

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 mars 2020

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Gutmann et Mme Pelletier, assesseurs
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Christian Chillà, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1987, sans formation professionnelle, travaillait en qualité d'aide-peintre pour le compte de l'entreprise P._____ Sàrl depuis le 16 octobre 2017 et était, à ce titre, assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) lorsqu'il a été victime, le 29 janvier 2018, d'une chute d'une échelle d'une hauteur estimée à 2 mètres, avec réception sur le dos et le coude gauche.

Une incapacité de travail à 100% a été attestée à compter du jour de l'accident et le cas a été pris en charge par la CNA.

Une radiographie effectuée le 29 janvier 2018 auprès du Centre médical H._____ n'a pas montré de lésion osseuse post trauma au niveau du rachis et du coude gauche. Seule une ancienne fracture du coude gauche a été constatée. Un traitement conservateur a été instauré.

Le 13 février 2018, une IRM [imagerie par résonance magnétique] lombaire a été réalisée. Aucune fracture n'a été décelée lors de cet examen. Seuls une discopathie centrée sur les trois derniers étages lombaires, prédominant surtout en L4-L5 avec rupture de l'anneau fibreux et un début de surcharge mécanique des articulations facettaires L4-L5 des deux côtés ont été constatés.

Dans un rapport du 1^{er} mars 2018 du Centre médical précité, les diagnostics de lombalgie sur discopathie L3-L4, L4-L5, L5-S1, de rupture de l'anneau fibreux L4-L5 et de surcharge facettaires L3-S1 ont été posés. Des séances de physiothérapie à raison de trois fois par semaine ont été prescrites.

Dans un rapport intermédiaire du 13 mai 2018, la Dre F._____, spécialiste en chiropratique, a posé le diagnostic de contusion lombaire et a mentionné une amélioration progressive lente, tout en niant

une capacité de travail en tant que peintre pendant une période de six mois à réévaluer.

Dans un rapport du 16 mai 2018, le Dr R._____ a posé comme limitations fonctionnelles le port de charges égal ou supérieur à 5 kg, la station immobile assise ou debout prolongée, la flexion-extension du rachis lombaire, les rotations répétées du rachis ainsi que la marche soutenue. Il a préconisé du repos, des séances de physiothérapie et, en l'absence d'amélioration, une IRM de contrôle avec infiltration.

Dans un rapport du 16 juillet 2018, la Dre F._____ a décrit une évolution lente, en précisant que des thérapies rééducatives avaient été reprises en Italie. Elle a également mentionné que l'assuré faisait toujours état de douleurs bien présentes.

En raison de la persistance des douleurs au niveau du dos, l'assuré a séjourné à la Clinique S._____ (Clinique S._____) du 7 au 31 août 2018.

Les diagnostics de lombalgies chroniques non spécifiques et de discrets troubles dégénératifs de la colonne lombaire ont été retenus par les Drs N._____, médecin associé auprès de la Clinique S._____ et spécialiste en médecine physique et réadaptation et Z._____, médecin-assistante auprès de cette même Clinique, dans leur rapport du 20 septembre 2018. Les médecins précités ont également retenu, sur le plan psychiatrique, un trouble de l'adaptation avec symptômes de type PTSD [posttraumatic stress disorder ou SSPT en français, syndrome de stress post-traumatique], tout en précisant que contrairement à l'impression clinique initiale avec un patient qui donnait le change, il s'était avéré, au cours de son séjour, que l'assuré présentait une peur phobique des hauteurs depuis son accident avec des flashbacks provoqués par l'exposition à la hauteur (qui pouvait être tout à fait minime) et que cela ne correspondait pas à un PTSD mais bien à un trouble de l'adaptation avec symptômes de ce type. Les médecins ont ainsi jugé utile de mettre en place un suivi psychothérapeutique que

l'assuré n'était toutefois pas prêt à entreprendre. Les activités en hauteur en lien avec une acrophobie constituaient l'unique limitation fonctionnelle provisoire, le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles étant limité par des facteurs non médicaux (absence de contrat de travail, mauvaise compréhension du français) chez un assuré avec une tendance au catastrophisme et à l'autolimitation. Une incapacité de travail à 100% a été attestée par les médecins de la Clinique S. _____ du 7 août au 30 septembre 2018.

Dans un avis du 25 septembre 2018, le Dr W. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, a considéré que, sur le plan somatique, l'accident, objectivement de peu de gravité, ne déployait plus d'effets si bien que la CNA pouvait mettre un terme à ses prestations, sauf si elle souhaitait investiguer plus avant les troubles psychiques.

Dans un courriel complémentaire du 26 septembre 2018, le Dr W. _____ a précisé que la présence de lombalgies chroniques sur de légers troubles dégénératifs parlait clairement en faveur d'un état antérieur que l'accident n'avait fait qu'aggraver temporairement.

Par décision du 9 octobre 2018, la CNA a mis un terme au versement des prestations d'assurance au motif que l'état de santé de l'assuré tel qu'il aurait été sans l'accident pouvait être considéré comme atteint le 19 octobre 2018 au plus tard.

Le 29 octobre 2018, l'assuré a formé opposition contre la décision précitée en concluant implicitement à son annulation et à la poursuite de la prise en charge des prestations d'assurance au-delà du 19 octobre 2018. Il a joint à son écriture un rapport médical du 20 octobre 2018 du Prof. J. _____, spécialiste en neurochirurgie et neuropsychiatrie, dans lequel celui-ci indiquait que l'IRM pratiquée le 13 février 2018 faisait état de stries dans les articulations interapophysaires lombaires similaires à une inflammation chronique (trad. libre du texte en italien suivant : « stria iperlucenti nelle articolazioni interapofisarie lombari come da infiammazione cronica »), ainsi que divers certificats médicaux des 23 et

25 octobre 2018 de la Dre D._____, chirurgienne et spécialiste en dermatologie et vénéréologie. Le recourant a également précisé que son médecin traitant le soignait pour un état dépressif consécutif aux douleurs dorsales.

Dans un avis du 5 novembre 2018, le W._____ a estimé que la CNA disposait de tous les éléments médicaux pour se déterminer.

Par décision sur opposition du 16 novembre 2018, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. Elle a en substance fait valoir que les médecins de la Clinique S._____ étaient parvenus à la conclusion que les plaintes et limitations fonctionnelles du recourant ne s'expliquaient qu'en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour à la Clinique. Selon ces médecins, des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles du recourant, lequel présentait une tendance au catastrophisme et à l'autolimitation. Le Dr W._____ a ainsi considéré que l'accident du 29 janvier 2018 n'avait fait qu'aggraver passagèrement un état dégénératif antérieur et que cet accident ne déployait plus d'effets au 19 octobre 2018. La CNA a également précisé que la décision mettant un terme au versement des prestations d'assurance ne tendait pas à considérer l'assuré comme asymptomatique mais à nier l'étiologie accidentelle des troubles persistant au-delà du 19 octobre 2018. Elle a en outre rappelé la jurisprudence applicable en matière de troubles psychiques et confirmé qu'aucun lien de causalité adéquate ne pouvait être retenu entre les troubles ressentis par l'assuré et l'accident.

B. Par acte du 17 décembre 2018, B._____ a, sous la plume de son conseil, recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée en concluant, préalablement, à ce que l'effet suspensif soit accordé et à ce qu'ordre soit donné à la CNA de continuer la prise en charge des prestations d'assurance en sa faveur jusqu'à droit connu sur le sort du recours, et, au fond, principalement à la réforme de la décision sur opposition rendue par la CNA le 16 novembre 2018 en ce sens que son opposition soit admise et

que l'intimée doive continuer à prendre en charge les prestations d'assurance en sa faveur pour les troubles au dos et à sa santé psychique en lien avec l'accident dont il a été victime le 29 janvier 2018, et subsidiairement à l'annulation de la décision sur opposition précitée et au renvoi du dossier à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. Le recourant, s'appuyant sur les faits de la cause, soutient en substance que l'atteinte à sa santé à la suite de l'accident dont il a été victime n'est pas banale. Il fait également valoir que l'avis du Dr W. _____ sur lequel se fonde la CNA dans la décision querellée est très succinct et ne constitue pas une analyse approfondie et sérieuse de son dossier médical. Il relève par ailleurs que ni la CNA, ni le médecin d'arrondissement ne se prononce sur la question de savoir si la discopathie avec rupture de l'anneau fibreux montrée par l'IRM lombaire du recourant était préexistante ou si elle a été causée partiellement ou totalement par l'accident en question. Le dossier de l'intimée n'indiquerait pas non plus sur quelle base le médecin d'arrondissement a pu considérer que son atteinte à la santé aurait cessé ou que son état de santé actuel correspondrait à celui qui aurait existé sans la survenance de l'accident. Le recourant s'étonne en outre que tant la Clinique S. _____ que l'intimée lui aient conseillé de déposer une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Le recourant se réfère encore à l'attestation médicale du Prof. J. _____ du 20 octobre 2018, dans laquelle celui-ci constate des stries dans les articulations interapophysaires lombaires similaires à une inflammation chronique (trad. libre du texte en italien suivant : « striae iperlucenti nelle articolazioni interapofisarie lombari come da infiammazione cronica ») et considère que le Dr W. _____ ne s'est pas prononcé de manière circonstanciée sur les éléments relevés par le professeur précité. Enfin, le recourant fait valoir que son état de santé psychique, en particulier la peur phobique des hauteurs évoquée par les médecins de la Clinique S. _____ et le syndrome anxieux-dépressif évoqué par la Dre D. _____, spécialiste en dermatologie et vénérologie, dans une attestation du 12 décembre 2018, est en lien direct avec l'accident survenu le 29 janvier 2018.

Le 15 janvier 2019, le recourant a produit, à l'appui de son recours, une attestation médicale du 4 janvier 2019 du Prof. J._____, dans laquelle ce médecin « conseille de procéder à une nouvelle IRM afin de vérifier la nature de la pathologie observée à la hauteur des disques L4-L5 » pour reprendre les termes de la traduction par le recourant du texte en italien. Le Prof. J._____ a encore précisé que ces affections pourraient expliquer l'intense lombalgie ressentie par le patient. Le recourant a également produit une copie de son dossier médical constitué auprès de la Dre F._____.

Par décision du 17 janvier 2019, la Juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 17 décembre 2018 et lui a désigné Me Christian Chillà en tant qu'avocat d'office.

Par réponse du 1^{er} mars 2019 limitée à la question de l'effet suspensif, l'intimée a conclu au rejet de la requête de restitution de l'effet suspensif du recourant.

Le recourant s'est déterminé sur cette question par écriture du 12 mars 2019, à laquelle il a joint une ordonnance médicale établie le 22 février 2019 par le Dr Q._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant du recourant, dans laquelle ce médecin lui prescrit 9 séances de physiothérapie.

Par ordonnance du 25 mars 2019, la Juge instructrice a rejeté la requête d'effet suspensif déposée par le recourant.

Par réponse du 12 avril 2019, la CNA a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, en renvoyant à cette décision et en faisant valoir qu'il convenait d'accorder une pleine valeur probante aux avis du Dr W._____, lesquels se fondaient sur le rapport de la Clinique S._____ du 20 septembre 2018 ainsi que sur la doctrine médicale. En outre, aucun lien de causalité adéquate ne pouvait être retenu entre les troubles psychiques et l'accident survenu le 29 janvier 2018.

Par réplique du 2 mai 2019, le recourant a en substance repris les arguments déjà invoqués dans son recours, en relevant à nouveau le fait que les avis du Dr W. _____ ne remplissaient pas les exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante des rapports médicaux et en réitérant la mesure d'instruction requise, soit ordonner la mise en œuvre d'une expertise médicale.

Par duplique du 27 mai 2019, l'intimée a maintenu sa position, tout en rappelant que le Dr W. _____ s'était fondé sur des imageries médicales et des examens complets effectués à la Clinique S. _____ pour aboutir à la conclusion que l'accident du 29 janvier 2018 ne déployait plus d'effets à cette date. L'intimée a également répondu aux autres arguments invoqués par le recourant, notamment en lien avec les troubles psychiques.

Le 17 juin 2019, le recourant s'est déterminé, en s'appuyant sur l'avis du Prof. J. _____ du 4 janvier 2019 qui suggère de procéder à des analyses supplémentaires et en réitérant le fait que les avis du Dr W. _____ devaient être écartés.

Le recourant a complété ses déterminations par des écritures des 19 juin, 25 juin, 30 juillet et 27 août 2019. Il a produit diverses pièces : soit un certificat médical du Dr Q. _____, attestant une incapacité de travail de 100% dans l'activité de peintre en bâtiment en raison de lombalgies post-traumatiques et précisant qu'un traitement de physiothérapie était en cours et devait être poursuivi pour une durée de 4 à 6 mois ; deux certificats médicaux du Dr X. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi qu'un rapport médical de ce même spécialiste, daté du 27 août 2019, dans lequel celui-ci conclut que l'état de stress post-traumatique (ou syndrome de stress post-traumatique [SSPT]), accompagné par une dépression très grave du recourant est une conséquence directe de l'accident du 29 janvier 2018.

Le 16 septembre 2019, la CNA s'est déterminée en relevant que le fait nouveau invoqué (SSPT) était postérieur à la décision sur

opposition querellée et en rappelant la jurisprudence applicable en matière de troubles de nature psychique.

Le 8 octobre 2019, Me Chillà a déposé une liste de ses opérations.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents eu égard à l'évènement du 29 janvier 2018, singulièrement sur la question de savoir s'il peut prétendre à des prestations de la CNA du fait de cet évènement au-delà du 19 octobre 2018.

3. a) En vertu de 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. 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. L'assuré a droit, notamment, au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

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. 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 142 V 435 consid. 1 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* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1).]

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 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

d) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer 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, 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 ; 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_775/2017 du 13 juin 2018 consid. 5.2). 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_567/2017 du 12 mars 2018 consid. 5.1). Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En

revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées) :

- 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.

De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C_493/2017 du 10 juillet 2018 consid. 2.2 et les références citées).

e) Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus 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 même sans l'accident par suite d'un

développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, 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 malade préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

Une aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est prouvée que 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 et la référence citée ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 4.4.2).

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 (« *eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss* » ; TF 8C_1029/2012 du 22 mai 2013 consid. 4.2.1 ; TF 8C_562/2010 du 3 août 2011 consid. 5.1 et les références citées).

4. De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de façon objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur

probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de 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 et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; Pratique VSI 2001 p. 109, consid. 3b/cc).

Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé. 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/ee 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).

5. En l'espèce, le recourant a été victime, le 29 janvier 2018, d'un accident lors duquel il a chuté d'une échelle. Il a subi des atteintes au dos et à l'épaule gauche, qui ont été prises en charge par l'intimée jusqu'au 19 octobre 2018, date à laquelle celle-ci a considéré que l'état de santé du recourant s'était stabilisé et que l'accident ne déployait plus d'effets.

Le recourant soutient au contraire que les atteintes au dos et à sa santé psychique sont une conséquence directe de l'accident survenu le 29 janvier 2018 et doivent continuer à être pris en charge par l'intimée.

a) Sur le plan somatique, une radiographie effectuée le jour-même de l'accident, soit le 29 janvier 2018, n'avait pas montré de lésion osseuse post trauma au niveau du rachis et du coude gauche du recourant. De même, l'IRM réalisée le 13 février 2018 n'avait pas mis en évidence de fracture mais une discopathie centrée sur les trois derniers étages lombaires, prédominant surtout en L4-L5 avec rupture de l'anneau fibreux et un début de surcharge mécanique des articulations facettaires L4-L5 des deux côtés. Le diagnostic de contusion lombaire a été posé par la F._____ en date du 13 mai 2018, laquelle a mentionné une amélioration progressive lente. Le Dr R._____ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes dans son rapport du 16 mai 2018 : port de charges égal ou supérieur à 5 kg, la station immobile assise ou debout prolongée, la flexion-extension du rachis lombaire, les rotations répétées du rachis ainsi que la marche soutenue. Lors de son séjour à la Clinique S._____ en août 2018, les diagnostics de lombalgies chroniques non spécifiques et de discrets troubles dégénératifs de la colonne lombaire ont

été posés. Les médecins de la Clinique S._____ ont précisé que l'IRM lombaire du 13 février 2018 n'avait pas montré d'anomalie de signal évoquant une atteinte traumatique, compressive ou inflammatoire. Seules existaient des séquelles de dystrophie rachidienne de croissance dorsales basses. Ils en ont déduit que les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient qu'en partie par les lésions objectives constatées. Les médecins de la Clinique S._____ ont encore relevé que des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le recourant qui avait tendance au catastrophisme et à s'autolimiter. Ils ont conclu à un pronostic défavorable en termes de réinsertion professionnelle que ce soit dans l'ancienne activité ou dans une activité adaptée. Ce pronostic était défavorable en raison principalement d'une peur de la hauteur et de facteurs non médicaux dans l'activité habituelle et exclusivement en raison de tels facteurs dans une activité adaptée. Sur la base du rapport de la Clinique S._____, le Dr W._____ a considéré que la présence de lombalgies chroniques sur de légers troubles dégénératifs parlait clairement en faveur d'un état antérieur que l'accident n'avait fait qu'aggraver temporairement, raison pour laquelle il n'incombait plus à la CNA de prendre en charge les atteintes somatiques du recourant à compter du 20 octobre 2018. Le recourant s'appuie en particulier sur les rapports du Prof. J._____ des 20 octobre 2018 et 4 janvier 2019, rapportant toujours souffrir de séquelles accidentelles et contestant présenter une atteinte à la santé préexistante à l'accident. Or les rapports du Prof. J._____ n'apportent aucun élément médical objectif permettant de remettre au cause les conclusions du Dr W._____. En effet, dans son rapport du 20 octobre 2018, le Prof. J._____ ne fait que constater une atteinte déjà connue (cf. IRM du 13 février 2018). Par ailleurs, contrairement à ce que soutient le recourant, il ne ressort nullement du texte en italien écrit par le Prof. J._____ (cf. rapport du 4 janvier 2019) que ce médecin recommande d'effectuer un nouvel examen par IRM dans le but de vérifier la nature de l'atteinte. Il préconise un tel examen uniquement pour vérifier l'évolution de l'atteinte constatée lors de l'IRM du 13 février 2018, ce qui n'est de loin pas pareil. Si les conclusions du Dr W._____ apparaissent certes concises, elles s'appuient en réalité sur le rapport de la Clinique S._____.

lequel faisait uniquement état de troubles dégénératifs. La brièveté des conclusions du Dr W._____ démontre plutôt qu'il était clair dans son esprit que les atteintes constatées par IRM parlaient en faveur de troubles dégénératifs déjà existants avant l'accident. A cet égard, les rapports médicaux des Drs J._____ et F._____ ne sont pas propres à mettre en doute les conclusions du Dr W._____.

Le recourant s'étonne par ailleurs que tant la Clinique S._____ que l'intimée lui aient conseillé de déposer une demande de prestations de l'assurance-invalidité, ce qui signifierait que l'intimée considère qu'il était déjà invalide avant la survenance de l'accident. L'intimée a relevé qu'il s'agissait d'une pratique courante et qu'elle ne considérait pas le recourant comme asymptomatique mais qu'elle niait l'étiologie accidentelle des troubles persistant au-delà du 19 octobre 2018. Si le recourant estime qu'il n'est pas apte à travailler en raison de ses problèmes de santé, alors il paraît logique de lui conseiller de déposer une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité qui doit examiner plus largement si les atteintes à la santé ont une influence sur la capacité de travail, sans se limiter à la question du lien de causalité entre les atteintes et l'évènement assuré. Dans ces conditions, on ne voit pas en quoi la position de l'intimée est contradictoire.

Il faut aussi relever que selon la jurisprudence (cf. consid. 3e *supra*), une aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique, comme c'est le cas en l'espèce, cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année. Il est encore précisé que le *statu quo sine* est même déjà atteint après trois à quatre mois pour des lombalgies post-traumatiques. Force est donc de constater qu'en considérant que le *statu quo sine* était atteint plus de huit mois après l'accident, lequel n'a engendré au final qu'une simple contusion chez le recourant, l'intimée n'a pas agi de manière choquante. Au contraire, la durée considérée concorde avec la jurisprudence précitée.

Ainsi, en l'absence de lésions structurelles, c'est en définitive à bon droit que l'intimée a retenu l'absence de causalité naturelle entre les lombalgies chroniques non spécifiques et l'accident du 19 janvier 2018.

b) Le recourant se prévaut de troubles psychiques et considère qu'ils sont en lien direct avec l'accident survenu le 19 janvier 2018, en se référant notamment au rapport de la Clinique S._____ du 20 septembre 2018, à celui de la Dre D._____ du 12 décembre 2018 ainsi qu'au rapport du 27 août 2019 du Dr X._____.

