

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 août 2015

Présidence de Mme THALMANN
Juges : MM. Bonard et Riesen, assesseurs
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

[...]A._____, à Villeneuve, recourant, représenté par Me Isabelle Jaques, avocate à Lausanne,

et

W._____, à Bâle, intimée.

Art. 4, 43 et 61 let.c LPGA ; 6 al. 1, 10 al. 1, 16 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1954, travaillait comme aide technicien dentiste au sein de la société E._____ Sàrl jusqu'au 30 juin 2012 et était assuré auprès de la W._____ (ci-après : la W._____ ou l'intimée) pour les suites des accidents professionnels et non professionnels ainsi que des maladies professionnelles.

Il résulte de la déclaration d'accident du 18 octobre 2011 que le 30 septembre 2011 dans l'atelier de la clinique H._____ de [...], *“En déplaçant deux stérilisateurs très lourds, M. A._____ a été déstabilisé et est tombé sur le coccyx. Il a eu très mal, mais il a pensé que ça passerait. Le lendemain, après une nuit douloureuse, il a été en urgence à l'hôpital de [...].”*

A la rubrique "Pers impl." il était indiqué : B._____.

Il était mentionné s'agissant des lésions, des maux de dos extrêmes à droite, de la peine à marcher et des fourmillements dans le mollet droit.

Dans son rapport établi le 5 octobre 2011 à la suite d'une radiographie de la colonne lombaire (face et profil) du 4 octobre 2011, le Dr S._____, spécialiste en radiologie et neuroradiologie, a constaté ce qui suit :

*“Diminution de la lordose physiologique. Discarthrose et pincement discal marqué L4-L5 et L5-S1 associés à une arthrose postérieure modérée, par ailleurs discrète bascule du bassin vers la gauche. Légères modifications arthrosiques au niveau des pieds des articulations sacro-iliaques (débutantes).
Pas de lésion traumatique visible sur les clichés actuels.”*

Dans un second rapport établi le 10 octobre 2011 à la suite d'une IRM lombaire du 5 octobre 2011, ce praticien a conclu comme il suit :

“Dégénérescences disco-vertébrales L3-L4, L4-L5 plus sévère au niveau L4-L5 avec en particulier une petite hernie discale intra-foraminale droite comprimant la racine L5 droite.
Rétrécissement modéré du canal rachidien en regard de L3-L4 et L5-S1.
Arthrose postérieure étagée de L3 à S1 avec hypertrophie des ligaments jaunes.”

Dans un rapport médical du 3 novembre 2011, le Dr P. _____ spécialiste en médecine interne, et médecin traitant, a posé les diagnostics de lombosciatalgie droite survenue sur chute sur le siège le 30 septembre et de dégénérescence discale importante L4-L5. A la question du rôle de circonstances étrangères à l'accident dans le processus de guérison, il a mentionné la grosse discopathie arthrosique L4-L5. Ce praticien estimait qu'une reprise de travail n'était pas facile à déterminer et indiquait concernant l'évolution, la persistance de douleurs malgré la prise de médicaments anti-inflammatoires, de contre-douleurs ainsi que d'une infiltration locale de corticostéroïde dépôt.

En réponse à un questionnaire relatif aux antécédents médicaux et autres accidents, l'assuré a notamment indiqué le 4 novembre 2011 que le traitement médical n'était pas terminé, compte tenu de la persistance de douleurs même après injections de cortisone. Sous les rubriques n°1 et 7 de ce questionnaire, il a également mentionné ceci :

“[1. Avant la survenance de cet événement, avez-vous par le passé déjà présenté des troubles sur la partie du corps touchée ?
Si oui, à quelle(s) date(s) et dans quelles circonstances ?]

C'est possible, c'était dans la zone lombaire, mais il n'y a pas eu de grandes suites, pas d'arrêt de travail d'après la secrétaire de M. Dr. P. _____.

C'était en juillet 1995, on ne se rappelle pas les circonstances. Je me suis renseigné auprès de la O. _____ mon ancienne assurance-accidents, ainsi qu'à l'I. _____ qui est mon assurance de base. Les deux sont catégoriques, JAMAIS EU DE SINISTRES OU DE PROBLEMES DE DOS DEPUIS PLUS DE 16 ANS !!!

[7. Vos remarques]

Je n'ai jamais eu quoi que ce soit comme problèmes de santé graves auparavant. Et ce précédent mal de dos s'est passé il y a plus de 16 ans en arrière. Et j'avais juste consulté le médecin, aucune

conséquence grave. Depuis je n'ai plus jamais eu de maux au niveau du dos."

Le 16 novembre 2011, le Dr S._____ a effectué une radiographie de la hanche droite (face et axiale) de l'assuré en vue d'exclure une coxarthrose. Il concluait à un aspect radiologique normal de ladite hanche.

Dans un certificat médical du 29 novembre 2011, le Dr K._____, médecin-assistant de l' [...] a indiqué que le traitement avait débuté le 1^{er} octobre 2011. En ce qui concerne le déroulement de l'accident à la rubrique "indications du patient" il a mentionné "douleur lombaire depuis port d'une charge la veille". Il a posé le diagnostic provisoire de lombalgies et mentionné une incapacité de travail de l'assuré à 100% dès le 1^{er} octobre 2011, avec une reprise partielle d'activité à compter du 10 octobre 2011.

Selon un avis du 29 novembre 2011, le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil de la W._____, a répondu comme il suit aux deux questions suivantes :

"Peut-on fixer un statu quo ante/sine ? Si oui, à quelle date ?
Non, pas pour l'instant.

Si non, à quand devrait-on s'attendre à une reprise du travail, au moins partielle ?
Obtenir RM Dr T._____ + DPT"

Dans un rapport du 2 décembre 2011 adressé au Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin au service d'orthopédie et de traumatologie de l' [...], le Dr J._____, spécialiste en neurologie, s'est prononcé en ces termes sur l'état de santé de l'assuré :

"Evaluation du cas :

L'examen clinique montre un syndrome lombo-vertébral, un déficit sensitif de topographie L5 D et moteur de topographie L4 D. L'EMG [électromyogramme] montre des signes de dénervation aiguë abondants dans le myotome L4, moins nets dans le myotome L5 D. L'IRM de la colonne lombaire du 05.10.2011 montre une hernie

discale L4-L5 foraminale D, dans un contexte de léger antélisthésis de L5 sous L4, l'ensemble pouvant créer cette double atteinte radiculaire L4 et L5. La situation évolue de façon médiocre en 2 mois, il est possible qu'un traitement chirurgical doive être envisagé mais le patient veut encore continuer le traitement conservateur. Dans l'attente qu'il te revoie, je me suis permis de lui prescrire de la Dexaméthasone 4 mg/jour.

Pour le reste, l'examen clinique montre un tremor postural des MI [membres inférieurs] de type tremor essentiel car il n'y a aucun autre signe extrapyramidal notamment de type parkinsonien[...].”

Par lettre du 14 décembre 2011 adressée au Dr P._____, le Dr T._____ a notamment fait part des constatations suivantes consécutives à plusieurs entrevues avec l'assuré :

“Nous avons pris le temps de faire un peu le point de la situation, en tenant compte des recommandations du Dr J._____ et en relisant l'IRM.

Nous ne sommes dans aucune situation d'urgence. Cliniquement, le patient ressent clairement la limitation et il arrive de moins en moins à bien marcher. C'est la raison pour laquelle il a aussi pris du poids.

M. A._____ souhaite pour l'instant continuer un traitement à base de massages et de manipulations.

En tenant compte du constat IRM et des recommandations du Dr J._____, je dois néanmoins dire qu'une libération chirurgicale lui apporterait certainement un immense soulagement, car pour son âge, il est quand même drôlement handicapé.

Je me permettrai de revoir le patient dans le courant du mois de janvier.”

Selon un nouvel avis du 7 février 2012, le Dr R._____ a notamment répondu comme il suit aux questions suivantes :

“Pronostic ?
Pas bon.

Expertise à organiser / prévoir ?
Obtenir derniers renseignements neurologue.

Peut-on fixer un statu quo ante / sine ? Si oui, à quelle date ?
On s'en approche.
[...].”

Dans une lettre adressée le même jour à la W._____, le Dr P._____ a en particulier fait part d'une lésion traumatique ancienne

ayant pu favoriser une péjoration de l'état de santé de son patient suite à l'événement du 30 septembre 2011. Il indiquait en outre avoir décidé, lors d'un consilium du 11 novembre 2011 avec le Dr T._____, de recourir le plus possible à des soins de physiothérapie encore en cours.

Dans un rapport médical du 21 mars 2012, le Dr P._____ a posé les diagnostics de lombosciatique droite suite à une chute sur le siège le 30 septembre 2011 et une très importante discopathie L4-L5 avec hernie discale L4-L5. Le médecin traitant indiquait en outre qu'un préjudice permanent était à craindre.

Le 24 avril 2012, interpellé par la W._____ en lien avec la prise en charge des suites du cas de l'assuré, le Dr R._____ a préconisé la mise en œuvre d'une expertise médicale, afin de répondre aux questions suivantes qui lui étaient adressées :

"ITT [incapacité totale de travail] accident à prendre en charge jusqu'à quelle date ?

ITT maladie à prendre en charge jusqu'à quelle date ?

Peut-on fixer un statu quo ante/sine ? Si oui, à quelle date ?"

A teneur d'un protocole opératoire du 8 juin 2012, l'assuré a fait l'objet d'une intervention chirurgicale le 24 mai 2012 consistant notamment en une spondylodèse par voie percutanée, la pose d'un implant et une décompression sous forme d'hémi laminectomie bilatérale.

Dans un rapport du 13 juin 2012 adressé au Dr P._____, consécutif à un séjour de l'assuré du 23 mai 2012 au 26 mai 2012 dans le service d'orthopédie et de traumatologie de l' [...], les Drs T._____ et X._____, médecin-assistant, ont notamment fait mention de suites opératoires simples et afébriles, l'assuré ayant pu regagner son domicile le 26 mai 2012 à la suite d'une radiographie de contrôle du 25 mai 2012 dont il ressortait un status post-spondylodèse L4-L5 avec le matériel correctement en place.

Dans un rapport du 11 juillet 2012, le Dr T._____ a répondu comme il suit aux questions de la W._____ :

“1. Quelle est l'évolution de santé de l'assuré ?

Le patient a été vu à une consultation du 06.07.12, soit à 6 semaines postopératoires. La situation est favorable, avec une disparition quasiment complète des douleurs. Cf. Lettre de sortie annexée.

2. Quel est le traitement médical actuel (merci de préciser l'intensité) ?

Le patient va commencer une physiothérapie de réhabilitation.

3. Votre patient subit-il une incapacité de travail ? Si oui à quel taux et pour quelle durée (merci de motiver votre réponse) ?

100 % du 03.11.2011 au 30.09.2012.

Reprise à 100 % prévue pour le 01.10.2012

Si votre patient présente une incapacité de travail dans sa profession habituelle, subit-il également une incapacité de travail dans une profession habituelle ? Si oui, à quel taux et pour quelle durée (merci de motiver votre réponse) ?

4. Remarques

Une expertise a été confiée au Centre d'Expertise Médicale de [...] (CEMed). Les experts C._____, rhumatologue FMH et F._____, neurologue FMH, ont établi leur rapport le 14 septembre 2012. Ils ont posé les diagnostics de lombalgies, status après chute le 28 septembre 2011 ayant entraîné une contusion banale au niveau du coccyx et de la région lombaire, status après atteinte radiculaire L4-L5 droite sur hernie discale L4-L5 droite, status après spondylodèse L4-L4 pratiquée le 24 mai 2012, surcharge pondérale et discrets tiraillements fessiers droits séquellaires d'évolution en principe favorable. Ils ont en outre exposé notamment ce qui suit :

“Situation actuelle et conclusions :

Monsieur A._____ se plaint de la persistance de quelques tiraillements fessiers droits notamment à la montée pouvant l'obliger à s'arrêter. Il ne mentionne pas de troubles sensitivomoteurs et sphinctériens. Le traitement comporte encore Brufen, Pantozol, Dafalgan, Voltarène 50 et Tramal gouttes. Il n'y a pas de traitement physique actuellement en cours.

En résumé, l'examen révèle de discrets troubles statiques vertébraux, mais pas de syndrome lombo-vertébral significatif et

une cicatrice d'intervention encore un peu tuméfiée et sensible. Les différentes épreuves de marche sont correctement exécutées. Les points de Valleix et la manoeuvre de Lasègue sont bilatéralement négatifs. A l'examen des membres inférieurs, on relève une discrète hypotrophie de la cuisse droite, une hyporéflexie rotulienne droite et une discrète hypoesthésie tactile et douloureuse intéressant la face externe de la jambe droite.

En bref, un status révélant une discrète atteinte séquellaire L4-L5 droite apparemment nettement moins importante que celle constatée par le passé par le Dr J._____.

Nous avons revu l'IRM lombaire effectuée le 05.10.2011 qui montre indubitablement des altérations dégénératives disco-vertébrales pluri-étagées L3-S1 prédominant en L4-L5 où il existe une protrusion discale médio-bilatérale se compliquant d'une petite hernie discale foraminale droite. Les radiographies standard de la colonne lombosacrée pratiquées en postopératoire montrent un matériel d'ostéosynthèse en place.

Compte tenu de l'ensemble des éléments à notre disposition, Monsieur A._____ a donc été victime d'une chute sur le coccyx suivie de l'apparition immédiate de douleurs coccygiennes et vraisemblablement lombaires et plus tardivement (après quelques semaines environ) de sciatalgies droites. A relever que le bilan radiologique pratiqué dans les suites de l'événement accidentel n'a pas démontré de lésion traumatique osseuse.

Bien que l'expertisé ne signale pas de plainte préalable à la chute du 28.09.2011, la relecture des documents radiologiques ne laisse aucun doute quant au fait que préexistaient à l'événement accidentel des altérations dégénératives disco-vertébrales pluri-étagées L3-S1 sans lesquelles la compression radiculaire L4-L5 droite constatée préalablement n'aurait pu survenir. On se trouve donc en face d'une situation comportant un état pathologique préexistant asymptomatique qui va se compliquer suite à un événement traumatique d'une atteinte radiculaire. Bien que l'événement accidentel du 28.09.2011 paraisse être le facteur déclenchant de la symptomatologie, on relèvera néanmoins que la sciatalgie proprement dite n'est apparue que deux mois après l'événement accidentel.

Sur le plan thérapeutique, l'évolution après intervention chirurgicale est normalement favorable et il s'agit maintenant de suivre l'évolution spontanée du cas. Dans l'immédiat, l'incapacité de travail est complète mais, en présence d'une évolution normalement favorable, Monsieur A._____ devrait être à même de reprendre son activité professionnelle préalable à 100% dans les 2 à 3 mois à venir, à la réserve d'une impossibilité d'engagement physique lourd et de port régulier de charges de plus de 10-15 kg.

Sur le plan de la relation de causalité naturelle, les douleurs apparues immédiatement dans les suites de la chute du 28.09.2011, c'est-à-dire les douleurs coccygiennes et lombaires sont en relation de causalité certaine avec l'événement accidentel et traduisent les suites habituelles d'une contusion banale de la région. Dans le cours ordinaire des choses et sans la pathologie discale préexistante,

l'évolution des troubles précités aurait dû être favorable en quelques semaines avec retour au statu quo ante au plus tard 2 à 3 mois après l'accident. On peut donc admettre que le statu quo ante, en ce qui concerne les seules suites directes de l'événement accidentel, a été atteint au terme d'une période de 2 à 3 mois.

En ce qui concerne les sciatalgies ayant conduit à l'intervention pratiquée le 24.05.2012, ces dernières sont apparues tardivement et sont clairement en relation avec une pathologie disco-vertébrale pluri-étagée prédominant en L4-L5 préexistante à l'événement accidentel. Il est possible que le traumatisme intervenu le 28.09.2011 ait décompensé la situation, mais l'apparition tardive des sciatalgies et l'importance des altérations dégénératives disco-vertébrales préexistantes permettent de conclure que la relation de causalité entre les sciatalgies et le traitement qui en a découlé d'une part et l'événement accidentel du 28.09.2011 n'est que possible et n'atteint pas le degré de haute vraisemblance.

On considérera donc que les sciatalgies et leurs traitements ne peuvent être attribués aux conséquences de l'événement accidentel, mais doivent être admises comme d'évolution indépendante de ce dernier."

En pages 12, 18 et 19 de l'expertise, les experts ont admis que le statu quo ante avait été atteint fin décembre 2011 et que la durée du traitement en relation avec l'événement du 28 septembre 2011 avait pris fin à cette même date. Ils ont également retenu que la capacité de travail à la suite de ce seul événement était entière dans l'activité professionnelle préalable à l'échéance de la période de trois mois suivant l'événement en cause, l'incapacité de travail, de même que les limitations présentées ultérieurement par l'assuré relevant de la maladie. Ils n'ont enfin pas constaté d'atteinte à l'intégrité physique susceptible d'être indemnisée.

Par décision du 24 janvier 2013, la W._____ a informé l'assuré qu'elle mettait un terme avec effet à partir du 1^{er} janvier 2012 aux prestations LAA en lien avec l'accident survenu en date du 30 septembre 2011. Elle se fondait sur les conclusions du rapport d'expertise médicale du CEMed du 14 septembre 2012, retenant que le statu quo ante était atteint à la date du 31 décembre 2011. La décision précitée a également été notifiée à l'assureur-maladie de l'assuré (I._____), lequel n'a pas fait opposition dans le délai légal.

Le 25 février 2013, l'assuré s'est opposé à la décision précitée. Il faisait valoir en substance que les experts du CEMed s'étaient livrés à

une « approche juridique erronée » en fixant le statu quo des suites de l'accident à trois mois. Sollicitant ainsi la mise en œuvre par l'assureur-accidents d'une nouvelle expertise médicale, l'assuré contestait en outre l'existence d'un état dégénératif préexistant à l'événement du 30 septembre 2011.

Par décision du 17 avril 2013, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) a refusé le droit à la rente à l'assuré. Il considérait en particulier que ce dernier était capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée à son état de santé dès le 1^{er} octobre 2012.

Le 11 juillet 2013 et sur interpellation de la W._____, le Dr M._____, médecin-chef de l' [...] Site de [...], a communiqué les renseignements complémentaires suivants :

"[...]Le patient s'est présenté aux urgences de l' [...], Site de [...] le 01.10.2011 à 10 h 16' où il a été vu par l'infirmière de tri qui mentionne que les circonstances de l'accident (cf. rapport ci-joint) sont des douleurs lombaires irradiant dans la fesse et la jambe gauche la veille après avoir porté une lourde charge (selon déclaration du patient).

L'assistant des urgences, le Dr K._____ relate la même information et un traitement de myorelaxant et d'anti-inflammatoires est mis en route. D'autres éléments objectivés dans vos archives est l'entrée dans le service d'Orthopédie, [...], site de [...], entrée du 24.05.2012 où cette fois-ci, le patient dit avoir fait une chute de sa hauteur en septembre 2011 et que depuis-là, il est handicapé avec troubles de la marche avec irradiation à droite. Un canal lombaire étroit suspendu et une hernie discale foraminale paramédiane droite L4-L5 est mise en évidence et opérée le 24.05.2012.

Nous vous laissons le soin d'évaluer la situation où peut-être le patient s'est rappelé par la suite être tombé sur ses fesses d'après sa déclaration et sur le dos d'après l'information signalée dans le service de Traumatologie."

En annexe à son courrier, le Dr M._____ a notamment joint une copie d'un rapport d'archive du tri des Urgences [...] du 1^{er} octobre 2011 à 10h.16, sur lequel il est mentionné sous la rubrique « circonstances de l'événement » :

"Douleurs lombaires irradiant dans la fesse et la jambe gche depuis hier après avoir porté une charge lourde."

Il résulte d'un compte rendu d'entretien qui a eu lieu le 20 janvier 2014 notamment ce qui suit :

"Participants: Me Riviera, en remplacement de Me Jacques, conseil de M. A. _____, Mme B. _____ (témoin de l'évènement)
N. _____, W. _____

1. Reconstitution des faits à l'origine du sinistre

Mme B. _____ qui n'est plus salariée du PA [preneur d'assurance] depuis 2012 explique quant aux circonstances qu'elle était à cette période soit septembre 2011 en arrêt de travail à 100 % suite à un accident, elle s'était cassé le bras (cas normalement couvert par nos soins à vérifier) mais le 30.09.2011 elle décide de passer au laboratoire à [...] et de profiter de la présence de M. A. _____ pour qu'il la conduise rendre visite à ses collègues de [...].

Dans l'intervalle M. [...], chef technique à l'époque mais qui ne travaille plus pour le laboratoire du fait d'une restructuration appelle vers 17H Mme B. _____, responsable du laboratoire et lui demande en urgence de transférer un stérilisateur à [...], il faut transférer ce stérilisateur qui est en fonte, massif (voir modèle joint au présent rapport).

Mme B. _____ demande à M. A. _____ de s'occuper du stérilisateur et de le mettre dans le véhicule pour le retour.

M. A. _____ s'exécute, il prend un diable et soulève la machine pour la poser sur le diable et c'est en portant l'appareil que M. A. _____ s'est mis à trembler, il a crié que la machine lui échappait il a posé le stérilisateur comme il a pu mais dans l'élan il est tombé à la renverse sur le coccyx. (voir la déclaration des faits de Mme B. _____), elle est jointe au présent rapport.

Il est à relever plusieurs choses à savoir:

- Il n'y a plus qu'un seul stérilisateur en cause et non deux comme indiqué sur la déclaration LAA initiale... Je relève ce fait, Mme B. _____ dit que c'est une erreur... C'est le témoin qui a complété la déclaration de sinistre !!!.
- Mme B. _____ a rempli elle-même le questionnaire concernant les antécédents car M. A. _____ n'écrit pas le Français et elle était parfaitement au courant de ce qui était indiqué sur ce questionnaire, je lui ai clairement posé la question elle a répondu par l'affirmative
- Sur ce même questionnaire il est indiqué le nom de Mme B. _____ comme ex-employeur, je demande à Mme B. _____ qui est cette personne? Elle me répond que c'est sa mère et que M. A. _____ travaillait depuis plus de 20 ans comme homme à tout faire, à titre privé, chez elle et ensuite Mme B. _____ l'a engagé au laboratoire.

Me Riviera s'insurge en me disant que je ne devais poser des questions que sur les circonstances etc... etc... Et qu'elle ne

comprend pas.... Je rétorque que j'ai besoin d'en savoir un peu plus, j'ai besoin de situer le contexte et l'environnement professionnel et privé de l'assuré pour comprendre et que les réponses du témoin appellent d'autres questions, que Mme B. _____ est bien là pour répondre à ces questions.

Mme B. _____ m'indique qu'elle se sent responsable de cet accident car c'est elle qui a demandé à l'assuré de soulever et transférer le stérilisateur.

Par ailleurs, je lui demande pourquoi il faut absolument que ce soit la LAA qui prenne en charge puisque l'assuré est de toute façon couvert en maladie, évidemment il y a un bénéficiaire secondaire à cette affaire entre autre, que l'assuré a une très grosse franchise de l'ordre de CHF 2'500, il est assuré à I. _____, en 2011 il a changé son contrat d'assurance pour un contrat beaucoup plus restrictif au niveau des garanties etc... etc... Mme B. _____ n'en dira pas plus sur le sujet en indiquant qu'elle ne sait pas exactement les garanties et puis que ce n'était pas le problème car M. A. _____ avait chuté et que c'était dès lors un accident et non une maladie.

Une demande AI a été faite et la demande de rente a été rejetée.

Actuellement M. A. _____ est au chômage.

Mme B. _____ me dit que si l'on veut on peut demander le témoignage de M. [...], chef technique à l'époque de l'évènement qui nous occupe.

J'ai indiqué que pour le moment ce n'était pas nécessaire.

Mme B. _____ a rempli le constat d'accident que je lui ai donné [...]

Mme B. _____ ensuite me demande si ce qu'elle a écrit me convient, je lui rappelle que ce n'est pas le problème, que ça me plaise ou pas, je lui rappelle juste qu'elle doit retranscrire simplement la vérité."

Il ressort ce qui suit du constat d'accident LAA établi le 20 janvier 2014 par B. _____ :

"Monsieur A. _____ a chuté, suite à une perte d'équilibre, sur le coccyx, en portant un stérilisateur d'un poids très important et très encombrant pour rendre service et dans le cadre de ce qui lui a été demandé par M. [...]. Ça s'est passé au laboratoire de M. [...], dans la clinique de [...]. Monsieur A. _____ est resté à terre pendant quelques minutes suite à sa chute. Mais il a tenu à conduire pour le retour. J'ai proposé d'appeler une ambulance, mais il a refusé en pensant que ça allait aller mieux. Il m'a appelé le lendemain matin pour me dire qu'il avait dû aller aux urgences en raison des douleurs."

Par décision sur opposition du 26 février 2014, la W._____ a rejeté l'opposition de l'assuré et intégralement confirmé la décision litigieuse du 24 janvier 2013. Ses constatations étaient notamment les suivantes :

"[...]

14. Dans le cas qui nous occupe, force est de noter que la contestation, par l'assuré, de l'existence d'un état antérieur frise la témérité. De fait, les examens radiographiques et IRM de la colonne lombaire ne montrent aucune lésion traumatique récente mais d'importantes dégénérescences, ce qui est affirmé par le radiologue chez qui s'est rendu l'assuré (ch. 3 de la partie en faits). Le médecin traitant lui-même admet que la «*grosse discopathie arthrosique L4-L5*» constitue une circonstance étrangère à l'accident jouant un rôle dans le processus de guérison (ch. 5 de la partie en faits). Une ancienne lésion traumatique sera également mentionnée par le Dr P._____ (ch. 12 de la partie en faits). On n'a dès lors aucune raison de douter du bien-fondé de l'appréciation des experts du CEMed, lorsqu'ils aboutissent à une conclusion identique, laquelle n'est d'ailleurs contestée par aucun des médecins intervenus dans ce dossier.

15. Ensuite, il s'agit d'examiner l'argumentation développée par le conseil de l'assuré selon lequel les experts du CEMed auraient procédé d'une «*approche juridique erronée pour laquelle ils ne sont pas compétents*» en fixant le statu quo des suites de l'accident à 3 mois, sous prétexte que «*conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral le statu quo sine, en présence d'un état dégénératif préexistant asymptomatique, est atteint dans l'année qui suit l'accident*». En effet, le Tribunal fédéral n'a jamais énoncé de règle de droit à cet égard (ce pour quoi il ne serait d'ailleurs, en tant qu'autorité judiciaire et non législative, pas compétent) mais seulement retranscrit la littérature médicale pertinente, selon laquelle, en règle générale, le statu quo d'une aggravation traumatique d'un état dégénératif cliniquement asymptomatique de la colonne vertébrale peut considérer être atteint dans un délai de six à neuf mois, mais au plus tard dans un délai d'une année, tandis que, s'agissant de lombalgies l'on peut même s'attendre à ce qu'un statu quo soit atteint dans un délai de trois à quatre mois. Il n'en reste pas [moins] que l'appréciation de la date à laquelle le statu quo des suites d'un accident a été atteint dans un cas particulier est une question de fait, qui requiert des connaissances particulières en médecine, et à laquelle doit donc répondre des experts de cette dernière discipline. Or, dans le cas d'espèce, les experts sont arrivés à la conclusion que le statu quo de la contusion banale au niveau du coccyx et de la région lombaire seule affection qu'ils jugent en lien de causalité avec l'accident, a été atteint 3 mois après la survenance du sinistre. Cette appréciation doit être suivie, d'autant qu'elle correspond à ce qui est observé dans la plupart des cas s'agissant de lombalgies comme l'a par ailleurs observé le Tribunal fédéral dans de nombreux arrêts dont certains ont été cités par le mandataire de l'assuré.

16. En outre et à titre superfétatoire, force est de constater que l'assuré a, dans un premier temps, expliqué à l'infirmière de tri et aux médecins du service des urgences de l' [...] avoir ressenti des douleurs dans le dos après avoir porté une lourde charge, sans qu'il ne soit question d'une quelconque chute, à savoir un événement qui n'est pas de nature accidentelle. Vu les circonstances, il paraît vraisemblable que le sinistre se soit déroulé de la manière ci-dessus décrite et qu'a expliqué l'assuré lui-même le lendemain du sinistre au personnel du service des urgences. En effet, le déroulement des faits tel que l'a décrit le témoin entendu le 20 janvier 2014 paraît peu vraisemblable, notamment dans la mesure où l'on s'imagine mal une personne poser une charge devant lui avant de tomber en arrière sur les fesses. Ledit témoin est d'autant moins digne de foi qu'il était d'ailleurs sur place sur le lieu de travail le jour de l'accident alors qu'il était censé être en arrêt de travail à 100%. De plus, ce témoin n'a pas hésité à accomplir du travail administratif pour son employeur en remplissant la déclaration d'accident du 18 octobre 2011 et le questionnaire du 4 novembre 2011 alors qu'il était toujours censé être en incapacité de travail complète. Dans ce contexte, un témoignage de complaisance ne paraît pas moins vraisemblable qu'une véritable chute sur le coccyx. Cela est d'autant plus vrai que le dossier contient d'autres éléments contradictoires, par exemple le fait qu'il serait question de deux stérilisateurs selon la déclaration d'accident; alors que le témoin a parlé d'un unique stérilisateur lorsqu'il a été entendu le 20 janvier dernier.
[...]"

B. Par acte du 31 mars 2014, A. _____, représenté par Me Isabelle Jaques, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée. Il a conclu avec dépens principalement, à la réforme de la décision attaquée en ce sens que le recourant est maintenu au bénéfice des prestations d'assurance jusqu'au 30 septembre 2012, une expertise pluridisciplinaire (comportant un volet rhumatologique et un volet neurologique) étant mise en œuvre pour déterminer le droit aux prestations de l'intéressé au-delà du 30 septembre 2012. Le recourant a subsidiairement conclu à l'annulation de la décision entreprise ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire telle que précitée pour déterminer le droit aux prestations au-delà du 1^{er} janvier 2012 et, plus subsidiairement encore, à l'annulation de la décision attaquée ainsi qu'au renvoi du dossier à la W. _____ pour instruction complémentaire dans le sens des considérants. Il reproche à l'assurance de s'être basée dans sa décision sur les conclusions du rapport d'expertise du CEMed du 14 septembre 2012. A le suivre, ce rapport serait en opposition avec les avis médicaux des mois de

février 2012 et avril 2012 du médecin-conseil de l'intimée à teneur desquels, à leur date d'établissement, le statu quo ante n'avait pas encore pu être déterminé comme étant atteint. Le recourant observe ainsi que la W._____ était en possession de deux avis médicaux internes contradictoires. Par ailleurs, l'expertise du CEMed, dépourvue de motivation (pas de renvoi à la littérature médicale et absence d'explication des motifs ayant empêché le Dr R._____ de déterminer que la date du statu quo ante avait été atteinte fin 2011 déjà) quant à ses conclusions, ne saurait avoir de valeur probante. L'expertise du CEMed ayant toutefois permis d'établir que le recourant présentait un état pathologique préexistant asymptomatique, l'intimée aurait ainsi dû déterminer la date à laquelle le statu quo ante était atteint sur cette base. Or, en application de la jurisprudence en présence d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale cliniquement asymptomatique avant l'accident, le recourant estime qu'il convient de retenir que le statu quo ante a été atteint le 30 septembre 2012.

Par décision du 2 avril 2014 du Juge instructeur, le recourant s'est vu accorder le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 31 mars 2014, Me Isabelle Jaques étant désigné en tant qu'avocat d'office.

Dans sa réponse du 9 mai 2014, la W._____ a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition querellée. L'intimée soutient en premier lieu qu'au vu des versions contradictoires du recourant, le sinistre du 30 septembre 2011 ne constituerait finalement pas un accident. Elle maintient au surplus que, même si le sinistre du 30 septembre 2011 était de nature accidentelle, le statu quo de ses suites a été atteint à la fin décembre 2011 au plus tard, les très brefs avis médicaux de son médecin-conseil ne contredisant en rien l'expertise du CEMed.

Par réplique du 3 juillet 2014, le recourant a indiqué maintenir l'intégralité des conclusions prises à l'appui de son mémoire de recours du 31 mars 2014. Il précise par ailleurs que l'unique question qui demeure à trait à la date à laquelle le statut quo ante a été atteint. A titre de moyens

de preuve, il a encore requis l'audition en cours de procédure des Drs R._____, C._____ et F._____.

L'intimée n'a par la suite pas dupliqué dans le délai imparti au 25 août 2014 par la Cour de céans.

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 sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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

En l'espèce, le recourant est domicilié dans le canton de Vaud; son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et il satisfait aux autres conditions de forme; il est donc recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise 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 (cf. ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Est litigieuse en l'espèce, la question de savoir si la W. _____ était fondée à mettre un terme à ses prestations dès le 1^{er} janvier 2012.

3. Alors que dans sa décision l'intimée avait admis l'existence d'un accident, elle le remet en cause, certes à titre superfétatoire dans la décision attaquée.

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 ; ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 230 consid. 1 et les références). La notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident et que, le cas échéant, l'atteinte dommageable doive être qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 232 consid. 1; RAMA 1986 n° K 685 p. 299 consid. 2).

b) Le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 129 V

402 consid. 2.1, 116 V 136 consid. 3b, 112 V 202 consid. 1 et les références citées; ATFA U 220/2005 du 22 mai 2006, consid. 3.2).

Le critère du facteur extérieur extraordinaire peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel du mouvement est influencé par un phénomène extérieur (ATF 130 V 117 consid. 2.1 et les références). Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encoule, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou tente d'exécuter un mouvement réflexe pour éviter une chute (RAMA 2004 n° U 502 p. 184 consid. 4.1 in fine [ATFA U 322/2002 du 7 octobre 2003], 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b).

Pour des lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes, professionnelles ou autres, de l'intéressé (ATFA U 9/2004 du 15 octobre 2004, consid. 3 in fine; Fresard/Moser-Szeless, l'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Bâle/Genève/Munich 2007, 2^{ème} éd., n°73 p. 861; Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 178).

Concernant la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, on rappellera que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (TF 8C_788/2012 du 17 juillet 2013, consid. 4; ATF 121 V 45 consid. 2a et les références; TF 8C_513/2011 du 22 mai 2012, consid. 5.2 et les références).

c) Dans le cas présent, il résulte de la déclaration d'accident que l'assuré a fait une chute sur le coccyx alors qu'il déplaçait deux stérilisateurs très lourds. De même, le Dr P._____, qui a vu l'assuré à plusieurs reprises depuis le 4 octobre 2011 indique dans son rapport du 3 novembre 2011 une chute sur le siège le 30 septembre 2011. Le médecin-conseil de l'intimée mentionne également dans son rapport du 29 novembre 2011 une chute sur les fesses. Certes, ni l'infirmière du tri, ni le Dr K._____ du service des urgences ne font état d'une chute. Toutefois, il apparaît peu vraisemblable que l'assuré ait sciemment modifié ses déclarations trois jours après être allé consulter aux urgences dans le but d'obtenir des prestations de l'assureur-accidents. Il apparaît bien plutôt qu'il s'est montré plus précis avec son médecin traitant lequel a une meilleure écoute et plus de temps à consacrer à un patient que les collaborateurs du service des urgences.

Si l'intimée estimait nécessaire des précisions quant au déroulement de l'événement, il lui appartenait d'interpeller l'assuré et toute autre personne ayant assisté à celui-ci avant de rendre sa première décision. On peut comprendre que trois ans après l'accident, la mémoire du témoin ne soit pas très précise sans que cela soit délibéré. Le témoin a toutefois confirmé la chute du recourant sur le coccyx après avoir perdu l'équilibre. Peu importe la divergence des versions quant au port d'un ou de deux stérilisateurs à cette occasion.

Il suit de là que l'événement du 30 septembre 2011 constitue bien un accident, ce qu'avait d'ailleurs retenu l'intimée dans sa décision initiale.

4. a) Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir: au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a); aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b); au traitement, à la nourriture et au

logement en salle commune dans un hôpital (let. c); aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d); aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e).

Selon l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré une pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique due à un accident (cf. art. 6 LPGA).

L'art. 36 al. 1 LAA prévoit que les prestations pour soins, les remboursements de 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.

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 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 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 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 et les références; TF 8C_714/2013 du 23 juillet 2014, consid. 3.1 et 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 (TF 8C_895/2011 du 7 janvier 2013, consid. 5.1, 8C_513/2007 du 22 avril 2008, consid. 2 et les références). En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. En l'absence de preuves, la décision est défavorable à la partie qui entend déduire un droit d'une circonstance dont l'existence n'est pas établie (126 V 319 consid. 5a).

La jurisprudence a souligné à cet égard que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer ses prestations cesse si l'accident ne constitue pas 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 (*statu quo sine*) par suite d'un développement ordinaire (TF 8C_551/2012 du 26 juin 2013, consid. 2, 8C_552/2007 du 19 février 2008, consid. 2, 8C_805/2007 du 20 août 2008, consid. 2 et les références citées); 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"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TF 8C_347/2013 du 18 février 2014, consid. 2.2 et 8C_42/2009 du 1^{er} 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.

c) 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni 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, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, 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 et 125 V 351 consid. 3a; cf. TF 9C_104/2014 du 30 mai 2014, consid. 4.1, 8C_373/2013 du 11 mars 2014, consid. 5.2 et 9C_22/2011 du 16 mai 2011, consid. 5).

S'agissant des rapports des médecins des assureurs, le juge peut leur accorder valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee, et les références citées).

Les avis émanant de médecins consultés par l'assuré doivent en revanche être admis 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid 4.2). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2).

5. a) En l'occurrence, les experts du CEMed constatent que suite à la chute survenue le 30 septembre 2011, les douleurs apparues immédiatement, à savoir des douleurs coccygiennes et lombaires, sont en relation de causalité certaine avec l'accident, traduisant les suites habituelles d'une contusion banale. Dans le cours ordinaire des choses et sans la pathologie discale préexistante, les experts retiennent que l'évolution des troubles précités devait être favorable en quelques semaines avec retour au statu quo sine vel ante au plus tard deux à trois mois après l'accident, soit à fin décembre 2011. Concernant la persistance de douleurs lombaires et l'apparition tardive de sciatalgies droites ayant conduit à l'intervention pratiquée le 24 mai 2012, les experts retiennent que ces dernières sont clairement en relation avec une pathologie discoverébrale pluri-étagée prédominant en L4-L5 préexistante à l'événement accidentel. Ils estiment uniquement que la relation de causalité entre les sciatalgies et le traitement qui s'en est suivi d'une part et l'événement accidentel du 30 septembre 2011 n'est que possible, le traumatisme intervenu le 30 septembre 2011 ayant pu décompenser la situation.

Ces conclusions ne sont pas mises en doute par d'autres rapports médicaux. Certes, les 7 février et 24 avril 2012, le médecin-conseil de l'intimée avait estimé que le statu quo ante n'était pas atteint. Toutefois ses avis ne sont pas motivés et dans son dernier rapport, c'est lui-même qui a proposé une expertise médicale portant notamment sur la question du statu quo sine vel ante. Aucun des autres médecins consultés ne s'est prononcé dans des avis documentés sur cette question. Notamment, le Dr S. _____ fait état de troubles dégénératifs antérieurs à l'accident. Le Dr P. _____ mentionne également à plusieurs reprises la

discopathie arthrosique L4-L5 dont souffre son patient en tant que circonstance étrangère à l'accident jouant un rôle dans le processus de guérison et a posé le diagnostic de lombosciatalgie droite survenue sur chute sur le siège sans autre précision. Le Dr T. _____ ne démontre pas non plus que l'intervention pratiquée le 24 mai 2012 était en relation avec l'événement accidentel.

L'expertise comporte une anamnèse et fait état des plaintes du recourant. Exempte de contradictions, elle procède d'une étude approfondie du cas du recourant. Ses conclusions sont claires et bien motivées. Elle a ainsi valeur probante.

Il y a dès lors lieu d'admettre que le statu quo sine vel ante était atteint le 31 décembre 2011 et c'est à juste titre que l'intimée a alloué ses prestations jusqu'à cette date.

b) Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et les mesures d'instruction requises par le recourant doivent dès lors être rejetées. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C_748/2013 du 10 février 2014).

6. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

7. a) Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat (art. 118 al. 1 let. c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). 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 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. Celui-ci a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat de sorte qu'elle doit être arrêtée à 3 heures et 75 centièmes, soit un montant d'honoraires s'élevant à 675 francs. Il y a lieu d'ajouter la TVA de 8%, soit 54 francs. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). Ceux-ci s'élèvent à 2 fr. 15, TVA comprise. L'indemnité d'office du conseil du recourant doit donc être arrêtée à 731 fr. 15, TVA 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 [règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010, RS 211.02.3]) en tenant compte des montants payés le cas échéant à titre de franchise depuis le début de la procédure.

b) Le présent arrêt est rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA), ni dépens, le recourant n'ayant pas obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition du 26 février 2014 rendue par la W._____ est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Jaques, conseil du recourant, est arrêtée à 731 fr. 15 (sept cent trente et un francs et quinze centimes).
- 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 de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Isabelle Jaques (pour A. _____),
- W. _____,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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).

Le greffier :