

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 mars 2016

Composition : M. DÉPRAZ, président
Mme Berberat, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me David Métille, avocat, à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée.

Art. 27 LPGA ; art. 6 LAA et art. 19a à 19s LEmp.

E n f a i t :

A. A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant de Bosnie-Herzégovine né en 1955, est au bénéfice d'un permis d'établissement. Il a exercé la profession de sommelier auprès du Restaurant C. _____ à [...] jusqu'au 31 août 2012, date à laquelle son contrat de travail a été résilié en raison de la cessation de l'activité commerciale de l'établissement.

Le 3 septembre 2012, l'assuré s'est inscrit en tant que demandeur d'emploi auprès de l'Office régional de placement [...] (ci-après : l'ORP). Il a revendiqué le paiement d'indemnités journalières de l'assurance-chômage, que la Caisse de chômage B. _____ lui a versées dès cette même date. En sa qualité de chômeur, il était assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

B. Par déclaration de sinistre du 1^{er} mai 2014, l'assuré a annoncé à la CNA, par l'intermédiaire de la Caisse de chômage B. _____, avoir été victime d'un accident le 26 mars 2014 à 21h15. Il a précisé avoir glissé dans sa baignoire en voulant prendre sa douche.

Le 5 mai 2014, la CNA a signalé à l'assuré ainsi qu'à la Caisse de chômage B. _____ qu'elle allouerait des prestations d'assurance en lien avec cet accident.

Le Dr D. _____, médecin généraliste traitant de l'assuré, a attesté d'une incapacité de travail à 100% depuis la date de l'accident, régulièrement prolongée par la suite.

C. Lors d'un entretien téléphonique avec la CNA, l'assuré a indiqué avoir été victime d'un précédent accident, survenu en 2007 [recte : 2008], lequel lui avait occasionné des lésions au dos. Cet accident avait été pris en charge par la société d'assurances E. _____ SA.

Les circonstances de cet accident étaient les suivantes : en date _____ du 13 mars 2008, l'assuré avait glissé pendant son service à la cuisine du restaurant et chuté sur le siège, ce qui avait occasionné une fracture et tassement de la vertèbre D12.

Dans un rapport du 19 mars 2009, le Dr F. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, communiquait à E. _____ SA les éléments suivants :

« [...L'assuré] a subi une chute sur le siège le 13 mars 2008 avec immédiatement une importante douleur de la jonction dorso-lombaire. Un scanner effectué quelques mois plus tard, a mis en évidence une fracture tassement de D12. Depuis lors, il persiste des douleurs mécaniques qui s'accompagnent depuis quelques mois de douleurs en ceinture lorsque le patient va se coucher et qu'il doit se retourner. L'examen est marqué par une obésité avec relâchement de la sangle abdominale, des douleurs statiques avec renversement postérieur du tronc. Il n'y a pas de signes neurologiques irritatifs ou déficitaires. La mobilité rachidienne est limitée dans toutes les directions mais peu douloureuse. Par contre, lorsque le patient est couché et qu'il essaie de se relever ou de se retourner, il ressent des douleurs en ceinture et au niveau de la base des côtes. Les examens radiologiques [...], notamment un scanner thoracique, retrouvent la fracture de D12 sans modification ainsi qu'une maladie de Le Forestier expliquant l'enraidissement rachidien global. En raison de ces douleurs persistantes irradiant en ceinture, dans un contexte de tassement vertébral, j'ai proposé d'effectuer une scintigraphie osseuse pour voir s'il y avait d'autres locations que cette vertèbre D12. Par ailleurs, j'ai demandé une densitométrie osseuse à la recherche d'une ostéoporose. [...] »

Le 23 mars 2009, une scintigraphie osseuse avait été réalisée à la Clinique G. _____ à [...]. Dans sa conclusion, la Dresse H. _____, spécialiste en médecine nucléaire et radiologie, mentionnait ce qui suit :

« [...P]as d'évidence de fracture vertébrale récente. Le corps vertébral D11 paraît légèrement diminué de hauteur et reste hyperactif sur possibles séquelles traumatiques. Il existe un foyer hyperactif sur le bord droit de D7, possiblement d'origine dégénérative et qui pourrait être responsable de la symptomatologie. Pour le reste, il s'agit de troubles dégénératifs qui prédominent sur toutes les grosses articulations et notamment sur les genoux. »

Dans un rapport du 30 mars 2009, le Dr F._____ relevait que la scintigraphie osseuse n'avait rien montré de particulier, notamment au niveau dorsal, ce qui permettait d'exclure des phénomènes inflammatoires ou oncologiques. Il retenait un diagnostic de « dorsalgies non spécifiques, un an après fracture de D12 » et prescrivait la prise d'un antalgique ainsi qu'un traitement de physiothérapie.