En l'occurrence, si le fait d'être tombé d'une échelle a pu subjectivement revêtir chez l'intéressé un caractère relativement impressionnant, le déroulement de l'accident n'apparaît pas du point de vue objectif - seul déterminant en l'espèce - particulièrement dramatique. En effet, il n'a pas impliqué de tiers et la hauteur estimée (deux mètres) n'est pas particulièrement élevée (cf. notamment TF 8C_657/2013 du 3 juillet 2014 consid. 5.4, dans lequel le Tribunal fédéral a nié le caractère impressionnant dans le cas d'une chute de 4,5 mètres). Ainsi cet accident peut, tout au plus, être qualifié de gravité moyenne, à la limite d'un accident bénin, au vu des forces générées. Cette appréciation n'a d'ailleurs pas été remise en cause par le recourant. Il convient dès lors d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité entre les troubles psychiques développés et l'accident litigieux au regard des critères objectifs développés par la jurisprudence (cf. consid. 3d *supra*).

L'accident du 19 janvier 2018 n'a objectivement pas revêtu un caractère particulièrement impressionnant : la tête du recourant n'a pas heurté le sol ; il n'a pas perdu connaissance et sa vie n'a pas été mise en danger. Il n'a pas non plus subi de lésion grave et a pu bénéficier d'une prise en charge médicale utile. Ainsi, il y a lieu de retenir, avec la CNA, que les lésions organiques du recourant ne sont pas propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. En effet, les lésions physiques qui ont résulté de l'accident, à savoir une contusion lombaire, ne présentent pas une gravité ou une nature particulière. Le dossier ne laisse apparaître aucune erreur médicale, ni aucune complication. Le

traitement médical n'a pas été particulièrement long ou pénible, dès lors qu'il a essentiellement consisté en la prise d'anti-inflammatoires et des séances de physiothérapie pendant quelques mois. Certes, le recourant ressent toujours d'intenses douleurs. Or, les médecins de la Clinique S._____ ont relevé que les plaintes et les limitations fonctionnelles ne s'expliquaient qu'en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour en clinique. De plus, les douleurs invoquées par le recourant semblent provenir des atteintes d'origine dégénératives, en particulier des lombalgies chroniques non spécifiques. Les médecins de la Clinique S._____ ont également mentionné que des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient qui avait tendance au catastrophisme et à s'autolimiter. Or l'intensité des douleurs doit être examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4 ; TF 8C_459/2017 du 6 avril 2018 consid. 5.2). Les douleurs dont se plaint le recourant ne peuvent dès lors pas être imputées, sinon qu'en partie, à l'événement assuré.

Le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques accidentelles ne sont certes pas négligeables. Toutefois cet élément n'est pas suffisamment marquant au vu des conditions fixées par la jurisprudence pour conduire à reconnaître l'existence d'un lien de causalité adéquat entre l'atteinte psychique et l'accident litigieux.

Dans ces circonstances, c'est à juste titre que l'intimée a estimé que la question d'un éventuel lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques allégués et la chute de l'échelle pouvait demeurer ouverte, faute de lien de causalité adéquate entre lesdits troubles et l'événement accidentel du 19 janvier 2018.

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, est convaincu 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, l'instruction apparaît suffisante, les éléments au dossier permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner de mesures d'instruction complémentaires. En conséquence, la mise en œuvre d'une expertise telle que requise par le recourant n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves (ATF 137 III 208 consid. 2.2 ; 135 II 286 consid. 5.1).

7. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) Par décision de la juge instructrice du 17 janvier 2019, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 17 décembre 2018 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Christian Chillà. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 9 octobre 2019. Les opérations effectuées avant le 17 décembre 2018 ne sauraient être prises en compte. Il y a ainsi lieu de réduire le temps consacré au dossier à 18h20 (au lieu de 20h10) soit, au tarif horaire de 180 fr., à 3'300 francs. La liste produite comprend également des débours. Il convient toutefois sur ce dernier point d'appliquer le forfait de 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), soit 165 francs. Il y a lieu d'ajouter encore la TVA au taux de 7,7%. Au final, le montant de l'indemnité de Me Chillà est arrêté à 3'731 fr. 80 fr. (3'300 fr. + 165 fr. + 266 fr. 80 [3'465 fr. x 7.7%]), débours et TVA compris.

La rémunération de l'avocat d'office 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 [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], 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).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 16 novembre 2018 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.
- IV. L'indemnité d'office de Me Christian Chillà est arrêtée à 3'731 fr. 80 (trois mille sept cent trente et un francs et huitante centimes), débours et TVA compris.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Christian Chillà (pour B. _____),
- 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).

La greffière :