce document se rapportant au comportement de l'assuré sur son lieu de travail et n'émanant de toute façon pas d'un médecin. 8. A l'instar de l'intimée, il s'agit de rejeter la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale. Faute d'éléments médicaux objectifs susceptibles d'ébranler l'appréciation convergente du Dr J. _____ et des spécialistes de la Clinique S. _____, on considérera, par appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure s'avère superflue. Qui plus est, on relèvera que le rapport de la Clinique S. _____ du 8 décembre 2015, de même que celui du Dr J. _____ du 22 septembre 2015, remplissent manifestement les réquisits jurisprudentiels rappelés plus haut pour se voir accorder pleine valeur probante (cf. supra consid. 5). 9. En définitive, le raisonnement de l'intimée peut être intégralement suivi, de sorte que le recours de l'assuré doit être rejeté et la décision sur opposition du 7 avril 2016 confirmée. a) Le présent arrêt est rendu sans frais, vu la gratuité de la procédure (cf. art. 61 let. a LPGA et 45 LPA-VD). b) N'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 7 avril 2016 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. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de

photocopies, à : ■ Me Alexandre Curchod, à Lausanne (pour B. _____), ■ Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne, - Office fédéral de la santé publique, à Berne. 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.