Selon un rapport du Dr I._____, spécialiste en médecine interne et gériatrie, du 5 mars 2012, l'assuré suivait un traitement de physiothérapie et continuait à souffrir de dorsalgies chroniques non invalidantes mais qui étaient bien contrôlées par une antalgie orale.

Par décision du 12 avril 2012, E._____SA avait mis fin aux prestations, le traitement médical étant qualifié de terminé, et alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5% d'un montant de 6'300 francs.

D. En date du 8 mai 2014, l'assuré a été examiné au scanner au sein l'Institut J._____ à [...]. A cette occasion, la Dresse L._____, spécialiste en radiologie, a constaté un « discret affaissement du plateau D12, ancien » sans autre anomalie (cf. rapport médical du 8 mai 2014).

Dans le formulaire « certificat médical LAA » daté du 18 juin 2014, le Dr D._____ a pour sa part diagnostiqué une « contusion lombaire avant antécédent de fracture-tassement D12 ».

Par avis du 24 juin 2014, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a considéré que l'accident du 26 mars 2014 avait entraîné une « décompensation passagère sur état antérieur (fracture D12 en 2008) » et que le statu quo sine avait été atteint trois mois après l'événement.

Suite à un échange de vues entre la CNA et E._____SA, le Dr K._____ a attesté le 17 septembre 2014 que les troubles du dos pour lesquels l'assuré était en incapacité de travail n'étaient pas en relation de

causalité avec l'accident du 26 mars 2014. Ce médecin a réitéré sa précédente appréciation selon laquelle il y avait eu décompensation passagère d'un état maladif antérieur avec un statu quo sine à trois mois après l'accident. Les radiographies et les scanners de 2008 et 2009 montraient une maladie de Forestier étendue au niveau du rachis dorsal. Un DISH [réd : diffuse idiopathic skeletal hyperostosis] était clairement visible sur les clichés. Il s'agissait d'un phénomène maladif, dont les suites relevaient de l'assurance-maladie.

E. Par décision du 19 septembre 2014, la CNA a mis fin à ses prestations sous la forme du paiement des indemnités journalières et de la prise en charge des frais médicaux, avec effet 30 septembre 2014. Elle a refusé toute autre prestation du fait de l'événement du 26 mars 2014, considérant que le statu quo sine avait été atteint au plus tard le 30 septembre 2014.

Par courrier du 16 octobre 2014 de son assureur de protection juridique, complété le 11 novembre 2014, l'assuré a formé opposition contre la décision précitée. De son point de vue, les lombalgies invalidantes étaient dues exclusivement à l'accident du 26 mars 2014 puisqu'il avait pu reprendre son activité de sommelier après le précédent accident du 13 mars 2008. L'assuré concluait à la poursuite du versement des prestations par la CNA. Dans une attestation qui était jointe à l'opposition, le Dr D._____ observait que l'assuré ne présentait pas de troubles d'origine malade ou accidentelle avant l'accident du 26 mars 2014, que l'accident du 26 mars 2014 n'avait probablement pas aggravé un trouble préexistant, que les lombalgies rencontrées par l'assuré paraissaient dues exclusivement ou du moins en partie à l'accident du 26 mars 2014, dans la mesure où son patient avait repris son activité professionnelle jusqu'en 2012. Les symptômes présentés n'étaient apparemment pas en lien avec l'accident du 13 mars 2008, tandis qu'une amélioration de l'état de santé de l'assuré était envisagée à brève échéance. Il devait dans l'attente respecter des limitations fonctionnelles, soit « pas de travail sur terrain irrégulier, pas de travail avec bras au-

dessus des épaules ou accroupi, pas de travail uniquement assis ou debout. »

Dans un rapport du 6 janvier 2015, le Dr K. _____ a confirmé, sur la base des pièces du dossier, le statu quo sine fixé à trois mois après l'accident _____ du 26 mars 2014 compte tenu de l'état antérieur constaté au niveau du rachis dorso-lombaire de l'assuré.

Par décision sur opposition du 9 janvier 2015, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision initiale mettant fin à ses prestations avec effet au 30 septembre 2014. En substance, la CNA a considéré que l'appréciation du Dr D. _____, selon laquelle l'assuré ne présentait pas de troubles d'origine malade ou accidentelle antérieurement à l'événement concerné, était en contradiction avec les rapports radiologiques versés à son dossier.

F. Représenté par Me David Métille, l'assuré a déféré la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 11 février 2015. Il conclut, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision sur opposition du 9 janvier 2015 et au versement par la CNA des prestations légales dues postérieurement au 30 septembre 2014. En outre, le recourant demande à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire. Sur le fond, le recourant soutient que les troubles dorsolombaires invalidants dont il souffre sont en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 26 mars 2014. Il fait valoir que l'appréciation du médecin-conseil de la CNA n'est en l'espèce pas suffisante pour se prononcer sur la problématique médicale. En outre, il indique qu'en cas de lésions génératives préexistantes, le délai devant s'écouler avant d'atteindre le statu quo sine par suite de contusion lombaire est porté à six mois, voire à une année. Au vu de la situation du recourant, la durée de la prise en charge de ses troubles devrait au moins s'étendre jusqu'au 31 mars 2015, sous réserve d'une éventuelle aggravation. Par ailleurs, l'assuré fait également valoir une violation de l'obligation de renseigner en lien avec la perte de son droit à pouvoir

toucher des prestations de l'assurance en cas de perte de gain des suites de maladie pour les bénéficiaires d'indemnités de chômage (ci-après : APGM). Ni la CNA, ni E. _____ SA n'auraient informé l'assuré de son droit à pouvoir bénéficier des prestations de l'APGM, lequel se serait dans l'intervalle épuisé. Le recourant devrait donc être placé dans la situation dans laquelle il se trouverait s'il avait été rendu attentif au risque d'absence de couverture d'assurance. A titre de mesures d'instruction, le recourant requiert la production du dossier de la Caisse de chômage B. _____ ainsi que la mise en œuvre d'une expertise orthopédique, soit dans le cadre de la procédure judiciaire, soit par renvoi à l'autorité intimée.

Dans sa réponse du 22 mars 2015, la CNA conclut au rejet du recours. Elle considère que le recourant ne parvient pas à faire douter du bien-fondé de l'appréciation du Dr K. _____, laquelle répond aux critères posés par la jurisprudence pour se voir reconnaître valeur probante. Même si ce médecin n'a pas examiné personnellement l'assuré, il a eu accès à l'entier du dossier, lequel contient suffisamment de rapports de médecins ayant vu le recourant à leur consultation et décrivant précisément les plaintes de ce dernier. La CNA relève avoir versé des prestations jusqu'au 30 septembre 2014, soit six mois après l'événement assuré. L'intimée réfute en outre toute violation de son devoir d'information en lien avec les prestations de l'APGM. Le recourant n'avait de toute manière pas subi de dommage dans la mesure où son droit aux prestations de l'APGM s'était éteint avec l'échéance de son délai-cadre d'indemnisation en date du 3 septembre 2014 alors qu'il avait bénéficié des prestations de la CNA jusqu'au 30 septembre 2014.

Dans sa réplique du 12 mai 2015, le recourant a maintenu ses conclusions et conclut à titre subsidiaire à ce que l'intimée soit tenue de prendre en charge les indemnités équivalentes à celles qui auraient été allouées au recourant, au titre de l'APGM, à partir du 3 septembre 2014 et correspondant à un total de 270 indemnités journalières. Le recourant a relevé que l'intimée n'avait versé ses prestations pour une durée de six mois que parce que la procédure de coordination avec E. _____ SA avait

pris du temps. Pour le surplus, la motivation pour justifier le statu quo sine à trois mois s'avérait à son avis légère. L'intimée ne pouvait statuer sans prendre des mesures complémentaires, notamment la mise en œuvre d'une expertise orthopédique ou rhumatologique aux fins de déterminer la durée des conséquences de l'accident du 26 mars 2014. Pour le surplus, le recourant fait valoir qu'il aurait pu bénéficier des prestations de l'APGM à partir du 3 septembre 2015 [recte : 2014] s'il avait été informé en temps utile de son droit. Dès lors qu'il avait droit à 520 indemnités de chômage, il aurait pu percevoir un maximum de 270 indemnités journalières. Le recourant requiert enfin l'appel en cause de E. _____ SA et de la Caisse de chômage B. _____ dans la mesure où la responsabilité de ces institutions pouvait être engagée en sus de celle de l'intimée.

Cette dernière a maintenu ses conclusions dans sa duplique du 2 juin 2015, relevant que l'APGM cessait de produire ses effets au terme du délai-cadre d'indemnisation de l'assuré.

Sur réquisition du magistrat instructeur, la Caisse de chômage B. _____ a produit le dossier du recourant le 12 juin 2015, pièces sur lesquelles les parties ont pu se déterminer.

Il en ressort notamment que le Service de l'emploi (ci-après : le SDE), par l'intermédiaire de l'ORP, a adressé le 4 juillet 2014 au recourant une confirmation de l'annulation de son inscription à l'assurance-chômage pour cause de maladie longue durée. Il l'a invité à vérifier auprès de sa caisse maladie et accident ou auprès de son futur employeur la couverture du risque d'accident non-professionnel. La décision de la CNA du 11 septembre 2014 mettant fin aux prestations a en outre été communiquée au SDE.

Il apparaît également que le recourant s'est à nouveau inscrit auprès de l'ORP, revendiquant les prestations de l'assurance-chômage à compter _____ du 11 mars 2015 sur la base d'une disponibilité à l'emploi à 100%. Par décision _____ du

24 avril 2015, le SDE l'a toutefois reconnu inapte au placement en raison de son incapacité de travail de longue durée et a nié son droit à des prestations de l'assurance-chômage.

G. Par décision du 3 novembre 2015, le juge instructeur a refusé d'accorder l'assistance judiciaire au recourant, compte tenu de la fortune de ce dernier.

La requête du recourant tendant à l'appel en cause d'E. _____ SA et de la Caisse de chômage B. _____ a par ailleurs été rejetée à l'issue d'une décision incidente du 5 novembre 2015.

Les parties ne se sont pas exprimées plus avant de sorte que la cause a été gardée à juger.

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 ; RS832.20]).

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

c) 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 satisfait aux autres conditions de forme. Il est donc recevable.

2. Il convient en premier lieu d'examiner si, comme le soutient le recourant, l'intimée est dans l'obligation de poursuivre l'allocation de ses prestations au-delà du 30 septembre 2014.

a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle.

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b, avec les références). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte.

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 ; RAMA 1999 n° U 341 p. 407 ss. consid. 3b). 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. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 129 V 402 consid. 4.3.1 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, 2e éd., Bâle 2007, n° 79 p. 865).

On ne saurait toutefois dénier toute valeur au raisonnement « post hoc ergo propter hoc » lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, la non-applicabilité de cet adage 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).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 129 V 402 consid. 4.3).

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 de l'assuré 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 ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 80 p. 865).

b) En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que 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 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 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 ; TF [Tribunal fédéral] 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3).

3. En l'espèce, il est constant que le recourant est victime de lombalgies consécutivement à une chute dans sa baignoire survenue le 26 mars 2014. L'intimée a en outre admis la prise en charge des suites de cet événement. Est en revanche litigieuse la relation de causalité entre cet événement et les douleurs dorsales présentées par le recourant pour la période postérieure au 30 septembre 2014.

