

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2016 / 616 vom 14. Juli 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-07-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2016\\_\\_616](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2016__616)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2016 / 616 du 14 juillet 2016

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2016 / 616 del 14 luglio 2016

### Regeste

ACCIDENTS SUCCESSIFS, ACCIDENT DE GRAVITÉ MOYENNE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, RECHUTE, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE | 6 al. 1 LAA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 14.07.2016 Arrêt / 2016 / 616

ACCIDENTS SUCCESSIFS, ACCIDENT DE GRAVITÉ MOYENNE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, RECHUTE, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE | 6 al. 1 LAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 25/12 ap. TF - 81/2016 ZA12.008514 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 14 juillet 2016 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Dessaux , présidente MM. Bidiville et Perdrix, assesseurs Greffier : M. Addor \*\*\*\*\* Cause pendante entre : T. \_\_\_\_\_ , à Z. \_\_\_\_\_ , recourant, représenté par Me Samuel Pahud, avocat à Lausanne, et CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS , à Lucerne, intimée. \_\_\_\_\_ Art. 6 al. 1 LAA E n f a i t : A. T. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1961, travaillait en 2004 en qualité de manutentionnaire pour la société H. \_\_\_\_\_. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents (professionnels et non professionnels) auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA ou l'intimée). Son contrat de travail pour la société H. \_\_\_\_\_ a été résilié au 31 janvier 2009. La société H. \_\_\_\_\_ a adressé le 9 décembre 2004 à la CNA une déclaration d'accident LAA après que, le 30 novembre 2004, l'assuré avait été blessé au centre colis de W. \_\_\_\_\_, dans les circonstances ainsi décrites: "M. T. \_\_\_\_\_ se trouvait au pied d'une glissière. Un collègue est passé avec un tracteur et des Rx [chariot avec armature métallique pour le transport de palettes]. Les roues d'un Rx se débloquent, viennent heurter un Rx et poussent les suivants. M. T. \_\_\_\_\_ se retrouve coincé entre la glissière". Après l'accident, T. \_\_\_\_\_ a été pris en charge par une ambulance et conduit à l'Hôpital X. \_\_\_\_\_ (V. \_\_\_\_\_), où il a séjourné quatre jours. L'avis de sortie du 29 décembre 2004, signé des Drs Q. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_, pose le diagnostic de traumatisme abdominal écrasant, en l'occurrence entre une glissière et un chariot de plus de 100 kg, sur le lieu de travail, sans perte de connaissance, ni amnésie circonstancielle rapportées. Le status d'entrée a mis en évidence une palpation diffusément douloureuse de l'abdomen ainsi qu'une palpation douloureuse des apophyses épineuses L4-L5 et du pubis. Plus exactement, lors de son examen du 30 novembre 2004, le Dr O. \_\_\_\_\_ a observé un abdomen diffusément douloureux (rapport du 16 août 2007). Le

bilan biologique s'est révélé sans particularité, de même que le bilan radiologique de l'abdomen, du thorax de face, de la colonne lombaire de face et de profil ainsi que du bassin de face. Un scanner de l'abdomen complet a exclu une lésion traumatique intra-abdominale. Une incapacité totale de travail a été attestée pour la période du 30 novembre au 20 décembre 2004. Le cas a été pris en charge par la CNA. Après sa sortie de l'Hôpital X. \_\_\_\_\_, l'assuré a consulté le Dr U. \_\_\_\_\_ en date du 10 décembre 2004, lequel a posé le diagnostic de contusions lombaires et abdominales, relevant dans son rapport du 5 juillet 2007 à la CNA des douleurs lombaires à la mobilisation du rachis lombaire et une palpation de la paroi abdominale diffusément sensible. Ce médecin a attesté d'une pleine capacité de travail dès le 20 décembre 2004 et du terme du traitement à la date du 26 janvier 2005. B. Un nouvel accident s'est produit sur le lieu de travail le 9 janvier 2006. En prenant un colis contenant des bouteilles cassées, l'assuré a glissé sur un sol mouillé en tombant sur le côté gauche, ce qui a provoqué une contusion au dos. Consulté pour des douleurs de l'épaule et de la hanche gauches, le Dr C. \_\_\_\_\_, médecin généraliste à R. \_\_\_\_\_ et médecin traitant de l'assuré, a mis l'intéressé en incapacité de travail totale à compter du 10 janvier 2006. La CNA a également pris en charge cet accident. C. Le 9 mai 2007, l'employeur de l'assuré a transmis à la CNA une déclaration de sinistre LAA, pour rechute, faisant état de fortes douleurs dans une jambe, à l'origine d'un arrêt de travail à 100% durant 3 semaines dès le 31 janvier 2007 (reprise du travail à 50% le 19 février 2007). Il est fait référence à l'accident du 30 novembre 2004 et à une blessure sous forme de contusion au dos. Dans un rapport du 31 mai 2007, le Dr C. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de douleur inguinale droite d'origine indéterminée et retenu une incapacité de travail de 100% dès le 31 janvier 2007 et de 50% dès le 19 février 2007. Il se référerait d'une part à un rapport du 15 mai 2007 d'un radiologue du Centre d'imagerie M. \_\_\_\_\_ de R. \_\_\_\_\_, concluant à une IRM des hanches et de la paroi abdominale dans les limites de la norme, sans explication quant à la symptomatologie douloureuse, et d'autre part à un rapport à son attention du 26 mars 2007 du Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne à R. \_\_\_\_\_, posant le diagnostic de douleurs inguinales droites d'origine indéterminée, le diagnostic différentiel de possible hernie inguinale, et retenant en conclusion ce qui suit: "Discussion et propositions thérapeutiques Votre patient manifeste actuellement et depuis plusieurs mois des douleurs du pli inguinal droit qui vous ont fait suspecter une lombo-cruralgie et qui ont justifié un traitement-test de Prednisone puis d'AINS, sans aucun effet. Le patient indique que ses douleurs sont clairement apparues après son accident du 30 novembre 2004, et qu'elles auraient ensuite été exacerbées au début 2006 (sic). Ses douleurs sont actuellement clairement localisées au niveau du pli inguinal, surtout selon le patient, présentes lorsqu'il demeure longtemps debout et lors des efforts physiques en antéflexion. J'ai suspecté, sur la base de l'[examen] clinique, une éventuelle atteinte au niveau de la hanche droite et au vu de la normalité de la radiographie du bassin, j'ai demandé une IRM injectée par gadolinium du bassin qui n'a pas démontré de fracture par insuffisance ou de nécrose aseptique de la hanche droite. Par ailleurs, lors du contrôle clinique du 26 mars 2007, les plaintes n'étaient plus localisées au niveau de la hanche mais vraiment uniquement dans le pli inguinal droit. L'examen neurologique étant normal, ce qui pose ainsi le diagnostic différentiel d'une hernie inguinale, qui à mon avis, mériterait un examen clinique spécialisé et éventuellement la pratique d'une [...] échographie. Pour ma part, je n'ai donc rien d'autre à proposer à M. T. \_\_\_\_\_ puisque les plaintes qu'il présente ne sont pas d'ordre ostéo-articulaire et en tout cas ne [semblent] pas être non plus d'ordre neurologique. Je vous laisse dès lors discuter avec le chirurgien

digestif de votre choix. Une autre possibilité serait de solliciter un avis auprès du Médecin d'Arrondissement de la SUVA qui est lui-même chirurgien et qui pourrait éventuellement décider de la pratique d'autres investigations. L'arrêt de travail peut à mon avis encore être cautionné car le diagnostic n'est toujours pas précisé!". Le Dr C. \_\_\_\_\_ a également produit un rapport du 18 septembre 2007 du Dr L. \_\_\_\_\_, rhumatologue (MER) au service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation de l'Hôpital K. \_\_\_\_\_, qui a posé comme diagnostic principal celui de pygio-cruralgies droites d'origine peu claire. Ce médecin a relevé que l'histoire de la symptomatologie douloureuse remontait à l'accident précité de 2004. Il précisait que la situation s'était quelque peu amendée par la suite, sans que la douleur ne disparaisse totalement et que diverses investigations, en particulier en imagerie, n'avaient pas permis de mettre en évidence une cause coxo-fémorale de la problématique. A propos de la détermination de l'origine accidentelle ou malade de l'atteinte, ainsi qu'éventuellement l'origine chirurgicale dans le cadre d'une hernie inguinale, le Dr L. \_\_\_\_\_ a préconisé un examen médical par un médecin de la CNA. D. Le 10 décembre 2007, la CNA (SUVA Berne, prestation assurance) a rendu une décision de refus de prestations d'assurance, en relation avec les troubles annoncés comme une rechute des accidents du 30 novembre 2004 et du 9 janvier 2006. La CNA a retenu, après appréciation de tous les rapports médicaux, l'inexistence d'un lien de causalité, avéré ou probable, entre les accidents et les lésions du dos annoncées. T. \_\_\_\_\_ a formé opposition contre cette décision le 8 janvier 2008. Il a notamment fait valoir que les médecins consultés n'étaient pas parvenus à déterminer exactement l'origine de ses douleurs persistantes, mais qu'ils n'en avaient pas pour autant exclu l'hypothèse d'une rechute après l'accident du 30 novembre 2004. A titre subsidiaire, il a requis la mise en œuvre d'une expertise afin de déterminer l'origine de ses douleurs invalidantes. Le 8 janvier 2008, le Dr C. \_\_\_\_\_ a adressé un avis médical à la CNA, décrivant l'évolution de l'état de santé de son patient, de la première consultation le 20 avril 2005, motivée par des douleurs du dos irradiant dans le membre inférieur droit jusqu'à la cheville, dans toutes les positions, diagnostiquées syndrome lombo-vertébral et justifiant une incapacité de travail d'environ trois semaines. Une récurrence des douleurs au niveau lombaire, irradiant vers l'avant, dans le pli inguinal et sur la partie antérieure de la cuisse, survenue en novembre 2005, motivait un nouveau traitement anti-inflammatoire, sans arrêt de travail. Dans ce rapport, le Dr C. \_\_\_\_\_ relevait que la chute de janvier 2006 avait généré des douleurs de l'épaule et de la hanche gauche, régressant rapidement en une semaine, et sans aucun lien avec les douleurs à l'origine de l'annonce de la rechute. Dans le courant du dernier trimestre 2006, son patient avait constaté une augmentation de la symptomatologie du membre inférieur droit ainsi que de la région inguinale et de la face postérieure de la cuisse droite. Au status, le Dr C. \_\_\_\_\_ constatait notamment une boiterie, des douleurs paralombaires basses ainsi qu'à la mobilisation de la hanche, justifiant un traitement cortisonique dégressif qui laissera la situation inchangée. Son patient était en incapacité de travail complète entre le 31 janvier 2007 et 18 février 2007, avant de reprendre à 50 %. Depuis février 2007, « l'évolution est marquée par une persistance des douleurs d'intensité variable parfois décrites comme très forte (8/10) localisées invariablement au niveau du pli inguinal et de la fesse irradiant dans le membre inférieur droit". La CNA a soumis le cas à l'appréciation de l'un de ses médecins d'arrondissement, le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel, dans son rapport du 4 février 2008, retient l'existence de contusions abdominales, éventuellement lombaires des suites de l'accident du 30 novembre 2004 et considère que plus de trois ans après l'accident, les suites des

contusions ne peuvent plus être à l'origine des atteintes invoquées ("Bei diesem Sachverhalt ist davon auszugehen, dass Kontusionsfolgen mittlerweile mehr als 3 Jahre nach dem Unfall längst abgeklungen sind"). Ce médecin a cité plusieurs références issues de la doctrine médicale au sujet de la problématique contusions/plaintes de longue durée, lesquelles excluaient un rapport de causalité et constataient qu'une situation peu favorable du point de vue psycho-social était la plupart du temps à l'origine du syndrome douloureux persistant "Heute wird angenommen, dass für das persistierende Schmerzsyndrom meistens ungünstige psychosoziale Konstellationen verantwortlich sind". La CNA (Suva Lucerne, secteur oppositions) a rendu une décision rejetant l'opposition le 30 avril 2008. Elle a considéré, en substance, que l'avis du Dr B. \_\_\_\_\_, même si ce médecin n'avait pas personnellement examiné l'assuré, devait être retenu, aucun autre élément médical déterminant n'ayant été invoqué. La CNA a ajouté que l'essentiel de l'argumentation de l'assuré reposait sur le fait qu'avant l'accident du 30 novembre 2004, il ne souffrait pas des douleurs en question, ce qui ne pouvait constituer un moyen de preuve permettant d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante. La CNA a ainsi considéré que l'assuré n'avait pas droit à des prestations d'assurance, faute de lien de causalité pour le moins probable entre les accidents des 30 novembre 2004 et 9 janvier 2006 d'une part et les troubles annoncés le 9 mai 2007 d'autre part. E. Par acte du 30 mai 2008 de son mandataire, T. \_\_\_\_\_ a interjeté recours auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud contre la décision sur opposition du 30 avril 2008. L'instruction de ce recours a donné lieu à la production de plusieurs rapports et expertises médicaux, évoqués ci-dessous. a) Le 9 octobre 2008, le recourant a déposé un rapport établi le 1<sup>er</sup> octobre 2008 par le Dr Y. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique à F. \_\_\_\_\_ (rapport présenté comme une expertise privée). Ce médecin a examiné le recourant et posé le diagnostic de "traumatisme par écrasement avec contusions lombaires et abdominales avec instabilité lombo-sacrée secondaire". Ce rapport contient en outre les passages suivants: "L'affection constatée présentée est [en] relation de causalité au degré de vraisemblance prépondérante avec l'accident de novembre 2004. Par ailleurs on peut relever l'absence objective de signes pathologiques dégénératifs significatifs au niveau lombo-sacré sur les examens effectués immédiatement après l'accident. [...] Il n'y a aucun critère objectif pour une pathologie préexistante de la jonction lombo-sacrée qui est actuellement très importante [,] en conséquence il n'y a pas de critères pour incriminer un état de maladie antérieur" [...]. b) A la requête du juge instructeur, le Dr C. \_\_\_\_\_ a entre autre précisé dans un rapport sur questionnaire du 15 décembre 2008 que la symptomatologie douloureuse semblait, du point de vue de la vraisemblance prépondérante, être liée à l'accident de 2004, le lien avec l'accident de 2006 n'étant que possible. c) La CNA a produit un rapport du 9 février 2009 du Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, de sa division "médecine des assurances". Ce médecin a d'abord décrit le déroulement de l'accident de 2004, sur la base des indications de la déclaration d'accident puis pris position comme suit sur les données médicales (notamment radiologiques): "Si l'on se fonde uniquement sur les images de CT-scan et d'IRM lombaires, on ne peut confirmer l'hypothèse du Dr Y. \_\_\_\_\_ d'une détérioration significative de la pathologie discale siégeant à la charnière lombo-sacrée. S'il est possible que le pincement discal se soit accru, ce phénomène s'inscrit dans l'histoire naturelle de la discopathie, qui est gérée par l'âge et des phénomènes dégénératifs. Il faut rappeler ici que les sites les plus fréquents des discopathies lombaires sont les segments L5/S1 et L4/L5. Il n'existe au dossier aucun indice permettant de suspecter qu'au jour de l'accident, M.

T. \_\_\_\_\_ ait pu être victime d'une atteinte traumatique du disque L5/S1. Pour admettre cette rare hypothèse étiologique, un traumatisme "adéquat" est requis, tout comme l'apparition rapide – dans les jours suivant l'accident – d'un syndrome (lombo-) radiculaire. Si un syndrome radiculaire a été suspecté par le Dr C. \_\_\_\_\_, il ne l'a été qu'au mois d'avril 2005 et – comme je l'ai indiqué – il faut avoir des doutes rétrospectifs quant à la pertinence de ce diagnostic. En se fondant sur l'anamnèse et les observations faites par le Dr D. \_\_\_\_\_, il est licite de conclure que si M. T. \_\_\_\_\_ avait présenté au décours de son accident du 30.11.2004 des lombalgies vraisemblablement induites par un mécanisme de contusion ( qui n'est d'ailleurs certainement pas celui susceptible de porter dommage au disque intervertébral ou d'engendrer un syndrome radiculaire ) il n'en avait plus ni les symptômes ni les signes au mois de mars 2006 puisqu'il avait précisé au rhumatologue ne souffrir d'aucune lombalgie alors que la distance doigts-sol était nulle et l'examen neurologique normal. Il faut rappeler ici que le Dr S. \_\_\_\_\_, neurologue à R. \_\_\_\_\_, avait, selon les dires du Dr C. \_\_\_\_\_, également conclu à l'absence de toute atteinte neurologique susceptible d'expliquer les doléances du patient. La découverte d'une pathologie lombo-sacrée sous forme d'une discopathie et d'une ostéochondrose n'explique pas les douleurs inguinales dont a fait état M. T. \_\_\_\_\_ pendant plusieurs années. A eux seuls, le pincement discal et l'ostéochondrose L5/S1 ne doivent pas être forcément source d'inquiétude [...] La thèse du Dr Y. \_\_\_\_\_ selon laquelle la situation radiologique s'est détériorée à partir du jour de l'accident du 30.11.2004 ne peut être étayée dans la mesure où l'on ne dispose pas des radiographies qui ont été réalisées ce jour-là. Le Dr Y. \_\_\_\_\_ a adressé à la Division Juridique de la Suva (qui me les a alors transmis) 3 CD-ROM sur lesquels figuraient le CT-scan de la colonne lombaire du 27.12.2008, l'IRM de la hanche droite du 21.3.2007, et l'IRM de la colonne lombaire réalisée le 8.07.2008. A moins qu'il n'ait disposé des radiographies initiales, il n'a pu que comparer CT-scan et IRM lombaire pratiqués à un peu moins de 3 ans d'intervalle. On l'a vu: il n'y a pratiquement pas eu de péjoration de la situation au niveau de la charnière lombosacrée. Même si elle avait pris place, on ne pourrait impliquer l'accident du 30.11.2004 à sa source, mais bien plus l'histoire naturelle de la discopathie, dépendante, comme les cheveux qui tournent au gris ou s'éclaircissent, du vieillissement. L'allégation de ce médecin selon laquelle l'atteinte rachidienne de M. T. \_\_\_\_\_ serait de nature post-traumatique est invérifiable. De plus, il s'avère à la lecture de son rapport que le Dr Y. \_\_\_\_\_ ne disposait que d'une connaissance lacunaire de l'anamnèse de M. T. \_\_\_\_\_, raison pour laquelle la conclusion qu'il a tirée selon laquelle les symptômes du patient étaient inchangés depuis le traumatisme est incorrecte. Enfin, le Dr Y. \_\_\_\_\_ n'a en rien prouvé que la discopathie L5/S1 fût symptomatique chez l'assuré, ce qui toutefois est un point de détail, dans la mesure où cette affection est étrangère à l'accident qui nous intéresse". d) Le recourant a produit un nouvel avis du Dr Y. \_\_\_\_\_, du 2 avril 2009. Ce médecin, en se référant à une IRM du 8 juillet 2008 attestant d'une discopathie active, expose qu'il est "démonstré de manière probante que la pathologie illustrée par l'IRM au niveau du disque L5/S1 est significative d'une lésion à haut potentiel douloureux". Il ajoute que "de par les descriptions dans la production de douleurs par irritation spécifique [,] il est démontré que la douleur peut siéger là où M. T. \_\_\_\_\_ la décrit". La pathologie vertébrale expliquerait donc les symptômes, car "un disque ayant subi une lésion traumatique n'est pas capable de cicatrifier et ce fait induit une cascade d'événements [...] amenant à une dégénérescence discale accélérée. [...] Le mécanisme de l'accident, c'est-à-dire le verrouillage du bas du corps au niveau du bassin par compression et mouvement libre du haut du corps produit des forces

de cisaillement et la libération de cet étau par une rotation est de nature à avoir généré une lésion traumatique du disque L5/S1". e) Le recourant a encore produit un avis du Dr Y. \_\_\_\_\_ du 23 octobre 2009, dans lequel ce médecin posait le diagnostic de discopathie sévère L5-S1 post-traumatique génératrice d'un syndrome douloureux persistant, et estimait que la relation de causalité entre les affections constatées et les accidents de 2004 et/ou de 2006 était atteinte au degré de vraisemblance prépondérante, se référant en cela à des articles scientifiques attestant de la corrélation entre traumatismes et atteintes dégénératives des disques intervertébraux. Il ajoutait que les affections constatées résultaient de l'évolution naturelle des lésions traumatiques de 2004 et précisait que la situation actuelle était due entièrement à l'accident de 2004, l'assuré ne présentant avant cet événement aucune pathologie lombaire ou inguinale préexistante. f) Le juge instructeur a ordonné une expertise et mandaté le Dr A. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, à R. \_\_\_\_\_ (Clinique G. \_\_\_\_\_), lequel a examiné le recourant et chargé le Dr E. \_\_\_\_\_, psychiatre, d'une évaluation psychiatrique. Le rapport d'expertise du 14 février 2010 retient notamment les diagnostics suivants: Algodystrophie hanche droite (Syndrome douloureux régional complexe) - Syndrome somatoforme douloureux persistant Lombosciatalgies droites dans un contexte de: - Discopathie dégénérative L5-S1 - Séquelle de maladie de Scheuermann - Dysbalances musculaires des secteurs sous-pelviens - Déconditionnement physique locorégional et global L'expert a répondu comme suit aux questions sur le lien de causalité: "4. Les affections constatées sont-elles en relation de causalité [au] degré de vraisemblance prépondérante (au-dessus de 50%) ou possible (en-dessous de 50%) avec l'accident de novembre 2004 et / ou celui de janvier 2006? Le déséquilibre des structures musculo-squelettiques de la hanche est en relation de causalité avec l'accident de novembre 2004. Par contre, l'incident de janvier 2006 n'a pas occasionné de dommage, ni d'aggravation, ainsi il ne peut être incriminé comme facteur interférentiel notable. La problématique discovertébrale ne peut être considérée de manière pertinente en relation avec le traumatisme. 5. Les affections constatées peuvent-elles / doivent-elles être [considérées] comme les suites de l'un ou l'autre, ou des deux accidents précités, ou bien s'agit-il plutôt de rechute, voire de séquelle tardive? Le déséquilibre du carrefour pelvi-fémoral doit être considéré comme faisant partie des suites du traumatisme accidentel de 2004 et constitue des séquelles tardives de ce dernier. 6. Est-il exact qu'avant l'évènement de novembre 2004, le patient ne présentait aucune pathologie lombaire ou inguinale préexistante? Effectivement, avant l'incident de 2004, le patient semble n'avoir jamais exprimé de plainte, ni bénéficié d'un quelconque traitement spécifique concernant l'axe vertébral ou la hanche". En décrivant l'évolution de l'état de santé du recourant, l'expert a notamment exposé ce qui suit: "Actuellement, M. T. \_\_\_\_\_ est confronté à un cortège douloureux extensif, accompagné d'un enraidissement progressif lombo-pelvien, situation qui n'est guère satisfaisante sur le plan fonctionnel. M. T. \_\_\_\_\_ a été victime d'un traumatisme par cisaillement au niveau de la taille. Les conséquences directes de ce traumatisme se sont fait sentir d'emblée au niveau de la sphère abdominale d'une part, et d'autre part sur le pli de l'aîne droit. Quand bien même le mécanisme s'avère potentiellement dommageable, l'intégralité des structures viscérales et ostéoarticulaires à l'examen radiologique d'entrée nous oriente vers une atteinte traumatique des structures musculo – ligamento – aponévrosales – fasciales de la racine du membre inférieur. Si tel était le cas, effectivement comme le relève [le Dr B. \_\_\_\_\_], l'évolution aurait dû être naturellement favorable. Malheureusement, depuis le début de la prise en charge, on relève dans les divers rapports médicaux l'existence d'une mobilisation de la hanche douloureuse

avec apparition en secondaire d'une limitation dans l'amplitude articulaire de la coxo-fémorale droite et survenue d'un syndrome douloureux qui a tendance à diffuser distalement, sans pour autant retenir d'altération sensitivo-motrice déficitaire. A relever que dans l'anamnèse on peut raisonnablement exclure d'autres facteurs prédisposant concomitants tels que maladies inflammatoires rhumatismales, diabète ou neuropathie. A posteriori tout porte à croire, qu'il s'est installé un dérangement articulaire, en dehors de toute altération structurelle de l'interligne articulaire. Le patient a repris son activité professionnelle décrivant toujours un handicap fonctionnel, et responsable au fil du temps, d'un remaniement tout d'abord réversible puis irréversible des tissus mous de la hanche droite. Si les répercussions fonctionnelles se sont [fait] sentir progressivement à distance, le rapport de 2007 du Dr D. \_\_\_\_\_ permet d'exclure assez clairement l'axe lombaire comme partie responsable du présent tableau clinique. En effet, il relève la notion d'une mobilité lombaire physiologique, mais reste interpellé par la souffrance de la hanche. Une souffrance neurologique d'origine vertébrale ou canalaire périphérique a pu aussi être éliminée dans le cadre de l'examen mené par le Dr S. \_\_\_\_\_ la même année. Dans cette logique, on s'est orienté vers l'exploration radiologique de la hanche, examens qui ont permis d'exclure l'éventualité d'une ostéonécrose aseptique ou d'une fracture trabéculaire sous-chondrale ou épiphysaire. Fort de ce constat, les recommandations médicales ont été portées vers une rééducation résolument active avec maintien de son activité professionnelle. A la lecture des appréciations des divers intervenants, et des examens radiologiques, on doit évoquer la survenue d'une algodystrophie de hanche expliquant l'enraidissement progressif articulaire, et les douleurs intenses décrites par le patient. La normalité du bilan IRM ne permet pas d'exclure un tel diagnostic et à mon avis on aurait dû s'orienter vers le diagnostic: Syndrome douloureux régional complexe de la hanche, anciennement dénommé algodystrophie froide ou maladie de Südeck. [...] Sur la base de la littérature, on ne peut pas établir un lien direct entre les séquelles de ce traumatisme avec l'installation d'un déséquilibre fonctionnel réactionnel et la survenue ultérieurement d'une discopathie dégénérative L5-S1. Cet épiphénomène a certainement interféré depuis 2008, comme le laisse [suggérer] le Dr Y. \_\_\_\_\_. Cette sommation de sources nociceptives multiples a dès lors profondément altéré la compréhension de ce syndrome douloureux. [...] S'il existe des signes d'une dégénérescence discale, avec notion de fuite épidurale lors de la discographie, on aurait dû s'attendre à une exacerbation immédiate des symptômes douloureux et surtout révéler une concordance à la cartographie douloureuse habituelle, ce qui ne semble pas avoir été le cas. Autrement dit, on ne détient pas d'arguments décisifs pour incriminer cette discopathie comme source nociceptive potentielle d'une part, et d'autre part son apparition en secondaire, trop éloigné, m'empêche de l'attribuer aux conséquences de ce traumatisme. [...] Si l'on reprend la notion d'algodystrophie, la compréhension de l'installation d'une telle atteinte s'avère souvent peu clair[e]. [...] Dans l'état actuel, chez M. T. \_\_\_\_\_ on est en droit de retenir l'existence d'une douleur de tonalité neuropathique, comme le laisse évoquer le soulagement partiel depuis le recours au traitement antiépileptique. [...] En différé, la situation se complique encore par l'expression d'un syndrome somatoforme douloureux. L'interprétation erronée, la signification donnée à la douleur, les conséquences socio-familiales ou les échecs thérapeutiques successifs sont autant d'éléments qui constituent des obstacles à la réassurance du malade, dont la douleur devient progressivement le centre des préoccupations. À cela s'ajoute le fait que ce sujet démontre des troubles statiques et posturaux en rapport avec un déséquilibre musculaire et articulaire. En toile de fond se situe la problématique de l'atteinte discogène dégénérative

L5-S1, d'apparition ultérieure, qui joue aussi un rôle interférentiel en s'exprimant essentiellement par des troubles douloureux à caractère mécanique. Comme la verticalité est inconfortable, toutes les activités qui requièrent une endurance sont sources de douleurs puisqu'un flambage axial s'installe. Dans l'état actuel de son organisation, les contraintes mécaniques externes même modestes s'avèrent subjectivement mal tolérées [...] Dans le contexte de ces douleurs, il exprime un sentiment important de détresse en faveur du diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, sans trouble de la personnalité morbide". g) La CNA s'est déterminée sur l'expertise sous la forme d'un nouvel avis du Dr P. \_\_\_\_\_, du 3 mars 2010, dont il ressort notamment ce qui suit : "[...] le Dr A. \_\_\_\_\_ a posé à distance de 5 ans d'un traumatisme un diagnostic de flexum de hanche droite secondaire à une algodystrophie auquel on ne peut se rallier pour plusieurs motifs. En effet, l'anamnèse de M. T. \_\_\_\_\_ fait état (si l'on accorde foi à ses allégations faites en 2007) du développement insidieux de douleurs de la hanche, intermittentes tout d'abord, continues puis invalidantes par la suite. Cette évolution s'est étendue sur 2 ans durant [lesquels] le patient a travaillé. Elle ne correspond certainement pas à celle que suit l'algodystrophie de hanche, où les douleurs sont intenses initialement pour s'amender après quelques mois. De plus, la limitation des amplitudes fonctionnelles qui caractérise également l'ostéoporose transitoire de hanche s'améliore également passé 3 mois d'évolution en moyenne. Enfin, si une algodystrophie de hanche est diagnostiquée, son pronostic est excellent à moyen ou à long terme, et n'évolue jamais vers un état séquellaire. Si l'on prétend le contraire, comme en l'occurrence, il faudrait pour le moins se prévaloir de références bibliographiques susceptibles d'étayer ce propos. Enfin, existe un corollaire de l'imagerie médicale (IRM puis radiographie) de l'algodystrophie de hanche, qui, s'il n'existe pas, ne permet pas de poser le diagnostic. Si l'on peut donc suivre le Dr A. \_\_\_\_\_ dans son avis que l'atteinte rachidienne chez M. T. \_\_\_\_\_ n'est pas post-traumatique, on ne peut en revanche épouser ses conclusions en ce qui concerne la présence chez le patient d'une algodystrophie de hanche. On ajoutera que le diagnostic d'algodystrophie ne saurait être posé 5 ans après un traumatisme si aucun des médecins ayant examiné le malade auparavant n'en a relaté les symptômes et les signes. Je rappellerai ici que ni le Dr D. \_\_\_\_\_, ni le Dr L. \_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en rhumatologie, n'ont envisagé une algodystrophie de hanche chez M. T. \_\_\_\_\_ alors qu'ils disposaient de toute la compétence requise pour poser ce diagnostic". h) Le recourant a quant à lui produit un avis écrit du Dr Y. \_\_\_\_\_ du 19 mai 2010, réfutant les conclusions du Dr P. \_\_\_\_\_ en ce sens que l'argumentation de son confrère au sujet de l'algodystrophie se basait sur des références bibliographiques anciennes et dépassées et n'apportait aucune explication ni analyse de la situation médicale actuelle de l'assuré. i) Sur requête du recourant, le Dr A. \_\_\_\_\_ a déposé un complément d'expertise le 19 mai 2010, qui contient les passages suivants: "[L'assuré] a été victime d'un traumatisme par écrasement et cisaillement à énergie cinétique élevée, suite à la percussion par un transpalette transportant une charge de 1200 kg, alors qu'il se trouvait lui-même appuyé antérieurement jusqu'à la taille contre une pile de palettes. De toute évidence, les conséquences d'un tel choc se font sentir aussi bien au niveau de la zone d'impact du choc contre le transpalette qu'en regard de la zone d'appui contre les palettes elles-mêmes. Ces deux zones ont été à l'origine de traumatisme myo-tendineux comme le prouve le rapport [de Hôpital X. \_\_\_\_\_], qui décrit l'existence d'un "abdomen diffusément douloureux" et l'on retient le diagnostic de "contusion abdominale", sans mettre en évidence de lésions viscérales au CT Scan abdominal, ni de fracture sur le bilan radiologique de la colonne lombaire. Ce rapport

n'exclut donc pas l'existence d'un écrasement tissulaire aussi bien de la région lombo-pelvienne que abdomino-pelvienne, sous forme d'une altération certaine du revêtement cutané, des structures myo-tendineuses, mais incluant aussi des branches nerveuses qui empruntent des voies de passages étroites, piégées contre des structures ligamentaires ou fasciales, peu extensibles, source d'endommagement potentiel. [...] Bon nombre de traumatismes par compression n'induisent pas forcément une section du nerf, par contre ils endommagent la microcirculation, occasionnant un oedème et des micro-hémorragies provoquant par la suite une cicatrice. Les méfaits d'un tel traumatisme ne se limitent pas uniquement à la superficie du nerf, épinèvre, mais touchent également l'intérieur même des fascicules, responsable d'un changement du milieu environnemental mettant alors en péril la circulation des fascicules nerveux eux-mêmes. Il en découle une altération dans le fonctionnement nerveux comme développé plus tard dans le paragraphe traitant de la "sensibilisation centrale". [...] Dès lors, à la suite d'un traumatisme de cette violence, on n'est pas en droit de banaliser une pathologie canalaire des diverses branches nerveuses de cette région très richement innervée, aussi bien au niveau du plan [antérieur que postérieur]. Sur le plan clinique, cette souffrance se traduit par des douleurs, des fourmillements, une brûlure intense, selon une cartographie plus ou moins typique pouvant très clairement correspondre à l'anamnèse de notre patient avec une irradiation vers la fesse, l'aine, ou le long du membre inférieur. [...] En se basant sur le mécanisme décrit, le traumatisme a certainement intéressé les groupes musculaires potentiels suivants: carré lombaire, grand fessier, moyen fessier, pyramidal, tenseur du fascia lata, quadriceps, psoas [...]. Sans pour autant exclure formellement une éventuelle participation des structures facettaires postérieurs lombaires inférieures, ce syndrome myofascial peut déjà en soi reproduire la cartographie du patient dans les mois qui ont suivi son traumatisme [...]. Il est important de rappeler que ce syndrome ne comporte aucun signe radiologique, électrophysiologique ou biologique, le diagnostic est uniquement clinique. Ainsi en combinant ces deux problématiques, myofasciale et neuropathique, il en est résulté une souffrance complexe de la hanche, reflet des conséquences directes de son traumatisme. L'intrication de ces structures a certainement été déroutante expliquant les difficultés à poser le diagnostic des confrères dans le suivi, ce d'autant plus qu'avec le temps des phénomènes de sensibilisation d'ordre central et troubles comportementaux se sont installés, outre l'apparition d'une discopathie dégénérative lombaire inférieure. [...] Le syndrome douloureux régional complexe a ainsi été classé selon les normes internationales traitant de la douleur en deux types : • SDRC de Classe I (Ex-synonyme de dystrophie sympathique réflexe ou maladie de Südeck), se développe après un événement causal comme une fracture, entorse ou après immobilisation. Sous cette dénomination, on retient qu'il n'existe pas par définition d'atteinte du système nerveux périphérique. • SDRC de Classe II (Ex-causalgie), survient après une lésion nerveuse faisant suite à un traumatisme, comme dans le cadre du cas qui nous concerne. Curieusement, les douleurs peuvent survenir des jours voire des semaines après une lésion [...]. La patho-physiologie de ce syndrome douloureux régional complexe n'est pas encore clairement élucidée. La dysrégulation peut intervenir à divers niveaux. [...] Conclusion: Autrement dit, nous sommes actuellement au début de l'identification de mécanismes de régulation, qui nous permettraient de développer de nouvelles stratégies thérapeutiques [...]. Dans l'état actuel, il n'est pas autorisé de nier l'existence de tels phénomènes sous prétexte que l'on ne peut les mesurer sur un bilan radiographique. Si le Dr P. \_\_\_\_\_ [...] "reste abasourdi par les conclusions..." de cette expertise, en reprenant d'anciennes tendances de la littérature

traitant de l'algodystrophie, je suis pour mon compte déçu par la sélection des articles passant volontairement sous silence les dernières recommandations reconnues dans la littérature internationale. Tout comme le fait, de comparer un traumatisme à haute énergie avec une évolution idiopathique ou faisant suite au post-partum, pour apprécier l'évolutivité dans le temps d'une algodystrophie. À mon avis, il serait souhaitable de comparer des choses comparables, si l'on veut rester crédible sur le plan du pronostic. L'étiologie est fondamentalement différente, par conséquent son évolution ultérieure s'avère raisonnablement différente. [...] De mon point de vue, le Syndrome douloureux régional complexe de Classe II constitue bel et bien une suite de l'atteinte accidentelle et celui-ci serait en rapport de causalité totale (à 100%) avec l'accident de 2004. Par contre, l'accident de janvier 2006, n'a pas occasionné de dommage, ni d'aggravation, ainsi il ne peut être incriminé comme facteur interférentiel notable". j) En date du 16 juillet 2010, la CNA s'est déterminée sur ce complément d'expertise en produisant une nouvelle appréciation médicale du Dr P. \_\_\_\_\_, du 23 juin 2010. Ce médecin a reproché à l'expert d'avoir retenu qu'il était prouvé ou certain que le recourant avait été victime d'un traumatisme myo-tendineux, et avait subi une grave lésion des muscles et de leur enveloppe (le fascia), alors que des incertitudes subsistaient sur le déroulement de l'accident de 2004, le rapport de l'Hôpital X. \_\_\_\_\_ posant, seulement, le diagnostic de contusion abdominale. Le Dr P. \_\_\_\_\_ a estimé que la lésion décrite par le Dr A. \_\_\_\_\_, intéressant sept muscles de la région pelvi-trochantérienne, se traduisait par une hémorragie et une incapacité fonctionnelle; or les rapports médicaux et l'anamnèse témoignaient d'une contusion de peu de gravité, sans hématome. Pour le médecin-conseil de la CNA, le diagnostic de CRPS (Complex Regional Pain Syndrom) de la hanche retenu par le Dr A. \_\_\_\_\_ ne résistait pas à l'examen critique. Le Dr P. \_\_\_\_\_ a par ailleurs exposé que les remarques du Dr Y. \_\_\_\_\_ manquaient selon lui de pertinence et faisaient l'impasse sur certaines références bibliographiques. k) De son côté, le recourant a déposé une attestation médicale du 17 juin 2010 du Dr C. \_\_\_\_\_ et un rapport du 12 juillet 2010 du Dr Y. \_\_\_\_\_, selon lesquels les conclusions de l'expertise judiciaire du Dr A. \_\_\_\_\_, respectivement de son complément, devaient être suivies. F. Par arrêt du 6 octobre 2010, la cour de céans a rejeté le recours et confirmé la décision sur opposition de la CNA du 30 avril 2008, niant l'existence d'un lien de causalité naturelle dans un contexte de rechute, ceci sur la base des conclusions du Dr P. \_\_\_\_\_. Par arrêt du 19 décembre 2011, le Tribunal fédéral a admis le recours de T. \_\_\_\_\_, annulé le jugement et renvoyé la cause à la cour de céans pour instruction complémentaire s'agissant des circonstances de l'accident du 30 novembre 2004, en particulier la gravité du traumatisme subi, et pour mise en œuvre d'une surexpertise. G. Des informations requises auprès de la société H. \_\_\_\_\_ quant aux circonstances de l'accident, il ressort plus précisément que T. \_\_\_\_\_ était face à une glissière métallique se situant à 1 mètre du sol et revêtue d'une bordure en bois à son extrémité. L'espace sous la glissière est vide. Derrière le recourant, dans l'axe de la glissière, étaient stationnés trois charriots Rx l'un derrière l'autre, remplis de colis. Alors qu'un collaborateur au volant d'un tracteur tirant quatre charriots Rx chargés de colis négociait un virage correspondant à l'intersection perpendiculaire des deux allées situées à l'arrière et à la gauche du recourant, les roues arrières du troisième charriot se sont débloquées et ont heurté le troisième Rx stationné derrière le recourant. Le heurt a ainsi provoqué le déplacement des trois charriots Rx en direction du recourant, le coinçant contre la glissière, avant qu'il ne tombe lourdement à terre. Des renseignements fournis par la société H. \_\_\_\_\_, il ressort que ses services utilisent trois types de charriot Rx, soit le Rx

2000, le Rx 2G et le Rx de type Cordess, ce dernier n'étant cependant mis en service qu'en période de grave pénurie de matériel roulant, soit en novembre et décembre. Tel était le cas le jour de l'accident, s'agissant des trois derniers charriots tractés. La société H. \_\_\_\_\_ a encore précisé que compte tenu de son chargement, la vitesse du tracteur impliqué dans l'accident devait être inférieure à 8 km/h, laquelle correspond à sa vitesse maximale. S'agissant du poids moyen avec chargement des Rx, il était de 350 kg pour un Rx de type Cordess, de 594 kg pour un Rx 2G et de 614 kg pour un Rx 2000. H. Le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi qu'en médecine du sport, a été mandaté pour procéder à la surexpertise. En cours de mandat, le Dr E. \_\_\_\_\_ a été désigné en qualité d'expert psychiatre. Le rapport d'expertise du Dr I. \_\_\_\_\_ déposé le 4 novembre 2013 se fonde, outre sur l'expertise psychiatrique de son confrère, sur les pièces du dossier, trois examens cliniques, les actes médicaux de l'hospitalisation du recourant à l'Hôpital X. \_\_\_\_\_ le 30 novembre 2004 ainsi que les clichés radiographiques effectués à cette occasion, les examens complémentaires pratiqués dans le cadre du mandat, soit des examens d'imagerie médicale ainsi que les examens cliniques requis auprès du Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, et du Pr. A.A. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. L'expertise contient une anamnèse, la relation des plaintes du recourant, les constats résultant des examens cliniques et d'imagerie médicale requis. Il ressort en particulier des radiographies du bassin et de la hanche droite qu'elles « ne montrent pas d'anomalie au niveau de la hanche droite, en particulier pas de signe d'arthrose, pas de signes post-traumatiques », que les articulations sacro-iliaques sont sans particularité et que l'arthro-IRM de la hanche droite révèle une « irrégularité marquée du labrum antéro-supérieur, se prolongeant en position antéro-inférieure, fortement suspecte de déchirure focale de ce dernier, sans amincissement cartilagineux significatif ni altération du signal osseux sous-chondral ». L'examen clinique effectué le 21 février 2013 par le Dr N. \_\_\_\_\_ à la demande de l'expert révèle qu'aucune hernie inguinale n'a été mise en évidence, ce qu'a confirmé le rapport ultrasonographique dont il ressort également que l'articulation coxo-fémorale ne présentait pas d'épanchement. Sollicité par l'expert en vue de confirmer ou infirmer la présence ou un état séquellaire d'un « complexe régional pain syndrom », le Pr. A.A. \_\_\_\_\_ a examiné le recourant le 9 avril 2013 et formulé les conclusions suivantes : « Malgré la présence d'une irradiation douloureuse dans le membre inférieur droit, le patient ne présente actuellement aucun signe radiculaire sensitif moteur ou réflexe. On remarquera par ailleurs que l'irradiation douloureuse ne suit pas spécifiquement un territoire radiculaire, puisque si la topographie initiale, touchant la partie postérieure de la cuisse et de la jambe évoque un territoire S1, l'atteinte peu distale de la douleur irradiant au niveau de la partie proximale du dos du pied évoque ici un dermatome L5, éventuellement L4. Par ailleurs, on ne trouve aucun signe évoquant une dénervation chronique, sur le plan d'un déficit moteur ou réflexe ou l'inactivité musculaire spontanée, ce qui fait conclure que l'amyotrophie relative du membre inférieur droit est purement de non-utilisation, ce qui correspond très bien à la démarche de décharge antalgique susmentionnée. En ce qui concerne l'éventualité d'un syndrome de type « complexe régional pain syndrom », le seul signe neurologique potentiellement compatible, que l'on retrouve chez ce patient, est la discrète diminution de la température cutanée dans la partie proximale de la cuisse du côté droit, mais qui, retrouvée de façon purement isolée, sans aucune modification végétative associée, notamment sans modification des phanères, est plutôt compatible avec la différence d'utilisation musculaire entre le membre inférieur droit et le membre inférieur gauche. Il existe par ailleurs, un syndrome lombo-vertébral

essentiellement postural, cédant en position allongée, qui paraît en premier lieu correspondre à la position antalgique du patient en position debout et lors de sa déambulation, et non un problème discopathique significatif avec compression radiculaire, dont on ne retrouve aucun signe clinique. En conclusion, au plan neurologique, le patient ne présente actuellement pas de signe d'atteinte nerveuse compressive ou inflammatoire touchant les racines ou les troncs nerveux du membre inférieur droit, aussi bien dans leur composante sensitive que motrice et végétative, et parlant ainsi contre l'existence d'un complexe régional pain syndrom de type II (c'est-à-dire avec contribution neurologique déficitaire objective). L'imagerie de la hanche devrait permettre de vérifier la présence ou l'absence de signe osseux pouvant évoquer la forme « non neurologique » (type I). Quant au syndrome lombo-vertébral avec irradiation douloureuse dans le territoire radiculaire atypique du membre inférieur droit, en l'absence de tout déficit sensitivo-moteur ou réflexe significatif, l'interprétation est en faveur d'une atteinte purement posturale irritative, ou une éventuelle composante compressive discale ou osseuse associée, a priori peu significative, est à vérifier par l'imagerie lombaire". Le Dr I. \_\_\_\_\_ a discuté les multiples diagnostics posés par les médecins consultés par le recourant de même que ceux retenus par le précédent expert. S'agissant du diagnostic de contusions lombaires et abdominales, l'expert a observé que les suites auraient dû être simples et favorables dans un délai maximal de quelques semaines, au vu des examens radiologiques effectués à l'Hôpital X. \_\_\_\_\_, lesquels avaient permis d'exclure des fractures, des lésions intra-abdominales ou extra-péritonéales ainsi que des lésions musculaires graves, qui se seraient traduites sur le CT-scan par des hématomes. Le recourant avait au demeurant repris le travail le 20 décembre 2004, bien que souffrant encore de douleurs. Pour ce qui est du diagnostic de traumatisme par écrasement avec contusions lombaires et abdominales avec instabilité lombo-sacrée retenu par le Dr Y. \_\_\_\_\_, l'expert a concédé que le mécanisme de l'accident pouvait entraîner une entorse de la colonne vertébrale. Cependant, dans le cas du recourant, en l'absence de fracture du rachis, de lésions ligamentaires ou d'hématomes, il se serait agi d'une entorse bénigne de l'appareil ligamentaire postérieur du rachis au niveau L3-L4 ou L4-L5, avec en l'occurrence une évolution clinique favorable, confirmée par les radiographies effectuées ultérieurement, en particulier les radiographies fonctionnelles. S'agissant d'une lésion du disque L5-S1 consécutive au mécanisme de l'accident, l'expert a rappelé que les radiographies du 30 novembre 2004 avaient démontré la présence d'une discopathie importante, donc préexistante à l'accident, et a retenu que la péjoration ultérieure de cette discopathie pouvait être considérée comme une évolution normale d'une telle lésion dégénérative. Il a conclu que, même dans l'hypothèse d'un mécanisme aboutissant à des lésions du rachis telles que retenues par le Dr Y. \_\_\_\_\_, dites lésions n'auraient certainement pas été suffisamment importantes pour entraîner des séquelles invalidantes imputables à l'accident. En relation avec le diagnostic posé par le Dr Y. \_\_\_\_\_, l'expert a conclu ainsi : "Le Dr A. \_\_\_\_\_ n'a pas envisagé de considérer le problème discopathique dégénératif L5-S1 comme des suites ou des séquelles post-traumatiques. Le Dr Y. \_\_\_\_\_ à la suite de l'expertise du Dr A. \_\_\_\_\_ s'est d'ailleurs rallié au diagnostic du Dr A. \_\_\_\_\_ qui ne considérait que le problème inguino-fessier droit comme suite et séquelle de l'accident. En conclusion, concernant le problème rachidien, il s'agit d'un accident avec certainement une importante force d'inertie. Les lésions anatomiques au niveau du rachis par contre, ne peuvent être considérées comme graves. Les douleurs lombaires sévères actuelles peuvent être expliquées d'une part par l'évolution naturelle de la lésion dégénérative L5-S1 et d'autre part, par le

dysfonctionnement de la ceinture pelvienne dû à l'important déficit fonctionnel de la hanche droite". S'agissant du diagnostic différentiel d'hernie inguinale posé par le Dr D. \_\_\_\_\_, il avait pu être exclu par l'examen requis auprès du Dr N. \_\_\_\_\_. Quant à celui de douleur inguinale droite d'origine indéterminée, il constituait, à l'instar du diagnostic de pygio-cruralgie droite d'origine peu claire posé par le Dr L. \_\_\_\_\_, un diagnostic de symptômes et non d'une atteinte d'une structure anatomique. Pour ce qui est du diagnostic d'algodystrophie de la hanche droite (syndrome douloureux régional complexe), posé par le Dr A. \_\_\_\_\_, l'expert a tout d'abord précisé qu'il s'agissait d'un diagnostic différentiel, difficile à confirmer ou infirmer en l'absence de signe clinique clair ou d'imagerie telle qu'on aurait pu la trouver à l'IRM de la hanche droite. Le Dr I. \_\_\_\_\_ observe ensuite que le diagnostic posé par le précédent expert ne se fondait que sur l'anamnèse alors que l'examen neurologique complémentaire requis sur ce point auprès du Pr. A.A. \_\_\_\_\_ s'inscrivait en faux contre un tel diagnostic. Enfin, concernant le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant évoqué par le Dr E. \_\_\_\_\_ dans le cadre de l'expertise du Dr A. \_\_\_\_\_, l'expert renvoie à la conclusion du médecin psychiatre, à savoir : "[...] M. T. \_\_\_\_\_ décrit une importante aggravation de ses douleurs en automne 2006 suite à la dégradation de l'état de santé de son épouse souffrant d'une sclérose en plaques. Le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant s'inscrit ainsi dans le contexte d'importants problèmes psycho-sociaux déclenchant une aggravation des symptômes de l'assuré, environ deux ans après l'accident de novembre 2004, rendant une causalité avec l'accident en novembre 2004 peu probable". S'agissant des atteintes somatiques, l'expert a dans un premier temps posé et discuté les diagnostics de lésion du bourrelet (labrum) de la hanche droite, discopathie L5-S1 douloureuse et de séquelles d'une maladie de Scheuermann de la colonne lombaire, les considérant tous sans lien de causalité avec l'accident du 30 novembre 2004 ou du 9 janvier 2006. La lésion du bourrelet dans la région supéro-externe du cotyle de la hanche droite était une lésion peu grave, sans conséquence et probablement asymptomatique d'autant plus qu'il n'existait pas de lésion cartilagineuse du cotyle concomitante. La discopathie L5-S1, correspondant à un état dégénératif antérieur aux accidents, et la maladie de Scheuermann, consistant en une maladie de la colonne vertébrale survenant à l'adolescence, pouvaient être à l'origine de lombalgies mais sans relation de causalité avec l'accident. Observant néanmoins qu'en dépit de l'absence de diagnostic somatique structurel, le recourant présentait une symptomatologie douloureuse de discopathie L5-S1 et de déficit de mobilité de la hanche droite, particulièrement en flexion-extension avec un flexum résiduel l'obligeant à marcher avec une canne depuis deux à trois ans, l'expert a considéré qu'une réévaluation psychiatrique s'imposait d'autant que le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant posé précédemment par le Dr E. \_\_\_\_\_ l'avait été à titre de diagnostic secondaire par rapport au diagnostic principal somato-structurel d'algodystrophie de la hanche droite (syndrome douloureux régional complexe). Du rapport d'expertise psychiatrique du 20 [recte : 25] septembre 2013 du Dr E. \_\_\_\_\_, lequel a posé le diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, de syndrome douloureux somatoforme persistant, existant probablement depuis fin 2006, le Dr I. \_\_\_\_\_ a plus particulièrement retenu les éléments suivants : "Mon examen clinique psychiatrique n'a pas montré de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles paniques, ni de troubles phobiques. En l'absence d'une perturbation sévère de l'environnement psychosocial qui est inchangé depuis des années et marqué par des relations proches et stables, autant sur le plan familial qu'amical, je n'ai pas non plus objectivé de troubles de la personnalité

morbide.”... “Se sentant surtout victime de la non-reconnaissance de ses douleurs par la SUVA, il nie toute idée de culpabilité ou de dévalorisation et décrit un avenir plutôt positif, sans attitude morose ou pessimiste. En l'absence d'idée auto-agressive ainsi qu'en l'absence d'une diminution de l'appétit chez un expertisé souffrant d'une surcharge pondérale, le tableau clinique de M. T.\_\_\_\_\_ ne correspond pas au diagnostic d'un épisode dépressif. Les plaintes spontanées principales de M. T.\_\_\_\_\_ concernent des douleurs survenues après un accident en novembre 2004. Restant d'abord supportables, ces douleurs ne l'empêchent pas de poursuivre son travail à plein temps pendant plus d'une année avant de souffrir d'une aggravation en automne 2006. Depuis, M. T.\_\_\_\_\_, décrit une aggravation ultérieure de ces douleurs à l'origine d'importantes limitations fonctionnelles dans sa vie quotidienne avec par exemple l'incapacité de marcher sans l'aide d'une canne depuis mai 2011. Anamnestiquement, cette aggravation des douleurs survient dans un contexte de stress psychosocial d'un expertisé confronté à la maladie de son épouse, souffrant d'une sclérose en plaques, entraînant une dégradation importante de l'état de santé de cette dernière, à partir de juin 2005. Confronté au handicap de son épouse, dépendant désormais de son soutien, M. T.\_\_\_\_\_ décrit une aggravation de ces symptômes douloureux qui coïncident avec cette déstabilisation de son cadre social. Malgré diverses démarches thérapeutiques et la consultation de nombreux spécialistes du domaine somatique, ces symptômes douloureux ne peuvent finalement pas être expliqués entièrement par un processus physiologique comme constaté dernièrement par le Dr I.\_\_\_\_\_. En conséquence, l'anamnèse de M. T.\_\_\_\_\_ et son tableau clinique remplissent d'une manière typique les critères diagnostics d'un syndrome douloureux somatoforme persistant selon la CIM10.”... “En conclusion, le syndrome douloureux somatoforme persistant de M. T.\_\_\_\_\_ n'atteint pas le niveau de sévérité pour justifier une incapacité de travail selon les critères médicaux théoriques actuellement en vigueur. Par conséquent, l'effort à surmonter, les douleurs dues à son syndrome douloureux somatoforme persistant afin de reprendre une activité professionnelle reste raisonnablement exigible au plan psychique.” [...] “L'examen psychiatrique ne montre pas d'invalidité extrême chez un expertisé qui continue à mener une vie sociale active et de faire face aux exigences de la vie quotidienne, sans signe d'une décompensation au plan psychique, tout en prenant un anti-douleur dont le dosage montre un résultat en dessous du seuil thérapeutique à l'examen. Le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant est tout à fait compatible avec des vraies douleurs et des déficits fonctionnels qui, par définition, reste sans véritable substrat somatique. Sur la base des critères médicaux-théoriques actuellement en vigueur, ce syndrome douloureux somatoforme persistant de M. T.\_\_\_\_\_ n'atteint pas le niveau de sévérité pour justifier une incapacité de travail et l'effort à surmonter les déficits fonctionnels dus au syndrome douloureux somatoforme persistant afin de reprendre une activité professionnelle, reste raisonnablement exigible.” [...] ”Comme discuté dans l'expertise de janvier 2010, un rapport de causalité entre le syndrome douloureux somatoforme persistant de M. T.\_\_\_\_\_ et l'accident du 30.11.2004, paraît très peu probable, voire inexistant, chez un expertisé qui décrit des douleurs d'une intensité relativement faible après cet accident, lui permettant de continuer son travail à plein temps pendant plus d'une année. Puis il souffre d'une nette aggravation de ses symptômes dans le contexte d'un important stress psychosocial dû à la maladie de son épouse. Etant le seul diagnostic psychiatrique, le syndrome douloureux somatoforme persistant constitue certainement le diagnostic principal en tant que maladie psychiatrique. Cependant, une relation de causalité avec l'accident du 30.11.2004 paraît trop peu probable en présence

d'autres éléments anamnestiques, notamment le stress psychosocial dû à la maladie de son épouse, expliquant la survenue de ce trouble somatoforme." L'expert I. \_\_\_\_\_ a finalement retenu les diagnostics de discopathie L5-S1 douloureuse, de lésion du bourrelet (labrum) de la hanche droite et de syndrome douloureux somatoforme persistant. Il a considéré, ensuite de ses examens, que le recourant était en incapacité de travail à 100 % et qu'il devait bénéficier d'un traitement psychiatrique et d'un reconditionnement physique intensif pendant plusieurs mois pour réintégrer une marche normale sans canne et retrouver une mobilité physiologique de la hanche droite avec une récupération de l'atrophie et des contractures musculaires de la ceinture pelvienne et du membre inférieur droit. Ce n'était qu'après une telle prise en charge que la capacité de travail du recourant pouvait être réévaluée. L'expert a encore concédé qu'à l'époque de la décision litigieuse, le recourant présentait un état clinique somatique difficile à évaluer et que plus particulièrement, un état séquellaire de syndrome régional douloureux complexe pouvait entrer dans un diagnostic différentiel de la hanche droite mais ne s'imposait pas comme un diagnostic définitif. Les éléments médicaux figurant au dossier en 2010 ne permettaient pas de considérer ce diagnostic autrement que possible parmi d'autres. Invité à se déterminer sur l'hypothèse du Dr A. \_\_\_\_\_ d'un « traumatisme par écrasement et cisaillement à énergie cinétique élevée, suite à la percussion par un transpalette transportant une charge de 1'200 kg », l'expert s'est exprimé ainsi : "Par rapport au mécanisme du traumatisme qu'a subi M. T. \_\_\_\_\_ le 30.11.2004, je pense que la description qu'a faite le Dr A. \_\_\_\_\_ est correcte. Je dirais simplement que je ne suis pas certain qu'il y ait eu un cisaillement dans ce mécanisme. Ce point est cependant secondaire et n'a pas d'incidence sur les conclusions qui peuvent être prises quant à l'évolution. Les examens qui ont été faits par le Dr A. \_\_\_\_\_ puis complétés par les examens que j'ai moi-même demandés démontrent qu'il n'y a pas d'atteintes somato-structurelles qui peuvent être considérées comme en relation de causalité avec l'accident du 30.11.2004. Concernant la description de l'état clinique et des examens complémentaires, je peux suivre les affirmations du Dr A. \_\_\_\_\_. L'évolution depuis 2010 et le résultat des examens complémentaires que j'ai demandés en 2013 parlent contre les conclusions du Dr A. \_\_\_\_\_ qui pose comme diagnostic de l'atteinte au niveau de la hanche droite, une algodystrophie ou syndrome douloureux régional complexe de la hanche. Comme le démontre l'examen du Professeur A.A. \_\_\_\_\_, mes examens cliniques, les examens complémentaires, en particulier l'arthro-IRM de la hanche droite ne permettent de confirmer le diagnostic du Dr A. \_\_\_\_\_. Ce dernier pressent par ailleurs, l'importance de la part psychiatrique puisqu'il écrit : « En différé, la situation se complique encore par l'expression d'un syndrome somatoforme douloureux. L'interprétation erronée, la signification donnée à la douleur, les conséquences socio-familiales ou les échecs thérapeutiques successifs sont d'autant d'éléments qui constituent des obstacles à la réassurance du malade, dont la douleur devient progressivement le centre des préoccupations ». Concernant le complément d'expertise que le Dr A. \_\_\_\_\_ a fait et qui date du 19.05.2010, je peux être d'accord avec l'affirmation du Dr A. \_\_\_\_\_ quand il dit, après avoir rappelé le traumatisme dont M. T. \_\_\_\_\_ a été victime : « De toute évidence, les conséquences d'un tel choc se font sentir aussi bien au niveau de la zone d'impact, du choc contre le transpalette qu'en regard de la zone d'appui contre les palettes elles-même. Ces deux zones ont été à l'origine de traumatisme myo-tendineux comme le prouve le rapport de l'Hôpital X. \_\_\_\_\_, qui décrit l'existence d'un « abdomen diffusément douloureux ». Le diagnostic de « contusions abdominales », sans mettre en évidence de lésions viscérales au ct-scan abdominal, ni de fracture sur le plan radiologique de la colonne

lombaire est retenu. Ce rapport n'exclut donc pas l'existence d'un écrasement tissulaire de la région lombo-pelvienne et abdomino-pelvienne, sous forme d'une altération certaine du revêtement cutané, des structures myo-tendineuses, mais incluant aussi des branches nerveuses qui empruntent des voies de passage étroites, piégées contre des structures ligamentaires ou faciales, peu extensibles, source d'endommagement potentiel ». Ensuite, le Dr A. \_\_\_\_\_ décrit le tableau clinique de telles atteintes lorsqu'elles vont jusqu'à la compression des nerfs et leurs branches. » M. T. \_\_\_\_\_ a certainement subi un écrasement tissulaire de la région lombo-pelvienne et abdo-pelvienne mais certainement peu grave. En effet, il n'a jamais été mentionné de parésies ou de troubles de la sensibilité, ce qui aurait certainement été mentionné lors des tous premiers examens cliniques qu'a subis M. T. \_\_\_\_\_. Les troubles sensitifs sont très gênants pour les patients et s'il devait y en avoir eu, M. T. \_\_\_\_\_ l'aurait certainement mentionné immédiatement. En conclusion, je peux suivre la démarche du Dr A. \_\_\_\_\_, mais je ne peux pas être d'accord avec l'importance décrite de cette atteinte, qui est de fait bénigne comme, l'a démontré l'évolution clinique de ce cas". I. Par acte du 10 décembre 2013 se référant à l'expertise du Dr I. \_\_\_\_\_, la CNA a maintenu sa conclusion en rejet du recours et ne s'est pas déterminée plus avant. J. Dans ses déterminations du 24 décembre 2013, le recourant a fait valoir plusieurs arguments, sur lesquels il sera revenu dans la mesure utile, pour contester le diagnostic de trouble somatoforme douloureux et conclure que ses douleurs avaient pour seule cause l'existence d'un syndrome douloureux régional complexe s'étant installé à la suite de l'accident du 30 novembre 2014 et lui étant donc causal. Il a produit un rapport non daté du service d'orthopédie et traumatologie de l'Hôpital K. \_\_\_\_\_, attestant d'une hospitalisation du 17 au 28 novembre 2013 ensuite d'un traumatisme du membre supérieur gauche, l'anamnèse à l'entrée faisant état d'une chute avec réception sur le bras gauche ensuite d'un lâchage de la jambe droite, ainsi qu'un rapport du Dr Y. \_\_\_\_\_ du 21 novembre 2013, lequel avait pris connaissance de la surexpertise du Dr I. \_\_\_\_\_ et préconisait une expertise complémentaire. Dans son rapport, le Dr Y. \_\_\_\_\_ relevait particulièrement que l'expert n'avait pas discuté le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe sur la base des critères de Budapest, ni n'avait effectué une nouvelle évaluation radiologique de la discopathie L5-S1, ni analysé l'évolution de cette pathologie. Il mentionnait encore l'absence de mesure de l'asymétrie de la température cutanée au niveau du pli inguinal droit lors de l'examen neurologique. Par écriture du 12 mars 2015, le recourant a renouvelé sa requête tendant à ce que la surexpertise du Dr I. \_\_\_\_\_ soit soumise au Dr A. \_\_\_\_\_. Par courrier du 24 décembre 2015, il a encore produit un rapport du Dr Y. \_\_\_\_\_ à l'OAI du canton de Vaud (ci-après : l'OAI) du 17 décembre 2015, lequel faisait état de l'existence de deux atteintes à la santé totalement incapacitantes, à savoir les séquelles majeures d'un syndrome algodystrophique CRPS consécutif à la fracture de l'épaule gauche survenue en novembre 2013 ainsi que l'état douloureux du dos, de la hanche et du membre inférieur droit, dont la meilleure explication diagnostique était également la présence de séquelles d'un syndrome algo-dystrophique. E n d r o i t : 1.1 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 sous réserve de dérogations expresses (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 (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans

les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

1.2 Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

1.3 En l'espèce, le recours contre la décision sur opposition du 30 avril 2008 a été interjeté devant le tribunal compétent en temps utile. Il respecte par ailleurs les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le point de savoir si la CNA était fondée, par sa décision sur opposition du 30 avril 2008, à nier le droit du recourant à des prestations d'assurance pour les atteintes à la santé annoncées le 9 mai 2007 à titre de rechute des accidents du 30 novembre 2004 ou du 9 janvier 2006, plus particulièrement s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre ces deux événements et les atteintes annoncées.

2.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 précité ; TF 8C\_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1).

Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C\_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références).

L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a; 117 V 359 consid. 6a ; TF 8C\_718/2010 du 20 octobre 2010 consid. 3.1 in fine ; 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

2.2 La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de

rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les arrêts cités; TF 8C\_1023/2008 du 1<sup>er</sup> décembre 2009 consid. 5.3).

2.3 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment 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 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c et les références). Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Quant aux rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 125 V 352 consid. 3b/cc; TFA U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2). Selon la jurisprudence, peut notamment constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2; TF 9C\_149/2008 du 27 octobre 2008 consid. 2).

3. En l'occurrence, le Dr I. \_\_\_\_\_, chargé de la surexpertise judiciaire, exclut tout lien de causalité naturelle entre les accidents des 30 novembre 2004 ou 9 janvier 2006 et les atteintes à la santé physique présentées par le recourant, pour lesquelles il a posé les diagnostics de lésion du bourrelet (labrum) de la hanche droite et de discopathie L5-S1 douloureuse.

3.1 Préliminairement, il sera relevé qu'aucun rapport

médical ou d'expertise n'atteste l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 9 janvier 2006 et les atteintes à la santé annoncées à titre de rechute. Les experts A. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_, comme le Dr P. \_\_\_\_\_, l'écartent formellement, le Dr C. \_\_\_\_\_ le considère seulement comme possible et le Dr Y. \_\_\_\_\_ privilégie quant à lui un rapport de causalité avec l'événement du 30 novembre 2004. Par ailleurs, ni le recourant, ni l'intimée ne soutiennent que la rechute annoncée serait en lien avec l'accident du 9 janvier 2006.

3.2 Se pose en définitive la question de savoir si la discopathie L5-S1, dont l'existence est avérée, respectivement un syndrome douloureux régional complexe (SDRC ou CRPS en anglais), dont l'existence est litigieuse, présentent un rapport de causalité naturelle avec l'accident du 30 novembre 2004, étant admis que les autres atteintes somatiques évoquées dans les rapports ou expertises sont incontestablement considérées comme sans relation aucune avec cet événement.

3.2.1 Dans son avis du 23 octobre 2009, le Dr Y. \_\_\_\_\_ a finalement posé le diagnostic de discopathie sévère L5-S1 post-traumatique génératrice d'un syndrome douloureux persistant. Il considérait établi au degré de la vraisemblance prépondérante le rapport de causalité entre cette atteinte et l'accident de 2004, et assurait que le recourant ne présentait avant cet événement aucune pathologie lombaire ou inguinale préexistante. Les experts A. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_ ne partagent pas cet avis, qualifiant la discopathie L5-S1 de dégénérative et sans lien de causalité avec l'accident. Pour le Dr A. \_\_\_\_\_, en présence d'une discopathie consécutive à l'accident, on aurait dû s'attendre à une exacerbation immédiate des symptômes douloureux et observer une concordance à la cartographie douloureuse habituelle, ce qui ne semblait pas avoir été le cas. Quant au Dr I. \_\_\_\_\_, lequel a eu à sa disposition le dossier d'imagerie relatif à l'hospitalisation du recourant à l'Hôpital X. \_\_\_\_\_, il a relevé que les radiographies du 30 novembre 2004 avaient démontré la présence d'une discopathie importante, donc préexistante à l'accident, et a exclu l'existence de fracture du rachis, de lésions ligamentaires ou d'hématomes. L'accident avait ainsi tout au plus pu provoquer une entorse bénigne de l'appareil ligamentaire postérieur du rachis au niveau L3-L4 ou L4-L5 avec une évolution favorable, en l'occurrence confirmée par radiographies ultérieures. S'agissant de la discopathie L5-S1, sa péjoration ultérieure pouvait être considérée comme une évolution normale en présence d'une lésion dégénérative. Le Dr P. \_\_\_\_\_ partage l'opinion des deux experts. Selon lui, il n'existe aucun indice permettant de supposer qu'au jour de l'accident, le recourant a été victime d'une atteinte traumatique du disque L5-S1. Plus particulièrement, dans une telle hypothèse, un « syndrome (lombo-) radiculaire » serait apparu rapidement dans les jours suivant l'accident. Or, ni les médecins de l'Hôpital X. \_\_\_\_\_, ni le Dr U. \_\_\_\_\_ n'ont relevé un tel syndrome; il est en effet seulement mentionné une palpation douloureuse des apophyses épineuses L4-L5 dans le status d'entrée hospitalier ainsi que, lors de l'examen clinique du 10 décembre 2004 par le Dr U. \_\_\_\_\_, des douleurs lombaires à la mobilisation du rachis lombaire mais sans observation simultanée d'un quelconque syndrome radiculaire. Au demeurant, à lire le Dr D. \_\_\_\_\_ et le Pr. A.A. \_\_\_\_\_ (rapports des 26 mars 2007 et 9 avril 2013), il n'existe pas de signe clinique d'une compression radiculaire. Cela étant, la conclusion de l'expert I. \_\_\_\_\_ quant à l'absence de causalité naturelle entre la discopathie L5-S1 et l'accident du 30 novembre 2004 sera suivie, ceci d'autant plus que son seul contradicteur, le Dr Y. \_\_\_\_\_, a finalement estimé dans son rapport du 12 juillet 2010 que les conclusions du Dr A. \_\_\_\_\_ devaient être suivies, ce qu'il a indirectement confirmé dans son courrier à l'OAI du 17 décembre 2015 en imputant l'état douloureux du dos, de la hanche et du membre inférieur droit à la

présence de séquelles d'un syndrome algo-dystrophique. 3.2.2 En présence d'un diagnostic de syndrome douloureux régional complexe, « maladie de Sudeck », « algodystrophie » ou « CRPS », le Tribunal fédéral a eu l'occasion de définir des critères cumulatifs justifiant l'admission d'un lien de causalité entre un accident et une telle pathologie, à savoir : - la preuve d'une lésion physique après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ; - l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique ; - une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (TF 8C\_807/2014 du 22 décembre 2015 consid. 5.3 ; TF 8C\_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2 ; TF 8C\_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1, in SVR 2010 UV n° 18 p. 69). La pose du diagnostic de SDRC requiert, selon les « critères de Budapest », que les éléments caractéristiques suivants soient satisfaits : 1. Douleur continue disproportionnée par rapport à l'événement déclenchant. 2. Le patient doit rapporter au moins 1 symptôme dans 3 des 4 catégories suivantes: • Sensorielle: hyperesthésie et/ou allodynie • Vasomotrice: asymétrie au niveau de la température et/ou changement/asymétrie au niveau de la coloration de la peau • Sudomotrice/oedème: oedème et/ou changement/asymétrie au niveau de la sudation • Motrice/trophique: diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau). Source : <https://extra.suva.ch/webshop/56/56A91660BBBE8670E10080000A630358.pdf> En l'occurrence, aucun des médecins ayant examiné cliniquement le recourant dans les six à huit semaines suivant l'accident, soit les médecins de l'Hôpital X.\_\_\_\_\_ et le Dr U.\_\_\_\_\_, ni au demeurant les médecins l'ayant examiné ultérieurement, ne décrivent l'existence de tels symptômes. Ce n'est qu'à la faveur de l'expertise du Dr A.\_\_\_\_\_ du 14 février 2010 que le diagnostic de SDRC a été évoqué pour la première fois, et, comme le relève l'expert I.\_\_\_\_\_, il s'agissait d'un diagnostic d'une part différentiel, d'autre part fondé sur l'anamnèse. On ne distingue en effet pas dans le corps du rapport d'expertise du Dr A.\_\_\_\_\_ que celui-ci aurait posé le diagnostic de SDRC sur la base des observations cliniques antérieures de ses confrères. Dans la mesure où l'un des critères cumulatifs posés par la jurisprudence, soit celui de la courte latence entre l'accident et l'algodystrophie, n'est pas réalisé, le lien de causalité entre l'accident et cette pathologie peut d'emblée être nié. Il ne s'impose dès lors pas de discuter plus avant de la controverse entre les experts s'agissant du diagnostic de SDRC, ni de donner suite aux mesures d'instruction requises tendant d'une part à l'audition des témoins de l'accident et à celle du recourant, d'autre part à l'interpellation de l'expert A.\_\_\_\_\_ pour qu'il se prononce sur le rapport de son confrère (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et 9C\_440/2008 du 5 août 2008). 3.2.3 Pour le surplus, l'expertise du Dr I.\_\_\_\_\_ satisfait aux réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer une pleine valeur probante. Elle procède d'une étude circonstanciée du cas, rapporte les plaintes exprimées par la personne examinée, comporte l'anamnèse de cette dernière et décrit le contexte médical. Reposant sur des examens complets, elle contient une appréciation claire de la situation médicale laquelle débouche sur des conclusions médicales dûment motivées. En conséquence, c'est à juste titre que la CNA a nié le droit du recourant à des prestations d'assurance pour les atteintes à la santé physique annoncées le 9 mai 2007 à titre de rechute de l'accident du 30 novembre 2004, faute de lien de causalité naturelle entre cet événement et les atteintes annoncées. 4. Selon le co-expert E.\_\_\_\_\_, le syndrome douloureux somatoforme persistant existe probablement depuis fin 2006. Cette atteinte psychique n'a cependant pas été annoncée le 9 mai 2007, faute d'avoir été

diagnostiquée à l'époque. Néanmoins, dans la mesure où la déclaration de rechute faisait état de fortes douleurs dans une jambe et sachant que parmi les critères définissant le syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10, F45.4) figure une « plainte essentielle concernant une douleur persistante, intense », il convient d'examiner si cette atteinte psychique constitue un état séquellaire de l'accident du 30 novembre 2004. Dans l'affirmative, le droit à des prestations pourrait être ouvert, étant rappelé que l'expert I. \_\_\_\_\_ a recommandé un traitement psychiatrique assorti d'un reconditionnement physique intensif.

4.1 En matière de troubles psychiques, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et de tels troubles développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C\_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2 ; voir également : Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, *L'assurance-accidents obligatoire*, in : *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit*, 3<sup>ème</sup> éd., Bâle 2016, n° 121 ss, pp. 934 ss). Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale 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 les sept critères exhaustifs suivants, au regard des seuls aspects physiques, à l'exclusion des aspects psychiques de l'état de santé (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C\_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3 et 8C\_312/2007 du 5 juin 2008 consid. 3.2) :

- 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, qui ne saurait être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais eu égard à l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ;
- les douleurs physiques persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles au regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues en cours de guérison et les 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 si l'on se trouve à la limite des accidents graves. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C\_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3). Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et bb ; 115 V 403 consid. 5c/aa et bb ; TF U 308/06 du 26 juillet 2007 consid. 4).

4.2 Il convient donc d'examiner le degré de

gravité de l'accident. Si l'on se réfère aux cas similaires traités par la jurisprudence (8C\_696/2012, U 18/01), l'accident subi par le recourant le 30 novembre 2004 doit être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne stricto sensu. Cela étant, il y a lieu d'examiner si les différents critères retenus par la jurisprudence pour admettre un lien de causalité adéquate avec d'éventuels troubles psychiques sont remplis en l'espèce. Les circonstances de l'accident dont le recourant a été victime ne sont ni dramatiques, ni impressionnantes, étant rappelé que selon la jurisprudence, la survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère (voir par comparaison TF 8C\_657/2013 du 3 juillet 2014 consid. 5.3). En l'espèce, dos tourné aux chariots à l'origine de l'accident, le recourant aura certainement été surpris, voire choqué par l'événement. Néanmoins, il n'est pas demeuré coincé entre la glissière et le charriot puisqu'il est tombé au sol. Il n'a pas perdu connaissance et a été rapidement secouru. A aucun moment, il n'aura pu craindre pour sa vie. Selon le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, des lésions physiques consistant en contusions abdominales et lombaires n'entraînent pas des troubles psychiques. Le recourant a été hospitalisé quatre jours et a bénéficié d'un traitement essentiellement antalgique et anti-inflammatoire, accompagné de physiothérapie, sans qu'il soit allégué que ce traitement aurait provoqué des effets secondaires particulièrement lourds à supporter. L'existence de douleurs physiques importantes est avérée, confirmée qu'elle est par l'expert I. \_\_\_\_\_ . Aucune erreur dans le traitement médical, ni difficultés en cours de guérison, ni complications importantes n'ont été observées. Enfin, l'incapacité de travail inhérente aux contusions abdominales et lombaires n'aura duré que 20 jours. En conséquence, seul un des critères posés par la jurisprudence est réalisé en l'espèce. Or, s'agissant d'un accident de degré de gravité moyenne stricto sensu, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (par. ex. TF 8C\_434/2013 du 7 mai 2014 consid. 7.1 et les arrêts cités). Tel n'est pas le cas en l'espèce, le co-expert psychiatre observant en particulier que le recourant a pu mener une vie sociale active et faire face aux exigences de la vie quotidienne, sans signe de décompensation psychique. Cela étant, en l'absence de rapport de causalité adéquate entre l'accident du 30 novembre 2004 et le syndrome douloureux somatoforme persistant, le droit à des prestations n'aurait que pu être nié. 5. Le recours doit ainsi être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée rendue par la CNA. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPG), il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 30 avril 2008 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. IV. Il n'est pas 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 Samuel Pahud, avocat (pour T. \_\_\_\_\_), ■ 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.