

VD_FINDINFO AA 14/13 - 113/2013 vom 16. Dezember 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-12-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_14_13_-_113_2013

FR: VD_FINDINFO AA 14/13 - 113/2013 du 16 décembre 2013

IT: VD_FINDINFO AA 14/13 - 113/2013 del 16 dicembre 2013

Regeste

CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, ACCIDENT DE LA CIRCULATION | 36 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 16.12.2013 AA 14/13 - 113/2013

CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, ACCIDENT DE LA CIRCULATION | 36 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 14/13 - 113/2013 ZA13.006552 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 16 décembre 2013 _____ Présidence de Mme Pasche Juges : Mmes Dessaux et Brélaz Braillard Greffier : M. Simon ***** Cause pendante entre : Z. _____, à [...], recourant, représenté par Me Denis Weber, avocat à Lausanne, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne, intimée. _____ Art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA E n f a i t : A. Z. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1973, travaillait en qualité de chauffeur pour la [...] et était à ce titre assuré 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). Selon la déclaration de sinistre LAA complétée par l'employeur le 10 février 2011, le 18 janvier 2011, l'assuré "a embouti un autre véhicule". Il a subi des lésions à la hanche et a interrompu son travail le 7 février 2011. Cet accident a été annoncé à la CNA, qui a pris le cas en charge. Dans un questionnaire qu'il a complété le 22 février 2011, l'assuré a indiqué qu'il portait sa ceinture de sécurité et que la police n'avait pas été avisée de l'accident. Selon le constat amiable d'accident, le véhicule que conduisait l'assuré a présenté des dégâts apparents sur le pare-choc avant. Dans un rapport du 26 mai 2011 adressé au Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a posé les diagnostics de tendinopathie aiguë du psoas droit et de déchirure du labrum acétabulaire secondaire à une distorsion de la hanche dans un contexte de dysplasie et trouble de l'offset cervico-céphalique. Il a en outre retenu ce qui suit dans son appréciation du cas: "Explications de la problématique au patient: étant donné qu'il n'a jamais eu de douleurs auparavant, la déchirure du labrum peut être mise sur le compte du traumatisme en distorsion de la hanche D survenue en janvier 2011 et doit donc fondamentalement être prise en charge par l'assurance accidents. La deuxième composante de dysplasie est naturellement malade et ne relève pas de l'assurance-accidents. Au vu de la gêne actuelle, j'ai prescrit une antalgie par Aulin et Flectoparin tissu gel et propose une révision arthroscopique de la hanche D pour débridement du labrum et ténotomie du psoas en cas de persistance de cette symptomatologie ainsi qu'une révision simultanée de l'offset

cervico-céphalique. Le but de cette intervention est d'essayer de rétablir le statu quo ante permettant de clore le cas accident. Par la suite, en cas de décompensation de la hanche, en raison de la problématique de dysplasie, une ostéotomie péri-acétabulaire pourrait s'avérer nécessaire mais devra être rediscutée en fonction de l'évolution. Les principes chirurgicaux ainsi que les risques et suites de l'intervention ont été expliqués au patient qui accepte fondamentalement cette proposition. La brochure explicative lui a été remise. Nous allons planifier l'intervention pour le 8.7.11 en cas d'acceptation par l'assurance accidents". Selon un entretien téléphonique du 27 mai 2011 entre un agent de la CNA et l'assuré, ce dernier a expliqué qu'il n'avait jamais souffert avant l'accident du 18 janvier 2011 de douleurs ni de troubles au dos, au bassin ni aux hanches. A la suite de l'accident, il avait uniquement ressenti des douleurs au bas du dos, qui s'étaient résorbées trois mois après puis étaient réapparues. Dans un rapport médical du 17 juin 2011 à la CNA, le Dr L._____, spécialiste en médecine générale, a indiqué avoir donné les premiers soins à l'assuré le 9 février 2011. Il a constaté une douleur à la mobilisation de la hanche et une boiterie. Selon les documents radiologiques, il a constaté une petite lésion du labrum droit et une déchirure antéro-supérieure du labrum droit. Il a retenu une incapacité de travail de 100% à compter du 7 février 2011. L'assuré a été opéré le 8 juillet 2011 par le Dr F._____, qui a procédé à une arthroscopie de la hanche droite; cette opération a été prise en charge par la CNA. L'assuré a séjourné du 7 au 16 juillet 2011 à la Clinique G._____. Dans un rapport du 15 juillet 2011, le Dr F._____ a indiqué que les suites étaient marquées par une recrudescence de douleurs de tendinopathie du psoas; la mobilisation s'avérait difficile et l'assuré avait nécessité de nombreuses séances de physiothérapie. Dans son rapport médical intermédiaire du 6 septembre 2011 à la CNA, le Dr J._____ a posé les diagnostics de tendinite aiguë du psoas et de déchirure du labrum acétabulaire secondaire à une distorsion de la hanche. L'assuré a séjourné à la [...] du 10 août au 9 septembre 2011. Dans son rapport médical du 16 août 2011, le Dr X._____, spécialiste en psychiatrie à la [...], a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive. Dans un rapport du 6 octobre 2011 adressé au médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr F._____ a posé le diagnostic de status après arthroscopie de la hanche droite pour lésions du labrum et tendinopathie du psoas droit. Il a constaté une évolution progressivement favorable avec diminution des douleurs, mais il y avait encore des douleurs aiguës du psoas suite aux efforts; l'assuré marchait sans canne et avait une bonne récupération de la mobilité articulaire. Il suivait un traitement de rééducation en physiothérapie et mobilisation en piscine. Dans leur rapport du 10 octobre 2011, les Drs U._____, chef de clinique et spécialiste en médecine physique et réhabilitation, et M._____, médecin assistante, ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitation fonctionnelle de la hanche droite et les diagnostics supplémentaires d'arthroscopie de la hanche droite le 8 juillet 2011, de décompensation de la tendinopathie du psoas droit en postopératoire, de meralgie paresthésique de la cuisse droite, de dysplasie et conflit fémoro-acétabulaire droit et de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive. Ils ont indiqué que la situation n'était médicalement pas encore stabilisée et que l'incapacité de travail était totale du 10 août au 3 octobre 2011 puis devait être réévaluée. Dans un rapport médical du 24 janvier 2012, le Dr F._____ a posé le diagnostic de status après arthroscopie de la hanche droite. S'agissant de l'évolution, il a constaté la persistance de douleurs musculaires sur tendinite du psoas et de la musculature lombo-pelvienne. Un traitement de rééducation physique intensive a été indiqué et aucune reprise du travail n'était prévue. Dans un rapport du 21 mars 2012, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie

et médecin d'arrondissement de la CNA, a relevé ce qui suit, à la suite d'un examen du même jour de l'assuré: "Pour revenir sur le déroulement des choses, le 18.01.2011, accident de bus, avec choc frontal. Le patient conduisait un bus qui roulait entre 40 et 50 km/h. Il portait sa ceinture de sécurité. Il n'y avait pas d'airbag et le bus n'avait pas de passager. Les dégâts matériels du bus et de la voiture contre laquelle le patient est entré en contact semblent ne pas avoir été très importants. Immédiatement après l'accident, le patient n'a pas ressenti de symptomatologie particulière. 4 jours après l'accident, apparition de douleurs dans les régions lombo-sacrées D et G. 6 jours après l'accident, devant l'augmentation de la symptomatologie douloureuse, le patient s'est rendu chez un ostéopathe qui l'a manipulé. Le lendemain de cette manipulation, le patient ne pouvait plus bouger son MID avec apparition de douleurs débutant dans la région de l'épine iliaque antéro-supérieure D et irradiant dans le pli de l'aîne D jusqu'à la face postéro-interne de la partie proximale de la cuisse D. Depuis, la symptomatologie n'a fait qu'augmenter, sans être atténuée par divers traitements anti-inflammatoires et physiothérapeutiques. A noter que le patient insiste beaucoup sur le fait qu'il a, de fin janvier à fin mai, eu plusieurs consultations médicales avec, en particulier, une consultation aux urgences de la Clinique de [...] et plusieurs consultations chez son médecin-traitant à la fin desquelles on lui aurait dit qu'il n'avait rien, alors qu'il souffrait d'intenses douleurs l'obligeant souvent à rester alité". Une échographie abdominale complète a été effectuée à l'institut d'imagerie médicale [...] SA par le Dr B._____, radiologue, qui dans un rapport du 5 avril 2012 a retenu un résultat dans les limites de la norme; en particulier il n'y avait pas de lésion vésiculaire pouvant expliquer la symptomatologie de l'assuré. Dans un rapport médical intermédiaire du 15 avril 2012, le Dr H._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et spécialiste de la colonne vertébrale, a posé les diagnostics de séquelles de lombosciatiques droites – dans un contexte de souffrances algodysfonctionnelles, de meralgie paresthésiques droites et de souffrances viscérales en investigation – et de status après arthrolyse, débridement du labrum et recontournage de la tête fémorale droite pour dysplasie et conflit fémoro-acétabulaire. Il a retenu que l'assuré était en arrêt de travail et a relevé que l'atteinte viscérale nécessitait un complément d'investigation. Le 21 juin 2012, l'assuré a été examiné par les Drs K._____ et O._____, spécialiste en psychiatrie et psychiatre conseil à la CNA. Dans un rapport du même jour, ces médecins ont posé les diagnostics de trouble mixte de la personnalité et de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée. Ils ont retenu ce qui suit dans leur appréciation du cas: "Nous nous trouvons à 17 mois d'un accident de la circulation avec choc frontal du bus que conduisait l'assuré contre une voiture. L'assuré portait sa ceinture de sécurité, il n'y avait pas d'airbag et l'assuré estimait rouler entre 40 et 50 km/h. Les dégâts matériels du bus et de la voiture ne semblaient pas avoir été très importants. Immédiatement après l'accident, le patient n'a pas ressenti de symptomatologie particulière. 4 jours après l'accident, apparition de douleurs dans les régions lombo-sacrées D et G. 6 jours après l'accident, devant l'augmentation de la symptomatologie douloureuse, le patient s'est rendu chez un ostéopathe. Le lendemain, le patient ne pouvait plus bouger son MID avec apparition de douleurs débutant dans la région de l'épine iliaque antéro-supérieure D irradiant dans le pli de l'aîne D jusqu'à la face postéro-interne de la partie proximale de la cuisse D. Devant l'aggravation de la symptomatologie, une IRM de la racine de la cuisse D puis une arthro-IRM de la hanche D ont mis en évidence une déchirure antéro-supérieure du labrum D. Le 08.07.2011, le patient a été opéré par le Dr F._____ qui a fait une arthroscopie de cette hanche D avec arthrolyse, débridement du labrum, stabilisation et recontournage de la tête fémorale D.

Suites opératoires défavorables avec décompensation de la tendinopathie du psoas D. Hospitalisation à la [...] du 10.08.2011 au 09.09.2011 pour thérapie physique et fonctionnelle. Les diagnostics supplémentaires de méralgie paresthésique de la cuisse D et de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive ont été retenus. La prise en charge en physiothérapie, durant le séjour à la [...], a permis une évolution favorable de la situation avec toutefois à la sortie, persistance de légères douleurs à la face antéro-latérale de la cuisse D et de la cheville ipsi-latérale. A la sortie de la [...], la situation n'était pas stabilisée avec indication à la poursuite de la physiothérapie. Prise en charge par le Dr H. _____ à partir de mars 2012. Ce dernier a posé les diagnostics de séquelles de lombo-sciatiques D dans un contexte de souffrances algodysfonctionnelles T12-L2 et L4-S1, méralgie paresthésique D et souffrances viscérales. Le Dr H. _____ a effectué, le 01.03.2012, un bloc radiculaire L4 et L5 permettant, selon notre confrère, d'influencer aussi bien les douleurs sur le versant externe de la cuisse D que celles présentes au niveau de l'aine D. Ce jour, subjectivement, le patient déclare toujours avoir un fond douloureux d'environ 4/10 dans la région de la fosse iliaque D avec, actuellement, environ 2 à 3 crises douloureuses de type décharge électrique soit dans la région para-lombaire D, irradiant jusqu'au niveau de la face postérieure de la fesse D et remontant le long de la face interne de la cuisse D, soit localisées dans l'abdomen inférieur D, soit au niveau de l'aine D soit encore au niveau de la face externe de la cuisse D, avec élément déclencheur des crises douloureuses très polymorphe. A l'examen clinique somatique, léger varus des MI. Très légère boiterie D à la marche. Marche sur la pointe des pieds et sur les talons légèrement insécure. Sautillement unipodal sp effectuable 2 à 3 fois à droite puis arrêté parce que le patient sait que, s'il continue, des douleurs apparaîtraient dans la région de la fosse iliaque D et de la région para-lombaire D. Douleurs à la palpation des apophyses épineuses de toute la colonne vertébrale. La palpation légère de toute la musculature para-vertébrale est douloureuse avec douleurs exquises au niveau cervical et au niveau de la charnière dorsolombaire. Mobilité de la nuque ample et symétrique mais entraînant des douleurs latéro-cervicales D à la rotation et à l'inclinaison à gauche. Flexion globale antérieure avec DDS de plus de 60 cm. Demande du patient de ne pas fléchir la hanche D à plus de 100° pour ne pas déclencher de crises (la gène flexion était complète avec relèvement aisé). A l'examen psychiatrique, la réticence de l'assuré limite beaucoup les informations pertinentes que l'on pourrait recueillir. La difficulté de contact avec l'assuré est prééminente et manifeste un trouble de la personnalité non spécifique. Je retiens donc un diagnostic de trouble mixte de la personnalité. D'autre part, cet assuré présente un trouble thymique peu spécifique. Je ne peux pas retenir un diagnostic de trouble dépressif car les fonctions instinctuelles sont préservées. Une certaine tristesse est présente ainsi que des plaintes de retrait social et de difficultés relationnelles. Je retiens donc un trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée. J'estime qu'aucun autre diagnostic psychiatrique ne peut être retenu. Il n'y a aucune symptomatologie psychotique qui puisse évoquer un trouble du spectre de la schizophrénie ni de trouble bipolaire. Il n'y a aucun signe d'une maladie de la dépendance à des substances. Les plaintes de cet assuré n'évoquent pas un trouble dissociatif. Du point de vue asséculogique, l'accident du 18.01.2011 n'a finalement permis de mettre en évidence, après de multiples investigations, qu'une déchirure antéro-supérieure du labrum D, dans un contexte de dysplasie et troubles de l'offset cervico-céphaliques D. Le labrum a été débridé et stabilisé. La tendinopathie du psoas D postopératoire et les méralgies paresthésiques de la cuisse D ont été traitées. Le reste de la symptomatologie qu'a présenté l'assuré depuis son accident, et qu'il présente encore aujourd'hui est très difficilement compréhensible, n'est

