

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 octobre 2019

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Oppikofer, assesseur  
Greffière : Mme Monod

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Silvia Gutierrez, avocate, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 al. 1 et 36 LAA.**

**E n f a i t :**

**A. a)** .\_\_\_\_\_ [...] (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1973, travaillait comme monteur-électricien sans certificat fédéral de capacité (CFC) pour le compte de B.\_\_\_\_\_Sàrl, à [...], depuis le 5 juin 2018. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles, auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

**b)** Avant l'accident qui fait l'objet de la présente procédure, l'assuré était suivi pour des gonalgies et des lombalgies. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du rachis lombaire du 28 février 2018 montrait des protrusions discales étagées postéromédianes légèrement sténosantes de L3-L4 à L5-S1 avec légère arthrose interfacettaire en L4-L5 et L5-S1 sans signe de conflit radiculaire.

L'assuré s'est en outre fait écraser la main droite par une armoire en septembre 2012, accident dont les suites ont été prises en charge par la CNA jusqu'au 18 décembre 2013.

Il s'est également annoncé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, lequel a nié le droit à une rente d'invalidité par décision du 10 décembre 2018.

**c)** Par déclaration d'accident du 10 juillet 2018, la CNA a été avisée que l'assuré s'était fait une « écorchure » aux orteils droits le 29 juin 2018, dans les circonstances suivantes : « Cyclisme VTT : Tombé de vélo en rentrant chez lui ». A la suite de cet accident, l'assuré a été en arrêt de travail complet.

Une IRM du genou gauche du 10 juillet 2018 a mis en évidence une dysplasie trochléaire avec une chondropathie fémoro-patellaire prononcée en progression par rapport à un examen identique réalisé en

2012. Au genou droit, l'assuré présentait des altérations dégénératives des cornes postérieures des ménisques internes et externes sans déchirure, ainsi qu'une chondropathie stade IV du versant latéral de la rotule.

Le 3 août 2018, le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, a posé les diagnostics de contusion lombaire, contusion du genou gauche et contusion du 5<sup>ème</sup> orteil gauche, précisant qu'à la date du 2 juillet 2018 les lombalgies, gonalgie et douleurs au 5<sup>ème</sup> orteil persistaient, mais que le pronostic était favorable.

Une IRM effectuée le 9 août 2018 a révélé une discrète discopathie cervicale de C2-C3 à C5-C6 sans hernie significative et une discopathie L4-L5 sans hernie.

**d)** A l'occasion d'une consultation en médecine physique et réhabilitation du 3 septembre 2018, le Dr G.\_\_\_\_\_, chef de clinique du Département de l'appareil locomoteur du G.\_\_\_\_\_, et la Dre H.\_\_\_\_\_, médecin assistante, ont fait état d'un patient toujours très démonstratif, qui ne semblait pas présenter de conséquence majeure de l'accident du 29 juin 2018, hormis des tensions musculaires exacerbant des douleurs dans un contexte de lombalgies déjà chroniques. Ils ont observé que l'assuré se déplaçait toujours avec une canne-béquille et qu'il était finalement favorable à la visco-supplémentation qui avait été proposée la fois précédente, la situation en termes de prise en charge s'étant améliorée. Les médecins ont toutefois précisé que ce traitement n'était pas corrélé à ceux assumés dans le cadre du récent accident.

A la demande du médecin d'arrondissement, l'assuré a séjourné du 20 novembre 2018 au 7 décembre 2018 au sein du service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la Clinique J.\_\_\_\_\_. Le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et la Dre L.\_\_\_\_\_, médecin assistante, ont rédigé un rapport le 17 décembre 2018, retenant les diagnostics de lombalgies chroniques non spécifiques, chute à vélo le 29.06.2018 avec contusions lombaire, des genoux et

fracture non déplacée du 5<sup>ème</sup> orteil du pied gauche, discrets troubles dégénératifs lombaire et cervical (interfacettaire L4-L5 et L5-S1, discopathie L4-L5, C2-C3 et C5-C6) et probable majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Les comorbidités suivantes ont en outre été relevées : tabagisme actif, gonalgies gauches chroniques, dysplasie trochléaire et chondropathie fémoro-patellaire, visco-supplémentation du genou gauche le 16.09.2018 et chondropathie de stade IV du versant supérieur de la rotule, non symptomatique au genou droit. Après un examen détaillé, les médecins ont constaté que, sur le plan orthopédique, aucun nouveau diagnostic n'avait été posé. Le bilan radiologique montrait de discrets troubles dégénératifs en L4-L5, sans signe d'atteinte spécifique. Sur le plan psychiatrique, ils ont observé une probable majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Sur le plan neurologique, aucun diagnostic n'a été émis. Les médecins ont conclu que les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. L'importance du retentissement fonctionnel annoncé ne pouvait être expliqué par les quelques troubles dégénératifs constatés sur les bilans radiologiques du rachis et était influencé par l'aspect psychologique. Des facteurs contextuels (catastrophisme, peur du mouvement) influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient, qui sous-estimait le niveau d'activité qu'il pouvait réaliser. De plus l'absence de formation qualifiante et l'absence de contrat de travail pouvaient être un frein à la reprise d'une activité adaptée. Ils ont ajouté que l'évolution subjective et objective était non significative et que la participation de l'assuré aux thérapies avait été considérée comme faible du fait de la focalisation du patient sur ses douleurs. Au terme du séjour, les médecins n'ont retenu aucune limitation fonctionnelle pour ce qui concernait le rachis ; pour ce qui était de l'atteinte au genou gauche, sans lien avec l'accident, ils ont retenu des limitations pour les activités nécessitant des accroupissements répétés ou la montée-descente répétée d'escaliers ou d'échelles. Ils ont considéré que la situation était stabilisée sur le plan médical. Ils ont précisé que le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité d'aide-monteur électricien était défavorable en lien avec des facteurs médicaux sans lien avec

l'accident (diagnostics genou gauche) et des facteurs non médicaux chez un patient se projetant dans une activité de chauffeur de bus. Le pronostic dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus était limité par des facteurs non médicaux chez un patient non qualifié et qui sous-estimait le niveau d'activité qu'il pouvait réaliser.

Le rapport consécutif aux ateliers professionnels suivis par l'assuré à la Clinique J.\_\_\_\_\_ a fait état d'un patient multi-plaintif et manifestant un comportement douloureux lors d'activités légères et peu contraignantes. L'évaluation ne traduisait que le niveau d'effort et d'engagement auquel le patient avait bien voulu consentir, celui-ci se limitant constamment au motif de douleurs.

Le consilium psychiatrique du 21 novembre 2018, signé par le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à la Clinique J.\_\_\_\_\_, a conclu à une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0). Il a relevé que l'assuré se montrait quelque peu fataliste, pas triste, mais inquiet. Ainsi sa thymie était légèrement abaissée avec prédominance d'inquiétudes concernant son avenir, de fatigue matinale et de troubles du sommeil, mais sans anhédonie franche, sans idées noires ou de dévalorisation. En revanche, il verbalisait un sentiment d'avoir été souvent mal compris, mal considéré et ainsi mal soigné. Sa pensée était rétrécie sur son désir de devenir chauffeur de bus, sans autres troubles majeurs du contenu de la pensée. Le cours de la pensée était légèrement perturbé par quelques flous et/ou imprécisions. Il n'y avait pas de symptôme patent de la lignée psychotique, ni en faveur d'un PTSD (trouble de stress post-traumatique). Chez un patient au regard fuyant et très plaintif, les stratégies de gestion de la douleur semblaient quasi inexistantes et l'assuré ne pouvait se projeter dans aucune profession même à long terme. Les psychiatres ont estimé que le processus d'invalidation était déjà bien avancé sans trouver de levier thérapeutique pour inverser cette tendance.

**e)** Le 5 février 2019, le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, spécialiste en chirurgie, a procédé à un

examen de l'assuré. Il résulte notamment du rapport correspondant que les fractures des orteils sont guéries, que l'examen clinique est dominé par un comportement douloureux changeant avec des autolimitations. Des lombalgies banales non spécifiques ne justifiaient pas d'incapacité de travail, ainsi que l'avaient retenu les médecins de la Clinique J.\_\_\_\_\_. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a noté que l'accident avait peut-être décompensé transitoirement les lombalgies mais qu'en l'absence de toute lésion structurelle, il ne faisait aucun doute qu'il ne déployait plus d'effets depuis longtemps. Il a ajouté que l'assuré ne prétendait pas que les gonalgies gauches chroniques sur dysplasie trochléenne et chondropathie fémoro-patellaire bilatérale s'étaient aggravées à la suite de l'accident.

**f)** Par décision du 18 février 2019, la CNA a retenu que selon l'appréciation de son médecin d'arrondissement du 5 février 2019, les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident et que l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident pouvait être considéré comme atteint le 11 février 2019 au plus tard. Elle a donc clos le cas au 11 février 2019 en ce qui concernait le versement de l'indemnité journalière et au 25 février 2019 s'agissant de la prise en charge des frais de traitement.

L'assuré s'est opposé à cette décision par courrier du 19 février 2019, faisant valoir en substance que son état de santé ne s'était pas amélioré et invoquant des limitations fonctionnelles. Il a produit un certificat médical du 15 janvier 2019 de la Dre I.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, laquelle relatait les plaintes de l'assuré et les limitations fonctionnelles dues à l'ensemble des douleurs ressenties. Un courrier du 12 février 2019 de cette médecin précisait que l'assuré ne se sentait pas apte à reprendre une activité professionnelle.

Ces éléments ont été soumis au médecin d'arrondissement, qui a indiqué le 21 février 2019 n'avoir rien à ajouter à ses constatations du 5 février 2019.

Par décision sur opposition du 27 février 2019, la CNA a confirmé la teneur de sa décision du 18 février 2019. Elle a considéré que

les certificats de la Dre I.\_\_\_\_\_ ne permettaient pas d'admettre que l'assuré présentait des séquelles de l'accident du 29 juin 2018 au-delà du 11 février 2019. Elle a souligné que les spécialistes du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_ et de la Clinique J.\_\_\_\_\_ étaient arrivés à la conclusion que les troubles et les limitations relatés ne s'expliquaient principalement pas par les lésions objectives. Les troubles du genou gauche - qui pouvaient entraîner des limitations pour les activités nécessitant des accroupissements répétés ou la montée-descente répétée d'escaliers ou d'échelles - ne concernaient pas l'accident du 29 juin 2018 mais étaient à mettre sur le compte de la maladie (dysplasie et chondropathie). Elle a ajouté qu'aucune limitation fonctionnelle n'avait été retenue lors du séjour à la Clinique J.\_\_\_\_\_ pour les problèmes dorsaux. De plus, le médecin d'arrondissement avait certifié que la chute à vélo n'avait pas occasionné de lésion structurelle et avait cessé de déployer ses effets depuis plusieurs mois.

**g)** Par décision du 6 mars 2019, la CNA a par ailleurs requis la restitution des indemnités journalières servies entre le 11 février 2019 et le 28 février 2019.

**B.** Par acte du 29 mars 2019, C.\_\_\_\_\_, sous la plume de son conseil, Me Silvia Gutierrez, a déféré la décision sur opposition du 27 février 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens que la CNA poursuive le versement des prestations de l'assurance-accidents relatives au sinistre litigieux, et subsidiairement à son annulation, sous suite de renvoi de la cause à la CNA pour instruction complémentaire. Au titre des mesures d'instruction, l'assuré a requis qu'une expertise médicale soit ordonnée, afin de déterminer l'impact de l'accident incriminé sur l'aggravation de son état de santé sur le plan physique et psychologique. Il a en outre requis d'être entendu personnellement et la possibilité de faire assigner des témoins. Il a produit un bref rapport médical du 26 mars 2019 de la Dre I.\_\_\_\_\_ indiquant qu'à la suite de l'accident, il avait présenté une accentuation de ses douleurs articulaires et une fracture du 5<sup>ème</sup> orteil, ainsi que rappelant que l'assuré estimait ne pas pouvoir exercer son

activité professionnelle et se plaignait de limitations fonctionnelles. L'assuré a produit en outre un courrier du 12 mars 2019 du Dr P. \_\_\_\_\_ et de la Dre R. \_\_\_\_\_, médecins au sein du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier F. \_\_\_\_\_, lesquels ont rapporté les plaintes de l'assuré et observé un patient très centré sur ses douleurs s'estimant incapable de travailler ; ils ont également rappelé que l'assuré avait bénéficié d'un bilan très complet durant l'hospitalisation à la Clinique J. \_\_\_\_\_, comportant une évaluation détaillée de sa capacité de travail. Ils ont confirmé l'absence de propositions thérapeutiques supplémentaires.

La CNA s'est déterminée le 10 mai 2019 et a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 31 juillet 2019, l'assuré a confirmé ses conclusions. Il a fourni un nouvel avis de la Dre I. \_\_\_\_\_ du 29 juillet 2019 faisant état des éléments d'anamnèse et relevant que l'impossibilité ou le sentiment d'impossibilité de faire une reconversion professionnelle et de restaurer la situation psychosociale économique antérieure à l'accident initial du 4 septembre 2012 était un élément important dans l'appréciation du cas de l'assuré.

Le 16 août 2019, la CNA a maintenu ses déterminations.

## **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 (art. 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 auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**2.**           Est litigieux le point de savoir si l'intimée, en tant qu'assureur-accidents, doit prendre en charge les suites de l'événement du 29 juin 2018 au-delà du 11 février 2019.

**3.**           **a)** Aux termes 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. Par accident, on entend 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 LPGA).

**b)** L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'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. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3 ; TF 8C\_858/2008 du 14 août 2009 consid. 3).

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.

**c)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre 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 ; 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en

relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

**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. 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 (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées).

**4. a)** En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. 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 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 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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C\_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2 et les références).

**b)** Selon la jurisprudence, 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 référence citée ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 4.4.2). Une aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année. Le statu quo sine est même déjà atteint après trois à quatre mois pour des lombalgies post-traumatiques, une aggravation dans ce domaine, qui permettrait d'aller au-delà de cette période, devant être établie radiologiquement et se distinguer de l'évolution normale due à l'âge (TF 8C\_1029/2012 du 22 mai 2013 consid. 4.2.1 ; 8C\_562/2010 du 3 août 2011 consid. 5.1 et réf. cit.).

**c)** Dans le cadre d'une suppression du droit aux prestations, la preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF 8C\_423/2014 du 31 mars 2015 consid. 4.2 et réf. cit.).

**5.** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une

opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). 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 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**6. a)** En l'occurrence, le recourant a fait une chute à vélo le 29 juin 2018 ; cet événement constitue un accident au sens de la LAA, ce que l'intimée n'a pas remis en question. Il y a cependant lieu de déterminer l'existence d'un lien de causalité entre les troubles présentés par le recourant au-delà du 11 février 2019 et cet accident.

**b)** Le Dr N.\_\_\_\_\_ a admis en février 2019 que l'accident avait pu décompenser transitoirement les lombalgies préexistantes, mais a considéré qu'en l'absence de toute lésion structurelle, l'accident ne déployait plus d'effet sur les atteintes d'origine dégénérative. Les IRM

effectuées le 28 février 2018 et le 10 juillet 2018 montrent des protrusions discales étagées et une dysplasie trochléaire avec une chondropathie fémoro-patellaire au genou gauche et des altérations dégénératives des cornes supérieures de ménisques internes et externes sans déchirure, ainsi qu'une chondropathie de stade IV du versant latéral de la rotule. L'existence d'une origine dégénérative des atteintes physiques, dont les effets ont été aggravés par l'accident, peut dès lors être constatée et n'est d'ailleurs pas remise en cause par le recourant.

**c)** En revanche, celui-ci conteste la réalisation du statu quo ante. De ce point de vue, selon les médecins de la Clinique J.\_\_\_\_\_ et le médecin d'arrondissement de l'intimée, la situation médicale a été considérée comme stabilisée. Aucun rapport médical subséquent versé au dossier ne contredit cette conclusion.

Au terme du séjour à la Clinique J.\_\_\_\_\_, les diagnostics de lombalgies chroniques non spécifiques et discrets troubles dégénératifs lombaire et cervical ont notamment été posés et aucune limitation fonctionnelle n'a été retenue des suites de l'accident du 29 juin 2018. Il est lieu de relever que l'examen des médecins de la Clinique J.\_\_\_\_\_ est multidisciplinaire, très détaillé et complet. Ces praticiens spécialisés ont constaté que les plaintes et limitations fonctionnelles du recourant ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées durant le séjour, mais qu'elles ne trouvaient une explication que dans les troubles dégénératifs constatés sur les bilans radiologiques, tout en étant influencés par l'aspect psychologique. Ils n'ont retenu aucune limitation fonctionnelle pour ce qui concerne le rachis et les limitations concernant le genou gauche n'étaient pas en lien avec l'accident. L'examen médical a été complété d'une observation en ateliers qui a abouti à la conclusion que le recourant faisait acte d'autolimitation.

Le Dr N.\_\_\_\_\_ a pour sa part également procédé à un examen clinique complet et circonstancié, reprenant l'anamnèse du recourant depuis 2012 et tenant compte de ses plaintes. Il a constaté que les fractures des orteils étaient guéries, ce qui n'est pas contesté. Il a

effectué un examen clinique du rachis, des membres inférieurs et de la main droite, et a notamment relevé que la musculature paravertébrale était bien développée, sensible au moindre effleurement mais ne présentait pas de contracture manifeste ; il n'y avait objectivement pas de troubles statiques majeurs. Il a ajouté que le recourant ne se plaignait pas de son genou gauche. Il a observé les autolimitations du recourant et le caractère banal des lombalgies dont il souffrait ne justifiaient pas d'incapacité de travail. Il a admis que l'accident avait pu transitoirement décompenser les lombalgies, mais qu'en l'absence de toute lésion structurelle, les effets de l'accident de 2018 ne pouvaient plus déployer des effets depuis longtemps. Pour ce qui concernait les gonalgies gauches chroniques sur dysplasie trochléenne et chondropathie fémoro-patellaire bilatérale, le recourant n'avait à aucun moment prétendu qu'elles s'étaient aggravées à la suite de l'accident.

Les conclusions du médecin d'arrondissement de l'intimée concordent ainsi avec celles des médecins de la Clinique J.\_\_\_\_\_, ce qui leur confère toute crédibilité. Les rapports médicaux de la Dre I.\_\_\_\_\_ ne sont au demeurant pas de nature à jeter le doute sur ces appréciations médicales, dès lors que cette praticienne ne fait que rapporter les plaintes subjectives du recourant et les limitations fonctionnelles qu'il s'est fixé, sans élément objectif à l'appui, ni même de prise de position sur la capacité de travail ou l'existence de limitations fonctionnelles induites par l'accident de 2018. Quant aux médecins du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_, ils ont soulevé, le 3 septembre 2018, le caractère très démonstratif du recourant qui ne semblait pas présenter de conséquence majeure de l'accident du 29 juin 2018, hormis des tensions musculaires exacerbant des douleurs dans un contexte de lombalgies déjà chroniques. Plus récemment, le rapport du 12 mars \_\_\_\_\_ 2019 des Drs P.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ rejoint les constatations des médecins de la Clinique J.\_\_\_\_\_ et du Dr N.\_\_\_\_\_ sur le fait que le recourant reste très centré sur ses douleurs. Ce document confirme par ailleurs la qualité de l'évaluation effectuée par la Clinique J.\_\_\_\_\_, notamment eu égard à la

capacité de travail du recourant, et l'absence d'autre proposition thérapeutique.

La nature bagatelle de l'accident renforce la conviction que ses effets n'ont pas pu perdurer au-delà de la date retenue par l'intimée, vu l'absence de lésion structurelle consécutive à l'accident.

**d)** Lors de son séjour à la Clinique J.\_\_\_\_\_, le recourant a également été examiné par un psychiatre qui a retenu le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Ce diagnostic est motivé, ainsi que l'exclusion d'autres atteintes envisagées. Le recourant fait valoir en vain qu'il a souffert d'un épisode dépressif léger et d'un trouble anxieux non spécifié post traumatique des suites de l'accident du 4 septembre 2012 (constaté en 2015), dès lors que cet état était apparemment lié à un accident précédent. Le rapport de la Clinique J.\_\_\_\_\_ indique d'ailleurs que les effets de ces atteintes ont disparu. En outre, 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, ce qui n'est pas le cas en l'espèce, l'accident de 2018 pouvant être qualifié de mineur. Aucune pièce au dossier ne permet au demeurant de mettre en doute les constatations du psychiatre de la Clinique J.\_\_\_\_\_, lesquelles ont donc lieu d'être suivies.

**e)** En définitive, pour déterminer à quelle date le statu quo ante a été atteint, l'intimée s'est fondée sur les constatations objectives rapportées par l'ensemble des médecins consultés, soit des contusions, sans lésion physique objectivable, entraînant une probable décompensation d'une atteinte préexistante. En l'état des connaissances médicales actuelles, en général, 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, les 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 11 février 2019 retenue par l'intimée 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 N. \_\_\_\_\_ suivie par l'intimée. Partant, il y a lieu d'admettre que le statu quo ante a été atteint à la date du 11 février 2019, si bien que les troubles persistant au-delà de cette date ne sont plus en lien de causalité avec l'accident survenu le 29 juin 2018. C'est par conséquent à bon droit que l'intimée a mis fin au versement des prestations de l'assurance-accidents au 11 février 2019 pour ce qui concernait le versement d'indemnités journalières, respectivement au 25 février 2019 s'agissant de la prise en charge des frais médicaux.

**7.** Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'un complément d'instruction apparaîtrait inutile. Les requêtes d'audition de témoins et de partie, ainsi que de mise en œuvre d'une expertise médicale formulées par le recourant doivent dès lors être rejetées. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

**8. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse 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)** Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, comme c'est le cas en l'espèce, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre

2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le défenseur d'office a droit au remboursement forfaitaire 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 qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat et de 110 fr. pour un avocat-stagiaire (art. 2 al. 1 let. a et b RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

En l'occurrence, le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'une avocate en la personne de Me Silvia Gutierrez à compter du 29 mars 2019. Cette dernière a produit une liste des opérations, datée du 2 octobre 2019, faisant état de 14,54 heures consacrées à la défense du recourant, ainsi que 134 fr. 10 de débours. Conformément à l'art. 11 al. 3 du TFJDA (Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; BLV 173.36.5.1), les débours sont en effet fixés forfaitairement, sauf circonstances exceptionnelles, à 5 % de la participation aux honoraires (hors taxe). Il convient dès lors d'octroyer à Me Gutierrez un montant total de 3'032 fr. 95, soit 2'682 fr. d'honoraires d'avocat (14,9 x 180 fr.), 134 fr. 10 de débours (5 % de 2'682 fr.) et 216 fr. 85 de TVA (au taux de 7.7 %) pour l'ensemble de ses activités dans la présente affaire.

Cette rémunération sera provisoirement supportée par le canton. Le recourant est toutefois 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).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 27 février 2019 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 Silvia Gutierrez, conseil du recourant, est arrêtée à 3'032 fr. 95 (trois mille trente-deux francs et nonante-cinq 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 de l'indemnité du conseil d'office provisoirement 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, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Silvia Gutierrez, à Lausanne (pour C. \_\_\_\_\_),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne.

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

La greffière :