

VD_FINDINFO AA 47/09 - 66/2012 vom 9. Juli 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-07-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_47_09_-_66_2012

FR: VD_FINDINFO AA 47/09 - 66/2012 du 9 juillet 2012

IT: VD_FINDINFO AA 47/09 - 66/2012 del 9 luglio 2012

Regeste

ACCIDENT PROFESSIONNEL, CAUSALITÉ ADÉQUATE, MOTIVATION DE LA DÉCISION | 6 al. 1 LAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 09.07.2012 AA 47/09 - 66/2012

ACCIDENT PROFESSIONNEL, CAUSALITÉ ADÉQUATE, MOTIVATION DE LA DÉCISION | 6 al. 1 LAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 47/09 - 66/2012 ZA09.012750 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 9 juillet 2012

_____ Présidence de Mme Brélaz Braillard Juges : M. Jomini, et M. Berthoud, assesseur Greffier : M. Simon ***** Cause pendante entre : V. _____, à Payerne, recourant, représenté par Me Louis-Marc Perroud, avocat à Fribourg, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne, intimée, représentée par Me Pierre-Henri Gapany, avocat à Fribourg. _____ Art. 6 al. 1 LAA E n f a i t : A. V. _____ (ci-après: l'assuré) a travaillé depuis mars 2002 en qualité d'ouvrier du bâtiment pour l'entreprise M. _____ SA, à Bulle, et était à ce titre assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA) pour les accidents professionnels. Le 7 mars 2006, à Orges, alors qu'il travaillait à la pelle dans une tranchée d'une profondeur de deux mètres environ, l'assuré a été enseveli sur tout le corps par de la terre suite à un affaissement. Le casque qu'il portait a été fendu et il n'a pas perdu connaissance. Un collègue lui a rapidement libéré la tête et les mains, puis au bout de quelques minutes l'assuré a pu être entièrement déterré. Il a été emmené au centre hospitalier d'Yverdon-Chamblon, qui n'a pas constaté de fracture, et a pu quitter cet établissement le jour même. Une incapacité de travail à 100% a été attestée depuis le 7 mars 2006. Le cas a été pris en charge par la CNA, qui a versé des indemnités journalières et assumé les frais médicaux. Dans un rapport du 11 mars 2006, le service de radiologie de l'Hôpital intercantonal de la Broye n'a retenu aucune lésion osseuse traumatique d'allure récente ou ancienne. En raison de la persistance de douleurs au membre inférieur gauche notamment, l'assuré a consulté le Dr S. _____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assuré. Dans un rapport du 11 mars 2006, ce praticien a constaté des contusions multiples, une entorse de la cheville droite et une compression du pli inguinal avec probable lésion/étirement du nerf fémoral gauche. En raison de la probable atteinte neurologique du pli inguinal, il a proposé un bilan complémentaire. Il a ajouté que l'assuré semblait présenter un syndrome post-traumatique marqué. Le 20 mars 2006, l'assuré a été examiné par le Dr W. _____, spécialiste FMH en neurologie. Dans un rapport du 21 mars 2006, ce médecin a diagnostiqué une contusion du nerf crural gauche, puis retenu que l'assuré avait été victime d'une compression du nerf crural dans le pli inguinal gauche. Il a

retenu une évolution en grande partie favorable, avec disparition des troubles sensitifs et plus qu'un minime déficit moteur respectivement une asymétrie du réflexe rotulien. Il a constaté que l'EMG (électromyogramme) était dans les limites de la norme, puis a proposé des investigations complémentaires au niveau du bassin et de la région du psoas. Dans un rapport médical intermédiaire du 14 avril 2006 rempli à l'attention de la CNA, le Dr S. _____ a diagnostiqué des contusions multiples par écrasement sous forme de contusion à l'épaule droite, de contusion dorsale lombaire et de contusion du nerf crural gauche, ainsi qu'une entorse de la cheville droite et un syndrome post-traumatique probable. Il a signalé des douleurs de l'épaule droite avec difficultés de mobilisation, des dorsolombalgies, une tuméfaction de la cheville droite et des troubles psychiques (troubles du sommeil et de l'anxiété) post-traumatiques. Il a attesté un traitement de physiothérapie et médicamenteux. Le 2 mai 2006, l'assuré a été examiné par le Dr P. _____, médecin d'arrondissement à la CNA. Dans son rapport d'examen du 2 mai 2006, il a retenu un status 2 mois après des contusions multiples, une entorse de la cheville droite et de l'épaule droite et une compression du nerf crural dans le pli inguinal gauche. Il a noté la persistance d'une légère limitation fonctionnelle de l'épaule et un discret syndrome lombo-vertébral lombaire avec limitation mais sans trouble neurologique, rappelant une hypoesthésie globale du membre inférieur gauche. Il a retenu une incapacité de travail totale, puis signalé que l'assuré souffrait d'un état de stress post-traumatique avec des cauchemars et une certaine anxiété. A la demande de son médecin traitant et du médecin d'arrondissement de la CNA, l'assuré a effectué, du 9 mai au 20 juin 2006, un séjour à la Clinique romande de réadaptation à Sion (ci-après: la CRR). Dans ce cadre, il a subi une IRM de l'épaule droite, une radiographie RX de la cheville droite, un RX de la colonne cervicale, et effectué un examen de physiothérapie. Lors d'un consilium psychiatrique, il a été examiné par le Dr C. _____, psychiatre FMH, qui dans un rapport du 17 mai 2006 a retenu ce qui suit dans ses conclusions: "Il s'agit d'un patient de 35 ans victime d'un accident de travail dans lequel il a été enfoui sous un éboulement de terre. Du point de vue symptomatique, le patient présente quelques signes allant dans le sens d'un état de stress post traumatique, dont des cauchemars occasionnels, des phénomènes de réviviscence diurnes et des comportements d'évitement. Ces éléments restent de degré modéré, à la limite du diagnostic de PTSD [post traumatic stress disorder] au sens strict. Un suivi psychothérapeutique est cependant indiqué chez un patient avec dans les antécédents, un autre traumatisme psychique avec risque vital (risque de noyade à l'âge de 20 ans environ)". Dans un avis de sortie de la CRR du 11 juillet 2006, les Drs N. _____, chef de clinique et spécialiste FMH en rhumatologie, et G. _____, médecin assistante au service de réadaptation générale, ont posé les diagnostics de cervicalgies latérales droites, d'entorse de la cheville droite au décours, de tendinopathie dégénérative du supra-épineux et de la portion supérieure de l'infra-épineux droit, et de status post-traumatisme de l'épaule et de la cheville droites après chute dans une tranchée de trois mètres de profondeur. Ces médecins se sont déclarés frappés par l'importance des douleurs ressenties par l'assuré, contrastant avec un examen clinique rassurant. Ils ont ensuite retenu ce qui suit dans leur conclusion: "Il s'agit d'un patient de 34 ans, qui a été enterré dans une tranchée de 3 m de profondeur suite à un éboulement de terre, le 07.03.06. La prise en charge en rééducation a permis une régression des douleurs de la cheville droite en rapport avec une entorse ; et une diminution des rachialgies à la jonction cervicodorsale. Il persiste un syndrome douloureux sans limitation de la mobilité de l'épaule droite, en rapport avec une tendinopathie dégénérative du supra-épineux et des douleurs latérocervicales, des muscles trapèzes et rhomboïde pour lesquelles la

physiothérapie s'est avérée inefficace. Par conséquent [il n'y a] aucun intérêt de poursuivre cette dernière en ambulatoire. Sur le plan psychologique, il a été décelé des éléments d'un état de stress post traumatique. Le vécu douloureux est au premier plan et son expression paraît discordante avec les constatations objectives. Seule la tendinite de la coiffe justifie une incapacité de travail dans son métier habituel. Le patient sera gêné pour toutes les activités en hauteur ainsi que pour le port de charges moyennes à lourdes, et ceci de façon répétitive. Nous convenons tout de même la reprise de l'activité de maçon à but thérapeutique dès la sortie. Nous avons l'impression que ce patient pourrait évoluer vers une invalidation. Capacité de travail dans la profession actuelle de maçon: 0% du 21.06.06 au 25.06.06, puis reprise à but thérapeutique dès le 26.06.06". Le 26 juin 2006, l'assuré a repris le travail à but thérapeutique, mais il a dû y mettre fin après deux jours en raison de trop fortes douleurs au niveau de la nuque, du dos et de l'épaule droite. Dans un certificat médical du 18 juillet 2006, le Dr S. _____ a prescrit un arrêt de travail, total. Dans un rapport du 14 juillet 2006, suite à une IRM de la colonne cervicale, le Dr [...], radiologue à Givisiez, a constaté des troubles statiques de la colonne cervicale, le reste de l'IRM s'avérant normal. Il n'a en particulier pas pu objectiver de remaniement post-traumatique. Dans un rapport daté du 24 juillet 2006 rempli à l'attention de la CNA, le Dr S. _____ a relevé que l'état de son patient était mauvais, essentiellement à la nuque, au dos, à l'épaule droite et à la cheville droite. Il a signalé une discordance entre le status et les plaintes, un très probable syndrome de stress post-traumatique et un risque important d'évolution vers un syndrome douloureux chronique. Dans un rapport d'examen du 26 juillet 2006, le Dr P. _____ a relevé la persistance d'un syndrome vertébral dorso-lombaire avec légère limitation fonctionnelle, mais sans trouble neurologique. L'assuré présentait des signes d'un état de stress post-traumatique, en cours d'investigation. Dans un rapport du 22 septembre 2006, D. _____, psychothérapeute FSP, a indiqué que l'assuré le consultait chaque semaine depuis le 1^{er} septembre 2006 pour des séances d'accompagnement psychothérapeutique. La problématique était un état de stress post-traumatique consécutif à l'accident du 7 mars 2006, l'assuré collaborant activement aux séances. Le 29 septembre 2006, l'assuré a été examiné par le Dr E. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychiatre conseil de la CNA. Dans un rapport du même jour, ce médecin a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique en décours et d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique. Il a retenu que le trouble dépressif se manifestait par une humeur triste, des troubles du sommeil, une angoisse importante et une perte d'espoir, ainsi que des douleurs, vraisemblablement engendrées par un état de tension très important. Le pronostic était néanmoins réservé, avec crainte de développement progressif vers un trouble douloureux somatoforme persistant. L'assuré était totalement incapable de travailler et il était souhaitable que l'incapacité de travail ne dure pas trop longtemps, pour éviter les effets néfastes sur l'ensemble de la pathologie. Dans un rapport d'examen du 25 octobre 2006, le Dr P. _____ a relevé, sur le plan ostéo-articulaire, que la situation était relativement favorable mais que persistaient des douleurs au niveau de l'épaule, du rachis et du membre inférieur gauche. Il a adressé l'assuré pour un nouveau séjour à la CRR. Du 31 octobre au 29 novembre 2006, l'assuré a effectué un deuxième séjour à la CRR. Dans ce cadre, il a effectué une IRM dorso-lombaire, une IRM de la cheville droite, un scanner cérébral, un RX des genoux, de la colonne dorso-lombaire et du bassin, une scintigraphie osseuse triphasique et un examen de physiothérapie. Suite à un consilium psychiatrique, dans un rapport du 7 novembre 2006, le Dr C. _____ a constaté des éléments post traumatiques modérés, dont l'évolution s'était poursuivie à la baisse, et qui, bien que toujours présents, ne

justifiaient pas le diagnostic d'état de stress post traumatique. Il a relevé une évolution vers une symptomatologie de douleurs chroniques et vers la revendication d'examens complémentaires; il a recommandé la poursuite d'un suivi psychothérapeutique et proposé l'augmentation progressive d'une réadaptation active. A la suite d'un consilium de l'appareil locomoteur (rachis), dans un rapport du 23 novembre 2006, le Dr X. _____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation ainsi qu'en rhumatologie, a constaté, lors de l'examen physique, des douleurs de nature musculaire. En tenant compte des pièces radiologiques, il a indiqué que les rachialgies cervico-dorso-lombaires avaient un caractère non spécifique, en ce sens qu'elles ne pouvaient être mises en relation avec les quelques troubles dégénératifs ou avec une lésion précise du rachis, leur origine étant en grande partie musculaire. Il a toutefois proposé d'effectuer un CT-scan cérébral et une IRM dorso-lombaire. Dans un avis de sortie de la CRR du 15 décembre 2006, le Dr N. _____, chef de clinique et spécialiste FMH en rhumatologie, a posé les diagnostics de traumatisme de l'épaule gauche et de la cheville droite, de tendinopathie dégénérative du supra-épineux et de la portion supérieure de l'infra-épineux droit, de cervicalgies et dorsolombalgies, de gonalgies gauches, de douleurs du pli de l'aîne à gauche et de douleurs résiduelles de la cheville droite. Dans son appréciation du cas, il a relevé ce qui suit: "A l'entrée le patient déclare au niveau de l'épaule des douleurs constantes estimées à 1/10, aux mouvements et aux ports de charges, des douleurs le réveillant la nuit. Il éprouve des difficultés lors des activités en hauteur. Au niveau du rachis, il décrit des douleurs occipito-cervicales, mais de façon plus importante encore au niveau dorsolombaire, empêchant les stations assises prolongées et augmentant au port de charges et à la mobilisation. De plus, le patient signale des douleurs du genou gauche, mécaniques à la marche au niveau du compartiment interne, avec oedème modéré le soir et augmentation des douleurs en fin de journée. Au niveau de la cheville droite, il déclare des douleurs mécaniques à la marche, limitant le périmètre de marche à ¾ d'heure, voir même à moins s'il marche rapidement. Il déclare que la course est impossible. Les douleurs sont décrites comme localisées au niveau périmalléolaire interne et externe. Au niveau de la cheville et du genou, il n'a pas de douleur de repos. Au status il y a très peu de constatations objectives, hormis un discret épanchement du genou gauche. Pour le reste les limitations constatées sont essentiellement liées aux douleurs déclarées par le patient. En particulier, les rachialgies cervico-dorsolombaires ont un caractère non spécifique en ce sens qu'elles ne peuvent être mises en relation avec les quelques troubles dégénératifs ou avec une lésion précise du rachis (cf bilan RX). L'origine des douleurs est en grande partie musculaire. Le bilan radiologique réalisé durant le séjour montre au niveau du rachis des séquelles de dystrophie rachidienne de croissance dorsale, une discrète spondylose dorsale lombaire prédominant en L1-L2 et une RX de la colonne cervicale datant de juin 2006, qui sont dans les limites de la norme. L'IRM cervicale du 12.07.2006 est dans les limites de la norme. Les RX standards réalisées durant le séjour, du rachis dorsolombaire et du bassin, ne montrent pas d'anomalie nouvelle par rapport aux bilans précédents. La scintigraphie osseuse montre des altérations compatibles avec des troubles dégénératifs au niveau L4-L5, ainsi qu'avec des remaniements post-traumatiques de la cheville et du tarse. L'IRM de la cheville droite montre une lésion sous-chondrale du dôme talien droit sur son versant externe, compatible avec une image post-traumatique. Il y a également un aspect discrètement tuméfié et infiltré de la portion proximale du ligament péronéo-calcanéen de la cheville droite. L'IRM dorsolombaire montre des séquelles d'ostéochondrose juvénile de la jonction dorsolombaire, sans lésion osseuse post-traumatique. Pas de canal lombaire étroit ni de hernie discale. Le scanner cérébral est

dans les limites de la norme pour l'âge. Du point de vue psychique, il a été relevé lors du 1^{er} séjour des éléments de stress post-traumatique de degré modéré, dont l'évolution s'est poursuivie à la baisse. Ils sont encore présents aujourd'hui mais ne justifient pas le diagnostic d'un état de stress post-traumatique. On relève cependant une évolution psychologique qui se fait vers une symptomatologie de douleurs chroniques et vers la revendication d'exams médicaux complémentaires sur lesquelles le patient fait reposer des attentes clairement surfaites. On a l'impression d'un patient très investi dans son corps et peinant à accepter les limitations et symptômes douloureux que celui-ci présente. La poursuite d'un suivi psychothérapeutique débuté en ambulatoire est recommandée dans l'idée de soutenir ce travail d'adaptation. En physiothérapie, la prise en charge associe des thérapies passives principalement (mobilisations douces, massages et fangothérapies) et actives, de mobilisations et d'étirements musculaires. En fin de séjour, le patient déclare ne pas percevoir d'amélioration et dit que cette situation l'inquiète énormément. Durant les thérapies, le patient est ponctuel, mais est à tel point centré sur la douleur et sur la recherche de son origine, qu'il n'a pas été possible de mettre sur pied un programme de rééducation fonctionnelle adéquat. En conséquent, nous ne proposons aucune prise en charge ambulatoire. En résumé, les rachialgies cervico-dorsolombaires ont un caractère non spécifique, car elles ne peuvent pas être mises en relation avec les quelques troubles dégénératifs ou avec une lésion précise du rachis. L'origine est en grande partie musculaire. En ce qui concerne la cheville, il persiste sur l'imagerie un oedème du dôme de l'astragale, compatible avec une séquelle d'entorse de cheville. La prise en charge n'a permis aucune amélioration de la symptomatologie. Il y a même en fin de séjour une augmentation et une diffusion des douleurs. Sur le plan psychologique, les éléments d'état de stress post-traumatique sont en régression par rapport au précédent séjour et ne justifient pas le diagnostic d'état de stress post-traumatique. Le vécu douloureux est au 1^{er} plan et son expression paraît discordante avec les constatations objectives. Nous craignons une évolution vers un syndrome somatoforme douloureux. Sur le plan socioprofessionnel, ce patient est installé en Suisse depuis 2001, titulaire d'un permis C. Il a appris la profession de maçon sur le terrain. Son contrat de travail est toujours en vigueur, cependant le patient a mandaté un avocat afin de défendre ses droits vis-à-vis de l'entreprise, car il y a un litige concernant la déclaration d'accident effectuée par son employeur. Il n'y a actuellement du point de vue purement biomédical, aucune justification à la poursuite à long terme d'une incapacité de travail. Cependant au vu du conflit avec l'employeur et des facteurs non médicaux intervenant dans cette situation, le pronostic d'une reprise réelle d'une activité professionnelle à court terme de M. V. _____ est réservé. Le suivi sera assuré par le médecin-traitant. Un examen par le médecin d'agence serait utile dans les 2 à 3 mois. Incapacité de travail dans la profession actuelle de maçon: 0% dès le 08.12.2006, à réévaluer. Une reprise théorique pourrait être envisagée dans un délai de 1 à 2 mois, de manière progressive". Dans un certificat médical du 17 janvier 2007, le Dr S. _____ a attesté une reprise du travail à but thérapeutique dès le 22 janvier 2007, à raison de 4h par semaine au début, avec augmentation progressive. Dans un rapport d'examen du 8 février 2007, le Dr P. _____ a indiqué que l'assuré avait repris son travail en effectuant des travaux légers, qu'il était très éprouvé par le moindre effort, souffrait de douleurs et était très sensible au froid. Sur le plan ostéo-articulaire, il a noté que la situation était toujours favorable mais qu'il persistait des douleurs de l'ensemble du corps. Le problème actuel était essentiellement psychologique et les traitements de physiothérapie et de psychothérapie se poursuivaient. Suite à un entretien le 9 février 2007 entre l'assuré, un agent de la CNA et

des représentants de l'entreprise M. _____ SA, une reprise du travail à 50% a été convenue, avec des travaux légers, une augmentation du temps de travail étant envisagée à 75% ou 100% dans un mois environ. En date du 14 mars 2007, le Dr S. _____ a indiqué que, malgré la poursuite d'un traitement psychologique et de séances régulières de physiothérapie, la situation se dégradait, avec des douleurs de plus en plus marquées, diffuses et migrantes. Il a écarté l'indication d'une opération et proposé un avis antalgique. Le 16 avril 2007, le psychothérapeute D. _____, attestant un suivi depuis septembre 2006, a fait état de séances régulières d'hypnothérapie, relevé que la problématique d'état de stress post-traumatique pouvait être considérée comme éteinte et qu'il n'y avait pas de signes cliniques du tableau favorisant une somatisation douloureuse comme un trouble psychogène. Dans un rapport du 19 juin 2007, le Dr F. _____, chiropraticien, a fait état de douleurs chroniques invalidantes du rachis cervical, dorsal et lombaire, de douleurs de l'épaule et de la cheville droite, de douleurs du genou et de l'aine gauche, puis de status post-traumatique. Il a indiqué que le traitement soulageait l'assuré de façon transitoire, mais qu'il restait d'importantes douleurs et une grande fatigue. L'assuré avait besoin d'un suivi à long terme, avec rééducation et renforcement de la musculature. Dans un rapport daté du 18 juin 2007 rempli à l'attention de la CNA, la Dresse R. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, a diagnostiqué des douleurs chroniques invalidantes ainsi qu'un état anxieux et dépressif réactionnel. Elle a signalé une fatigue intense, des troubles du sommeil, une perte de la concentration et de l'inquiétude. Le 29 juin 2007, le Dr E. _____ a noté que les douleurs diffuses ressenties par l'assuré étaient vraisemblablement d'origine psychique, le lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident du 7 mars 2006 étant indiscutable. Dans des certificats médicaux, le Dr T. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a attesté une incapacité de travail totale du 20 août 2007 au 7 septembre 2007. Dans un rapport du 2 octobre 2007 rempli à l'attention de la CNA, la Dresse R. _____ a retenu des douleurs chroniques invalidantes du rachis cervical, dorsales et lombaires, des douleurs de l'épaule, de la cheville droite, du genou et de l'aine gauche. Elle a attesté une reprise progressive du travail de 20% à 50%. Suite à un entretien le 1^{er} février 2008 entre un agent de la CNA, un agent de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) et un représentant de M. _____ SA, le rendement de l'assuré a été estimé à 0%, aucun travail ne lui convenant. La question du maintien ou non de son contrat de travail auprès de cette entreprise a été posée. Dans un rapport d'examen du 5 mars 2008, le Dr P. _____ a signalé que l'assuré se plaignait de douleur de l'hémicorps droit, et également au niveau du pli de l'aine à gauche et du rachis, traitées médicalement. Il a indiqué qu'il n'y avait pas de séquelles organiques, en particulier la mobilité du rachis, de l'épaule et de la cheville étaient pratiquement physiologiques, ainsi que les médecins de la CRR l'avaient déjà constaté en juin 2006. Le 1^{er} avril 2008, le Dr F. _____ a diagnostiqué des douleurs chroniques invalidantes du rachis cervical, dorsal et lombaire, des douleurs de l'épaule et de la cheville droites, et des douleurs du genou et de l'aine gauches. A l'examen clinique, il a constaté une limitation dans tous les plans de la mobilité du rachis et des blocages articulaires. Au vu de la durée des symptômes et du manque d'évolution malgré les thérapies entreprises, le pronostic a été qualifié de mauvais. Le 20 juin 2008, en présence de l'assuré, de plusieurs membres du personnel de M. _____ SA, d'un témoin et d'agents de la CNA, une reconstitution de l'accident du 7 mars 2006 a eu lieu à Orges. Les déclarations des intéressés ont été consignées dans un rapport; la profondeur de la tranchée dans laquelle l'assuré travaillait lors de l'accident a été évaluée, selon les intéressés, de 140 cm au minimum à 270 cm au maximum. Un dossier

photos a été établi. Le 2 juillet 2008, le psychothérapeute D. _____, indiquant un suivi hebdomadaire depuis septembre 2006, a retenu sur le plan psychique un état dysthymique présent dans la journée, accentué par une fatigue croissante. Il a relevé que l'assuré avait bénéficié d'hypnothérapie, que les douleurs n'avaient pas d'allure psychogène et que ce dernier ressentait des soulagements seulement momentanés. L'assuré avait acquis un contrôle, cependant limité, sur sa douleur. Dans un rapport du 4 juillet 2008, le Dr S. _____ a retenu que son patient présentait un problème de tensions musculaires diffuses récidivantes et un aspect de syndrome douloureux chronique. Il a signalé le développement de cervicalgies intenses, de douleurs de l'épaule droite et du dos. Au status, il a retenu un patient en bon état général avec des douleurs migrantes, cervicales et tout le long de la colonne vertébrale, exacerbées par l'activité avec fréquentes contractures. Dans des feuilles d'accident LAA, le Dr S. _____ a attesté des périodes d'incapacité de travail à 100% du 7 mars 2006 au 18 juillet 2006, du 29 août 2006 au 24 septembre 2007, et du 19 décembre 2007 au 31 mars 2008. Dans un certificat médical du 12 juillet 2008, il a fait état d'une incapacité de travail. Dans un rapport du 15 juillet 2008, suite à un examen ce même jour, le Dr W. _____ a posé le diagnostic de rachialgies avec contracture musculaire paravertébrale post traumatique. Il a relevé que le bilan neurologique ne révélait pas d'argument clinique en faveur d'une participation neurologique aux rachialgies, en particulier il n'y avait aucun argument en faveur d'une quelconque atteinte radiculaire ou médullaire. Il n'a pas pu fournir d'explications quant aux rachialgies persistantes, qui lui ont paru réelles chez un patient parfaitement crédible. Les 23 et 29 avril 2008, l'assuré a été examiné par H. _____, psychothérapeute FSP et psychologue clinicien. Dans une expertise psychopathologique du 23 juillet 2008, ce spécialiste a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, de troubles anxieux, sans précision, avec fort tonus musculaire dans la partie supérieure du corps, et de trouble somatoforme, somatisation. Pour espérer sortir d'une situation portant clairement le signe psychopathologique d'une chronicisation allant en s'aggravant, il a recommandé un tri entre la symptomatologie psychiatrique d'un côté, la symptomatologie des douleurs et la dimension de revendication. Il a tenu comme nécessaire d'éclaircir les causes de l'accident. Le 14 août 2008, le Dr E. _____ a noté que le lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident du 7 mars 2006 était indiscutable. B. Par décision du 17 septembre 2008, la CNA a mis un terme à la prise en charge des prestations d'assurance le 31 octobre 2008. Elle a retenu que les troubles de l'assuré n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident du 7 mars 2006; il ne s'agissait plus que de troubles psychogènes, qui ne relevaient plus du domaine de compétence de la CNA. Pour les seules suites de l'accident, l'assuré était apte à travailler à 100% à compter du 1^{er} novembre 2008. Le 19 septembre 2008, M. _____ SA a licencié l'assuré pour le 31 octobre 2008, en raison notamment de sa longue incapacité de travail. Par acte du 7 octobre 2008, l'assuré a formé opposition contre la décision du 17 septembre 2008 de la CNA, en concluant à ce que les prestations de la CNA continuent à lui être accordées après le 1^{er} novembre 2008. Dans un courrier du 24 octobre 2008 adressé au mandataire de l'assuré, le Dr S. _____ a notamment relevé que l'état de stress post-traumatique jouait probablement un rôle non négligeable dans la problématique actuelle de l'assuré, ajoutant que la situation pouvait s'améliorer en cas de disparition de l'état de stress post-traumatique et si l'assuré pouvait retrouver une activité professionnelle. Le 14 novembre 2008, précisant les motifs de sa décision du 17 septembre 2008, la CNA a nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés par l'assuré et l'accident du 7

mars 2006, admettant en revanche la causalité naturelle. L'assuré a complété son opposition le 24 novembre 2008, se prévalant d'un lien de causalité adéquate, compte tenu de la gravité de l'accident, et réclamant la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Dans un rapport du 1^{er} décembre 2008, la Dresse R. _____ a indiqué que l'assuré présentait toujours des douleurs importantes (occipitales, de la nuque, de l'épaule droite, des coudes et des avants-bras, des genoux et des jambes ainsi que de la région pectorale et de la région dorso-lombaire à droite), qui s'étaient toutes manifestées après l'accident du 7 mars 2006. Malgré un traitement physiothérapeutique et chiropratique, l'assuré ne voyait pas son état s'améliorer, et le traitement médicamenteux antalgique ne suffisait pas à le soulager. Seule était possible une reprise du travail avec un horaire et des contraintes physiques très allégées et adaptés à sa situation. Par décision sur opposition du 16 février 2009, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre sa décision du 17 septembre 2008. Au plan somatique, elle a relevé qu'il ne subsistait plus de séquelles organiques de l'accident assuré, selon le Dr P. _____, et qu'il n'y avait aucune explication objective vraisemblable aux douleurs ressenties par l'assuré, de sorte que l'accident ne jouait plus de rôle dans ces douleurs. Se référant aux critères en la matière posés par la jurisprudence, elle a retenu que l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident – qui devait être qualifié de gravité moyenne – et les troubles psychiques de l'assuré devait être niée. La CNA a ajouté que le dossier était suffisamment complet, de sorte qu'une expertise pluridisciplinaire n'était pas nécessaire. C. Par acte de son mandataire du 13 mars 2009, V. _____ a recouru au Tribunal cantonal de l'Etat de Fribourg contre cette décision et conclu, avec suite de dépens, à l'annulation de la décision sur opposition du 16 février 2009 de la CNA, principalement à la poursuite du versement des indemnités journalières et de la prise en charge du traitement médical, puis par la suite à l'octroi d'une rente et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire. Au plan somatique, se référant aux avis médicaux versés au dossier, l'assuré a relevé que s'il ne subsistait plus de séquelles organiques en lien avec l'accident, il souffrait toujours de douleurs invalidantes et de blocages articulaires importants. Au sujet du degré de gravité de l'accident, il a retenu que la décision de la CNA était insuffisamment motivée, ce qui devait conduire à son annulation. Sur le plan psychique, il a relevé que la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique était indispensable. Au vu des circonstances de l'accident, notamment de la profondeur de la tranchée et de l'ensevelissement, il a soutenu qu'il s'agissait d'un accident grave, de sorte que le lien de causalité adéquate devait être admis. Au cas où il devait s'agir d'un accident de gravité moyenne, il a fait valoir que la décision de la CNA n'était également pas suffisamment motivée. Se référant aux critères en la matière posés par la jurisprudence, il a avancé que l'accident se trouvait en relation de causalité adéquate avec ses troubles psychiques. L'acte de recours de l'assuré a été transmis au Tribunal cantonal du canton de Vaud, en tant qu'objet de sa compétence. Dans sa réponse du 26 mars 2010, par son mandataire, la CNA a conclu au rejet du recours. Au plan somatique, elle a relevé qu'il ne subsistait plus de séquelles organiques en lien avec l'accident et que, selon les pièces médicales versées au dossier, l'incapacité de travail au-delà du 31 octobre 2008 n'était plus due à des lésions physiques ou à un substrat organique, s'agissant des douleurs ressenties. Sur le plan psychique, elle a indiqué qu'une expertise médicale n'était pas nécessaire – le lien de causalité naturelle n'étant pas contesté – et a relevé que l'événement du 7 mars 2006 devait être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne. Elle a ensuite retenu, au vu des critères en la matière posés par la jurisprudence, qu'au-delà du 31 octobre 2008 il n'y avait plus de lien de causalité adéquate

entre l'accident et les troubles psychiques de l'assuré. Dans sa réplique du 7 juin 2010, le recourant a maintenu les conclusions de son recours. Il a réitéré sa demande tendant à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique pour apprécier le caractère adéquat du lien de causalité entre l'accident et ses troubles psychiques. Il a retenu que l'accident ne pouvait que rentrer dans la catégorie des accidents graves, relevant que sur cette question la CNA n'avait pas réparé son défaut de motivation. S'agissant des critères permettant de déterminer l'existence d'un lien de causalité adéquate, le recourant a contesté l'appréciation de la CNA, qui selon lui n'était pas suffisamment motivée, et relevé que les troubles psychiques auraient dû davantage être pris en compte. Le 15 juillet 2010, la CNA a confirmé ses conclusions et relevé que la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique était inutile. D. Parallèlement à la procédure d'assurance-accidents, le 1^{er} octobre 2007, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une demande de prestations, tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession. Par décision du 1^{er} septembre 2009, contre laquelle l'assuré a recours, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente et à des mesures professionnelles. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours; les art. 38 à 41 LPGA sont applicables par analogie (art. 60 LPGA). Lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur incompetent, le délai est réputé observé (art. 39 al. 2 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans la présente cause. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, à qui la cause a été transmise par le Tribunal cantonal de l'Etat de Fribourg, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. a) Se prévalant, à tout le moins implicitement, de son droit d'être entendu, le recourant fait valoir que la décision attaquée n'est pas suffisamment motivée au sujet du degré de gravité de l'accident et de l'examen des critères posés par la jurisprudence en matière de causalité adéquate. Il convient d'examiner cette question à titre préalable. b) Selon la jurisprudence, le droit d'être entendu comporte notamment l'obligation pour le juge, respectivement l'administration, de motiver sa décision, afin que ses destinataires et toutes les personnes intéressées puissent la comprendre et l'attaquer utilement en connaissance de cause s'il y a lieu, et qu'une autorité de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle (ATF 126 I 15 consid. 2a/aa; 125 II 369 consid. 2c; TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2). En règle générale, l'étendue de l'obligation de motiver dépend de la complexité de l'affaire à juger, de la liberté d'appréciation dont jouit le juge et de la potentielle gravité des conséquences de sa décision (ATF 112 Ia 107 consid. 2b; TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond. Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée – à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de

recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2 et les autres références citées). c) En l'espèce, dans la décision attaquée, l'intimée retient qu'elle n'a pas à répondre des troubles de santé présentés par l'assuré au-delà du 31 octobre 2008. Elle explique que les douleurs somatiques ressenties par l'assuré, qui n'ont pas de fondement organique, ne sont plus en relation de causalité avec l'accident du 7 mars 2006. Se référant ensuite à la jurisprudence du Tribunal fédéral, elle fait valoir que cet accident doit être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne et que, au vu des critères en la matière, l'existence d'un lien de causalité adéquate doit être niée. Dès lors, la décision attaquée est suffisamment motivée et permet en particulier de comprendre les raisons pour lesquelles, selon l'intimée, les prestations ne doivent plus être allouées à l'assuré dès le 1^{er} novembre 2008. Au demeurant, il n'appartient pas à l'intimée de traiter explicitement tous les arguments présentés par l'assuré, mais uniquement d'exposer en quoi sa décision du 17 septembre 2008 devait être maintenue et l'opposition rejetée. Assisté d'un mandataire professionnel, le recourant a en outre pu saisir la portée de la motivation de la décision attaquée et faire valoir ses droits en toute connaissance de cause; pour s'en convaincre, il suffit de se référer aux motifs figurant à l'appui de son recours (en ce sens: TF 2P.102/2002 du 4 novembre 2002 consid. 2.4; arrêt CASSO AA 62/08 du 19 avril 2010 consid. 2c; arrêt CASSO AA 27/09 du 26 mai 2011 consid. 2b).

3. a) Dans le cas présent, le droit du recourant à des prestations de la CNA, soit à des indemnités journalières et à la prise en charge de son traitement médical, est litigieux pour la période au-delà du 31 octobre 2008. Au vu des arguments présentés par les parties, il convient de déterminer l'existence ou non d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 7 mars 2006 et les troubles de santé présentés par l'assuré. b) La décision attaquée ne porte pas sur le droit de l'assuré à une rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, mais uniquement sur la question de la causalité entre l'accident du 7 mars 2006 et les troubles de santé actuels de l'assuré. Les conclusions en ce sens formulées par le recourant excèdent donc l'objet du litige et n'ont pas à être examinées par la Cour de céans (TF 2C_612/2007 du 7 avril 2008 consid. 4.1; TF 1P.217/2001 du 28 mai 2001 consid. 2a, les deux avec références citées).

4. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte en question 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 (ATF 129 V 402 consid. 4.3; 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées). b) 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 (ATF 134 V 109 consid. 2.1). La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; TF 8C_694/2007 du 3 juillet 2008 consid. 2 et les références citées). L'existence d'un lien de causalité adéquate est une question de droit, qui doit être tranchée par l'administration ou le juge à l'aune d'une appréciation juridique (ATF 115 V 405 consid. 4a; TFA U 336/02 du 12 janvier 2004 consid. 3; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.2), et qui ne peut être tranchée par un expert médical (TFA U 603/06 du 7 mars 2007 consid. 2). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 4.2). c) 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 consid. 2, avec des références à des arrêts publiés). Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1; 115 V 403 consid. 5; TF 8C_354/2011 du 3 février 2012 consid. 2.3; TF 8C_301/2009 du 17 septembre 2009 consid. 4.2; TF 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 2). En effet, le principe d'égalité de traitement et l'exigence de la sécurité du droit nécessitent que l'on recoure à des critères objectifs pour trancher la question de l'existence d'une relation de causalité adéquate entre l'accident et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique (ATF 124 V 209 consid. 4b; 115 V 408 consid. 5). La classification d'un accident se base d'une part sur le déroulement manifeste de l'événement, d'autre part sur les lésions subies (TF 8C_262/2008 du 11 février 2009 consid. 3.1; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.2.2 et les références citées). Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et des troubles psychiques doit, en règle générale, être d'emblée niée. Dans le cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en principe être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. 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 (ATF 115 V 133 consid. 6; 115 V 403 consid. 5c/aa). Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite du cas de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat puisse être admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140, 403 consid. 5c/aa p. 409; TF 8C_301/2009 du 17 septembre 2009 consid. 4.2; TF 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 2; TF 8C_262/2008 du 11 février 2009 consid. 3.1; TF U 18/07 du 7 février 2008 consid. 3.2). 5. a) Dans le cas présent, s'agissant tout d'abord des troubles physiques, il n'est pas contesté que l'assuré a été atteint dans sa santé lors de l'accident du 7 mars 2006, lors duquel il a subi notamment des contusions, une entorse de la cheville droite et de l'épaule droite, et fait état d'une longue incapacité de travail. Dans son rapport d'examen du 5 mars 2008, le Dr P. _____ a retenu qu'il n'y avait pas de séquelles organiques, en particulier la mobilité du rachis, de l'épaule et de la cheville étaient pratiquement physiologiques. L'absence d'une mise en relation de la symptomatologie douloureuse avec un substrat organique au sens d'une lésion accidentelle est en outre corroborée par les médecins de la CRR – qui ont noté une discordance entre les douleurs et les constatations objectives (rapport des 11 juillet et 15 décembre 2006 du Dr N. _____, rhumatologue) –, par le Dr X. _____ – selon lequel les rachialgies cervico-dorso-lombaires ne pouvaient être mises en relation avec les troubles dégénératifs ou avec une lésion précise du rachis, leur origine étant en grande partie musculaire (rapport du 23 novembre 2006) – et par le Dr W. _____ – qui n'a pas pu fournir d'explications du point de vue neurologique quant aux rachialgies persistantes (rapport du 15 juillet 2008). Les autres documents médicaux ne permettent pas d'aboutir à une autre conclusion. Il n'existe donc, à tout le moins au 1^{er} novembre 2008, pas d'explications objectives aux douleurs ressenties par l'assuré. Les troubles somatiques ne sont donc, à cette date, plus en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 7 mars 2006. b) Du point de vue psychique, il n'est pas contesté que l'assuré présente des troubles en relation de causalité naturelle avec l'accident du 7 mars 2006, ainsi que l'a retenu le Dr E. _____ (rapports des 29 juin 2007 et 14 août 2008). Est en revanche litigieuse la question de l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et les troubles de l'assuré. aa) En premier lieu, le recourant requiert la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique pour se prononcer sur la question de la causalité adéquate. Cela étant, l'existence d'un tel lien est une question de droit, qui ne peut être tranchée par un expert médical (consid. 3b supra), de sorte que la mesure proposée par le recourant n'est d'aucune utilité. Au vu de son déroulement, l'accident du 7 mars 2006 doit être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, sans être à la limite des accidents graves (à titre de comparaison, en particulier: TFA U 458/04 du 7 avril 2005 consid. 3.4.1 et les références citées). En effet, alors qu'il se trouvait dans une tranchée de deux mètres de profondeur environ, l'assuré a été entièrement enseveli par de la terre suite à un affaissement; le casque qu'il portait a été fendu mais il n'a pas perdu connaissance; un collègue lui a rapidement libéré la tête et les mains, puis au bout de quelques minutes il a pu être entièrement déterré; il n'a pas subi de fractures. La manière dont l'assuré a ressenti l'événement, notamment la peur d'être étouffé et la reviviscence d'un choc traumatique vécu à l'âge de vingt ans, n'est pas déterminante. bb) L'accident n'a pas été marqué par des circonstances concomitantes dramatiques. Quant au caractère particulièrement impressionnant, il doit être examiné objectivement et non sur la base du

sentiment subjectif ou de la peur ressentie par l'assuré (TF U 56/07 du 25 janvier 2008 consid. 6.1; TF 8C_57/2008 du 16 mai 2008 consid. 9.1). D'ailleurs, chaque accident de gravité moyenne recouvre un certain caractère impressionnant, lequel ne suffit pas pour remplir le critère du caractère particulièrement impressionnant (TF 8C_1020/2008 du 8 avril 2009 consid. 5.2 et les références citées). Dans le cas d'espèce, on peut concevoir que l'ensevelissement de tout le corps sous une masse de terre, suite à un affaissement survenant brusquement, revêt un caractère particulièrement impressionnant. Ce critère est donc rempli, comme le retient du reste l'intimée. Les lésions organiques subies par l'assuré – soit principalement des contusions multiples, une entorse de la cheville droite et de l'épaule droite ainsi qu'une compression du nerf crural dans le pli inguinal gauche (cf. notamment rapport du 2 mai 2006 du Dr P. _____) – ne sauraient être qualifiées de graves ni revêtir une nature particulière au point d'entraîner, selon l'expérience, l'apparition de troubles psychiques. Concernant le traitement médical, l'assuré a tout d'abord pu quitter le centre hospitalier d'Yverdon-Chamblon le jour même de son admission, sans que des fractures n'aient été décelées. En mars 2006 déjà, le Dr W. _____ a retenu une évolution en grande partie favorable, avec disparition des troubles sensitifs et plus qu'un minime déficit moteur respectivement une asymétrie du réflexe rotulien (rapport du 21 mars 2006). Dès octobre 2006, le Dr P. _____ a relevé que la situation était favorable sur le plan ostéo-articulaire, malgré la persistance de douleurs (rapport d'examen des 25 octobre 2006 et 8 février 2007); ce médecin a ensuite relevé, le 5 mars 2008, qu'il n'y avait plus de séquelles organiques résultant de l'accident. L'assuré a par ailleurs fait l'objet de deux séjours à la CRR en 2006, pris des médicaments et effectué des séances de physiothérapie. Dès lors, on ne saurait parler d'une durée anormalement longue du traitement médical. Au sujet des douleurs physiques persistantes, l'assuré ne présente plus de séquelles organiques depuis le 5 mars 2008 à tout le moins, ses douleurs résultent donc d'une composante avant tout psychique, soit de son état de stress post-traumatique. Or, l'examen du caractère adéquat doit être examiné en excluant les aspects psychiques, de sorte que ce critère ne peut être pris en considération (en ce sens: TF 8C_336/2008 consid. 5 in fine; TF 8C_312/2007 du 5 juin 2008 consid. 3.2.2; TF 8C_694/2007 du 3 juillet 2008 consid. 5.2). Il n'y a pas eu d'erreur dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident, de difficultés apparues au cours de la guérison – malgré les douleurs ressenties par l'assuré – ni de complications importantes. Enfin, concernant l'incapacité de travail due aux lésions physiques, les médecins de la CRR ont proposé une reprise du travail dès le 26 juin 2006 (rapport du 11 juillet 2006 des Drs N. _____ et G. _____), laquelle s'est soldée par un échec, puis n'ont retenu aucune justification à la poursuite à long terme d'une incapacité de travail (rapport du 15 décembre 2006 des Drs N. _____ et O. _____). Le Dr P. _____ a pour sa part relevé que le problème était essentiellement psychologique et a encouragé l'assuré à persévérer dans la reprise du travail (rapport d'examen du 8 février 2007). Dès lors, ce dernier critère ne saurait être retenu. cc) En conclusion, seul le critère du caractère impressionnant de l'accident est rempli, sans toutefois l'être de manière suffisamment intense. Or, pour un accident de gravité moyenne qui n'est ni à la limite des accidents graves ni à celle de ceux de peu de gravité, il faut, selon la jurisprudence, que l'un des critères soit rempli avec une intensité particulière (TF 8C_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5 et les références citées; TF 8C_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 5 in fine). dd) Il découle de ce qui précède que l'on ne saurait retenir l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques dont souffre l'assuré et l'accident du 7 mars 2006. C'est à juste titre dès lors que la CNA a mis un terme au versement de ses prestations au 31

octobre 2008. c) Partant, le recours doit être rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision sur opposition rendue par la CNA. Le dossier est suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner de nouvelles mesures d'instruction. 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; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées). 6. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Vu l'issue du litige, le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des 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 16 février 2009 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 Louis-Marc Perroud, avocat à Fribourg (pour V._____) ■ Me Pierre-Henri Gapany, avocat à Fribourg (pour la 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.