pas en relation avec les quelques lésions structurelles présentées par le patient, et ne peut être mis en relation avec l'accident du 18 janvier 2011, accident qui n'a entraîné aucune séquelle. Les troubles psychiques que présente cet assuré sont en relation de causalité très partiels avec l'accident du 18 janvier 2011. J'estime que les troubles psychiques actuels n'ont aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assuré". Par décision du 11 juillet 2012, la CNA a mis fin au versement de ses prestations au 31 juillet 2012. Se référant à l'examen du 21 juin 2012, la CNA a retenu que l'assuré ne présentait plus de séquelles de l'accident nécessitant un traitement, les troubles actuels n'étant plus en relation de causalité naturelle avec l'accident. Les troubles psychogènes n'étaient en outre plus en relation de causalité adéquate avec l'accident. S'agissant des suites de l'accident, l'assuré était apte à travailler à 100% à compter du 1^{er} août 2012. Le 13 août 2012, par son mandataire, l'assuré a formé opposition contre cette décision, en concluant que les prestations continuent de lui être servies. Le 25 octobre 2012, l'assuré a motivé son opposition en expliquant qu'au vu des rapports médicaux versés au dossier, ses séquelles étaient en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident; à titre subsidiaire il a requis la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire. Par décision sur opposition du 21 janvier 2013, la CNA a maintenu sa position et rejeté l'opposition. Se référant à l'avis du Dr K. _____, elle a estimé qu'il ne subsistait plus de séquelles physiques ni d'incapacité de travail en lien de causalité naturelle avec l'accident. Elle a en outre relevé que les troubles psychiques diagnostiqués par le Dr O. _____ n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident, qui devait tout au plus être considéré comme un accident de gravité moyenne. La mise en œuvre d'une expertise orthopédique et psychiatrique était en outre superflue. Dans un rapport du 13 février 2013, le Dr H. _____ a signalé des plaintes douloureuses au niveau de l'aîne, les positions verticale et assise étant mal tolérées et l'assuré procédant systématiquement à une décharge de la fesse droite. Le bilan radiographique montrait une absence de discopathie dégénérative sur l'ensemble du segment lombaire, par contre au niveau L4-L5 il y avait une arthropathie postérieure en poussée congestive du côté droit et il en était de même pour le segment L5-S1. Il a encore retenu ce qui suit dans son appréciation du cas: "En différé de cette intervention chirurgicale orthopédique, nous sommes confrontés à un tableau très intriqué intégrant une irritabilité des structures neuro-méningées: nerf fémoro-cutané, sciatique droit, avec des signes de sursollicitation du segment lombaire inférieur. Il est difficile d'apprécier quelle est la source nociceptive principale étant donné l'interférence en rapport avec la posture antalgique adoptée par le patient, se traduisant par des zones charnières partiellement verrouillées. Face à cette situation, j'envisage d'emblée de procéder à des mesures antalgiques instrumentales sous forme d'un bloc radiculaire L4 et L5 droit complété si nécessaire par des blocs facettaires de la charnière thoraco-lombaire droite. Parallèlement le traitement myo-tensive sera retenu, complété par des mesures de détente de toute la sphère sous-diaphragmatique combinées à des techniques de relaxation. Actuellement, le patient démontre de façon évidente des signes d'épuisement. Dans ce sens, les signes de non organicité doivent être intégrés comme le reflet d'un malaise profond général avec difficultés d'expression, sans pour autant nous inciter à suspecter des signes de simulation. Appréciation en différé de cette prise en charge, le patient a bénéficié tout à fait favorablement des mesures antalgiques instrumentales permettant de contrôler les douleurs, pour récidiver dans un second temps dans un contexte interférentiel de souffrance digestive, d'état d'épuisement, autant de facteurs qui ne pourraient être attribués directement au traumatisme lui-même. Si la situation sur le plan du handicap fonctionnel s'est nettement améliorée, par contre le patient ne parvient pas à se libérer d'un hyperinvestissement

émotionnel qui l'affecte dans toutes les activités qu'il déploie, l'éprouvant profondément, allant même jusqu'à un épuisement. Une aide sur le plan psychologique a été recommandée, et dans ce contexte une approche psycho-comportementale avec recours à l'hypnose Ericksonienne aurait pu être salutaire". B. Par acte du 15 février 2013, Z._____, par son conseil, a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens qu'il a droit aux prestations LAA pour les suites de l'accident du 18 janvier 2011 sans restriction, subsidiairement à son annulation et au renvoi du cas à la CNA pour nouvelle décision. En substance, il fait valoir qu'il présente des troubles qui sont encore en relation de causalité avec l'accident précité. Au plan physique, il soutient, en se fondant sur un rapport médical du Dr H._____ du 13 février 2013, que toutes les atteintes dont il souffre sur ce plan n'ont pas été prises en compte, estimant que les médecins de la CNA se sont concentrés sur la question de la hanche et de son opération, en omettant les atteintes aux tissus mous, notamment le psoas et les muscles lombalgiques. Il relève encore que le Dr K._____ s'est concentré sur son domaine de compétence et n'a pas investigué les autres questions. Quant à l'examen psychiatrique, le Dr O._____ ne lui a parlé qu'une ou deux minutes. Cela conduit selon lui à un résultat arbitraire et justifie la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire neutre. Sur le plan psychiatrique, il soutient que ses troubles sont bien en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident, estimant remplir les critères jurisprudentiels devant conduire à retenir un lien de causalité, savoir plusieurs années de traitement, d'importantes difficultés de guérison, une durée anormalement longue des troubles, des douleurs persistantes, le fait de ne pas avoir été pris au sérieux dans ses plaintes durant quatre mois et devoir fréquenter une école de marche. Il soutient ensuite que la décision attaquée est entachée d'erreurs, dans la mesure où il a consulté le Dr T._____, pédiatre, le 24 janvier 2011 à la suite de l'accident, et s'est fait traiter par l'ostéopathe R._____ les 31 janvier, 1^{er} et 7 février 2011, alors que la décision attaquée fait état d'une première consultation médicale le 9 février 2011. Dans sa réponse du 4 juin 2013, la CNA a conclu au rejet du recours, en se référant en substance aux mêmes arguments que ceux exposés dans sa décision sur opposition. Dans sa réplique du 15 juillet 2013, le recourant a maintenu sa position. Il a produit les documents suivants: - Un rapport du 23 mars 2011 du Dr [...], radiologue, mettant en évidence les conclusions suivantes après une IRM inguinale de la racine de la cuisse droite: "Examen du jour ne mettant pas en évidence d'altération musculaire suspecte de déchirure ni de collection hématique sous-cutanée ou une altération médullaire osseuse. Petite lésion du labrum acétabulaire droite. En cas de doute sur un problème coxo-fémoral de type conflit, un examen complémentaire de type arthro-IRM de la hanche serait envisageable". - Un courriel du 27 juin 2013 du Dr F._____ adressé à son mandataire, dans lequel ce médecin relève ce qui suit: "La lésion du labrum était clairement liée au traumatisme. Sachant que M. Z._____ présente également un sous-développement du cotyle (dysplasie de hanche) qui pourrait poser problème. Ce problème est purement maladif et il a été convenu avec la SUVA avant l'intervention, qu'en cas de décompensation, cette problématique ne serait pas à sa charge. Toutefois, l'examen de hier ne montre aucun signe de souffrance de l'articulation, ce qui est plutôt rassurant. Les problèmes musculaires du patient, notamment le psoas, étaient présents suite à l'accident en raison de postures antalgiques liées aux douleurs articulaires du patient. Nous avons initialement prévu d'effectuer une ténotomie (couper) du psoas, mais le soir avant l'intervention M. Z._____ n'avait pratiquement plus de douleurs, et nous avons convenu de ne pas faire ce geste supplémentaire. N'ayant jamais vu M.

Z. _____ avant l'accident, mais seulement environ 1 an après, il m'est difficile de préciser la date d'apparition des symptômes. Par contre, anamnestiquement, M. Z. _____ ne signale aucune douleur avant l'accident et les différents problèmes seraient dès lors liés à l'accident. Par conséquent, la SUVA devrait en principe prendre en charge le suivi jusqu'à restitution du statu quo ante". - Un certificat médical du 10 juillet 2013 du Dr W. _____, gastro-entérologue, attestant avoir effectué une gastroscopie. Ce médecin a retenu que le motif de consultation avait été une symptomatologie digestive, consistant en une douleur pouvant s'exacerber lors de moments de stress. Dans sa duplique du 25 juillet 2013, la CNA a conclu au rejet du recours et a renvoyé à ses précédents arguments. C. Le dossier de l'assuré auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a été produit. Il comporte en particulier les pièces suivantes: - Un projet d'acceptation de rente du 17 juin 2013, prévoyant l'octroi au recourant d'une rente entière du 1^{er} avril 2012 au 31 octobre 2012 (compte tenu d'une demande de prestations déposée le 7 octobre 2011). - Les observations du recourant du 30 août 2013, qui fait valoir que son état ne s'est pas amélioré. Un délai a été imparti aux parties pour consulter le dossier AI et déposer leurs éventuelles observations le concernant. La CNA a confirmé ses conclusions. Le recourant ne s'est pas déterminé. **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 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance accidents; RS 832.20). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 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). En l'espèce, formé le 15 février 2013 contre la décision sur opposition de la CNA du 21 janvier 2013, le recours a été interjeté en temps utile. Pour le surplus, il répond aux prescriptions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment) si bien qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. Le litige porte sur le maintien du droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 juillet 2012 en ce qui concerne l'accident du 18 janvier 2011. 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). L'obligation de l'intimée d'allouer, au-delà du 31 juillet 2012, des prestations relevant de l'assurance-accidents suppose l'existence, à ce moment-là, d'un lien de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références citées) et d'un lien de causalité adéquate (ATF 123 V 103 consid. 3d; 123 V 139 consid. 3c; 122 V 416 consid. 2a et les références citées) entre cet événement et l'atteinte à la santé. La causalité est naturelle 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 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 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 l'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 181 consid. 3.1; 129 V 406 consid. 4.3.1; 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références citées). 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 181 consid. 3.2; 129 V 405 consid. 2.2; 125 V 461 consid. 5a et les références citées). b) D'après l'art. 36 LAA, les prestations pour soins, les remboursements pour 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 (al. 1); les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident. Toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain (al. 2). La jurisprudence a souligné à cet égard que, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer 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 tôt ou tard 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 rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TFA U 149/04 du 6 septembre 2004 consid. 2.3; TFA U 99 du 14 mars 2000; RAMA 1992 U 142 p. 75). Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir: au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a); aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b); au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital (let. c); aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d); aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e). Selon la jurisprudence, le droit au traitement ne comprend pas toutes les mesures médicales imaginables mais uniquement celles qui, par des moyens adéquats, sont nécessaires à la guérison de l'atteinte à la santé; il s'ensuit que lesdites mesures doivent, suivant l'art. 54 LAA, se limiter à ce qui est exigé par le but du traitement (ATF 136 V 141 consid. 4.1; 109 V 43 consid. 2a). Le traitement doit non seulement être approprié, c'est-à-dire adéquat, mais également économique. Enfin, le traitement doit être scientifiquement reconnu. L'assuré n'a donc pas droit à la prise en charge de traitements expérimentaux, pas plus d'ailleurs que l'assureur ne saurait lui imposer de tels traitements (Frésard/Moser-Szeless, *Soziale Sicherheit*, 2^{ème} éd., *L'assurance-accidents obligatoire*, n. 142 et 283). L'art. 16 al. 1 LAA dispose que l'assuré totalement ou partiellement incapable

de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. L'art. 17 al. 1 LAA prévoit que l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence. 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). 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; 119 V 335 consid. 1; TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.2; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). c) On rappellera également que 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si les rapports médicaux sont contradictoires, le juge 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. Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il faut 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). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). d) En ce qui concerne les troubles d'ordre psychique, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles développés ensuite par la victime (TF U 18/07 du 7 février 2008 consid. 3.2; TF 8C_737/2008 du 29 mai 2009, avec des références à des arrêts publiés, en particulier ATF 115 V 133). Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même, en fonction de son déroulement. Selon la jurisprudence, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident

insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave; pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques, il faut que soient réunis certains critères particuliers et objectifs (ATF 115 V 139 consid. 6; 115 V 408 consid. 5; TF 8C_917/2010 du 28 septembre 2011 consid. 5.2.2). En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants: - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; - la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs physiques persistantes; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Dans les autres cas d'accident de gravité moyenne, il importe que plusieurs des critères objectifs développés par la jurisprudence se trouvent réunis ou revêtent une intensité particulière pour que le caractère adéquat des troubles psychiques de l'assuré soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; 115 V 403 consid. 5c/aa; TF U 18/07 du 7 février 2008 consid. 3.2). 4. a) Se référant notamment aux constatations de ses médecins-conseils, les Drs K. _____ et O. _____, l'intimée retient que la symptomatologie persistant au-delà du 31 juillet 2012 n'est plus imputable à l'événement du 18 janvier 2011. Quant au recourant, il fait en substance valoir que les troubles qu'il présente sont encore bien en lien de causalité avec cet accident. b) Sur le plan somatique, le Dr F. _____ a expliqué que la déchirure du labrum pouvait être mise sur le compte du traumatisme en distorsion de la hanche droite subi lors de l'accident du 18 janvier 2011; la dysplasie était malade et ne relevait pas de l'assurance-accidents (rapport du 26 mai 2011). Ce médecin a par la suite confirmé cette appréciation. Ainsi, dans son courriel du 27 juin 2013, il a répété que la lésion du labrum était clairement liée au traumatisme [du 18 janvier 2011], mais que le sous-développement du cotyle (dysplasie de la hanche) était un problème purement maladif. Le Dr L. _____ a lui aussi constaté une déchirure du labrum (rapport du 17 juin 2011). Pour sa part, le Dr K. _____ a indiqué que l'accident, après de multiples investigations, n'avait permis de mettre en évidence qu'une déchirure antéro-supérieure du labrum droit, dans un contexte de dysplasie et troubles de l'offset cervico-céphalique droit. Il a précisé que le labrum avait été débridé et stabilisé, puis que la tendinopathie du psoas droit postopératoire ainsi que les meralgies paresthésiques de la cuisse droite avaient été traitées, le reste de la symptomatologie ne pouvant être mis en relation de causalité avec l'accident (rapport du 21 juin 2012). Ces rapports médicaux concordent s'agissant du fait que la dysplasie a bien un caractère maladif et n'est pas en lien avec l'accident. Il n'est par ailleurs pas contesté que la déchirure du labrum est consécutive à l'accident. Elle a du reste été prise en charge par la CNA et le recourant a été opéré le 8 juillet 2011. Comme le retient la CNA et comme l'indique le Dr K. _____, le labrum a été débridé et stabilisé. Quant à la tendinopathie du psoas, le Dr F. _____ a retenu que les problèmes musculaires, notamment le psoas, étaient présents suite à l'accident en raison de postures antalgiques liées aux douleurs articulaires du patient; une opération était prévue mais comme l'assuré n'avait plus de douleurs, il y avait été renoncé (courriel du 27 juin

2013). A ce sujet, le rapport d'IRM du 23 mars 2011 du Dr [...] (IRM inguinale de la racine de la cuisse droite) n'a pas mis en évidence d'altération musculaire suspecte de déchirure ni de collection hématique sous-cutanée ou une altération médullaire osseuse. De même, l'échographie abdominale complète était dans les limites de la norme (rapport du Dr B. _____ du 5 avril 2012). Le recourant se prévaut de l'avis du Dr H. _____ (rapport du 13 février 2013). Si ce médecin a certes signalé des plaintes douloureuses au niveau de l'aine et un tableau intégrant une irritabilité des structures neuro-méningées (nerf fémoro-cutané, sciatique droit, avec des signes de sursollicitation du segment lombaire inférieur), il ne se prononce pas au sujet du lien de causalité entre l'accident et les troubles présentés par l'assuré. Quant à l'assertion du Dr F. _____ selon laquelle l'assuré ne signalait aucune douleur avant l'accident, en déduisant que les différents problèmes seraient la cause de l'accident (courriel du 27 juin 2013), il s'agit d'un raisonnement "post hoc ergo propter hoc" qui ne permet pas en soi de retenir un lien de causalité naturelle. La situation a été examinée dans sa globalité, et le recourant ne peut dès lors être suivi lorsqu'il affirme que seule l'atteinte à la hanche a été investiguée en omettant les atteintes aux tissus mous, notamment le psoas et les muscles lombalgiques. En effet, le Dr F. _____ a investigué la question des problèmes musculaires et relevé que l'assuré avait renoncé à une opération (courriel du 27 juin 2013), et une IRM inguinale de la racine de la cuisse droite a été effectuée pour déterminer s'il y avait des déchirures musculaires, de même qu'une échographie abdominale complète. Il convient donc de retenir, avec l'intimée, que les troubles somatiques ne sont plus en lien de causalité naturelle avec l'accident du 18 janvier 2011. c) Au plan psychique, le 16 août 2011, le Dr X. _____ a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive. Le Dr O. _____ retient le même diagnostic le 21 juin 2012, avec celui de trouble mixte de la personnalité. Le Dr H. _____, sans poser de diagnostic au plan psychiatrique, relève que l'assuré présente des signes d'épuisement, observant que quand bien même la situation s'est nettement améliorée sur le plan du handicap fonctionnel, le patient ne parvient pas à se libérer d'un hyperinvestissement émotionnel qui l'affecte dans toutes les activités qu'il déploie et l'éprouve profondément. Il note à cet égard qu'une aide sur le plan psychologique a été recommandée. Pour le Dr H. _____, la souffrance digestive et l'état d'épuisement sont des facteurs ne pouvant être attribués directement au traumatisme lui-même (cf. rapport du 13 février 2013). Quant au Dr O. _____, il explique que les troubles psychiques de l'assuré sont en relation de causalité très partielle avec l'accident du 18 janvier 2011 et n'ont pas de répercussion sur sa capacité de travail. A cet égard, il y a lieu de relever que lorsque le recourant soutient que le Dr O. _____ ne lui a parlé qu'une minute ou deux, il ne se base sur aucune preuve, les constatations retranscrites par ce spécialiste paraissant complètes pour apprécier l'état de santé de l'assuré. Au demeurant, une consultation, même de courte durée, n'exclut pas nécessairement une étude fouillée et complète du cas (TF I 533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.6). Cela étant, la question de la causalité naturelle entre lesdits troubles et cet événement peut rester indéterminée, dès lors que le lien de causalité adéquate entre ces troubles et l'événement du 18 janvier 2011 doit être nié. S'agissant de la causalité adéquate, il faut en effet considérer que l'accident du 18 janvier 2011, au vu de son déroulement et de ses conséquences, doit être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne. Concernant les différents critères, on ne saurait dire qu'il y a eu des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou que l'accident revêtait un caractère particulièrement impressionnant. Les lésions physiques n'étaient ni graves ni de nature particulière pour engendrer des troubles psychiques. Le traitement médical, s'il a

nécessité notamment une opération de la hanche et un suivi non négligeable, ne saurait être considéré comme étant anormalement long. Il n'y a pas eu d'erreurs dans le traitement médical, de difficultés apparues au cours de la guérison ni de complications importantes. Le recourant ressent certes des douleurs physiques persistantes et il a présenté une incapacité de travail conséquente, mais ces deux seuls critères ne sont pas suffisants. Le recourant estime en outre ne pas avoir été pris au sérieux. Or il apparaît au contraire que son cas a été valablement instruit et qu'il a bénéficié d'une prise en charge adéquate. Quant au fait qu'il allègue fréquenter une école de marche et avoir des crises (notamment en raison du froid, de relâchements musculaires et du stress), il ne s'agit pas là de critères à prendre en compte dans le cadre de l'examen de la causalité adéquate. Si l'on devait retenir la fréquentation d'une école de marche, il faudrait constater que cela ne permettrait pas de qualifier le traitement médical de particulièrement pénible. Cela ne suffit pas pour retenir que l'accident de circulation du 18 janvier 2011 est la cause adéquate des troubles psychiques dont souffre le recourant. d) Dès lors, c'est à juste titre que l'intimée a nié le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 juillet 2012 en ce qui concerne l'accident du 18 janvier 2011. Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. La cause étant suffisamment instruite pour permettre de trancher le litige, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise multidisciplinaire. En effet, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008). En outre, s'il est vrai que le recourant a consulté un médecin le 24 janvier 2011 et a vu trois fois l'ostéopathe R._____ les 31 janvier, 1^{er} et 7 février 2011, cela ne conduit pas pour autant à consacrer une constatation inexacte des faits pertinents. 5. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Au vu de l'issue du litige, le recourant succombe et il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 21 janvier 2013 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. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Denis Weber, avocat à Lausanne (pour Z._____) ■ Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents - Office fédéral de la santé publique par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :