

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 février 2018

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Pasche et M. Bidiville, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Amandine Torrent,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6 al. 1, 10 al. 1, 16 al. 1 - 2 et 19 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], manutentionnaire, était employé, à temps partiel depuis 2011, via l'agence en placement de personnel H. _____ SA à [...], pour effectuer des missions temporaires au profit d'entreprises de la place. Il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 21 juillet 2014, l'assuré était en train de déménager un grand réfrigérateur avec un collègue, dans une cage d'escalier. Le collègue a lâché prise. L'assuré a été déséquilibré et a cogné contre le mur avec son épaule gauche, avant de se trouver bloqué contre le mur (contusions multiples). Le travail a dû être interrompu. A. _____ s'est rendu le 22 juillet 2014 au Centre médical de [...] à [...], où la Dresse E. _____, généraliste, a constaté des douleurs à la palpation de la cage thoracique et à la mobilisation de l'épaule gauche. Des radiographies du thorax, du gril costal gauche et de l'épaule gauche n'ont pas mis en évidence de lésion, hormis un aspect dégénératif des deux acromioclaviculaires (rapport du 24 juillet 2014 des radiologues du Centre d'Imagerie de [...]). La Dresse E. _____ a posé les diagnostics de contusion du dos, de l'épaule gauche et du gril thoracique et a attesté une totale incapacité de travail jusqu'au 28 juillet 2014, qu'elle-même, ainsi que ses collègues du Centre médical de [...], les Drs I. _____ et C. _____, tous deux généralistes, ont par la suite prolongée jusqu'au 24 août 2014. L'assuré a ensuite consulté le Dr O. _____, spécialiste en médecine générale, qui a régulièrement attesté une incapacité totale. Un traitement antalgique et anti-inflammatoire ainsi qu'une physiothérapie ont été mis en place.

La CNA a pris en charge ce traitement et alloué des indemnités journalières.

Le 3 décembre 2014, le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a examiné l'assuré. Il a retenu une contusion du dos et de l'épaule gauche, sans lésion objectivable par les examens radiologiques. L'assuré annonçait toutefois souffrir de manière majeure avec des troubles du sommeil. Il était extrêmement démonstratif, avec d'importantes limitations à l'examen clinique. Il n'y avait pas d'importantes autolimitations à l'examen clinique, ni d'amyotrophie objectivable au niveau de la ceinture scapulaire gauche. Toute palpation ou même effleurement du rachis lombaire entraînait le retrait de l'examiné qui était incapable de marcher sur plus de deux à trois pas sur la pointe des pieds et les talons en raison des douleurs.

L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) à Sion, du 15 au 16 décembre 2014. Dans leur rapport d'évaluation interdisciplinaire du 22 décembre 2014, les Drs U._____, spécialiste en neurologie, et D._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, ont fait état des diagnostics de contusion lombaire, thoracique et scapulaire gauche et de status après luxation traumatique de l'épaule gauche traitée conservativement (six à sept ans avant l'accident assuré). Au moment d'apprécier la situation, ces spécialistes ont émis les considérations suivantes :

"APPRECIATION ET DISCUSSION

A._____ est un homme de 32 ans, français d'origine tunisienne, détenteur d'un permis B, marié et père d'un enfant. C'est un homme sportif, sans antécédent médical d'importance hormis une luxation traumatique d'une épaule traitée conservativement, qui a pratiqué le football à un haut niveau (2^{ème} ligue Inter) jusqu'en 2013. Il n'a pas accompli de formation professionnelle en France. Il a travaillé sur les marchés et s'est rendu en 2005 en Suisse pour rejoindre un club de football. Il a œuvré comme éboueur, a travaillé dans le bâtiment puis comme déménageur. Il est engagé par une entreprise intérimaire depuis environ 2011.

Le 21 juillet 2014, au travail en déménageant un frigo, son collègue lâche l'objet et il se retrouve coincé contre le mur avec un choc au niveau de son côté gauche. Il dit n'avoir pas perdu connaissance mais ressenti un sentiment de peur intense craignant de rester handicapé avec intenses douleurs de l'épaule et du dos. Il présente des nausées et un épisode de vomissements. Il est acheminé à son domicile et en raison de l'augmentation des plaintes nocturnes consulte la permanence de [...] le lendemain où après un contrôle

clinique et radiologique un traitement antalgique et un arrêt de travail lui sont prescrits.

L'évolution reste défavorable malgré la poursuite d'un traitement antalgique de Tramal même à fortes doses, et les tentatives d'initier des séances de physiothérapie sont très mal tolérées et interrompues rapidement. Ainsi il cote actuellement l'intensité moyenne douloureuse à plus de 80 sur l'EVA [échelle d'auto-évaluation] de 100 et n'a pas pu reprendre son activité professionnelle ni sportive. De fait, le patient reste oisif à domicile, craignant d'effectuer des mouvements qui pourraient être préjudiciables à sa santé. Selon le patient, une IRM [imagerie par résonance magnétique] du dos et de l'épaule aurait été organisée pour le mois de janvier prochain.

L'examen clinique nous met face à un patient de 32 ans, faisant son âge, qui s'excuse de se présenter avec deux heures de retard n'ayant pas reçu sa convocation ce qui est confirmé par les secrétaires qui reçoivent la convocation en retour. Il est collaborant, et n'exprime aucun propos revendicateur. Tout au long de l'entretien il arbore un masque de souffrance, et démontre un comportement douloureux démonstratif et caricatural avec de nombreuses discordances. Tous les signes de Waddell pour la lombalgie sont présents. L'examen de l'épaule du dos et du membre inférieur gauche est parasité par d'importantes résistances et une mauvaise collaboration avec des expressions de douleurs intenses. Des stimuli à priori non nociceptifs entraînent d'importantes réactions telles que la mobilisation passive du poignet gauche. On ne peut ainsi pas interpréter la réponse douloureuse ni une quelconque limitation des amplitudes articulaires. Objectivement, la trophicité musculaire scapulaire est excellente et le patient se déplace et se déshabille sans épargne particulière.

L'examen neurologique spécialisé ne permet pas de mettre en évidence de signes pour une atteinte du système nerveux central ou périphérique avec une force, une sensibilité et des réflexes qui sont parfaitement normaux.

Les documents d'imagerie ne démontrent pas de signe de lésion traumatique en regard de l'épaule, de la cage thoracique ou de la région lombaire.

Force est de constater que les trouvailles objectives ne permettent pas d'expliquer l'intensité du tableau douloureux et sa diffusion ainsi que sa résistance à tous les traitements appliqués.

Tout comme lors de l'approche clinique, le patient oppose un comportement douloureux très démonstratif lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles. On ne peut que souligner un score nul obtenu au PACT [Patient-Aligned Care Team] pour comprendre dans quelle mesure le patient se voit incapable de mener à terme un quelconque test et s'autolimité : il n'a en effet pas été capable de lever une charge du sol jusqu'à la hauteur de la taille ; la force de préhension est impossible à tester à gauche et de 5 kilos du côté dominant droit ; il n'est pas capable de maintenir les deux bras tendus à l'horizontale, et ne supporte pas le contact de la ceinture polar sur son dos, demandant aussitôt de l'enlever. Dans ces

conditions, la volonté de donner le maximum aux différents tests a été insuffisante et le niveau de cohérence est jugé faible.

L'examen psychiatrique spécialisé montre un homme de 32 ans paraissant son âge, se présentant avec sa casquette vissée sur la tête qu'il conserve toute la séance ainsi que son anorak. Il se montre dans l'ensemble collaborant bien qu'il rechigne à répondre à certaines questions et ne tient pas de propos revendicateur. Sur le plan cognitif, la vigilance, l'orientation, l'attention et la mémoire sont préservées. Le discours est fluant, le débit verbal rapide mais témoigne d'un petit niveau. Le patient comprend tout au premier degré. Du point de vue thymique l'humeur est conservée, la mimique mobile, en adéquation avec le propos. Il n'y a pas d'abattement, d'irritabilité, d'idée noire, d'anhédonie ou de perte d'élan vital. Il ne présente pas de signe d'anxiété et aucun élément évocateur d'un trouble anxieux spécifique n'est mis en évidence permettant d'écarter un état de stress post-traumatique, un trouble panique ou un trouble phobique. On ne retient donc pas de diagnostic psychiatrique au terme de cet entretien.

Si l'on s'en tient aux seules suites de l'accident du 21 juillet 2014, le pronostic est théoriquement bon : l'accident n'a provoqué aucune lésion traumatique objective et n'a pas entraîné de séquelle au plan psychique. Ce sont donc des facteurs autres que purement lésionnels qui conditionnent l'évolution chez ce patient : le développement d'une importante kinésiophobie, flagrante lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles avec un PACT à 0 et d'importantes auto-limitations ; le comportement douloureux caricatural avec de nombreuses discordances chez un patient au faible niveau cognitif, au bagage scolaire restreint et au mode de vie précaire, dont l'ampleur des plaintes paraît correspondre à l'intensité du scénario catastrophe élaboré lors de l'accident et à la représentation qu'il s'est forgée de son problème.

Aucun traitement psychique n'est susceptible d'intervenir ici. Tous les intervenants de la présente évaluation lui ont tenu un discours rassurant, l'encourageant à reprendre une activité physique régulière avec une physiothérapie active de rééducation. Il a également été informé des effets secondaires possibles de la médication de Tramadol qu'il conviendrait de limiter en raison des nausées et d'épisodes de somnolence."

Le 5 janvier 2015, la CNA a communiqué à l'assuré qu'elle mettait fin aux indemnités journalières avec effet au 31 décembre 2014. Le 23 février 2015, elle l'a informé qu'elle mettait fin à la prise en charge du traitement avec effet au même jour.

Dans un rapport du 22 août 2016 rédigé à la demande de l'assuré, le DrO._____ a constaté une totale incapacité de travail de son patient depuis l'accident du 21 juillet 2014. En sus de la persistance de douleurs lombaires et scapulaires gauches entravant la reprise d'une

activité professionnelle, l'assuré acceptait très difficilement, sur le plan psychologique, la « non-reconnaissance » de sa maladie. Le Dr O. _____ mentionnait une perte de poids de quinze kilos due, selon lui, à une perte d'appétit liée aux conséquences de l'accident et des ruminations associées. En présence de plaintes exprimées sous forme de lombalgies persistantes avec des paresthésies occasionnelles aux membres inférieurs, le médecin traitant retrouvait des réflexes symétriques, une distance mains-pieds de trente-trois centimètres, une trophicité musculaire bonne avec, par contre, une percussion de la région lombaire fortement douloureuse. Il a pour le reste relevé un status ostéo-articulaire (rachis, membres supérieur et inférieur) ininterprétable en raison des algies de l'assuré et des douleurs inexplicables sur la base des dernières radiographies. Le Dr O. _____ disait être face à un patient qui s'autolimitait et dont le diagnostic de trouble somatoforme douloureux pourrait être évoqué.

Le 28 septembre 2016, le Dr L. _____ a répondu à la gestionnaire de la CNA en charge du cas que le dernier rapport du Dr O. _____ recueilli au dossier ne modifiait pas sa précédente évaluation de la situation. Pour le médecin d'arrondissement de la CNA, l'accident du 21 juillet 2014 n'avait pas causé de lésion somatique objectivable comme l'avaient en particulier constaté les spécialistes de la CRR lors de l'hospitalisation de l'assuré à la mi-décembre 2014. Au terme de son appréciation médicale, le Dr L. _____ a constaté une capacité de travail de l'assuré, à 100%, dans son activité habituelle dès le 1^{er} janvier 2015.

Par décision du 10 octobre 2016, la CNA a confirmé la fin du droit aux prestations et notamment aux indemnités journalières au 31 décembre 2014 en l'absence de rapport de causalité entre les atteintes à la santé persistant postérieurement au 1^{er} janvier 2015 et l'accident du 21 juillet 2014, sous réserve de la fin de la prise en charge du traitement décidée avec effet au 23 février 2015.

Le 3 novembre 2016, l'assuré s'est opposé à la décision précitée, en concluant à la poursuite du versement des prestations de la

CNA durant au moins un an de plus. Il invoquait à ce titre des douleurs continues à gauche avec la prise d'antidouleurs et la reprise d'une physiothérapie, voire de la natation. Il se disait également déprimé et qualifiait la décision querellée d'injuste. Il précisait s'être inscrit à l'aide sociale pour effectuer une formation dans la vente afin de ne plus devoir occuper des emplois physiques.

Le 16 novembre 2016, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre sa décision du 10 octobre 2016 en l'absence d'atteintes organiques objectivées au dossier et d'un lien de causalité adéquate entre un trouble d'ordre psychique et l'accident du 21 juillet 2014.

B. Par acte du 16 décembre 2016, complété le 15 mars 2017, A. _____, représenté par Me Amandine Torrent, a déféré la décision sur opposition précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens que les prestations d'assurance lui soient allouées jusqu'au 21 juillet 2016. Subsidiairement, il reproche à l'assureur-accidents de s'être fondé sur des appréciations médicales contestées, avec la précision que des investigations sont en cours auprès d'un rhumatologue et un psychiatre sur l'origine des douleurs. En outre, en présence d'un accident de gravité moyenne, trois des sept critères exigés par la jurisprudence pour admettre un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident de juillet 2014 seraient remplis, soit en l'espèce les douleurs physiques persistantes, le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques ainsi que la durée anormalement longue du traitement médical. Le recourant a produit un rapport du 24 février 2017 du Professeur G. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin-chef du Département de l'appareil locomoteur (DAL) au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), consulté le jour même pour des lombalgies chroniques. Ce document se termine comme suit :

“Au total :

Rachialgies chroniques à distance d'un accident survenu au travail. Conflit avec la SUVA. Les signes de déconditionnement dominant largement le tableau et, en plus de la prise en charge psychiatrique, la reprise d'une physiothérapie active est indispensable à visée

essentiellement de reconditionnement. J'ai longuement expliqué au patient l'enjeu de ce reconditionnement, qui ne doit pas se limiter aux séances de physiothérapie mais être relayé par des exercices quotidiens à réaliser à domicile (je lui donne un petit cahier d'exercices qu'il doit réaliser sous la supervision de son physiothérapeute). J'ai insisté sur le fait qu'un reconditionnement du rachis s'envisage pour au minimum six mois afin d'espérer un effet sur les douleurs. Un séjour multidisciplinaire en centre thermal serait également intéressant, sur plusieurs semaines. Cela pourrait se faire par exemple à la Leukerbad Clinic ou à la Clinique Bernoise de Montana dans le Valais. L'équivalent aurait pu être réalisé à la CRR à Sion mais le patient ne veut pas en entendre parler. Un tel séjour aurait l'avantage de l'aider à la fois aux plans physique et psychologique."

Me Torrent a requis en outre l'octroi de l'assistance judiciaire et sa désignation comme avocat d'office.

Dans sa réponse du 19 avril 2017, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 16 novembre 2016.

Le 2 mai 2017, le recourant a notamment produit un rapport du 24 février 2017 rédigé par Z._____, psychologue associée du Département de psychiatrie du CHUV. A l'issue d'un examen des 8 et 22 février 2017 (épreuves projectives et analyse de l'efficiency intellectuelle), cette psychologue a posé la constatation suivante :

"Structure psychotique de la personnalité chez un patient présentant une efficiency intellectuelle globale très faible, au niveau du retard mental moyen (quotient intellectuel total = 49), auxquelles s'associe une probable composante organique cérébrale. Dans ce contexte, la réactivité caractérielle peut être comprise comme un moyen de lutter face à l'angoisse persécutoire d'autant plus vive que le patient ne dispose pas des moyens cognitifs qui lui permettraient de bien comprendre le réel environnant."

Le recourant a implicitement maintenu ses conclusions au terme de sa réplique du 15 juin 2017, en produisant un nouveau rapport établi le 11 mai 2017 par le Dr O._____, dont ressortent les constatations suivantes :

"Le patient cité en marge a été victime d'un accident de travail survenu le 21.7.2014.

Il a présenté depuis cet accident d'importantes lombalgies.

Auparavant, le patient ne présentait aucune douleur au niveau du dos.

Il était par ailleurs en excellent état de santé.

Les troubles actuels sont vraisemblablement la résultante de cet accident de travail.

Les traitements médicamenteux (AINS, antalgiques) et non médicamenteux (physiothérapie) ne l'ont que partiellement soulagé.

Actuellement, le patient présente toujours d'importantes lombalgies rendant toute reprise d'activité illusoire."

Une copie de cette écriture a été transmise à l'intimée pour son information.

Le 8 janvier 2018, le juge instructeur a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 16 décembre 2016 et a désigné d'office Me Torrent.

Le 22 janvier 2018, Me Torrent a produit la liste détaillée de ses opérations et débours.

E n d r o i t :

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

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

b) En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile et devant le tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) La contestation porte en l'occurrence sur le droit aux indemnités journalières au-delà du 31 décembre 2014 et à la poursuite du traitement médical, pour la période postérieure au 23 février 2015. En tant qu'autorité de recours, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal peut examiner d'office l'ensemble des aspects des prestations litigieuses. Elle peut toutefois aussi se limiter à se prononcer expressément sur les seuls griefs soulevés, sans exposer de manière détaillée dans le jugement les autres éléments fondant la décision, sauf si des aspects particuliers du dossier le justifient (ATF 125 V 413 consid. 2c). Elle se prononce sur la situation en fait et en droit jusqu'au moment de la décision litigieuse (ATF 140 V 70 consid. 4.2 et 131 V 242 consid. 2.1).

b) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

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

b) Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir:

- a. au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur prescription de ces derniers, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'au traitement ambulatoire dispensé dans un hôpital;
- b. aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste;
- c. au traitement, à la nourriture et au logement dans la division commune d'un hôpital;
- d. aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin;
- e. aux moyens et appareils servant à la guérison.

Aux termes de l'art. 16 al. 1 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

c) A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

De jurisprudence constante, cela signifie que l'assuré a droit à la prise en charge des traitements médicaux et aux indemnités journalières tant qu'il y a lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état de santé et pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été

menées à terme. Lorsque ces conditions ne sont plus remplies, le droit à ces prestations cesse et le droit à la rente commence (TF 8C_403/2011 du 11 octobre 2011 consid. 3.1.1 ; ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées). Le droit à la prise en charge des traitements médicaux et des indemnités journalières cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et 133 V 57 consid. 6.6.2).

4. a) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références; TF 8C_714/2013 du 23 juillet 2014 consid. 3.1 et 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations

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

La jurisprudence a souligné à cet égard que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer ses prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident (*statu quo sine*) par suite d'un développement ordinaire (TF 8C_551/2012 du 26 juin 2013 consid. 2, 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2, 8C_805/2007 du 20 août 2008 consid. 2 et les références citées); le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "*post hoc, ergo propter hoc*"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2 et 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

b) La jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles d'ordre psychique 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 (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, 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.

L'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave; pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques, il faut que soient réunis certains critères particuliers et objectifs dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_651/2014 du 31 août 2015 consid. 6.3) :

- 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;
- les douleurs physiques persistantes;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 2).

5. a) En l'espèce, l'ensemble des médecins consultés s'accorde à constater que l'accident professionnel subi le 21 juillet 2014 n'a pas entraîné de lésions durables de l'épaule gauche et du thorax. Le recourant a uniquement subi des contusions multiples sans fracture. Les radiographies du 22 juillet 2014 ont uniquement mis en évidence un aspect dégénératif des deux acromio-claviculaires. Le Dr L._____, médecin d'arrondissement de la CNA et ses confrères les Drs U._____, et D._____ de la CRR ont relevé que cinq mois après l'accident, le recourant présentait un tableau clinique avec de nombreuses limitations malgré les traitements appliqués, inexplicables par des constatations de lésions objectivables. L'examen neurologique à la CRR n'a pas mis en évidence de signes d'une atteinte du système nerveux central ou périphérique, avec une force, une sensibilité et des réflexes parfaitement normaux sans que les documents d'imagerie ne démontrent de lésion traumatique de l'épaule gauche, de la cage thoracique ou de la région lombaire (rapport d'évaluation interdisciplinaire du 22 décembre 2014, p. 5). L'assuré présentait par ailleurs de nombreux signes d'autolimitations et un comportement douloureux démonstratif flagrant lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles avec un PACT à 0 et de nombreuses discordances entre les plaintes et les constatations objectives des médecins (rapport d'examen du 3 décembre 2014, p. 3 - 5 et rapport d'évaluation interdisciplinaire du 22 décembre 2014, p. 6 et 7).

Les documents médicaux produits à l'appui du recours n'établissent pas davantage de lésion objective susceptible d'expliquer les plaintes du recourant et d'établir qu'elles seraient en relation de causalité naturelle avec l'accident. Dans son rapport du 22 août 2016, le Dr O._____ admet que les douleurs ne reposent pas sur un substrat objectivable au vu des images radiologiques, chez un assuré qui s'autolimite.

b) Sur le plan psychique, la psychologue Z._____ constate une structure psychotique de la personnalité chez un patient présentant une efficacité intellectuelle globale très faible, auxquelles s'associe

probablement une composante organique cérébrale. Une éventuelle lésion organique cérébrale n'est toutefois établie par aucun autre document médical au dossier et ne pourrait pas, quoi qu'il en soit, être mise en relation de causalité naturelle avec l'accident. Il en va de même d'une éventuelle structure psychotique de la personnalité. Pour sa part, le Dr O. _____ évoque un trouble somatoforme douloureux dans son rapport du 22 août 2016. Ce diagnostic n'est toutefois confirmé par aucun psychiatre. En particulier, l'examen spécialisé à la CRR n'a pas permis de poser un diagnostic du registre psychiatrique (rapport d'évaluation interdisciplinaire du 22 décembre 2014, p. 6). Quoi qu'il en soit, il ne pourrait pas être mis en relation de causalité adéquate avec l'accident. Les critères permettant de constater un tel lien de causalité ne sont en effet manifestement pas remplis, pour un accident de gravité moyenne. En particulier, le traitement suivi a été uniquement conservateur, avec physiothérapie, antalgiques et anti-inflammatoires. L'incapacité de travail exclusivement liée aux atteintes à la santé physique n'a pas duré au-delà du 31 décembre 2014. De même ne peut-on pas parler de douleurs particulièrement longues ou intenses causées par les seules atteintes à la santé physique, compte tenu des nombreux signes de non-organicité et incohérences observés par les différents médecins.

c) Dans ces conditions, l'intimée a mis fin à juste titre aux indemnités journalières avec effet au 31 décembre 2014. En l'absence d'une sensible amélioration à attendre de l'état de l'assuré, elle était également fondée à mettre fin à la prise en charge du traitement à cette même date quand bien même elle a finalement décidé le remboursement des frais médicaux jusqu'au 23 février 2015, vraisemblablement pour éviter de revenir avec effet rétroactif sur la prise en charge des prestations en nature, dans la mesure où elle avait omis d'inclure le traitement médical dans sa communication du 5 janvier 2015. Un tel mode de faire ne paraît pas critiquable.

6. Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

a) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario* ; art. 55 LPA-VD).

b) Par prononcé du 8 janvier 2018, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 16 décembre 2016 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Amandine Torrent.

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.

c) Le 22 janvier 2018, Me Torrent a produit une liste des opérations dont il n'y a pas de motif de s'écarter. Il convient par conséquent de lui allouer une indemnité d'office de 1'490 fr. 40, pour un tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ), TVA et débours compris.

d) La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA).

e) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant pris en charge par le canton dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

**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 16 novembre 2016 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

- IV.** L'indemnité d'office de Me Amandine Torrent, conseil du recourant, est arrêtée à 1'490 fr. 40 (mille quatre cent nonante francs et quarante centimes), TVA et débours compris.

- V.** Il n'est pas alloué de dépens.

- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Amandine Torrent (pour A. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :