

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 6 octobre 2010

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : MM. Bidiville et Perdrix, assesseurs  
Greffier : M. Simon

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.**\_\_\_\_\_, à Chavannes-Renens, 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; art. 11 OLAA**

## **E n f a i t :**

**A.** N. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1961, travaillait en 2004 en qualité de manutentionnaire pour T. \_\_\_\_\_ dans un centre de tri. 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). Son contrat de travail pour T. \_\_\_\_\_ a été résilié au 31 janvier 2009.

T. \_\_\_\_\_ 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 Daillens, dans les circonstances ainsi décrites: "M. N. \_\_\_\_\_ 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. N. \_\_\_\_\_ se retrouve coincé entre la glissière".

Après l'accident, N. \_\_\_\_\_ a été pris en charge par une ambulance et conduit à l'hôpital de M. \_\_\_\_\_ (Pompaples), où il a séjourné 4 jours. La fiche d'intervention de l'équipe médicale (ambulance, SMUR) décrit ainsi l'accident: "[il] s'est fait coincer sur son lieu de travail avec chute de sa hauteur". Le rapport d'admission à l'hôpital indique comme diagnostic: "traumatisme tronculaire écrasant entre glissière et chariot (> 100 kg) tracté par véhicule". Le diagnostic de contusion de l'abdomen a été posé et un traitement conservateur ordonné. 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.

**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 Q. \_\_\_\_\_, médecin généraliste à Lausanne et

médecin traitant de l'assuré, a diagnostiqué des pygio-cruralgies droites et 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. Il y est indiqué que l'assuré souffrait de fortes douleurs dans une jambe, ce qui avait provoqué 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, étant précisé que l'assuré souffrait de fortes douleurs dans une jambe.

Dans un rapport du 31 mai 2007, le Dr Q.\_\_\_\_\_ 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 s'est référé à un rapport du 15 mai 2007 d'un radiologue du centre d'imagerie diagnostique de radiologie de Lausanne - mettant en évidence une IRM des hanches et de la paroi abdominale dans les limites de la norme, sans explication quant à la symptomatologie douloureuse - ainsi qu'un rapport du 26 mars 2007 du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne à Lausanne, adressé au Dr Q.\_\_\_\_\_ - posant le diagnostic de douleurs inguinales droites d'origine indéterminée et 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 lombocruralgie 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. N.\_\_\_\_\_ 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 Q.\_\_\_\_\_ a également produit un rapport du 18 septembre 2007 du Dr D.\_\_\_\_\_, rhumatologue (MER) au service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du CHUV, qui a posé comme diagnostic principal des 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 a mentionné que la situation s'était quelque peu amendée par la suite, sans que la douleur ne disparaisse totalement; diverses investigations, en particulier en imagerie, n'ayant pas permis de mettre en évidence une cause coxo-fémorale de la problématique. A propos de la détermination de l'origine accidentelle ou malade du problème, ainsi qu'éventuellement l'origine chirurgicale dans le cadre d'une hernie inguinale, le Dr D.\_\_\_\_\_ 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 des 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 que, selon l'appréciation de tous les rapports médicaux, il n'existait pas de lien de causalité avéré ni probable entre les accidents et les lésions du dos annoncées.

N.\_\_\_\_\_ 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 Q.\_\_\_\_\_ a adressé un avis médical à la CNA, où il a décrit l'évolution depuis février 2007 comme "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" et suggéré un examen par le service médical de la CNA ou à la clinique de réadaptation de Sion, dès lors notamment que l'assuré se plaignait de douleurs constantes de la même région depuis son accident de 2004.

La CNA a demandé un rapport médical (ärztliche Beurteilung) à un de ses médecins d'arrondissement, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Le rapport de ce médecin, du 4 février 2008, retient sur la base des autres documents médicaux que l'assuré a souffert, à la suite de l'accident du 30 novembre 2004, de contusions abdominales, éventuellement aussi lombaires; il faut considérer 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 dans la doctrine médicale au sujet de la problématique contusions/plaintes de longue durée, où on exclut un rapport de causalité et où on retient que ce sont plutôt majoritairement les situations peu favorables du point de vue psycho-social qui sont 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 S.\_\_\_\_\_, 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, N.\_\_\_\_\_ fait recours au Tribunal des assurances du canton de Vaud contre la décision sur opposition du 30 avril 2008. Il conclut à la réforme de cette décision en ce sens que la CNA est condamnée à prendre en charge les suites des accidents de 2004 et 2006. Subsidiairement, il demande l'annulation de la décision attaquée et le renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction.

Il soutient en particulier que plusieurs médecins ont sollicité très clairement un examen plus approfondi de son cas et que la CNA a simplement soumis le dossier au Dr S.\_\_\_\_\_, qui n'a pas examiné personnellement l'intéressé et dont l'avis est insuffisant pour admettre ou exclure le lien de causalité entre les accidents de 2004 et 2006 d'une part et les troubles annoncés d'autre part; il remet également en cause l'impartialité des médecins-conseils de la CNA. A titre de mesures d'instruction, il requiert la mise en oeuvre d'une expertise médicale afin de se prononcer sur le lien de causalité entre les accidents précités et les lésions subies, traitements et atteintes à la santé. Il requiert également que le Dr Q.\_\_\_\_\_ soit invité à répondre par écrit à des questions sur son état de santé.

Dans sa réponse du 24 juillet 2008, la CNA conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise, sans nécessité de procéder à de nouvelles mesures d'instruction. Sur la base du rapport du Dr S.\_\_\_\_\_, elle soutient qu'aucun lien de causalité ne peut être établi entre une contusion et une symptomatologie douloureuse s'étendant sur plusieurs années. Elle ajoute que le Dr Q.\_\_\_\_\_ n'a jamais affirmé que les douleurs du recourant résultaient de façon prépondérante de l'accident de 2004 et que les différents examens entrepris (neurologiques, orthopédiques, radiologiques et rhumatologiques) n'ont pas permis de révéler la cause exacte des souffrances.

**F.** Le 9 octobre 2008, le recourant a déposé un rapport établi le 1<sup>er</sup> octobre 2008 par le Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique à Nyon (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 maladies antérieur[...].

Auparavant, le recourant avait produit un rapport non daté du Dr O.\_\_\_\_\_, qui mentionnait, sur la base de radiographies du rachis lombaire du 29 juillet 2008, l'existence de troubles statiques et d'altérations dégénératives lombaires particulièrement prononcées en L5-S1, cette pathologie jouant selon ce médecin un rôle important dans la situation de l'intéressé.

Le juge instructeur du Tribunal des assurances a demandé au Dr Q. \_\_\_\_\_ de répondre par écrit à un questionnaire. Dans une écriture du 15 décembre 2008, ce médecin a exposé 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); il a ajouté: "par contre il existe des facteurs aggravants, le patient ayant été affecté moralement par cet accident toutefois l'atteinte psychique est la conséquence directe de l'accident".

La CNA a produit ensuite une "appréciation médicale" du 9 février 2009 du Dr C. \_\_\_\_\_, 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: "le tracteur tirait des chariots. Les roues d'un de ces chariots se bloquent: il en résulte un carambolage, les chariots se mettent de travers et percutent M. N. \_\_\_\_\_ qui se retrouve pris en sandwich entre ceux-ci et la glissière". Puis le Dr C. \_\_\_\_\_ a 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 O. \_\_\_\_\_ 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. N. \_\_\_\_\_ 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 Q. \_\_\_\_\_, 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 K. \_\_\_\_\_, il est licite de conclure que si M. N. \_\_\_\_\_ 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 J.\_\_\_\_\_, neurologue à Lausanne, avait, selon les dires du Dr Q.\_\_\_\_\_, 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. N.\_\_\_\_\_ pendant plusieurs années. A eux seuls, le pincement discal et l'ostéochondrose L5/S1 ne doivent pas être forcément source d'inquiétude: en effet, Weismann et Sledge, dans *l'Orthopedic Radiology*, taxent cette découverte radiologique d'"*inconsequential finding*". Stokes rappelle dans le livre *The Lumbar Spine* que l'on trouve des pincements discaux aussi fréquemment chez des sujets asymptomatiques que symptomatiques. Dans le manuel *The Adult Spine*, Liang et al., auteurs du chapitre consacré à la radiologie conventionnelle dans l'évaluation du rachis, indiquent à propos du pincement discal: "*However single level disc space narrowing has minima! diagnostic significance particularly at the L5/S1 interspace*" en ajoutant un peu plus loin "*Most authorities now agree that the findings which are seldom clinically significant include* (les auteurs énumèrent alors 12 découvertes radiologiques ostéophytes ou arthrose interapophysaire entre autre) ... *and single disc narrowing.*", donc le pincement discal isolé. Liang et al. confirment donc l'avis exprimé par les deux auteurs précédents selon lequel la discopathie isolée, en particulier celle du segment L5/S1 n'est que rarement impliquée à l'origine de lombalgies.

La thèse du Dr O.\_\_\_\_\_ 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 O.\_\_\_\_\_ 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. N.\_\_\_\_\_ serait de nature post-traumatique est invérifiable. De plus, il s'avère à la lecture de son rapport que le Dr O.\_\_\_\_\_ ne disposait que d'une connaissance lacunaire de l'anamnèse de M. N.\_\_\_\_\_, 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 O.\_\_\_\_\_ 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".

Le recourant a produit un nouvel avis du Dr O.\_\_\_\_\_, du 2 avril 2009. Ce médecin, en se référant à une image radiologique (IRM du 8 juillet 2008) attestant 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 part les descriptions dans la production de douleurs par irritation spécifique[,] il est démontré que la douleur peut siéger là où M. N.\_\_\_\_\_ la décrit". La pathologie vertébrale expliquerait donc les symptômes, car "un disque ayant subi une lésion traumatique n'est pas capable de cicatriser 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".

Le recourant a encore produit un avis du Dr O.\_\_\_\_\_ du 23 octobre 2009, où ce médecin a posé le diagnostic de discopathie sévère L5-S1 post-traumatique génératrice d'un syndrome douloureux persistant. Ce médecin a indiqué 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, en se référant à des articles scientifiques attestant de la corrélation entre traumatismes et atteintes dégénératives des disques intervertébraux. Il a ajouté que les affections constatées résultaient de l'évolution naturelle des lésions traumatiques de 2004 et a précisé 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.

**G.** Le juge instructeur a ordonné une expertise. Le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, à Lausanne (clinique du dos, clinique L.\_\_\_\_\_), a été désigné comme expert. Il a examiné le recourant et a chargé le Dr H.\_\_\_\_\_, psychiatre, d'une évaluation psychiatrique. Le rapport d'expertise du 14 février 2010 retient 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'avènement 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'état de santé actuel du recourant, l'expert a notamment exposé ce qui suit:

"Actuellement, M. N. \_\_\_\_\_ 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. N. \_\_\_\_\_ 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 - aponévro - fasciale de la racine du membre inférieur. Si tel était le cas, effectivement comme le relève [le Dr S. \_\_\_\_\_], 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. [...] Si les répercussions fonctionnelles se sont [fait] sentir progressivement à distance, le rapport de 2007 du [Dr K. \_\_\_\_\_] 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 J. \_\_\_\_\_] 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 O. \_\_\_\_\_. Cette sommation de sources nociceptives multiples a dès lors profondément altéré la compréhension de ce syndrome douloureux. [...] 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. N. \_\_\_\_\_ 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".

Les parties ont été invitées se déterminer au sujet du rapport d'expertise du Dr X. \_\_\_\_\_.

La CNA a produit un nouvel avis (appréciation médicale) du Dr C. \_\_\_\_\_, du 3 mars 2010. Après des explications médicales détaillées sur les différents rapports médicaux versés au dossier, ce médecin a conclu ainsi:

"[...] le Dr X. \_\_\_\_\_ 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. N. \_\_\_\_\_ fait état (si l'on en 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 X. \_\_\_\_\_ dans son avis que l'atteinte rachidienne chez M. N. \_\_\_\_\_ 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 K. \_\_\_\_\_, ni le Dr D. \_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en rhumatologie, n'ont envisagé une algodystrophie de hanche chez M. N. \_\_\_\_\_ alors qu'ils disposaient de toute la compétence requise pour poser ce diagnostic".

Le recourant a produit un avis écrit du Dr O. \_\_\_\_\_ du 19 mai 2010, dans lequel ce médecin a déclaré réfuter les conclusions du Dr C. \_\_\_\_\_. Le Dr O. \_\_\_\_\_ a expliqué en substance que l'argumentation de son confrère au sujet de l'algodystrophie se basait sur des références bibliographiques anciennes et dépassées, puis a ajouté que ce médecin n'apportait aucune explication ni analyse de la situation médicale actuelle de l'assuré.

Le recourant a requis que des questions supplémentaires soient posées à l'expert. Le Dr X. \_\_\_\_\_ 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 l'hôpital de] M. \_\_\_\_\_, 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'aîne, 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 inférieurs, 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 de 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 mécanisme 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 C.\_\_\_\_\_ [...] "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.

Concernant les précisions demandées par le mandataire de l'assuré, l'expert apporte les explications suivantes:

"De mon point de vue, le Syndrome douloureux régional complexe de Classe de 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".

Le 16 juillet 2010, la CNA s'est déterminée sur ce complément d'expertise en produisant une nouvelle appréciation médicale du Dr C.\_\_\_\_\_, 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 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 de M.\_\_\_\_\_ posant, seulement, le diagnostic de contusion abdominale. Le Dr C.\_\_\_\_\_ a estimé que la lésion décrite par le Dr X.\_\_\_\_\_, intéressant 7

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 X. \_\_\_\_\_ ne résistait pas à l'examen critique. Le Dr C. \_\_\_\_\_ a par ailleurs exposé que les remarques du Dr O. \_\_\_\_\_ manquaient selon lui de pertinence et faisaient l'impasse sur certaines références bibliographiques.

Sur cette base, la CNA a exposé que l'expertise judiciaire et son complément du Dr X. \_\_\_\_\_ étaient lacunaire, puis a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise.

De son côté, le recourant a maintenu sa position et déposé une attestation médicale du 17 juin 2010 du Dr Q. \_\_\_\_\_ et un rapport du 12 juillet 2010 du Dr O. \_\_\_\_\_, selon lesquels les conclusions de l'expertise judiciaire du Dr X. \_\_\_\_\_, respectivement de son complément, devaient être suivies. Il a par ailleurs déposé un onglet de pièces produit dans le cadre de son dossier AI.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**b)** Selon l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière. Cette loi s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est ainsi compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** Le recourant fait grief à la CNA d'avoir refusé des prestations dues en cas de rechute, après des accidents qui avaient été pris en charge, et il se plaint à ce propos d'une violation des règles de la LAA au sujet du lien de causalité. Dans son acte de recours, il se plaint principalement de l'absence d'examen médical approfondi par la CNA. Depuis le dépôt de l'expertise judiciaire, il soutient en substance que le lien de causalité est désormais établi, entre l'atteinte dont il souffre et les accidents qu'il a subis.

**a)** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident, professionnel ou non. Le droit à des prestations suppose notamment entre l'événement 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 événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire 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 celle atteinte. 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). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base,

l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Le juge tranche cette question de fait en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, en les appréciant selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286, consid. 1b; TF 8C\_1025/2008 du 19 octobre 2009, consid. 3.2).

En cas d'état maladif antérieur, s'il y a lieu d'admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute manière survenu sans cet événement, le lien de causalité entre les symptômes présentés et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; cf. TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.3 et les références citées). L'examen de l'existence d'un lien de causalité naturelle revient donc à se demander si l'accident a causé une aggravation durable de l'état maladif antérieur ou une nouvelle atteinte durable dans le sens d'un résultat pathologique sur la partie du corps déjà lésée. Le point de savoir si l'atteinte est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus doit être tranché en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références citées; TFA U 177/02 du 15 juin 2004 consid. 3 et la référence citée).

Selon la jurisprudence, la preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme

ayant disparu (TF U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 4; TFA U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3).

**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. 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). 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 cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, le paiement d'indemnités journalières (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202]; pour les titulaires d'une rente de l'assurance-accidents: art. 21 LAA). 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).

**3. a)** En l'espèce, comme le recourant se plaint d'une atteinte à la santé physique, seule la question de la causalité naturelle entre

l'atteinte - considérée alors comme une rechute - et les accidents du 30 novembre 2004 voire du 9 janvier 2006 doit être examinée, la causalité adéquate n'ayant, selon la jurisprudence, pratiquement aucune incidence.

Cette question - de la causalité naturelle - doit être résolue essentiellement sur la base des preuves médicales.

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; TF 8C\_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

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).

**b)** L'acte de recours expose que "l'existence et le déroulement des accidents survenus en 2004 et 2006 ne font l'objet d'aucune contestation".

A ce propos, il faut relever en premier lieu qu'aucun rapport médical du dossier n'expose, de façon claire ou catégorique, que le second accident, du 9 janvier 2006, serait causal des affections présentées par le recourant à l'origine de sa demande de prestations. L'expert judiciaire, le Dr X.\_\_\_\_\_, a retenu que cette chute sur le sol ne pouvait pas être considérée comme un "facteur interférentiel notable". Sur ce point, l'expertise n'est pas contestée, ni par le recourant ni par la CNA.

Il faut donc exclure d'emblée l'existence d'une rechute ou de séquelles en relation avec l'accident du 9 janvier 2006. Il est donc superflu de se prononcer sur le déroulement de cet accident.

A propos des circonstances du premier accident, du 30 novembre 2004, il convient de relever que le recourant n'a jamais prétendu que la description initiale, dans le rapport d'admission à l'hôpital de M. \_\_\_\_\_ du jour même et dans la déclaration d'accident du 9 décembre 2004, serait erronée. Rien n'indique - comme cela est mentionné dans l'expertise du Dr X. \_\_\_\_\_ - que le recourant aurait subi une percussion par un transpalette transportant une charge de 1'200 kg. Il est douteux qu'une charge aussi lourde puisse être posée sur un chariot "RX", ces chariots étant destinés au transport de colis postaux, pas nécessairement très lourds, sur une surface équivalant à celle d'une palette CFF. Quoi qu'il en soit, la description de l'accident par l'expert ne correspond pas exactement aux premières descriptions (notamment à la déclaration d'accident LAA du 9 décembre 2004) et elle a notamment été remise en cause par le Dr C. \_\_\_\_\_ (appréciation médicale du 23 juin 2010). Il faut donc s'en tenir à la description initiale, que n'a du reste pas été contestée dans le recours.

**c)** L'expertise du Dr X. \_\_\_\_\_ a mis en évidence que "la problématique discovertébrale ne [pouvait] être considérée de manière pertinente en relation avec le traumatisme". Cette conclusion est approuvée par le médecin de la CNA. Quant au chirurgien orthopédique consulté par le recourant, soit le Dr O. \_\_\_\_\_, ce praticien n'a pas critiqué l'avis du Dr X. \_\_\_\_\_ sur ce point - quand bien même cela allait à l'encontre de ses premiers rapports - après qu'il a eu connaissance de l'expertise. Le recourant, qui accorde une pleine valeur probante à l'expertise du Dr X. \_\_\_\_\_, ne conteste en réalité pas que son atteinte rachidienne (L5-S1) n'est pas post-traumatique, et qu'elle n'est par conséquent pas à l'origine d'une rechute au sens de l'art. 11 OLAA.

**d)** Il reste à résoudre la question du lien de causalité en fonction du diagnostic posé par l'expert, soit celui d'algodystrophie de la

hanche droite (ou de syndrome douloureux régional complexe de classe II). A ce sujet, il faut apprécier les constatations de l'expert et déterminer si elles permettent de considérer au vu du dossier que l'existence d'un rapport de causalité est probable - et non pas simplement possible - dans le cas particulier.

**aa)** Les questions soulevées par l'expert, le Dr X.\_\_\_\_\_, sont complexes, en particulier les développements et les explications présentés par ce médecin. On comprend, en lisant les appréciations médicales de la CNA, que la problématique est sensible.

**bb)** Les conclusions du Dr X.\_\_\_\_\_ semblent n'évoquer qu'une simple possibilité, sur la base d'une description quelque peu "amplifiée" de l'accident (quant à l'énergie ou à la violence du traumatisme). Le diagnostic posé est particulier dans la mesure où le bilan radiologique n'est pas déterminant, d'après l'expert. En quelque sorte, on constate l'existence d'un traumatisme et celle de douleurs, et on relève dans l'incertitude actuelle ("la patho-physiologie n'est pas encore clairement élucidée"), qu'on ne peut pas exclure le lien de causalité. Les conclusions de l'expert paraissent aussi présupposer une lésion importante; or rien n'indique que la contusion causée par l'accident du 30 novembre 2004 aurait ces caractéristiques, compte tenu des pièces médicales versées au dossier.

L'algodystrophie serait, semble-t-il, plus aisée à diagnostiquer et à décrire (notamment dans l'évolution) pour d'autres régions du corps que la hanche (voir l'ouvrage versé au dossier publié par la CNA et V.\_\_\_\_\_, p. 43 ss, 52). Le diagnostic lui-même est donc discutable. Quoiqu'il en soit, il est possible dans la présente affaire de ne pas se prononcer sur la réalité du diagnostic, et de se borner à examiner le lien de causalité naturelle. De ce point de vue, les incertitudes apparaissent trop nombreuses (autrement dit: le raisonnement de l'expert semble partir de plusieurs hypothèses successives, simplement parce qu'elles ne peuvent pas être exclues sur la base du dossier médical), de sorte que le lien de causalité entre les douleurs actuelles (en 2007 et les années suivantes) et

le traumatisme résultant de l'accident du 30 novembre 2004 ne peut pas être considéré comme probable, au degré de vraisemblance prépondérante.

Les explications du Dr X.\_\_\_\_\_ sont certes abondantes et cet expert se fonde, dans son complément d'expertise du 19 mai 2010, sur plusieurs références à la doctrine médicale, en particulier au sujet du syndrome douloureux régional complexe. Cela ne saurait toutefois minimiser le fait que l'expert se base avant tout sur des hypothèses, en l'occurrence non vérifiées. De plus, le médecin-conseil de la CNA, le Dr C.\_\_\_\_\_, se base lui aussi sur de longues explications, également à l'appui de références dans la pratique médicale (appréciations médicales des 9 février 2009, 3 mars 2010 et 23 juin 2010) et aboutit à des conclusions divergentes quant au lien de causalité.

Les avis des médecins consultés par le recourant, soit les Drs O.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ ne sont pas de nature à changer cette appréciation, en ce sens qu'ils ne permettent pas de retenir l'existence, au degré de vraisemblance prépondérante, d'un degré de causalité naturelle. En particulier, le Dr O.\_\_\_\_\_ - qui n'avait jamais envisagé le diagnostic d'algodystrophie avant de prendre connaissance de l'expertise, et qui n'a pas défendu sa précédente appréciation après qu'elle a été écartée par le Dr X.\_\_\_\_\_ - ne présente pas une argumentation convaincante et ses explications ne sont pas très étoffées. Ses rapports ne sont du reste pas exempts de passages polémiques à l'endroit des médecins de la CNA. Quant au Dr Q.\_\_\_\_\_, qui est médecin généraliste et dont les rapports sont moins fouillés que ceux de ses confrères, son avis doit être relativisé en tant qu'il émane du médecin traitant de l'assuré.

Il y a encore lieu de relever qu'à la date du dépôt du recours, le recourant ne présentait lui-même aucune explication médicale pour ses douleurs. Son argumentation consistait principalement à dénoncer l'absence d'examen ou d'expertise médicale complète. Ce n'est qu'après que l'expertise a été rendue qu'il s'est alors appuyée sur celle-ci, en se

référant à l'avis des Drs O.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ qui ont corroboré les conclusions de l'expert.

**cc)** Les explications du Dr C.\_\_\_\_\_ (appréciations médicales des 9 février 2009, 3 mars 2010 et 23 juin 2010) se révèlent probantes. En particulier, ce médecin se base sur les pièces du dossier quant au déroulement de l'accident de 2004, puis se fonde sur l'ensemble des pièces médicales et sur plusieurs références dans la doctrine médicale. De façon convaincante, il écarte les conclusions de l'expertise et son argumentation médicale paraît plus sûre et mieux documentée que celles du Dr X.\_\_\_\_\_, notamment pour écarter le diagnostic de Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) posé par l'expert et pour se prononcer au sujet de l'algodystrophie et du lien de causalité entre l'accident de 2004 et les troubles annoncés. En tenant compte des rapports établis par ses confrères (notamment ceux de l'expert et du Dr Q.\_\_\_\_\_), le Dr C.\_\_\_\_\_ a en outre dûment pris en compte les plaintes de l'assuré. Il se base enfin sur une appréciation médicale claire et retient des conclusions motivées, dûment étayées et sans ambiguïté, de sorte que son avis emporte une pleine valeur probante et doit en conséquence être préféré à celui de l'expertise.

Dans sa position au sujet du lien de causalité, l'avis du Dr C.\_\_\_\_\_ est rejoint par celui du Dr S.\_\_\_\_\_. Ce dernier a expliqué de façon pertinente et en s'appuyant lui aussi sur des références dans la doctrine médicale que, plus de trois ans après l'accident du 30 novembre 2004, les suites des contusions ne pouvaient plus être à l'origine des atteintes invoquées, niant ainsi un rapport de causalité dès lors que les situations peu favorables du point de vue psycho-social étaient majoritairement à l'origine du syndrome douloureux persistant (rapport du 4 février 2008). En ce sens, l'avis de ce médecin, par ailleurs également médecin-conseil de la CNA, ne peut que corroborer les conclusions du Dr C.\_\_\_\_\_.

Il s'ensuit que la CNA - en se fondant sur l'avis de son médecin-conseil, qui est sans réserve probant - n'a pas violé le droit

fédéral en niant le lien de causalité naturelle, dans un contexte de rechute, et en refusant l'octroi au recourant de prestations selon la LAA. Au demeurant, pour répondre aux arguments présentés par le recourant, on ne saurait dire que l'avis des médecins de la CNA manquerait d'objectivité ni qu'il serait incomplet; il est au contraire pleinement pertinent.

**4.** Le recours, entièrement mal fondé, doit partant être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée rendue par la CNA. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), 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 LPGA).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- 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.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Samuel Pahud, avocat à Lausanne (pour N.\_\_\_\_\_)
- 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 :