Dans le cadre de la procédure d'opposition, le recourant a soutenu que seul l'accident du 26 mars 2014 était à l'origine de ses lombalgies et qu'il ne présentait aucun trouble d'origine malade ou accidentelle avant cet accident. Or, il ressort de son dossier que suite au premier accident dont le recourant a été victime le 13 mars 2008, il a

continué à souffrir de dorsalgies chroniques nécessitant - encore en 2012 - un traitement médicamenteux. En outre, le CT-scan du 23 juin 2008 a permis d'observer, en sus des séquelles de l'enfoncement du plateau inférieur de D12, des discopathies lombaires étagées prédominantes en L4-L5 et L5-S1. Selon le rapport du Dr F. _____ du 19 mars 2009, les radiographies pratiquées immédiatement après l'accident du 13 mars 2008 relataient également une maladie de Le Forestier susceptible d'expliquer l'enraidissement rachidien global.

Le Dr D. _____, médecin traitant du recourant, ne peut donc être suivi lorsqu'il affirme que l'assuré ne présentait pas de troubles d'origine malade ou accidentelle avant l'accident du 26 mars 2014. Son avis n'est d'ailleurs pas argumenté et s'apparente précisément à un raisonnement du type « post hoc ergo propter hoc ». En particulier, ce praticien n'expose pas pourquoi, sur une base étiologique, il y aurait lieu de considérer que l'accident du 26 mars 2014 constitue la cause des lombalgies persistantes affectant son patient.

L'intimée était donc légitimée à écarter l'avis de ce praticien s'agissant de la causalité unique de l'accident du 26 mars 2014. Il apparaît en effet bien au contraire que le recourant souffrait d'affections préexistantes réactivées par ce dernier événement.

4. Il convient à ce stade d'examiner si l'intimée était fondée à considérer que les troubles présentés par le recourant n'étaient plus en lien de causalité naturelle avec l'événement assuré au-delà du 30 septembre 2014, autrement dit si le statu quo sine vel ante était atteint à cette date.

a) Selon une jurisprudence constante du Tribunal fédéral, en cas de lombalgies ou de lombo-sciatalgies post-traumatiques, le statu quo sine peut être attendu, selon l'état actuel des connaissances scientifiques, après deux ou trois mois, à moins qu'une éventuelle aggravation ne soit prouvée radiologiquement et qu'elle se distingue d'une progression habituelle selon l'âge. L'aggravation traumatique d'un état dégénératif

antérieur cliniquement asymptomatique de la colonne vertébrale est, en règle générale, à considérer comme terminée après six à douze mois (TF 8C_1029/2012 du 22 mai 2013 consid. 4.2.1 ; 8C_396/2011 du 21 septembre 2011 consid. 3.2 ; 8C_1009/2009 du 4 mai 2010 consid. 3.1.1).

In casu, il n'existe pas d'indice permettant de soupçonner une éventuelle aggravation due au traumatisme du 26 mars 2014. En particulier, le CT-scan réalisé le 8 mai 2014 au sein de l'Institut J._____ à [...] n'a pas mis en évidence d'autre anomalie que le discret affaissement du plateau D12 qui résultait déjà de l'accident du 13 mars 2008. La radioscopie n'a révélé ni tassement de vertèbres, ni apparition ou agrandissement de lésions (RAMA 2000, p. 45).

Force est de constater pour le surplus que l'accident était de peu de gravité et n'a pas nécessité de traitement particulier, si ce n'est une prise d'antalgique qui était au demeurant déjà préconisée avant l'accident.

L'intimée pouvait donc, au stade de la vraisemblance prépondérante et au vu du dossier, considérer que l'on était en présence de lombalgies post-traumatiques sans aggravation. Dès lors, il y a lieu de considérer que le statu quo sine vel ante devait effectivement être atteint après deux ou trois mois.

b) Selon le recourant, le médecin-conseil de l'intimée aurait dû l'examiner personnellement et ne pouvait se fonder uniquement sur les pièces versées à son dossier. Toutefois, le recourant n'expose pas en quoi son examen par le médecin-conseil aurait pu modifier l'appréciation de ce dernier. Les rapports médicaux produits à l'appui de ses arguments ne justifient pas davantage un examen complémentaire, l'anamnèse énoncée par le Dr D._____ étant notamment particulièrement sommaire. Il s'ensuit que l'intimée pouvait valablement se fonder sur l'appréciation faite par son médecin-conseil sur la base du dossier de la cause.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de considérer avec l'intimée que le statu quo ante vel sine a été atteint au plus tard le 30 septembre 2014, ce qui correspond au demeurant à une période de six mois après l'événement assuré. C'est donc à juste titre que la décision du 19 septembre 2014 a mis fin au versement des prestations de l'intimée à la date querellée.

c) On ajoutera que le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile, tandis que la requête d'expertise émanant de l'assuré doit être rejetée. 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 ; TF 8C_285/2013 du 11 février 2014 consid. 5.2 et 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

d) En définitive, la conclusion principale du recourant tendant au versement des prestations par l'intimée au-delà du 30 septembre 2014 doit être rejetée.

5. Le recourant fait également grief à l'intimée, ainsi qu'à E. _____ SA et à la Caisse de chômage B. _____, d'avoir violé leur devoir d'information en ne le renseignant pas sur son droit à bénéficier des prestations de l'assurance perte de gain maladie pour les bénéficiaires d'indemnités de chômage (APGM). Il conclut à ce que l'intimée soit condamnée à lui verser les 270 indemnités journalières dont il aurait pu bénéficier s'il avait eu droit aux prestations de l'APGM.

a) L'art. 27 LPGA prévoit que les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus, dans les limites de leur domaine de compétence, de renseigner les personnes intéressées

sur leurs droits et obligations (al. 1). Par ailleurs, chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations ; sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (al. 2).

Tandis que l'al. 1 de cette disposition pose une obligation générale et permanente de renseigner, indépendante de la formulation d'une demande par les personnes intéressées - obligation de renseigner qui sera satisfaite par le biais de brochures, fiches, instructions, etc. -, l'al. 2 prévoit un droit individuel d'être conseillé par les assureurs compétents. Le devoir de conseil de l'assureur social au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA comprend l'obligation d'attirer l'attention de la personne intéressée sur le fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations. Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne qui a besoin de conseils doit savoir pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur. Le devoir de conseil s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique ; son contenu dépend de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (ATF 131 V 472 consid. 4 ; TF 9C_865/2010 du 8 juin 2011 consid. 5.2).

Le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée qui peut, sous certaines conditions, obliger l'autorité à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; ATF 131 V 472 consid. 5).

Dans le domaine spécifique de l'assurance-accidents, l'art. 72 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.02) prévoit que les assureurs veillent à ce que les employeurs soient

suffisamment informés sur la pratique de l'assurance-accidents ; les employeurs doivent transmettre ces informations à leur personnel. Le texte de cette disposition, qui existait déjà avant l'entrée en vigueur de la LPGA, est resté identique. L'obligation d'information qui en découle va au-delà des obligations déduites de l'art. 9 Cst. (ATF 121 V 28 consid. 2a ; TF U 50/07 du 4 août 2008 consid. 11.3, non publié à l'ATF 134 V 428, mais in : SVR 2008 UV n° 34 p. 126).

Cependant, autant dans le cadre de l'art. 27 LPGA que de l'art. 72 OLAA, une éventuelle violation du devoir d'information ne mène à des conséquences que si les conditions pour la protection de la bonne foi selon l'art. 9 Cst. sont remplies (ATF 121 V 28 consid. 2c ; TF U 50/07 cité consid. 11.3 avec références ; TFA U 255/03 du 29 mars 2004 consid. 2.1 in fine).

D'après la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour (d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6.1 et les références citées).

Ces principes s'appliquent par analogie au défaut de renseignement, la condition (c) devant toutefois être formulée de la façon suivante : que l'administré n'ait pas eu connaissance du contenu du renseignement omis ou que ce contenu était tellement évident qu'il n'avait pas à s'attendre à une autre information (ATF 131 V 472 consid. 5 ; TF 8C_320/2010 du 14 décembre 2010 consid. 5.2 ; 8C_66/2009 du 7 septembre 2009 consid. 8.4, non publié à l'ATF 135 V 339).

b) Dans le but de permettre le versement de prestations complémentaires aux chômeurs en incapacité provisoire de travail ayant épuisé leur droit aux indemnités de chômage conformément à l'art. 28 LACI (loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité ; RS 837.0), le canton de Vaud a instauré une assurance cantonale en cas de perte de gain par suite de maladie pour les bénéficiaires d'indemnités de chômage.

Les dispositions légales relatives à cette assurance ont été insérées dans la LEmp (loi vaudoise du 5 juillet 2005 sur l'emploi ; RSV 822.11), principalement aux nouveaux art. 19a à 19s LEmp (cf. Exposé des motifs et projet de loi sur une assurance perte de gain maladie pour les bénéficiaires d'indemnités de chômage et projet de loi modifiant la LEmp, avril 2011 ; ci-après : EMPL 2011). L'introduction de cette assurance dans la législation a été adoptée par le Grand Conseil le 1^{er} novembre 2011. Les dispositions modifiées de la LEmp sont entrées en vigueur le 1^{er} avril 2012, de même que celles du règlement d'application de dite loi adopté par le Conseil d'Etat.

L'APGM a pour but le versement de prestations complémentaires aux chômeurs en incapacité provisoire de travail, totale ou partielle, pour des raisons de maladie ou de grossesse, et qui ont épuisé leur droit aux indemnités de chômage, conformément à l'art. 28 LACI (art. 19a al. 1 LEmp). Sont obligatoirement assurés les chômeurs qui répondent aux conditions de l'art. 8 LACI et qui sont indemnisés par une caisse de chômage active dans le canton (art. 19c al. 1 LEmp).

L'art. 19d LEmp est par ailleurs libellé comme suit :

« 1. L'APGM produit ses effets dès le jour où débute le délai-cadre d'indemnisation de l'assuré.

2. L'APGM cesse de produire ses effets :

a. au terme du délai-cadre d'indemnisation de l'assuré ;

- b. lorsque l'assuré sort du régime de l'assurance-chômage avant le terme de son délai-cadre d'indemnisation. Un épuisement du droit à des indemnités de chômage est assimilé à une telle sortie;
- c. lorsque l'assuré a épuisé son droit aux prestations de l'APGM. »

L'art. 19e LEmp contient en outre les dispositions ci-après :

« 1. Peut demander les prestations de l'APGM, l'assuré qui, cumulativement :

- a. se trouve en incapacité provisoire de travail, totale ou partielle, au sens de l'article 28 LACI ;
- b. a satisfait aux obligations de contrôle prévues par la LACI pendant un mois au moins, avant de solliciter les prestations de l'APGM ;
- c. séjourne dans son lieu de domicile. Le Conseil d'Etat peut prévoir des exceptions à cette exigence, lorsque la situation particulière de l'assuré le justifie. »

Selon l'art. 19l al. 1 LEmp, les prestations et le fonctionnement de l'APGM sont financés par les cotisations des assurés. Conformément à l'art. 19m

al. 1 LEmp, la cotisation à l'APGM est prélevée d'une part par les caisses de chômage, au moyen d'une déduction du montant des indemnités de chômage versées aux assurés ; les caisses de chômage rétrocèdent ensuite ces montants au SDE, selon des modalités fixées par le Conseil d'Etat (let. a), d'autre part par le SDE, au moyen d'une déduction du montant des prestations versées au titre de l'APGM (let. b).

L'art. 10d du RLEmp (règlement du 7 décembre 2005 d'application de la LEmp ; RSV 822.11.1) précise quant à lui que satisfait aux obligations de contrôle l'assuré qui ne se trouve pas en incapacité de travail et qui respecte les devoirs et les prescriptions de contrôle prévus par l'art. 17 LACI.

Les personnes, inscrites auprès de l'assurance-chômage, qui remplissent toutes les conditions du droit et qui bénéficient des indemnités de chômage, sont en principe obligatoirement assurées à l'APGM (cf. EMPL 2011 p. 6). L'art. 19c al. 1 LEmp pose d'une part le principe du caractère obligatoire de l'assurance et d'autre part précise qui

sont les bénéficiaires de cette assurance. L'APGM débute en même temps que le délai-cadre d'indemnisation LACI (cf. EMPL 2011 p. 9). Conformément à l'art. 19e al. 1 let. b LEmp, la personne assurée doit en particulier s'être soumise aux prescriptions de contrôle pendant au moins un mois - à savoir s'être présentée aux convocations de son ORP et avoir effectué des recherches d'emploi, pendant au moins 30 jours civils (par exemple du 15 novembre au 14 décembre) - avant de pouvoir bénéficier des prestations. Le but de cette assurance complémentaire est de pallier une absence de couverture momentanée ; elle ne doit pas servir à prolonger la couverture d'une incapacité qui existait déjà avant l'arrivée au chômage. Ainsi, les personnes qui s'inscrivent au chômage avec un certificat médical et bénéficient tout de suite des indemnités versées en application de l'art. 28 LACI, sans jamais toucher d'indemnités de chômage « normales », n'ont pas droit à ces prestations (cf. EMPL 2011 p. 10).

c) A titre liminaire, on relève que la question de savoir si E. _____ SA ou la Caisse de chômage B. _____ ont violé leur devoir d'information excède l'objet du présent litige. En outre, on peut douter de la recevabilité de la conclusion en paiement prise contre l'intimée dans la mesure où elle n'a été déposée qu'en réplique alors qu'elle aurait déjà pu l'être dans le recours principal (cf. art. 61 let. b LPGA et art. 79 LPA-VD ; Benoît Bovay/Thibault Blanchard/Clémence Grisel Rapin, Procédure administrative vaudoise, 2012, ch. 2.6 ad art. 79 LPA-VD).

En l'espèce, il est constant que le recourant était bénéficiaire des indemnités de chômage au moment où l'accident est survenu, soit le 26 mars 2014. Son délai-cadre d'indemnisation avait débuté le 3 septembre 2012. Il convient donc d'examiner s'il existait une obligation de l'intimée d'informer le recourant de la couverture d'assurance et, cas échéant, si le recourant a subi un quelconque préjudice de l'absence de renseignements à cet égard.

D'abord, il est douteux que l'art. 27 LPGA soit applicable au cas particulier dans la mesure où l'APGM ne constitue pas une assurance

sociale régie par la législation fédérale au sens de l'art. 2 LPGA, mais une assurance cantonale mise en place au bénéfice des chômeurs (cf. Cour de droit administratif et public, arrêt PS.2014.0081 du 13 janvier 2015). En outre, l'intimée a signalé au SDE qu'elle mettait fin à ses prestations avec effet au 30 septembre 2014, Cela apparaît suffisant pour permettre une collaboration interinstitutionnelle dans l'hypothèse où l'APGM devait prendre le relais pour éviter un défaut d'indemnisation.

A cela s'ajoute encore que le recourant n'a de toute manière subi aucun préjudice. Selon l'art. 19d LEmp, l'APGM cesse de produire ses effets au terme du délai-cadre d'indemnisation de l'assuré. Comme le précise l'EMPL 2011 (p. 7), la durée des prestations de l'APGM est calquée sur celle des indemnités de chômage. Ainsi, dans tous les cas de figure, tant que la personne assurée a droit à des indemnités de chômage, elle peut bénéficier de la totalité des prestations perte de gain maladie fixées selon son droit aux prestations de chômage. Ce droit prend fin avec le terme du délai-cadre d'indemnisation prévu par la LACI ou avec la sortie du régime de l'assurance-chômage (cf. également EMPL 2011, p. 16 où le Conseil d'Etat a expressément rejeté la proposition d'étendre la durée des prestations de l'APGM au-delà du délai-cadre d'indemnisation).

In casu, le recourant ne pouvait de toute manière pas bénéficier des prestations de l'AGPM au-delà du 3 septembre 2014, date à laquelle son délai-cadre a pris fin. Or, à cette même date, l'intimée n'avait pas encore mis un terme au paiement des indemnités journalières ainsi qu'à la prise en charge des frais médicaux suite à l'accident du 26 mars 2014. Le recourant n'a donc subi aucun préjudice et n'aurait pas été dans une meilleure situation s'il avait bénéficié des prestations de l'APGM.

Dès lors, la conclusion en paiement prise contre l'intimée en relation avec la violation de son devoir d'information doit également être rejetée.

6. Il résulte de l'ensemble des éléments qui précèdent que le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

a) Le présent arrêt est rendu sans frais, la procédure étant gratuite
(cf. art. 61 let. a LPGA et 45 LPA-VD).

b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que le recourant, bien que représenté par un mandataire professionnel, n'obtient pas gain de cause
(cf. art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition, rendue le 9 janvier 2015 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

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 David Métille, à Lausanne (pour A. _____),
- 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 :