

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 septembre 2025

Composition : M. NEU, président
Mme Brélaz Braillard et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Elodie Gallarotti, avocate à Lutry,

et

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

Art. 6 al. 1 LAA ; 11 OLAA ; 37 al. 4 LPGA

E n f a i t :

A. a) B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) a travaillé pour [...] AG dès le 14 juin 2021 et était, à ce titre, assuré contre les accidents professionnels, les accidents non-professionnels et les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Par déclaration de sinistre du 8 septembre 2021, l'assuré a annoncé à la CNA qu'en date du 2 septembre 2021, alors qu'il conduisait sur l'autoroute, il avait dû s'arrêter derrière une colonne de voitures à l'arrêt, que la deuxième voiture qui le suivait n'avait pas réussi à s'arrêter à temps et qu'elle était venue heurter les deux voitures de devant, dont la sienne.

L'assuré a consulté la C. _____ le jour même, où il a indiqué avoir eu un choc direct en regard du sternum. La Dre V. _____ a posé le diagnostic de contusion probable du thorax post-traumatique, après avoir fait réaliser une radiographie du thorax, qui avait montré une absence de pneumothorax ainsi qu'une absence de solution de continuité, sous réserve de la qualité de l'imagerie.

La CNA a pris en charge les suites de cet accident.

Après une période de totale incapacité de travail à la suite de cet accident, l'assuré a pu reprendre son activité professionnelle à son taux habituel le 16 septembre 2021.

Sa médecin généraliste traitante, la Dre N. _____, lui a prescrit deux séries de neuf séances de physiothérapie pour traiter les rachialgies présentées à la suite de cette contusion.

b) La Dre N. _____ a établi des nouveaux arrêts de travail à 100 % en raison de l'accident du 14 au 22 décembre 2021, puis du 12 au 20 février 2022.

Le 18 février 2022, l'assuré a annoncé à la CNA une rechute de l'accident dès le 14 décembre 2021.

Par courrier du 23 février 2022, la CNA a fait savoir qu'elle émettait des réserves sur son obligation de prendre en charge les prestations dès le 14 décembre 2021.

Dans un certificat médical du même jour, la Dre N._____ a indiqué que l'assuré devait éviter les mouvements répétitifs avec les bras et les épaules.

Une IRM de la colonne dorso-lombaire a été réalisée le 2 mars 2022 avec pour indication : « Patient connu pour une spondylarthrite ankylosante. Réactivation des douleurs suite à un AVP [accident de la voie publique] de septembre 2021 ». Cet examen a mis en évidence des signes d'enthésites prédominant sur la colonne thoracique avec une spondylite inflammatoire des plateaux vertébraux en D3-D4, des remaniements structurels chroniques avec une ankylose acquise transdiscale en T7-T8 et un syndesmophyte antérieur en L2-L3. En bordure d'examen, il y avait des francs signes de sacro-iliite avec une composante active inflammatoire bien visible sur la portion enthésitique de l'articulation sacro-iliaque droite. Il n'y avait pas de lésion d'allure post-traumatique.

L'assuré a communiqué à la CNA qu'il était à nouveau en arrêt de travail du 4 au 14 mars 2022.

La Dre N._____ a établi un certificat d'incapacité totale de travail du 1^{er} au 30 avril 2022.

Dans un rapport du 6 avril 2022, la Dre J._____, médecin adjointe à la consultation de médecine physique et réhabilitation du T._____ (ci-après : T._____), et le Dr W._____, médecin assistant, ont posé comme diagnostic principal des lombalgies proximales (L2-L3) chroniques post-traumatiques et comme autres diagnostics des lombalgies

chroniques dans le contexte d'une spondylarthrite ankylosante et des omalgies droites d'allure musculaire. Ils ont listé les antécédents de l'assuré, parmi lesquels figuraient des troubles anxiodépressifs. Il était noté à l'anamnèse que l'assuré souffrait de douleurs constantes en L2-L3 depuis l'accident du 2 septembre 2021. Auparavant, il avait présenté des lombalgies bilatérales distales avec irradiation au membre inférieur gauche sur une spondylarthrite ankylosante traitée par Enbrel, mais à cause d'un problème financier, l'assuré n'avait plus pris ce traitement pendant six mois et il venait juste de le recommencer il y a un mois, ce qui avait diminué ses douleurs (lombaires proximales et distales). La Dre J._____ a proposé, « en lien avec les lombalgies proximales prenant place dans un contexte post-traumatique en septembre 2021 », la reprise de séances de physiothérapie et d'une antalgie de premier palier.

Au cours d'un appel téléphonique avec une collaboratrice de la CNA le 13 mai 2022, l'assuré a fait savoir qu'il avait d'énormes douleurs, qu'il présentait déjà des douleurs avant l'accident, mais qu'elles avaient empiré à la suite de celui-ci.

Dans un rapport du 17 mai 2022, la Dre N._____ a indiqué qu'elle n'avait pas vu l'assuré dans les suites immédiates de l'accident, que lors de la consultation du 14 janvier 2022, il présentait des douleurs au niveau thoracique, des épaules et lombaire, qu'un scanner thoracique (CT) effectué le 19 janvier 2022 avait permis d'exclure une lésion costale et qu'en l'absence d'amélioration lors de la consultation du 11 février 2022, elle avait adressé l'assuré au service de rhumatologie de l'[...] du T._____.

Dans une appréciation du 13 juin 2022, la Dre F._____, médecin praticien et médecin d'arrondissement de la CNA, a estimé que l'incapacité de travail attestée par le médecin traitant dès le 14 décembre 2021 n'était pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement du 2 septembre 2021 étant donné, d'une part, que l'assuré ne l'avait consultée que le 14 janvier 2022 de sorte qu'une incapacité de travail dès le 14 décembre 2021 ne pouvait être acceptée médicalement

et, d'autre part, que les plaintes de l'assuré n'étaient plus en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement incriminé pour les raisons suivantes :

« En effet, l'événement du 02.09.2021 n'a pas entraîné de lésion structurelle pouvant lui être imputée (Rx du 02.09.2021, CT du 19.01.2022 et IRM du 02.03.2022). Ce dernier a entraîné une contusion simple du thorax. Une telle atteinte guérit en maximum 4 semaines, lorsqu'elle est sévère et en 1 semaine lorsqu'elle est légère. L'assuré n'a bénéficié d'une incapacité de travail que de 3 jours et ne reconsultera son médecin traitant que le 14.01.2022 soit près de 4.5 mois après le traumatisme incriminé. Par conséquent, les troubles dont se plaint l'assuré dès le 14.01.2022 et l'incapacité de travail attestée rétroactivement par son médecin traitant dès le 14.12.2021, ne sont pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement incriminé, mais en lien avec une atteinte rhumatologique connue de longue date et dont le traitement avait été interrompu par l'assuré pour des raisons financières avec reprise 1 mois avant la consultation spécialisée au T. _____. »

Par décision du 13 juin 2022, la CNA a refusé de verser des prestations pour la rechute au motif qu'il n'existait pas de lien de causalité avéré ou même probable entre l'accident du 2 septembre 2021 et les lésions déclarées.

Le 27 juin 2022, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) dans laquelle il a indiqué être en totale incapacité de travail depuis le 2 septembre 2021 en raison de problèmes de dos.

Par courriers des 4 et 21 juillet 2022, l'assuré, représenté par Me Elodie Gallarotti, a sollicité l'assistance juridique auprès de la CNA au motif qu'il ne parlait pas très bien le français, qu'il rencontrait d'importants problèmes dans la gestion de ses affaires juridiques et administratives, notamment en raison des troubles dépressifs dont il souffrait, et que son dossier présentait des difficultés concernant l'établissement des faits (lien de causalité) ainsi que des difficultés juridiques, lesquelles étaient insurmontables pour lui.

L'assuré s'est opposé à la décision de la CNA du 13 juin 2022 en date du 5 juillet 2022.

Le 20 juillet 2022, I._____, assureur-maladie de l'assuré, a indiqué à la CNA qu'elle retirait l'opposition de principe qu'elle avait formée à l'encontre de la décision du 13 juin 2022.

Par courrier du 26 juillet 2022, la CNA a refusé d'octroyer l'assistance juridique à l'assuré au motif que son dossier ne présentait pas de questions de droit ou de fait particulièrement difficiles rendant nécessaire l'assistance d'un avocat.

L'assuré a complété son opposition en date du 14 septembre 2022. Il a pour l'essentiel fait valoir que le lien de causalité entre l'accident et la rechute était attesté par les différents rapports médicaux au dossier et que l'avis de la Dre F._____ ne saurait être suivi dans la mesure où elle ne l'avait pas reçu en consultation. Il a conclu à la prise en charge de la rechute par la CNA et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise. Il a par ailleurs réitéré sa demande d'assistance juridique, relevant qu'il n'aurait pas été en mesure de requérir seul les rapports médicaux produits.

A l'appui de son opposition, l'assuré a produit un rapport de la Dre N._____ du 22 juillet 2021 [recte : 2022], laquelle était d'avis que les douleurs de l'épaule droite présentées par l'assuré étaient très probablement liées à des mouvements répétitifs dans sa profession, que les douleurs thoraciques étaient très probablement en lien avec la contusion lors de l'accident de la voie publique du 2 septembre 2021 et que l'aggravation des douleurs lombaires était aussi probablement liée à l'accident, les douleurs étant très différentes de celles qu'il avait ressenties dans le cadre de sa spondylarthrite. Elle estimait que les douleurs thoraciques et lombaires ne se seraient pas produites sans l'accident, que les douleurs thoraciques étaient totalement causées par l'accident et les douleurs lombaires partiellement.

Il a également produit un rapport établi le même jour par la Dre Q._____, spécialiste en rhumatologie au T._____, qui mentionnait

que les douleurs lombaires, thoraciques, des épaules et des mains dont l'assuré se plaignait étaient d'origine plurifactorielle. Elle a exposé que l'assuré était connu pour une spondylarthrite axiale sous traitement biologique, lequel avait pu être espacé en raison d'une rémission du rhumatisme inflammatoire chronique depuis plusieurs années, que l'assuré présentait de nouvelles douleurs rachidiennes depuis son accident de la voie publique, que l'activité physique permettait jusqu'alors une amélioration de ses symptômes, ce qui n'était plus le cas depuis le mois de septembre 2021, et que l'IRM du rachis lombaire réalisée en mars 2022 confirmait des lésions en lien avec une activité de sa spondylarthrite axiale. Elle a considéré comme probable que ces atteintes ne se seraient pas produites sans l'accident du 2 septembre 2021 bien qu'il n'y ait pas de lésion objective séquellaire de l'accident sur les différents examens réalisés, dans la mesure où l'assuré avait subi un réel choc physique et émotionnel, avec un fort retentissement clinique, possiblement exacerbé dans un contexte de syndrome anxiodépressif, qui était à ce moment-là stable, mais qui était depuis également en péjoration, greffant le ressenti et entraînant une chronicisation de ses douleurs. Elle a estimé que ces atteintes avaient au moins été causées partiellement, voire totalement, par l'accident subi, puisque jusqu'à ce dernier, le patient pouvait travailler à 100 % dans une activité professionnelle avec un poste plutôt physique, ainsi que pratiquer une activité physique régulière, sans prendre aucun traitement antalgique. A la question de savoir si on était en présence d'une lésion assimilée à un accident, elle a indiqué que l'assuré avait possiblement souffert d'une contusion musculaire, voire d'une elongation, mais que cela ne pouvait être affirmé en l'absence d'examen clinique au décours de l'accident par ses soins. Elle a mentionné que l'assuré avait présenté une incapacité de travail de 100 % à la suite de son accident, qui se prolongeait à ce jour.

L'assuré a également transmis un rapport du 3 août 2022 du Dr S._____, responsable médical de la C._____. Celui-ci a indiqué que les symptômes que l'assuré avait décrits lors de la consultation du 2 septembre 2021 semblaient être uniquement au niveau thoracique antérieur, qu'ils étaient compatibles avec un traumatisme thoracique

antérieur marqué, ce qui paraissait possible au vu du choc subi, tel qu'expliqué par l'assuré. Les douleurs thoraciques antérieures ne semblaient pas avoir de composante dégénérative.

Dans une nouvelle appréciation du 5 octobre 2022, la Dre F._____ a relevé que des douleurs thoraciques, des lombalgies et des douleurs de l'épaule ne constituaient pas des atteintes à la santé, mais uniquement des symptômes, que la Dre N._____ n'apportait pas d'élément objectif permettant de retenir que l'événement du 2 septembre 2021 avait entraîné des lésions structurelles, que cet événement n'avait impliqué qu'une incapacité de travail de trois jours, que l'assuré n'avait consulté sa médecin-traitante que le 14 janvier 2022, soit près de 4,5 mois après l'événement et que les diverses investigations ainsi que l'IRM et le scanner réalisés n'avaient pas permis de mettre en évidence des lésions traumatiques, que ce soit au niveau du thorax, de la colonne dorso-lombaire ou de l'épaule. Elle a en outre rappelé que l'assuré présentait des lésions préexistantes au niveau thoracique et lombaire, puisque le Dr [...] [recte : la Dre J._____] mentionnait que l'assuré présentait une spondylarthrite ankylosante avec des lombalgies chroniques. Un examen de l'assuré à l'agence n'était pas médicalement nécessaire, car il ne présentait aucune lésion structurelle objectivable et ne se plaignait que de douleurs sans substrat organique démontrable.

Par décision sur opposition du 7 octobre 2022, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré à l'encontre de la décision du 13 juin 2022, ainsi que sa requête d'assistance juridique gratuite. Elle a reconnu une pleine valeur probante aux appréciations de la Dre F._____ et estimé qu'elles n'étaient pas valablement remises en cause par celles des Dres N._____ et Q._____. S'agissant des troubles de la sphère psychique qui étaient relevés, elle a nié sa responsabilité en l'absence d'un lien de causalité adéquate avec l'accident. Elle a écarté la mise en œuvre d'une expertise médicale par appréciation anticipée des preuves. Finalement, elle a estimé que la cause ne présentait pas un degré de complexité particulier, tant du point de vue factuel que juridique, ce qui ne justifiait pas l'octroi de l'assistance juridique.

B. Par acte de sa mandataire du 7 novembre 2022, B._____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, préliminairement à l'octroi de l'assistance judiciaire en première et deuxième instance, principalement à l'annulation de la décision sur opposition du 7 octobre 2022 et à ce que la CNA continue à verser ses prestations pour les suites de l'accident du 2 septembre 2021, et subsidiairement au renvoi de la cause à la CNA pour instruction complémentaire, notamment par la mise en œuvre d'une expertise externe, puis nouvelle décision. Il a indiqué qu'il était toujours en incapacité de travail, produisant deux certificats de la Dre N._____ à cet égard, et que les lésions dont il souffrait étaient directement en lien avec l'accident, à tout le moins partiellement, comme l'attestaient les rapports de ses médecins traitants. Il était d'avis que la force probante des appréciations de la Dre F._____ devait être relativisée dans la mesure où elle n'avait eu aucun contact avec lui et ne l'avait jamais vu à sa consultation, ce qui constituait en outre une violation de son droit d'être entendu. Il a fait valoir que la CNA n'avait pas apporté la preuve de la disparition du lien de causalité et qu'elle ne pouvait se fonder sur les rapports de la Dre F._____ sans ordonner la mise en œuvre d'une expertise externe puisque ses rapports étaient mis en doute par ceux qu'il avait produits. Il a estimé que l'assistance d'une avocate avait été nécessaire pour établir le lien de causalité entre les atteintes subies et l'accident, ce qui avait nécessité l'envoi de plusieurs questionnaires précis et techniques aux médecins concernés, et exigé des connaissances avancées en matière de droit des assurances sociales et médical. Il a en outre relevé qu'il parlait mal le français et rencontrait d'importantes difficultés dans la gestion de ses affaires administratives et juridiques. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise externe.

Dans sa réponse du 4 décembre 2022, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a maintenu qu'un complément d'instruction sous la forme d'une expertise ne s'avérait pas justifié et que la cause ne revêtait aucune difficulté particulière.

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 à des prestations de l'assurance-accidents pour les troubles qu'il a présentés dès le 14 décembre 2021, annoncés le 18 février 2022 comme rechute de l'accident du 2 septembre 2021.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

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

tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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 la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.1 ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

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. 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) :

- 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.

d) 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. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références ; TF 8C_171/2023 du 17 janvier 2024 consid. 3.1). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par

l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

En cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident (TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3 et les références). A cet égard, il est admis que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve - au degré de la vraisemblance prépondérante - du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.1 et les références). Faute de preuve, la décision sera défavorable à la personne assurée (TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 4.2 et les références).

e) 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. Cependant, 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 maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.2).

4. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) 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 la référence ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

d) Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2).

5. a) Le 2 septembre 2021, le recourant a été victime d'un accident de la circulation routière lors duquel il a été percuté par l'arrière par un autre véhicule. Il a consulté le jour même les urgences de la C._____, où a été posé le diagnostic de contusion probable du thorax post traumatique. L'assuré a pu reprendre son activité professionnelle à son taux habituel le 16 septembre 2021.

L'assuré fait valoir une rechute de cet accident à partir du 14 décembre 2021, se plaignant de douleurs thoraciques, lombaires et à l'épaule droite, qu'il attribue, au moins partiellement, à l'accident.

b) En ce qui concerne les douleurs à l'épaule droite, il faut constater qu'aucun des médecins consultés ne les rattache à l'événement du 2 septembre 2021. La Dre N._____ indique, dans son rapport du 22

juillet 2022, qu'elles sont très probablement liées à des mouvements répétitifs que le recourant doit faire dans son activité professionnelle. Elle ne les mentionne pas parmi les atteintes qu'elle estime causées totalement ou partiellement par l'accident. De même, les Drs J._____ et W._____ relèvent que l'omalgie prend place dans un contexte de surutilisation et de mouvements répétitifs (rapport du 6 avril 2022). Il apparaît ainsi clairement qu'il n'y a pas de lien de causalité entre l'événement du 2 septembre 2021 et les douleurs présentées par l'assuré à l'épaule droite.

c) Dans leur rapport du 6 avril 2022, les Drs J._____ et W._____ qualifient les lombalgies proximales en L2-L3 de post-traumatiques. Or, comme le relève la CNA, la seule utilisation du terme post-traumatique ne se rapporte pas forcément à l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et l'atteinte, mais peut se référer au contexte temporel (TF 8C_493/2023 du 6 février 2024 consid. 4.2).

Il faut souligner que la présence de lombalgies chez le recourant n'est pas nouvelle puisqu'il souffrait déjà de douleurs lombaires avant l'accident du 2 septembre 2021, dans le contexte de sa spondylarthrite ankylosante, avec également des irradiations dans le membre inférieur gauche, comme cela ressort du rapport des Drs J._____ et W._____ du 6 avril 2022. La Dre N._____ considère que les douleurs lombaires actuelles sont partiellement dues à l'accident et que leur aggravation est probablement liée à l'accident, étant donné qu'elles sont très différentes de celles que l'assuré présentait dans le cadre de sa spondylarthrite (rapport du 22 juillet 2022). La Dre Q._____ mentionne également que l'assuré présente de nouvelles douleurs rachidiennes depuis son accident, avec des douleurs lombaires qu'il ressent comme étant différentes de celles connues en lien avec sa spondyloarthrite, puisque l'activité physique permettait jusqu'alors une amélioration de ses symptômes, ce qui n'était plus le cas depuis le mois de septembre 2021 (rapport du 22 juillet 2022). Ces allégations se fondent uniquement sur les plaintes et indications du recourant et ne suffisent dès

lors pas à établir l'existence d'un lien de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante.

Dans ses appréciations, la Dre F._____ rattache les douleurs du recourant à l'atteinte rhumatologique. Il faut relever à cet égard que, dans leur rapport du 6 avril 2022, les Drs J._____ et W._____ précisent qu'en raison de problèmes financiers, le recourant avait arrêté son traitement pour la spondylarthrite ankylosante pendant six mois et ne l'avait repris que depuis un mois au moment de la consultation du 15 mars 2022. Ils ont constaté que l'IRM du 2 mars 2022 montrait clairement une activité inflammatoire dans le contexte de la spondylarthrite, surtout au niveau dorsal et des articulations sacro-iliaques. De même, la Dre Q._____ confirme, sur la base de cette imagerie qui a été relue par un colloque de radiologie ostéoarticulaire, l'existence de lésions en lien avec une activité de la spondylarthrite axiale. Elle considère ainsi qu'on ne peut répondre de manière formelle à la question de savoir si les douleurs sont de nature traumatique ou dégénérative. Elle relève que l'absence d'amélioration des douleurs malgré le rapprochement des injections d'Enbrel parle plutôt en faveur de douleur d'allure post-traumatique. Elle ne donne cependant aucune information à ce sujet, ne précisant ni la date des injections en question, ni comment et à quelle occasion les effets de ces dernières auraient été examinés, et elle n'explique en particulier pas la contradiction existant avec le rapport établi lors de la consultation du 15 mars 2022, qui indique que la reprise du traitement rhumatologique avait permis une diminution des douleurs (rapport des Drs J._____ et W._____).

Quoi qu'il en soit, même en admettant que les douleurs présentées par l'assuré à la suite de l'accident du 2 septembre 2021 seraient dues à une atteinte différente de la spondylarthrite ankylosante, rien ne permet encore de rattacher l'existence de cette atteinte à l'accident. En effet, il convient de rappeler que 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_315/2023 du 9 janvier 2024 consid. 3.2). 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 (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1). Or, en l'espèce, la Dre Q._____ reconnaît qu'il n'y a aucune lésion objective séquellaire de l'accident sur les différents examens réalisés, comme le souligne également la Dre F._____ dans son appréciation du 5 octobre 2022. La Dre Q._____ évoque cependant que l'assuré aurait subi un réel choc physique et émotionnel, avec un fort retentissement clinique, possiblement exacerbé dans un contexte de syndrome anxiodépressif, qui était à ce moment-là stable, mais qui est depuis également en péjoration, greffant le ressenti, et entraînant une chronicisation de ses douleurs. Cette appréciation porte sur l'intensité avec laquelle le recourant a pu ressentir les douleurs, mais n'apporte aucune explication quant à l'origine des douleurs en question, si bien qu'elle n'établit nullement l'existence d'un lien de causalité entre les atteintes et l'accident. Il en va de même de l'argument de la Dre Q._____ selon lequel l'assuré avait pu travailler dans un poste plutôt physique et pratiquer une activité physique régulière jusqu'au moment de l'accident, sans prendre de traitement antalgique, ce qui n'était plus le cas. Cette allégation ne permet en effet pas d'expliquer pour quelle raison les douleurs lombaires auraient été causées, partiellement à tout le moins, par l'accident.

d) Il est admis qu'à la suite de l'accident du 2 septembre 2021, l'assuré a présenté des douleurs thoraciques dans le cadre d'une contusion probable du thorax. La CNA a reconnu l'existence d'un lien de causalité entre cette atteinte et l'accident. Dans son rapport du 3 août 2022, le Dr S._____ explique que la douleur pré-sternale dont l'assuré se plaignait semblait en adéquation avec les faits décrits et le traumatisme subi, le recourant ayant expliqué que son véhicule avait été percuté par l'arrière alors qu'il portait sa ceinture de sécurité et qu'il avait subi un choc direct en regard du sternum, avec une douleur augmentée à l'inspiration profonde. La Dre N._____ reconnaît également que les douleurs thoraciques sont très probablement en lien avec la contusion lors de l'accident.

Il s'agit d'examiner en l'espèce si les douleurs thoraciques que l'assuré aurait continué à présenter dès le 14 décembre 2021 peuvent toujours être considérées, au stade de la vraisemblance prépondérante, comme étant dues à l'accident.

Dans son rapport du 17 mai 2022, la Dre N._____ note que, lors de la consultation du 14 janvier 2022, l'assuré avait qualifié la douleur thoracique droite de « transitoire ». L'examen clinique réalisé à cette occasion avait cependant encore montré une douleur thoracique à la palpation. Dans son résumé de la consultation du 11 février 2022, la Dre N._____ ne fait état que de douleurs lombaires et des épaules, sans mentionner de plainte au niveau thoracique.

Il convient de relever que l'examen clinique effectué le 2 septembre 2021 à la C._____ n'avait montré aucune trace visible de contusion, qu'il n'y avait pas de problème d'oxygénation du sang et que l'auscultation s'était avérée normale (rapport du Dr S._____ du 3 août 2022). La radiographie réalisée le 2 septembre 2021 n'avait également rien montré de particulier (rapport du 7 septembre 2021), pas plus que le scanner thoracique effectué le 19 janvier 2022, lequel avait notamment permis d'exclure une lésion costale.

Au vu de ce qui précède, on ne saurait parler de rechute en lien avec l'atteinte thoracique. Les douleurs s'étaient en effet résorbées, sauf à la palpation, et l'absence de toute lésion aux imageries effectuées démontrait l'absence d'atteinte structurelle due à l'accident. La Dre F._____ conclut de manière convaincante que l'événement du 2 septembre 2021 a entraîné une contusion simple du thorax et précise à ce sujet qu'une telle atteinte guérit en maximum quatre semaines, lorsqu'elle est sévère, et en une semaine lorsqu'elle est légère (appréciation du 13 juin 2022). On peut relever qu'en l'occurrence, le recourant a été en mesure de reprendre son activité à son taux usuel dès le 15 septembre 2021, soit deux semaines après l'événement du 2 septembre 2021 (et non pas trois jours comme retenu par erreur par la Dre F._____).

e) Il n'apparaît par ailleurs pas qu'on soit en présence d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, aucune lésion de ce type n'ayant été mise en évidence par les médecins.

f) Dans son rapport du 22 juillet 2022, la Dre Q. _____ mentionne que l'accident aurait péjoré un syndrome anxiodépressif, qui était alors stable. Cette seule allégation non motivée ne saurait fonder un rapport de causalité naturelle entre l'accident et une aggravation du trouble anxiodépressif présenté par l'assuré. De plus, comme le relève la CNA de manière convaincante dans sa décision sur opposition, les critères pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate ne sont en l'occurrence clairement pas remplis. Le recourant n'apporte d'ailleurs aucun grief à l'encontre de l'analyse de la causalité faite par la CNA, à laquelle il peut être renvoyé.

g) La CNA était par conséquent légitimée à conclure que les troubles présentés par l'assuré à partir du 14 décembre 2021 n'étaient pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'accident du 2 septembre 2021.

Contrairement à ce que soutient le recourant, la CNA pouvait statuer en l'occurrence sur la base des avis de la Dre F. _____, quand bien même celle-ci ne l'avait pas examiné. La médecin d'arrondissement relève de manière pertinente qu'elle disposait des éléments médicaux nécessaires pour se prononcer dans la mesure où l'assuré ne présente aucune lésion structurelle objectivable et qu'un examen à l'agence n'apporterait dès lors pas d'élément médical nouveau. En outre, on ne saurait y voir une violation du droit d'être entendu, l'assuré ayant eu connaissance des conclusions de la Dre F. _____ et l'occasion de se déterminer à cet égard.

h) Il résulte de ce qui précède que les pièces au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, sans qu'une expertise judiciaire ne s'avère nécessaire. Il se justifie

dès lors de renoncer à une telle mesure d'instruction par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

6. a) Le litige porte également sur le droit du recourant à être mis au bénéfice de l'assistance juridique pour la procédure devant la CNA.

b) Aux termes de l'art. 37 al. 4 LPGA, l'assistance gratuite d'un mandataire est accordée au demandeur lorsque les circonstances l'exigent.

En procédure administrative, l'assistance par un avocat s'impose uniquement dans les cas exceptionnels où il est fait appel à un avocat parce que des questions de droit ou de fait difficiles rendent son assistance apparemment nécessaire et qu'une assistance par le représentant d'une association, par un assistant social ou d'autres professionnels ou personnes de confiance d'institutions sociales n'entre pas en considération (ATF 132 V 200 consid. 4.1 et les arrêts cités). A cet égard, il y a lieu de tenir compte des circonstances du cas d'espèce, de la particularité des règles de procédure applicables, ainsi que des spécificités de la procédure administrative en cours. En particulier, il faut mentionner, en plus de la complexité des questions de droit et de l'état de fait, les circonstances qui tiennent à la personne concernée, comme sa capacité de s'orienter dans une procédure (TF 9C_786/2017 du 21 février 2018 consid. 4.2). Par ailleurs, à l'instar de ce qui prévaut en procédure judiciaire (art. 61 let. f LPGA), la partie ne doit pas disposer de ressources suffisantes et sa cause ne doit pas paraître dépourvue de chances de succès (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4^e éd., Zurich/Bâle/Genève 2020, n° 38 ad art 37 LPGA).

c) En l'occurrence, on ne saurait voir des difficultés particulières dans le cadre de la procédure qui a opposé l'assuré à la CNA. Contrairement à ce que soutient sa mandataire, il n'était pas nécessaire pour l'assuré de disposer de connaissances spécialisées en matière d'assurances sociales. La question litigieuse de la causalité est en effet

celle qu'on rencontre usuellement en matière d'assurance-accidents. En outre, à réception de l'annonce de la rechute, la CNA a elle-même contacté les médecins traitants de l'assuré pour connaître l'état de sa situation médicale (cf. demande de rapport adressée au T. _____ le 23 février 2022 et demande d'un rapport détaillé à la Dre N. _____ le 24 février 2022).

7. a) Le recours doit par conséquent être rejeté et la décision sur opposition du 7 octobre 2022 confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure devant la Cour de céans. Me Gallarotti peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 6 juin 2023, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'380 fr., débours de 5 % et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 7 octobre 2022 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 Elodie Gallarotti, conseil du recourant, est arrêtée à 2'380 fr. (deux mille trois cent huitante francs), 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 mise provisoirement à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Elodie Gallarotti (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 :