

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 novembre 2017

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
M. Neu, juge et M. Gutmann, assesseur  
Greffière : Mme Kuburas

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

F. \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à  
Lucerne, intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, avocat à Monthey.

---

**Art. 6 al. 1 LAA**

## **E n f a i t :**

**A.** F.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a été engagé le 8 octobre 2014 en qualité de préparateur de commandes par la société [...], sise à [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Selon la déclaration de sinistre LAA du 8 avril 2015, l'assuré a été renversé par une voiture le 30 mars 2015, le blessant au niveau du bassin droit et du bas du dos. Les premiers soins ont été donnés par son médecin traitant, le Dr D.\_\_\_\_\_, lequel a attesté une incapacité de travail de 100 %. La CNA a pris le cas en charge.

Dans un rapport du 7 avril 2015 consécutif à un scanner (CT-SCAN) du bassin effectué le 2 avril 2015, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a conclu qu'il n'y avait pas d'anomalie au niveau du bassin, ni de signe évocateur de fracture.

A la suite d'une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombaire effectuée le 10 avril 2015, le Dr W.\_\_\_\_\_ a fait les constatations suivantes :

« (...)

### ***Anomalies disco-vertébrales :***

***De D12 jusqu'à S1*** : déshydratation significative des disques L5-S1 sans discopathie avec image de rupture de l'anneau fibreux postérieur médian, avec discrète réaction inflammatoire de voisinage, sans contrainte radiculaire ou médullaire. Pas d'anomalie discale sus-jacente. Les corps vertébraux sont sans anomalie, sans signe évocateur de fracture. Pas de signe évocateur d'une insertionite ou d'une bursite.

***Cul de sac dural et son contenu*** : pas d'anomalie mise en évidence.

***Cône médullaire*** : en position physiologique en regard du corps vertébral de L1. Pas d'effet de masse ou d'anomalie de signal à ce niveau.

***Constatations supplémentaires*** : aucune.

**Au niveau du bassin :** les articulations sacro-iliaques sont sans anomalie. Les ailes iliaques sont sans anomalie. Pas d'anomalie coxofémorale. Les branches ilio et ischio-pubiennes sont sans anomalie. Pas d'anomalie musculaire. Pas de signe évocateur d'une insertionite ou d'une bursite. Pas de hernie inguinale. Les viscères pelviens sont sans anomalie.  
Impression d'un épaissement du canal anal, aspécifique.

**CONCLUSION :**

**Déshydratation significative des disques L5-S1 sans discopathie avec image de rupture de l'anneau fibreux postérieur médian, avec discrète réaction inflammatoire de voisinage, sans contrainte radiculaire ou médullaire.  
Impression d'épaississement du canal anal à confronter à un toucher rectal.**

Le 17 avril 2015, la CNA a confirmé la prise en charge du cas, à savoir le versement d'indemnités journalières et les frais de traitement médical.

Dans un rapport du 14 juillet 2015 adressé à la CNA, le Dr D.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de lombalgies et de « TMF traumatique ». Il a fait état d'un pronostic défavorable et mentionné des troubles psychiatriques ayant influencé l'évolution du traitement.

Par courrier du 31 juillet 2015, la Police de [...] a transmis à la CNA le rapport établi le 3 avril 2015 relatif à l'accident survenu le 30 mars 2015. Les circonstances de l'accident y ont été décrites comme suit :

« (...)

**Circonstances**

M. B.\_\_\_\_\_ circulait au volant de son automobile Renault Clio, sur le parking du centre commercial du [...] à [...]. Arrivé à la hauteur du passage pour piétons entre les deux centres commerciaux, l'usager a quitté momentanément son regard de la route afin de régler son auto-radio. Ayant entendu et senti un choc sur son rétroviseur gauche, M. B.\_\_\_\_\_ a regardé à nouveau la route et a vu un jeune homme tomber au sol sur la gauche de son véhicule.

(...)

**Blessures**

M. F.\_\_\_\_\_ : Douleurs sur le bas du dos, le bassin et les fesses côté droit. Doit passer une IRM le jeudi 2 avril 2015  
Arrêt de travail du 30.03.2015 au 02.04.2015.

(...). »

Par communication du 6 août 2015 à la CNA, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a indiqué suivre l'assuré depuis le 27 mai 2015 en raison d'une lombofessalgie droite. A l'examen clinique, il avait constaté l'association d'un syndrome facettaire L5-S1 droit et d'une tendinite d'insertion du moyen fessier droite. A la suite d'une infiltration effectuée le 12 juin 2015, il avait observé une amélioration de la lombalgie et de la tendinite. Toutefois, les douleurs étaient réapparues le jour de la reprise de travail, le 28 juillet 2015.

Dans un rapport du 19 août 2015 à la CNA, la Dresse Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic d'état de stress post-traumatique (F43.1) et a estimé que l'état de santé psychique de l'assuré était stabilisé, de sorte qu'elle mettait un terme au suivi, en accord avec ce dernier.

Le 22 octobre 2015, l'assuré a informé la CNA qu'il avait été licencié pour le 23 octobre suivant. Il a également précisé que son incapacité de travail perdurait jusqu'au 12 novembre 2015 et qu'elle serait certainement reconduite.

Le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin d'arrondissement de la CNA, a retenu dans son rapport du 17 décembre 2015 que les troubles lombaires étaient en lien avec l'accident survenu le 30 mars 2015. Sur ce point, il a considéré que ces troubles avaient aggravé un état maladif antérieur de manière passagère et que le statu quo sine pouvait se discuter à huit mois de l'événement, pour autant que les éléments relevés puissent être confirmés par des IRM, radiographies ou scanners. Il a ajouté qu'il n'était pas compétent pour établir si les troubles psychiatriques étaient en lien avec l'événement du 30 mars 2015.

Le 29 décembre 2015, l'assuré a subi une nouvelle IRM lombaire ainsi que du bassin. Dans le rapport y relatif établi le même jour, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a retenu une discopathie L5-S1

avec petite protrusion médiane et déchirure de l'anneau fibreux avec légère contrainte méningée mais sans signe de contrainte radiculaire sur l'ensemble des niveaux examinés et pas d'autre anomalie du contenant ou du contenu de ce segment rachidien.

Lors d'un entretien téléphonique du 30 décembre 2015 entre la CNA et l'assuré, ce dernier a expliqué qu'il ressentait des douleurs mécaniques dans son membre inférieur droit avec des pertes de force dans son pied et que les douleurs étaient constantes. Il a précisé que la prochaine consultation avec son nouveau médecin traitant - le Dr Y. \_\_\_\_\_ - aurait lieu le 6 janvier 2016.

Dans un rapport du 15 février 2016, le Dr N. \_\_\_\_\_ de la CNA a estimé que les troubles lombaires actuels de l'assuré étaient en relation de causalité avec l'accident survenu le 30 mars 2015. Lesdits troubles ayant aggravé l'état maladif antérieur de manière passagère. Il a retenu que le statu quo sine pour les troubles lombaires pouvait être atteint à huit mois de l'événement du 30 mars 2015. Il a en revanche précisé ne pas être compétent pour établir si la problématique psychiatrique était en lien avec l'accident précité.

Par décision du 16 février 2016, la CNA a mis fin à ses prestations au 22 février 2016. Se référant à l'appréciation de son médecin d'arrondissement, elle a retenu que les troubles de l'assuré subsistant à ce jour n'étaient plus dus à l'accident mais relevaient d'une maladie, et que l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident pouvait être considéré comme atteint le 30 novembre 2015 au plus tard. Elle a outre nié le lien de causalité adéquate pour les troubles d'ordre psychique, au motif que les conditions requises par la jurisprudence n'étaient pas remplies dans le cas particulier.

Le 14 mars 2016, l'assuré, alors représenté, a formé opposition contre cette décision, en contestant la reconnaissance du statu quo sine concernant les troubles somatiques consécutifs à son accident du

30 mars 2015. Il a pour le surplus fait valoir que le rapport du médecin d'arrondissement n'était pas motivé et a requis la mise en œuvre d'une expertise externe.

Dans son appréciation du 26 avril 2016, le Dr N. \_\_\_\_\_ de la CNA a notamment observé ce qui suit :

« (...)

### **Appréciation**

(...)

Sur un plan médico-asséculo-logique, pour les seules suites somatiques de l'événement initial, on retiendra que le patient a présenté le 30.03.2015 des contusions multiples au niveau du dos, du bassin, des deux genoux et des paumes des mains.

Au vu des pièces médicales disponibles (et notamment des examens radiologiques extensifs réalisés), force est de retenir que l'événement n'a occasionné que des contusions simples, sans aucune lésion structurelle.

Les examens radiologiques ont permis d'objectiver, en regard de la zone douloureuse persistante au niveau lombaire, une atteinte malade dégénérative de l'espace L5/S1 sous la forme d'un dessèchement du disque intervertébral associé à une rupture malade et dégénérative de l'anneau fibreux, sans aucune contrainte nerveuse, associée à une scoliose lombaire.

Outre les caractéristiques radiologiques de l'atteinte malade décrite, on précisera ici que le patient ne présente pas les critères scientifiquement reconnus (Prestar et al., Aktuelle Traumatol 1993 Feb; 23(1): 27-31) qui permettraient d'admettre l'atteinte du disque L5/S1 comme secondaire à un accident. En effet, pour qu'une atteinte intervertébrale puisse être reconnue comme étant post-traumatique, il faut notamment que le mécanisme accidentel survienne à haute énergie (saut d'une hauteur considérable ou collision entre véhicules (voiture, moto) à très haute vitesse, p. ex.) et que toute atteinte rachidienne dégénérative antérieure à l'événement puisse être exclue. Ces critères ne sont pas remplis dans le cas présent. Par contre, on peut tout à fait admettre que l'événement du 30.03.2015 ait pu décompenser l'état malade rachidien préexistant de manière passagère.

Au vu de ces considérations et de l'ensemble du dossier, un statu quo sine pour les troubles lombaires peut être raisonnablement prononcé à 8 mois de la survenue de l'événement initial. Au-delà de cette date, la persistance de plaintes douloureuses au niveau lombaire et du bassin seront à mettre en lien avec les atteintes malades dégénératives lombaires précitées et l'éventuelle tendinite d'origine malade et inflammatoire (qui reste en l'état un diagnostic clinique de suspicion sans aucun substrat organique objectivable - cf IRM du 29.12.2015) évoquée par le Dr S. \_\_\_\_\_ dans son rapport du mois d'août 2015.

Au vu du dossier, la participation au tableau clinique actuel d'éléments psychologiques ou psychiatriques dont l'adéquation avec l'événement initial reste à apprécier ne peut pas être exclue.

(...). »

Par décision sur opposition du 3 mai 2016, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et a confirmé sa décision du 16 février 2016. Dans sa motivation, elle a estimé que l'appréciation de son médecin d'arrondissement avait été émise en toute connaissance de cause et qu'en conséquence, il y avait lieu de renoncer à toute autre mesure d'instruction.

**B.** Par acte envoyé le 1<sup>er</sup> juin 2016 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, F.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision, en concluant implicitement à la poursuite de la prise en charge des prestations d'assurance par la CNA. En substance, il a fait valoir qu'il n'avait jusqu'à l'accident jamais souffert de maladie l'ayant empêché d'exercer ses activités professionnelles et de loisirs, ni n'avoir eu de douleurs au niveau de la jambe droite ou au bas du dos, pas plus que sur le côté gauche. Pour lui, la vitesse du véhicule qui l'a heurté était propre à expliquer les troubles physiques causés par l'accident au niveau du dos et de la jambe droite, exposant dans ce cadre rencontrer encore des difficultés à se déplacer et à poser le pied droit à terre sans douleurs. Il avait d'ailleurs été contraint de porter une ceinture orthopédique pour demeurer en position debout et assise. A titre de mesures d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une contre-expertise, estimant que le Dr N.\_\_\_\_\_ n'avait pas pris connaissance de toutes les informations le concernant, déplorant qu'il n'ait jamais eu de consultations à son cabinet. Avec son recours, le recourant a produit des certificats médicaux établis par le Dr Y.\_\_\_\_\_ faisant état d'une incapacité de travail totale du 12 février 2016 au 14 juin 2016.

Par réponse du 16 septembre 2016, l'intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, a proposé le rejet du recours considérant que le statu quo sine était atteint huit mois après l'événement en question. A cet égard, elle a soutenu que les IRM pratiquées avaient démontré que le

recourant était affecté d'une maladie dégénérative des vertèbres L5-S1, sous la forme d'un dessèchement du disque intervertébral associé à une rupture malade et dégénérative de l'anneau fibreux, sans contrainte nerveuse, associée à une scoliose lombaire, de sorte que sa responsabilité n'était plus engagée.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré dans un délai de trente jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et satisfait aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

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

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont

des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations d'assurance au-delà du 22 février 2016, singulièrement sur l'existence d'un rapport de causalité entre l'accident et les troubles allégués au niveau de la jambe droite et du bas du dos.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, 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.

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations

fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références citées).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans la survenance de l'accident (*statu quo sine* ; cf. TF 8C\_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2 et les références citées ; 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références citées). 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\_42/2009 du 1<sup>er</sup> octobre 2009 consid. 2.2 ; 8C\_6/2009 du 30 juillet 2009 consid. 3). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C\_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.2).

La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (TF 8C\_463/2009 du 23 novembre 2009 consid. 3). Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF U 172/06 du 10 mai 2007 consid. 6.2 et les références citées ; U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 4 ; TFA U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3).

**c)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours

ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; 129 V 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références citées ; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1).

**aa)** Dans une large majorité des situations l'existence d'un lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'accident ne pose pas de difficultés. C'est le cas pour la plupart des atteintes à la santé physique (TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 et les références citées). La situation est différente en cas d'atteinte psychique (GHISLAINE FRÉSARD-FELLAY/BETTINA KAHIL-WOLFF/STÉPHANIE PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, Volume II, 1<sup>ère</sup> édition, Berne 2015, p. 379 n° 160). En cas d'atteinte à la santé psychique, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et de tels troubles développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C\_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2). Le Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la

mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C\_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2 ; 8C\_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1.1 et les références citées).

**bb)** Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants, au regard des seuls aspects physiques, à l'exclusion des aspects psychiques de l'état de santé (ATF 129 V 402 consid. 4.1.1 ; TF 8C\_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3 ; 8C\_312/2007 du 5 juin 2008 consid. 3.2) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical, qui ne saurait être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais eu égard à l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ;
- les douleurs physiques persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles au regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;

- les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Il n'est pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; 115 V 133 consid. 6c/bb ; TF 8C\_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3). Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite du peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat puisse être admis. Dans le cas d'un accident de gravité moyenne (au sens strict, soit qui ne se trouve pas à la limite de la catégorie des accidents graves ou de peu de gravité), le Tribunal fédéral a retenu que trois critères au moins doivent être réalisés sans intensité particulière ou un critère de manière particulièrement marquée pour pouvoir admettre le lien de causalité adéquate (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C\_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 5.2 ; 8C\_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 4.1 ; 8C\_897/2009 du 29 janvier 2009 consid. 4.1 et 4.5).

**4. a)** Pour pouvoir se prononcer sur le droit à des prestations, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent

une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître une valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs contradictions soient bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

En matière d'assurance-accidents plus particulièrement, le Tribunal fédéral a jugé qu'une valeur probante devait également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2.).

**b)** Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (cf. TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

**5.** En l'espèce, le recourant soutient qu'il présente encore des atteintes en lien avec l'accident du 30 mars 2015, arguant du fait qu'avant ledit événement accidentel, il ne présentait pas les troubles dont il souffre actuellement.

**a)** Sur le plan somatique, le rapport du scanner du bassin du 2 avril 2015 a démontré qu'il n'existait pas d'anomalie au niveau du bassin, ni de fracture.

L'IRM lombaire du 10 avril 2015 a en particulier permis d'exclure toute forme d'atteinte au niveau du bassin. Seule une déshydratation des disques L5-S1, sans discopathie avec image de rupture de l'anneau fibreux postérieur médian, avec discrète réaction inflammatoire du voisinage, sans contrainte radiculaire ou médullaire, a été mise en évidence.

Quant au rapport d'IRM lombaire et du bassin du 29 décembre 2015, il présente des conclusions assez largement superposables. Il est ainsi fait état d'une discopathie L5-S1 avec petite protrusion médiane et déchirure de l'anneau fibreux, et d'une légère contrainte méningée mais sans signe de contrainte radiculaire sur l'ensemble des niveaux examinés.

Comme l'a relevé le Dr N.\_\_\_\_\_ de la CNA sans être contredit, il s'agit là de troubles dégénératifs de l'espace L5/S1 sous la forme d'un dessèchement du disque intervertébral associé à une rupture malade et dégénérative de l'anneau fibreux, sans aucune contrainte nerveuse, associée à une scoliose lombaire. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a au demeurant exposé de façon claire et détaillée les raisons le conduisant à exclure, dans le cas d'espèce, que l'atteinte du disque L5-S1 puisse être reconnue comme secondaire à un accident. En effet, il a relevé que pour qu'une atteinte intervertébrale puisse être reconnue comme étant post-traumatique, il faut notamment que le mécanisme accidentel survienne à haute énergie (saut d'une hauteur considérable ou collision entre véhicules à très haute vitesse) et que toute atteinte rachidienne dégénérative antérieure à l'événement puisse être exclue. Il a en

revanche admis que l'événement du 30 mars 2015 a pu décompenser l'état maladif rachidien préexistant de manière passagère.

Il n'est pas contesté que le Dr N.\_\_\_\_\_ a établi son appréciation médicale sur la base des pièces au dossier. Il s'est notamment fondé sur les rapports de scanner du 2 avril 2015 et d'IRM des 10 avril et 29 décembre 2015. Il a tenu compte de l'ensemble des éléments au dossier portés à sa connaissance, notamment des plaintes signalées par le recourant. Enfin, son appréciation ne contient aucune contradiction. L'évaluation du Dr N.\_\_\_\_\_ satisfait dès lors aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

De plus, selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altérations des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel (TF 8C\_32/2014 du 22 décembre 2014 consid. 2.3 ; 8C\_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.3 ; 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.3 ; 8C\_486/2007 du 4 avril 2008 consid. 4.3.1 ; RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3 et n° U 379 p. 192 consid. 2a). Il faut préciser qu'un disque intervertébral sain est à ce point résistant qu'une action violente va plutôt avoir pour effet de fracturer les vertèbres que d'entraîner une lésion des disques intervertébraux. Selon l'expérience médicale, la lésion isolée d'un disque intervertébral due à un accident peut uniquement être provoquée par un effort purement axial de la colonne vertébrale et non par des mouvements

de rotation, d'hyperextension ou d'hyperflexion (TFA U 44/04 du 13 juin 2005 consid. 3.1).

Une aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident est prouvée seulement lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (TFA U 282/06 du 4 juin 2007 consid. 3.3 ; U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 4.4.2 ; RAMA 2000 n° U 363 du 9 septembre 1999 p. 46 consid. 3a).

Une telle aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année. Le *statu quo sine* est même déjà atteint après trois à quatre mois pour des lombalgies post-traumatiques, une aggravation dans ce domaine, qui permettrait d'aller au-delà de cette période, devant être établie radiologiquement et se distinguer de l'évolution normale due à l'âge (TF 8C\_1029/2012 du 22 mai 2013 consid. 4.2.1 ; 8C\_562/2010 du 3 août 2011 consid. 5.1 et les références citées).

Quant à l'argument du recourant selon lequel la vitesse du véhicule qui l'a heurté serait propre à légitimer les troubles qu'il allègue encore subir, il ne peut être retenu : c'est en effet les lésions causées dans le cadre d'un accident à la personne assurée qui sont déterminantes pour établir l'étendue de la prise en charge, et non une vitesse prise isolément. Certes le mécanisme de l'accident peut jouer un rôle. En l'espèce toutefois, aucune pièce au dossier ne vient contredire le fait que les atteintes ont consisté en des contusions, qui ont guéri sans séquelle organique objectivable (cf. rapport du 26 avril 2016 du Dr N.\_\_\_\_\_). A cela s'ajoute, ainsi qu'on le verra (cf. let. b ci-dessous), que l'accident n'était pas de nature à générer des troubles psychiatriques.

L'argumentation du recourant repose pour le surplus sur le principe « post hoc, ergo propter hoc », dans la mesure où il invoque n'avoir jamais souffert de maladie l'empêchant d'exercer son activité professionnelle avant l'événement du 30 mars 2015. Or 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 (cf. consid. 3b supra).

Le recourant reproche ensuite à l'intimée que son médecin-conseil ne l'ait pas examiné. Toutefois, l'absence d'examen clinique ne remet pas en cause la valeur probante d'un rapport médical. Un rapport établi sur la base du dossier a pleine valeur probante si celui-ci restitue une image complète de l'anamnèse du déroulement des faits et du status en l'état, et que ces données sont incontestées. Les rapports médicaux doivent être exempts de lacunes afin de permettre au médecin de se faire une image complète de la situation (TF 8C\_826/2008 du 2 avril 2009 consid. 5.2 ; RAMA 1993 p. 95 consid. 5). Dans le cas d'espèce, les pièces médicales au dossier étant claires et dénuées de contradiction, l'intimée pouvait donc ne pas faire examiner le recourant par son médecin-conseil, étant rappelé que l'administration dispose d'une grande liberté d'appréciation quant aux mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre.

Partant, c'est à juste titre que l'intimée s'est fondée sur l'avis de son médecin d'arrondissement pour retenir un statu quo sine à huit mois de l'événement du 30 mars 2015.

**b)** Il est apparu dès le début de l'instruction du cas du recourant que ce dernier présentait des troubles psychiatriques (cf. rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 15 juillet 2015 qui en faisait déjà état comme circonstances particulières ayant influencé l'évolution du traitement). La Dresse Z. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué un état de stress post-traumatique dans son rapport du 19 août 2015 et a précisé à cet égard que la situation s'était stabilisée, de sorte qu'elle mettait un terme au suivi avec l'accord

du recourant. Celui-ci ne soutient d'ailleurs pas présenter encore une atteinte au niveau psychiatrique.

On rappellera par soucis d'exhaustivité qu'en présence de troubles psychiques consécutifs à un accident, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité (cf. consid. 3c/aa supra).

En l'espèce, on ignore à quelle vitesse roulait l'automobiliste qui a heurté le recourant. Il n'en demeure pas moins que les éléments recueillis par la police permettent de retenir que la vitesse sur les lieux de l'accident était limitée à 20 km/h, que le chauffeur a déclaré rouler à 10 km/h lorsqu'il a percuté le recourant et que ce dernier est tombé au sol. Il a subi des blessures au niveau du bassin, des fesses côté droit et au bas du dos.

Si l'on se réfère à la casuistique des accidents concernant des personnes renversées à un passage piétons (cf. TF 8C\_622/2015 du 25 août 2016 consid. 5.2), les cas classés dans la catégorie des accidents de gravité moyenne ont en commun le fait que la collision s'est produite à une vitesse plutôt modérée (cf. TF 8C\_236/2016 du 11 août 2016 ; 8C\_816/2012 du 4 septembre 2013). En revanche, l'accident subi par une assurée, fauchée par une voiture qui n'a pratiquement pas freiné et projetée en l'air à près de 15 mètres, a été rangé à la limite supérieure des accidents de gravité moyenne (TF U 214/04 du 15 mars 2005).

Dans le cas d'espèce, tenant compte de la jurisprudence précitée, des indications contenues dans le rapport de police et des lésions subies - qui consistent en de simples contusions sans lésion structurelle - on peut classer l'événement du 30 mars 2015 dans la catégorie des accidents de gravité moyenne au sens strict. Ainsi, trois critères au moins doivent être réalisés sans intensité particulière ou un critère de manière particulièrement marquée pour pouvoir admettre un lien de causalité adéquate (cf. consid. 3c/bb supra).

A cet égard, il y a lieu de constater que les circonstances de l'accident dont le recourant a été victime, appréciées objectivement, ne sont ni dramatiques, ni particulièrement impressionnantes, étant rappelé que selon la jurisprudence, la survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère (TF 8C\_657/2013 du 3 juillet 2014 consid. 5.3). En l'espèce, le recourant a été heurté par une voiture le faisant tomber au sol. Il aura certainement été surpris, voire choqué, par l'événement. Néanmoins, il n'a subi aucune lésion osseuse et les pièces au dossier ne rendent pas compte d'une perte de connaissance. A aucun moment, il n'aura pu craindre pour sa vie. Le recourant a bénéficié d'un traitement essentiellement antalgique et anti-inflammatoire, accompagné de séances de physiothérapie, sans qu'il soit allégué que ce traitement aurait provoqué des effets secondaires particulièrement lourds à supporter. Aucune erreur dans le traitement médical, ni difficultés en cours de guérison, ni complications importantes n'ont été observées.

N'entrerait donc en considération que le critère des douleurs physiques persistantes, qui, à lui seul, ne suffit pas, au regard de la nature et de l'intensité de ces dernières, pour retenir un lien de causalité adéquate entre l'atteinte psychique - pour autant qu'il y en ait encore une - et l'accident du 30 mars 2015.

Les critères développés par la jurisprudence pour admettre un lien de causalité adéquate ne sont ainsi pas réalisés dans le cas d'espèce, de sorte que c'est à bon droit que l'intimée a nié le lien de causalité adéquate.

**6.** Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu

de rechercher d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 119 V 335 consid. 3c ; TF 9C\_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références citées).

En l'occurrence, la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une contre-expertise doit être rejetée, les éléments au dossier étant clairs, dénués de contradiction et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause.

**7. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

**b)** La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, ni au recourant qui succombe et n'est plus assisté (61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD), ni à l'intimée qui n'y a pas droit comme assureur social (cf. ATF 128 V 323).

**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 rendue le 3 mai 2016 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- F. \_\_\_\_\_, à [...],
- Me Olivier Derivaz (pour la CNA), à Monthey,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :