

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 juin 2017

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Thalmann et M. Neu, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

S._____, à Y._____, recourant, représenté par Me François Gillard,
avocat à Bex,

et

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

Art. 30 al. 3 Cst. ; 6 al. 1, 15 al. 2, 16 et 17 al. 1 LAA ; 22 al. 3 et 25 al. 1 OLAA

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1977, a été engagé le 14 juin 2012 par G._____, entreprise de travail temporaire, pour une activité de ferrailage à plein temps auprès de la société P._____ SA, moyennant un salaire horaire brut de 35 fr., le salaire horaire de base étant de 28 fr. 31. Selon le contrat, la mission débutait le lundi 18 juin 2012, à 6 h 45 à F._____.

Le 10 juillet 2012, G._____ a annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA, la caisse ou l'intimée) que l'assuré avait été victime d'un accident en date du 18 juin 2012, à 8 h 15, à F._____ : alors qu'il sortait le matériel de travail, l'assuré aurait été heurté dans le dos par une camionnette avec remorque qui reculait. Il a reçu les premiers soins au Service des urgences de l'Hôpital L._____, à W._____, ce même jour à 8 h 40. Le certificat médical LAA dressé le 25 juillet 2012 mentionne que l'assuré a été « percuté par une camionnette roulant à faible cinétique ». Les Drs A._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, et M._____, médecin assistante, ont posé les diagnostics de contusions multiples post AVP [accident de la voie publique, réd.] et d'entorse cervicale. Tout en faisant état de fortes douleurs au niveau de la colonne cervicale et dorsale avec difficultés à la mobilisation, ainsi qu'au niveau de l'épaule et de la face latérale droite du thorax, ils n'ont pas relevé de perte de connaissance, ni d'amnésie circonstancielle. Il n'y avait pas non plus de nausée, de vomissement, de céphalée, de photophobie ou de paresthésie. L'assuré a été mis au bénéfice d'une incapacité de travail à 100 % dès le 18 juin 2012, avec reprise probable le 22 juin 2012. Il s'est vu prescrire, outre une médication antalgique, le port d'une minerve en mousse.

Le 3 septembre 2012, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a complété un questionnaire à l'attention de la CNA, dans lequel il indiquait que son patient présentait

des antécédents de lombalgies et qu'il était en outre connu pour une hernie discale L5-S1. Son pronostic était favorable.

Par décision sur opposition du 18 décembre 2012, la CNA a refusé le service de ses prestations au motif qu'il n'avait pas été établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré avait été victime d'un accident en date du 18 juin 2012, dès lors que les investigations entreprises révélaient qu'il n'avait pas travaillé ce jour-là.

Statuant par arrêt du 25 janvier 2016 (cause n° AA 6/13 - 11/2016), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a admis le recours formé par l'assuré contre cette décision et renvoyé la cause à la CNA pour instruction complémentaire sur les circonstances des événements du 18 juin 2012 puis nouvelle décision.

Cet arrêt est entré en force.

B. Dans un rapport du 4 juin 2014, le Dr A. _____ a indiqué que l'assuré s'était présenté aux urgences le 18 juin 2012 ensuite d'un accident. L'examen clinique effectué ce jour-là permettait d'objectiver de fortes douleurs au niveau de la colonne cervicale et dorsale, associées à des douleurs au niveau de l'épaule droite ainsi que de l'hémithorax droit. En revanche, le bilan radiologique et les différentes investigations effectuées n'avaient pas mis en évidence des fractures ou des lésions sous-jacentes.

En date du 18 mars 2016, le Dr J. _____ a mentionné des troubles statiques et des cervicalgies accompagnées de lombalgies ayant nécessité un traitement médical et de physiothérapie. Il a attesté une incapacité de travail totale du 18 juin 2012 au 30 septembre 2014, précisant que depuis l'accident du 18 juin 2012 son patient recherchait un travail moins contraignant physiquement et sans port de charges excédant 5 kg. Il a également relevé qu'il ne présentait pas de problèmes au dos antérieurement à l'accident du 18 juin 2012.

Se déterminant le 21 mars 2016 sur les pièces médicales au dossier, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a considéré que le statu quo ante avait été atteint trois mois après l'événement du 18 juin 2012.

Par décision du 24 mars 2016, la CNA a octroyé à l'assuré une indemnité journalière de 148 fr. 60 à compter du 21 juin 2012. Elle a par ailleurs mis fin à ses prestations (indemnité journalière et frais de traitement médical) au 30 septembre 2012, au motif que le statu quo ante avait été atteint à cette date.

L'assuré s'est opposé à cette décision en date du 9 avril 2016, en faisant pour l'essentiel valoir que les conséquences de l'accident du 18 juin 2012 sur son état de santé persistaient au-delà du 30 septembre 2012. Il a en outre contesté le montant de l'indemnité journalière qui lui était allouée.

A la demande du Dr D._____, le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a transmis le 26 mai 2016 le résumé de la consultation pratiquée par ses soins le 12 septembre 2012. Il a indiqué que le status montrait alors une attitude scoliotique et une contracture musculaire lombaire. En revanche, le status neurologique était normal. Quant à la radiographie, elle confirmait l'attitude scoliotique occupant la région cervico-dorso-lombaire.

Dans son appréciation du 15 juin 2016, le Dr D._____ s'est exprimé en ces termes :

« L'assuré est victime d'un AVP en tant que piéton le 18 juin 2012.

Il est conduit à l'Hôpital L._____ où le bilan radiologique ne montre aucune lésion osseuse objectivable.

Le suivi est assuré par la suite par le médecin-traitant, le Dr J._____, à C._____, qui atteste d'une incapacité de travail de plus de 2 ans, ce qui est peu crédible en l'état du dossier.

On apprend du Dr Z. _____ que le patient n'a souffert que d'une contusion et que les radiographies effectuées en date du 12 septembre 2012 ne montraient pas de lésion osseuse mais uniquement une attitude scoliotique.

L'attitude scoliotique du rachis de notre assuré est vraisemblablement congénitale et pas en relation avec l'événement du 18 juin 2012.

Au final, aucune lésion objectivable somatique ne peut être attribuée à l'accident du 18 juin 2012. On peut donc confirmer le statu quo ante 3 mois après l'événement du 18 juin 2012. »

Par décision sur opposition du 27 juin 2016, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré, confirmant derechef que le statu quo ante avait été atteint au 30 septembre 2012. Explicitant par ailleurs le calcul de l'indemnité journalière, elle aboutissait à un résultat de 142 fr. Elle renonçait toutefois à examiner dans le cadre de la procédure d'opposition si les conditions légales pour revoir à la baisse le montant de l'indemnité journalière étaient remplies.

C. Par acte du 29 août 2016, S. _____ a déféré cette décision devant la Cour de céans en concluant en substance, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi de prestations d'assurance pour une durée totale de 730 jours, les indemnités journalières devant être servies jusqu'au 18 juin 2014. A titre subsidiaire, il demande le renvoi du dossier à la CNA pour complément d'instruction. Il sollicite par ailleurs le bénéfice de l'assistance judiciaire. En premier lieu, le recourant reproche à la caisse intimée de s'être prononcée sur la base d'une instruction lacunaire et d'une constatation incomplète des faits pertinents. En présence d'atteintes à la santé telles que des cervicalgies, une entorse cervicale et une scoliose, auxquelles s'associent de nombreuses douleurs au demeurant dûment objectivées, l'intimée aurait dû procéder à des mesures d'instruction complémentaires, en particulier sous la forme d'une IRM de la colonne cervicale, voire de la mise en œuvre d'une expertise médicale. De telles investigations se justifiaient d'autant plus que le Dr J. _____, médecin traitant, avait spécifié que son patient n'avait jamais présenté la moindre douleur ou le moindre problème en relation avec son dos avant l'accident du mois de juin 2012. Dès lors, la décision du 24 mars 2016, rendue moins de deux mois après l'arrêt cantonal du 25 janvier

2016, s'avérait prématurée, en tant qu'elle ignorait des éléments pourtant fondamentaux du dossier. Dans ce sens, la position de l'intimée apparaissait arbitraire dans la mesure où elle n'aurait pas tenu compte de tous les éléments médicaux nécessaires et pertinents pour pouvoir statuer, à tout le moins, sur la durée du droit aux prestations. Dans un deuxième moyen, le recourant fait grief à l'intimée d'avoir abusé de son pouvoir d'appréciation, lui reprochant de s'être livrée à des suppositions. Ainsi, seule une expertise aurait permis de préciser quelle était la durée de l'incapacité de travail imputable au traumatisme subi lors de l'accident du 18 juin 2012. De même, seule une expertise aurait pu établir si un éventuel état de faiblesse préexistant aurait pu jouer un rôle dans l'incapacité de travail présentée. En outre, le fait d'avoir fixé à trois mois après l'accident le retour au statu quo ante ne reposait sur aucun élément objectif et rien ne permettait d'exclure que cela aurait pu être le cas six ou neuf mois après, voire une année. Le recourant fait enfin remarquer qu'en dépit de la scoliose qu'il présente, sa capacité de travail n'a jamais été réduite avant l'accident litigieux et que nombreux sont par ailleurs les hommes présentant une telle atteinte et exerçant pleinement leur activité professionnelle. Dans ces conditions, le recourant répète que c'est à tort que l'intimée n'a pas diligenté une expertise médicale qui aurait permis de « déterminer le cas échéant les durées respectives de l'incapacité de travail qui sont à ventiler entre d'une part l'accident de juin 2012 et d'autre part le cas échéant la scoliose du recourant. » Dans un troisième grief, le recourant conteste le calcul de l'indemnité journalière, estimant qu'elle aurait dû être calculée sur la base d'un salaire horaire de 35 fr. et non de 28 fr. 31 ainsi que l'a retenu l'intimée.

Par décision du 30 septembre 2016, le magistrat instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 29 août 2016. Celui-ci comprenait l'exonération des frais judiciaires et de toute franchise mensuelle ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Maître François Gillard.

Dans sa réponse du 30 novembre 2016, la CNA conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle explique

s'être procurée l'ensemble des avis médicaux disponibles relatifs à l'événement du 18 juin 2012 si bien que l'instruction effectuée doit être considérée comme exhaustive. Sur le fond, elle estime que l'appréciation du Dr D._____ est conforme à la doctrine médicale selon laquelle une simple contusion ou distorsion vertébrale cesse de produire des effets après quelques mois. Le fait que le Dr D._____ revête la qualité de médecin d'arrondissement ne saurait suffire à mettre en doute la valeur probante de ses conclusions, ce d'autant plus que le recourant ne produit aucun rapport médical contraire et que les rapports de son médecin traitant ne contiennent aucune motivation sur les raisons de la pleine capacité de travail attestée depuis deux ans (recte : incapacité totale de travail attestée jusqu'au 30 septembre 2014, réd.). S'agissant ensuite de l'indemnité journalière, l'intimée s'est attachée à exposer les différents éléments du calcul pris en considération pour en déterminer le montant.

A l'appui de sa réplique du 12 janvier 2017, le recourant produit deux certificats médicaux du Dr J._____ dont celui du 18 mars 2016 figurant déjà au dossier administratif. Quant au certificat du 22 décembre 2016, il fait une nouvelle fois état d'une incapacité de travail complète ensuite de l'accident du 18 juin 2012 ayant perduré jusqu'au 30 septembre 2014. Il y relève une reprise du travail au 1^{er} octobre 2014 ayant été interrompue le 3 décembre suivant, avec la précision que l'arrêt de travail était imputable à des problèmes du rachis vertébral. Se fondant sur ces certificats, le recourant réitère sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise en vue de déterminer la durée de l'incapacité de travail imputable à l'accident du mois de juin 2012 ainsi que l'existence d'un lien de causalité entre ce même accident et les séquelles qu'il présente encore en 2016.

L'intimée a fait savoir en date du 19 janvier 2017 qu'elle concluait derechef au rejet du recours.

D. A la requête du magistrat instructeur, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a transmis, en date du 2 mars 2017, le dossier du recourant.

Dans ses déterminations du 4 avril 2017, l'intimée a maintenu sa conclusion tendant au rejet du recours. Quant au recourant, il n'a pas pris position.

E. Le 5 mai 2017, Me Gillard a déposé la liste des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure. Le nombre d'heures total annoncé s'élevait à 9 heures 30. Le montant des débours était de 45 fr. 90.

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 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).

En l'espèce, le recourant est domicilié dans le canton de Vaud. Son recours a été interjeté en temps utile compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA), auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

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). La Cour des assurances sociales du Tribunal

cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). S'agissant d'une contestation relative aux prestations de l'assurance-accidents d'un montant indéterminé, il n'est pas exclu que la valeur litigieuse soit supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD).

2. a) Sont en l'occurrence litigieux, d'une part, le point de savoir si la CNA était fondée, par sa décision sur opposition du 27 juin 2016, à supprimer le droit du recourant à des prestations d'assurance (indemnité journalière et frais de traitement) à partir du 1^{er} octobre 2012 et, d'autre part, le montant de l'indemnité journalière allouée.

b) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388] ; cf. aussi ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 130 V 445 consid. 1.2.1 ; 129 V 1 consid. 1.2 ; TF 9C_446/2013 du 21 mars 2014 consid. 4.2).

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Est réputée 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 LPGGA).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait

pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; TF [Tribunal fédéral] 8C_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 précité ; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1).

Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références).

Ainsi, 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 l'accident (statu quo sine ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 149/04 du 6 septembre

2004 consid. 2.3 et U 266/99 du 14 mars 2000 ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 ; TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (non-application du raisonnement «post hoc ergo propter hoc» ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, la non-applicabilité de l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006).

Si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prester (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3 ; U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 326).

Si le principe inquisitoire (art. 43 et 61 let. c LPGA) dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en

déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3 in fine ; TF 9C_400/2012 du 4 avril 2013 consid. 5.2 ; TFA U 316/00 du 22 mars 2001 consid. 1b). Cette règle du fardeau de la preuve entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b in fine ; TF 9C_468/2011 du 12 décembre 2011 consid. 4.3 ; 8C_86/2009 du 17 juin 2009 consid. 4 ; U 290/06 du 11 juin 2007 consid. 3.3, in : SVR 2008 UV n° 11 p. 34). Dans cette mesure, le fardeau de la preuve revient en principe à l'assuré en ce qui concerne la question de savoir si les conditions qui confèrent un droit aux prestations sont remplies (all. : « anspruchsbegründende Tatfrage »). Par contre, dans le contexte de la suppression du droit aux prestations qui, dans un premier temps, avait été établie, le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, donc à l'assureur et non pas à l'assuré (all. : « anspruchsaufhebende Tatfrage » ; TF U 290/06 du 11 juin 2007 consid. 3.3, in : SVR 2008 UV n° 11 p. 34 ; U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 239/05 du 31 mai 2006 consid. 2.2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 326 ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75).

c) En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et

tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 6a ; TF 8C_718/2010 du 20 octobre 2010 consid. 3.1 in fine ; 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

4. a) Dans le domaine médical, l'administration et le juge doivent examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, ils ne peuvent trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion médicale plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a).

b) L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

c) En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en

raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

d) La jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee) a posé le principe que le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. L'existence d'un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance doit conduire le tribunal à demander des éclaircissements (ATF 122 V 157 consid. 1d).

En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance.

Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7). L'ATF 137 V 210 n'a pas modifié cette manière de voir (TF 8C_444/2013 du 20 janvier 2014 consid. 5.2.1).

5. La CNA a supprimé le droit du recourant à des prestations d'assurance à compter du 1^{er} octobre 2012 en se fondant sur les conclusions du Dr D._____. Selon ce médecin, l'intéressé ne présentait à

cette date aucune lésion somatique objectivable imputable à l'accident du 18 juin 2012. Quant à l'attitude scoliotique, il estimait qu'elle était vraisemblablement congénitale et sans relation avec l'accident précité.

Il ressort du certificat médical du 25 juillet 2012 que l'assuré a été percuté par une camionnette roulant à faible cinétique, de sorte qu'il y a lieu d'admettre que le choc n'a pas revêtu un caractère particulièrement violent. Les Drs A. _____ et M. _____ n'ont effet pas signalé de perte de connaissance, d'amnésie circonstancielle, de nausée ou de vomissement, pas plus qu'ils n'ont évoqué de céphalée, de photophobie ou de paresthésie. L'examen radiologique effectué alors n'a pas révélé de fracture et l'examen clinique n'a pas non plus objectivé d'atteinte particulière. A la lecture des constatations résultant de l'examen clinique, il apparaît finalement que seules des douleurs sont mises en évidence, l'examen ne révélant pour le surplus rien de particulier. Contrairement à ce que prétend le médecin traitant dans son rapport médical du 18 mars 2016, l'assuré souffrait déjà d'une atteinte vertébrale, sous forme de lombalgies et d'une hernie discale L5-S1. Selon le Dr D. _____, il est par ailleurs hautement vraisemblable que l'attitude scoliotique au niveau cervico-dorso-lombaire évoquée par le Dr Z. _____ soit congénitale, ce qui correspond à l'un des trois types de scoliose identifiés par la science médicale (les deux autres étant les formes syndromique et idiopathique). On est donc en présence d'une atteinte dégénérative préexistante, en l'occurrence passagèrement aggravée par l'accident du 18 juin 2012.

Pour déterminer à quelle date le statu quo ante avait été atteint, le Dr D. _____ s'est fondé sur les constatations objectives rapportées par l'ensemble des médecins consultés, soit de multiples contusions à la colonne, sans lésion physique objectivable, entraînant une probable décompensation d'une atteinte préexistante asymptomatique, ainsi qu'une entorse cervicale. En l'état des connaissances médicales actuelles, le statu quo ante peut être considéré comme atteint après un laps de temps de trois à quatre mois en cas de lésions dorsales consécutives à un traumatisme. De plus, en présence d'un accident n'ayant causé aucune lésion structurelle au rachis, des plaintes

persistantes doivent être attribuées à des facteurs étrangers à l'accident (sur ces questions, cf. TF 8C_396/2011 du 21 septembre 2011 consid. 3.2 ; 8C_1009//2009 du 4 mai 2010 consid. 3.1.1 ; TFA U 345/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2). La date du 30 septembre 2012 coïncide donc avec les données scientifiques disponibles, si bien qu'il n'y a pas de motif de mettre en cause la force probante de l'évaluation du Dr D._____. Son avis est d'autant plus concluant que les médecins de l'Hôpital L._____ ont pronostiqué une reprise du travail probable le 22 juin 2012.

On ne saurait suivre le recourant lorsqu'il affirme que, antérieurement à l'accident du 18 juin 2012, il ne présentait aucun antécédent notamment en matière de douleurs dorsales. Cette argumentation, qui repose sur l'adage « post hoc, ergo propter hoc », n'est pas de nature à mettre en cause l'appréciation du Dr D._____ (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Quant à l'opinion du médecin traitant, elle n'emporte pas la conviction, non seulement en raison de la jurisprudence relative à l'empathie du médecin traitant à l'égard de son patient (cf. considérant 4c supra) mais également parce que l'allégation de l'inexistence d'antécédents dans son rapport du 18 mars 2016, en contradiction avec son précédent rapport du 3 septembre 2012, le rend difficilement crédible.

En l'absence d'éléments médicaux objectifs propres à mettre en doute la fiabilité de l'appréciation du Dr D._____, selon lesquelles l'effet délétère de l'accident est à considérer comme éteint trois mois après sa survenance, la caisse intimée n'était dès lors pas fondée à reconnaître le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents après le 30 septembre 2012.

6. Dans un second moyen, le recourant conteste le calcul de la caisse intimée concernant le montant de son indemnité journalière.

a) En vertu de l'art. 16 LAA, l'assuré a droit à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident (al. 1) ; le droit à l'indemnité journalière

naît le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail (al. 2).

En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80% du gain assuré.

Selon l'art. 15 al. 2 LAA, est réputé gain assuré pour le calcul de l'indemnité journalière le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident. L'indemnité journalière est calculée sur la base du salaire que l'assuré a reçu en dernier lieu avant l'accident, y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit (art. 22 al. 3 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]).

L'indemnité journalière est calculée conformément à l'annexe 2 à l'OLAA et versée pour tous les jours, y compris les dimanches et jours fériés (art. 25 al. 1 OLAA) et se fonde sur la formule suivante : indemnité journalière = salaire annuel / 365 x 80%.

b) Selon le contrat de mission du 14 juin 2012, le salaire horaire de base était de 28 fr. 31, auxquels s'ajoutaient 3 fr. 10 au titre des indemnités de vacances (10,60%), 2 fr. 69 au titre de la part du treizième salaire (8,33%) et 0,90 fr. au titre des jours fériés (3,17%), soit un salaire horaire brut de 35 francs.

En tenant compte d'une durée annuelle de travail de 2'112 heures (cf. art. 24 al. 2 de la Convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse pour la période 2012-2015 [état au 1^{er} septembre 2013]), le salaire annuel s'élève à 59'790 fr. (28,31 x 2'112), auquel il convient encore d'ajouter la part du treizième salaire soit 64'771 fr. 30 (59'790 fr. 70 x 108,33%). Sur cette base, conformément à l'art. 25 al. 1 OLAA et à l'annexe 2 à l'OLAA, l'indemnité journalière du recourant doit être arrêtée en l'espèce à 142 fr. (64'771 fr. 30 / 365 x 80%).

c) Au regard de ce qui précède, c'est donc à bon droit que la caisse intimée a retenu, dans la décision litigieuse, que l'indemnité journalière du recourant devait en définitive être fixée à 142 francs.

7. Le recourant sollicite la mise en œuvre d'une expertise médicale.

a) Si l'administration 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 d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation il est superflu d'administrer d'autres preuves (sur l'appréciation anticipée des preuves: ATF 141 I 60 consid. 3.3; 136 I 229 consid. 5.3). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; cf. ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011).

b) Le dossier étant complet sur le plan médical, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une mesure d'instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise médicale, telle que requise par le recourant. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. Dans la mesure où les conclusions rapportées par le Dr D._____ sont étayées par les données cliniques au dossier, il ne se justifie pas de compléter l'instruction en vue de pallier la prétendue absence de constatations médicales objectives. Ainsi, quoi qu'en dise le recourant, le dossier constitué ne souffre d'aucune lacune, de sorte que toute mesure d'instruction complémentaire apparaît superfétatoire.

8. a) En définitive, la CNA n'a pas violé le droit fédéral en mettant un terme à ses prestations (frais de traitement et indemnités journalières) au 30 septembre 2012, au motif que le statu quo ante avait été atteint à cette date.

b) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

9. a) Par décision du 30 septembre 2016, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 29 août 2016 et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement de frais judiciaires et de toute franchise mensuelle ainsi que la commission d'un avocat d'office en la personne de Me François Gillard (art. 118 al. 1 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Conformément à l'art. 2 al. 1 RAJ (règlement vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; RSV 211.02.3), le conseil juridique commis d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office ; à cet égard, le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès.

b) Le 5 mai 2017, Me Gillard a produit le relevé des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure. Il a annoncé un total de 9 heures 30. Quant au montant des débours facturés, il s'élevait à 45 fr. 90. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 9 heures 30 au tarif horaire de 180 fr. pour un avocat breveté (art. 2 al. 1 let. a RAJ).

Ainsi, Me Gillard a droit à un montant de 1'896 fr. 35, TVA au taux de 8% comprise, pour l'ensemble de l'activité déployée dans le cadre de la présente procédure.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ), en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

c) La procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires ni d'allouer de dépens au vu de l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 27 juin 2016 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** L'indemnité d'office de Me François Gillard, conseil du recourant, est arrêtée à 1'896 fr. 35 (mille huit cent nonante-six francs et trente-cinq centimes), débours et TVA compris.
- IV.** 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.
- V.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me François Gillard, avocat (pour S. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :