

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 juillet 2017

Composition : M. MÉTRAL, président
M. Neu et Mme Di Ferro Demierre, juges
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

X._____, à [...], recourant, représenté par Me Pierre Serge Heger, avocat
à Bulle,

et

M._____, à Lucerne, intimée.

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1966, travaillait pour le compte de B._____, comme mécanicien monteur. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après également : la CNA, la SUVA ou l'intimée).

Le 7 mars 2014, alors que l'assuré se trouvait à l'extérieur de la halle de montage et était occupé à installer une machine sur une remorque, la machine a basculé et a endommagé sa cheville gauche (déclaration d'accident du 7 mars 2014). La machine pesait environ une tonne d'après l'estimation de l'assuré (rapport du 7 avril 2014 des Dr E._____, Q._____, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et [...], médecin assistant, à l'hôpital N._____). Les premiers soins ont été prodigués à l'hôpital N._____.

Dans un rapport du 7 avril 2014 au Dr [...], médecin traitant de l'assuré, les Drs E._____ et Q._____ ont posé le diagnostic de contusion sévère du pied gauche. Ils ont expliqué que l'assuré était revenu à l'hôpital pour un contrôle le 10 mars 2013, et qu'il présentait une péjoration du status local, avec œdèmes et tuméfaction importante du pied jusqu'à la cheville et hématome au talon et du 3^{ème} au 5^{ème} orteil. L'assuré a dès lors été hospitalisé du 10 au 13 mars 2014. Les Drs E._____ et Q._____ ont en outre exposé ce qui suit :

" On hospitalise le patient en raison de la mauvaise évolution sur le week-end avec une suspicion de syndrome des loges. Le patient est installé en lit strict et on instaure un traitement de Toradol 30 mg 2x/jour. On constate une amélioration de la tuméfaction ainsi que des phlyctènes. La parésie des orteils 2 à 5 diminue progressivement avec une récupération complète avant son départ ".

Les médecins ont prescrit, à la sortie, la pose de glace et la surélévation du membre inférieur et attesté une incapacité de travail du 10 au 22 mars 2014, à réévaluer.

La CNA a pris le cas en charge (frais médicaux et allocation d'indemnités journalières).

Lors d'un entretien téléphonique du 21 mars 2014 avec l'assuré, celui-ci a expliqué à la CNA qu'il devait rester allongé car son pied devenait douloureux et noir à la verticalisation.

Par certificat médical du 7 mai 2014, la Dresse C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin à l'hôpital N._____, a attesté la poursuite de l'incapacité de travail jusqu'au 4 juin 2014, à réévaluer. Dans son rapport du 23 mai 2014, la Dresse C._____ a posé les diagnostics de status post fracture de la corticale médiale du naviculaire, non déplacée, avec fracture non déplacée de la malléole externe. L'immobilisation initiale avait été faite par Vacoped et par plâtre. La Dresse C._____ a noté à l'examen clinique, une raideur articulaire de la cheville, une importante tuméfaction de l'avant-pied, des malléoles encore algiques mais pas de troubles neurovasculaires périphériques. Pour la suite, elle a prescrit de la physiothérapie à sec et en piscine et de marcher en charge selon la douleur à l'aide de cannes dès ce jour, à domicile.

Lors d'un nouvel entretien téléphonique du 23 mai 2014 entre l'assuré et la CNA, l'assuré a expliqué que la guérison avançait gentiment. Il avait toujours un Vacoped, mais l'enlevait parfois à la maison afin de commencer à dérouler et poser le pied et il commençait le sevrage des béquilles.

L'incapacité de travail s'est prolongée dès le 4 juin 2014 pour six semaines (certificat médical du 4 juin 2014 du Dr [...], médecin assistant à l'Hôpital N._____).

Dans son rapport médical du 23 juillet 2014 au médecin-conseil de la CNA, la Dresse C._____ a noté la persistance d'un important œdème au pied gauche, une articulation de la cheville plutôt raide, pas de troubles sensitif mise à part une légère hypoesthésie en regard de la malléole interne et relevé que le patient marchait en charge sur les talons, en déchargeant l'avant-pied. Elle a prescrit la poursuite de la physiothérapie et indiqué que le travail pouvait être repris à 100% dès le 4 août 2014.

Le 4 août 2014, l'assuré a tenté de reprendre le travail mais sans succès, car son pied gauche était toujours gonflé et n'entrait dans aucune chaussure. Il était toujours limité dans ses mouvements.

La Dresse C._____ a attesté par certificats médicaux successifs des 4 et 11 août 2014 la poursuite de l'incapacité de travail jusqu'au 14 août puis jusqu'au 22 septembre 2014.

Lors d'un entretien téléphonique du 20 août 2014, la CNA a invité l'assuré à déposer une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité. La CNA a en outre relevé ce qui suit dans le procès-verbal de l'entretien :

" Le 7.3.2014 il était occupé à décharger une machine de pulvérisation (environ une tonne). Son collègue était occupé au clark et lui s'occupait de mettre les sangles lorsque la machine a basculé. Afin de ne pas se faire écraser il a sauté et roulé au sol, la machine est retombée sur sa cheville gauche ".

L'assuré a été licencié le 17 septembre 2014 avec effet au 30 novembre suivant.

Par nouveau certificat médical du 22 septembre 2014, la Dresse C._____ a attesté la poursuite de l'incapacité de travail pour 6 à 8 mois, à réévaluer le 24 octobre 2014.

Par rapport médical du 29 septembre 2014 au médecin conseil de la CNA, la Dresse C._____ a noté que lors du contrôle du 11 août 2014, l'évolution était lentement favorable. Elle a aussi indiqué que le patient avait développé des lombalgies progressives depuis deux mois avec exacerbation aiguë depuis une semaine, ce qui avait nécessité une consultation aux urgences, où les internistes avaient prescrit des médicaments antalgiques mais n'avaient pas fait de bilan radiologique. A l'examen clinique, le patient présentait une flexion du tronc très limitée, avec une douleur qui s'exacerbait lors de l'extension du tronc. Il décrivait également de temps en temps une irradiation de la douleur dans la fesse gauche sans propagation dans le genou ni dans la jambe. Les radiographie lombaires du 11 août 2014 ne mettaient en évidence ni fracture, ni spondylolisthésis. Au niveau du pied, il présentait un œdème encore important avec eversion et inversion très limitées, et marchait sur le bord externe du pied pour éviter les douleurs.

L'assuré a été convoqué pour un examen clinique par le médecin d'arrondissement, le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le 18 novembre 2014. Dans son rapport du 24 novembre, le médecin d'arrondissement a relevé que l'assuré avait déclaré avoir des antécédents de lombalgie chronique avec épisodes de blocage et que cette symptomatologie s'était exacerbée en juillet 2014. L'évolution actuelle était favorable, sans symptomatologie douloureuse. A l'examen clinique, le médecin d'arrondissement a constaté qu'il n'y avait pas de douleur à la palpation des apophyses épineuses dorsolombaires, pas de douleur ni de contracture de la musculature paravertébrale dorsolombaire, une distance doigts-sol de 8 cm avec relèvement aisé. Il n'y avait en outre pas de syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire aux membres inférieurs. Le Dr W._____ a en outre apprécié la situation de la manière suivante :

" *Subjectivement*, il annonce des douleurs de repos occasionnelles, des douleurs météo-dépendantes, des douleurs nocturnes insomniantes et des douleurs mécaniques à la marche. Le périmètre est limité à 20 minutes. La marche dans les escaliers et en terrain accidenté est laborieuse. Les douleurs se situent à la face interne et externe du pied

et en région sous-malléolaire G [gauche]. Elles irradient occasionnellement à la face externe de la jambe G. Il se déplace en sandales.

Objectivement, on constate une boiterie à la marche, une altération des phases du pas à G, une dérotation externe du MIG [membre inférieur gauche], une marche sur la pointe du pied, une station unipodale et un sautellement G qui ne sont pas réalisables. La marche sur talon G est laborieuse. La cheville et le pied G sont tuméfiés. La cicatrice malléolaire interne est calme et collée au plan profond. Une hypodysésthésie péricicatricielle est présente. Le pied et la cheville sont douloureux à la palpation de la face externe et interne. La mobilisation de la cheville et de l'articulation sous-astragalienne G est douloureuse. La mobilité de la cheville et de l'articulation sous-astragalienne est diminuée.

Sur le plan médical, la situation n'est pas stabilisée. A 8 mois de l'accident, elle est qualifiée de défavorable. Un séjour stationnaire de 4 semaines à la J. _____ [clinique J. _____] est proposé au patient qui est d'accord avec cette proposition, en vue d'optimiser les mesures de physiothérapie, de confectionner des semelles plantaires moulées et de prescrire des chaussures orthopédiques du commerce.

Le patient a été annoncé au Dr [...] à la J. _____.

Sur le plan asséculoologique, l'incapacité de travail demeure totale ".

L'assuré a séjourné à la Clinique J. _____ (ci-après : J. _____)

du 16 décembre 2014 au 23 janvier 2015. Dans leur rapport du 2 février 2015, les Drs I. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecine du sport, et [...], médecin assistante, ont diagnostiqué des thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et raideur de la cheville et du pied gauches, rappelant que l'assuré avait subi le 7 mars 2014, un écrasement du pied gauche avec fractures de la malléole externe, du talus, du naviculaire et du sustentaculum tali. Ils ont également diagnostiqué une légère diminution de l'amplitude sensitive du nerf péronier et sural gauche. Ils ont indiqué comme comorbidités, un lumbago aigu, une gastrite et une obésité avec BMI à 32 kg/m². Les Drs I. _____ et [...] ont précisé que l'évolution subjective et objective était favorable du point de vue fonctionnel mais sans évolution significative du point de vue des douleurs. Ils ont indiqué que la situation médicale n'était pas stabilisée, mais qu'une telle stabilisation était attendue dans un délai d'un à deux mois. Ils ont en outre posé les limitations fonctionnelles (provisoires) suivantes : longs trajets, terrain irrégulier, position contraignante pour les chevilles, port de charge lourde, station debout prolongée. Les médecins de la [...] ont signalé que le pronostic de

réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable en raison des facteurs médicaux retenus après l'accident, mais favorable dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré. Ils ont enfin précisé que l'assuré était durablement incapable de travailler dans sa profession actuelle de technicien programmeur et dépannage de grosses machines.

L'assuré a fait un nouveau séjour aux ateliers professionnels de la J._____ du 26 janvier au 20 février 2015, pour une évaluation de ses capacités professionnelles. Il en est ressorti qu'il avait des idées dans des activités en lien avec la conduite professionnelle et des activités dans la technique et l'entretien. Il avait également postulé comme employé de STEP.

Par communication du 16 mars 2015, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'orientation professionnelle.

Le 23 avril 2015, l'intéressé a été vu par la Dresse C._____, qui a constaté que la tuméfaction du pied avait bien diminué avec une flexion dorsiflexion de la cheville à 25-0-0°. Il avait cependant des douleurs sur le trajet des tendons péroniers, une douleur en regard de la cicatrice de la malléole interne et on notait sur les derniers clichés un début d'arthrose au niveau du tarse. La Dresse C._____ a attesté une nouvelle incapacité de travail depuis le 23 avril 2015 à réévaluer un mois plus tard (cf. rapport du 15 mai 2015 de la Dresse C._____ au médecin conseil de la CNA). Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la cheville et du pied gauches a été réalisée le 29 avril 2015 à la demande de la Dresse C._____. Dans son rapport du 30 avril 2015, le radiologue a constaté ce qui suit :

" Il existe un petit œdème en STIR au niveau de la face postérieure de l'astragale sans fracture associée. Remaniement post-traumatique au niveau du scaphoïde tarsien en relation avec la fracture connue. Minime œdème de l'interligne antérieur de l'astragale et du calcaneum pouvant être dû à un stress mécanique versus une algo-neurodystrophie frustrée, à corréliser à la clinique. Pas d'atteinte des tendons.

Les ligaments sont sans particularité. Œdème des parties molles diffus ".

Par rapport du 17 juin 2015, le Dr E. _____ qui a vu l'assuré pour le résultat de l'IRM le 21 mai 2015, a expliqué qu'une infiltration de la sous-talienne serait programmée dans un premier temps, avant de poser l'indication formelle d'une arthrodèse sous-talienne.

Lors d'un entretien téléphonique du 26 juin 2015, l'assuré a indiqué à la CNA qu'il avait eu un entretien à l'OAI un mois plus tôt et qu'un stage au Centre [...] débuterait à fin août-début septembre 2015 pour trois mois.

Dans un nouveau certificat médical du 29 juin 2015, la Dresse C. _____ a attesté la poursuite de l'incapacité de travail du 27 mai au 30 juillet 2015, à réévaluer.

Lors d'un entretien téléphonique du 24 juillet avec la CNA, l'assuré a indiqué que l'infiltration aurait lieu le 30 juillet 2015. Par certificats médicaux successifs des 6 août et 3 septembre 2015, le Dr E. _____ a attesté une incapacité de travail du 1^{er} août au 3 octobre 2015.

L'assuré a débuté la mesure à [...] le 8 septembre 2015, mais elle a été interrompue le 9 septembre, le Dr E. _____ ayant attesté une nouvelle incapacité de travail dès le 8 septembre (certificat médical du 15 septembre 2015).

Le 16 octobre 2015, une arthroscopie associée à une arthrodèse de la sous-talienne et allongement du tendon d'achille à deux niveaux a été réalisée. A la suite de l'opération une nouvelle incapacité de travail a été attestée par le Dr E. _____, jusqu'au 22 novembre 2015, puis du 18 novembre 2015 au 31 décembre 2015. Le 14 décembre, le Dr E. _____ a attesté la poursuite de l'incapacité de travail pour six

semaines. Il a expliqué avoir prolongé les séances de physiothérapie avec proprioception, tonification et stretching de la chaîne postérieure (rapport médical du 10 décembre 2015).

Le 20 janvier 2016, une radiographie du bassin et des deux hanches de l'assuré a été effectuée. Dans le rapport du même jour, les Drs [...] et [...], spécialistes en radiologie, ont conclu à la présence d'une coxarthrose modérée bilatérale ainsi qu'à un épanchement coxofémoral bilatéral prédominant à gauche. Ils ont précisé ce qui suit:

" Résultat:

Pas de lésion osseuse d'allure traumatique ou tumorale.

Il n'y a pas de bascule pelvienne significative.

On retrouve de manière bilatérale un pincement polaire supéro-latéral et antérieur des articulations coxofémorales avec semble-t-il des petites calcifications labrales associées à gauche.

Il n'y a pas d'anomalie de la symphyse pubienne et des articulations sacro-iliaques.

Pas de calcification visible au niveau des parties molles péri-articulaires ".

Le Dr E. _____ a revu l'assuré en consultation le 28 janvier 2016. Dans son rapport du 1^{er} février 2016, il a exposé que l'évolution après l'arthroscopie et l'arthrodèse de la sous-talienne avec allongement du tendon d'achille était plutôt favorable. Le patient se déplaçait avec des cannes, avec une discrète boiterie. Cependant ses douleurs à la hanche gauche avaient décompensé, ce qui avait nécessité une consultation en urgence auprès de son médecin traitant. Les douleurs apparaissaient surtout en cas de flexion-abduction rotation externe et interne, et il y avait de discrètes douleurs au pli de l'aîne. A l'examen clinique, les manœuvres de mobilisation de la hanche en Faber et Fadir étaient positifs, témoignant d'un conflit fémoro-acétabulaire. Le Dr E. _____ proposait d'effectuer une arthro-IRM de la hanche gauche. Il a prolongé l'arrêt de travail d'un mois.

Le 5 février 2016, une arthrographie de la hanche gauche de l'assuré a été effectuée pour suspicion de lésion du labrum, qui n'a pas été

confirmée à l'examen (cf. rapport du 8 février 2016 du Dr [...], spécialiste en radiologie, au Dr E._____).

Par rapport du 8 mars 2016 au médecin conseil de la CNA, le Dr E._____ a expliqué qu'il avait examiné l'assuré conjointement avec le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et que tous deux avaient mis en évidence une discrète insuffisance dans le territoire du pyramidal et du psoas, ainsi que, comme auparavant, les manoeuvre de Faber et de Fadir positives, témoignant indirectement d'un conflit fémoro-acétabulaire. Le Dr E._____ a prescrit de la physiothérapie avec proprioception, tonification du pyramidal et du psoas et nouveau contrôle par le Dr F._____ six semaines plus tard. Le Dr E._____ a prolongé l'arrêt de travail de six semaines, l'assuré ne pouvant pas effectuer de travail sur les chantiers.

L'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 18 avril 2016, le médecin d'arrondissement a apprécié la situation de la manière suivante :

" Des douleurs de la hanche G [gauche] sont apparues il y a 4 ou 5 mois sans événement particulier.

Le bilan clinique et par imagerie a démontré la présence d'un état dégénératif/maladif sous forme d'une coxarthrose bilatérale et d'un conflit fémoro-acétabulaire type CAM bilatéral.

Le traitement actuel est conservateur et un traitement de physiothérapie a été prescrit.

L'évolution des troubles de la cheville et du pied G demeure défavorable.

Le patient n'a pas repris d'activité professionnelle.

Subjectivement, concernant les troubles de la cheville et du pied G, il annonce des douleurs de repos occasionnelles, des douleurs météo-dépendantes, des douleurs insomniantes et des douleurs mécaniques qui se situent à la face externe et interne de la cheville et de l'articulation sous-astragaliennne et en région postérieure, à l'effort. Il a quelques douleurs à la face dorsale du pied à l'effort et après l'effort et quelques acroparesthésies lors de la position statique assise ou couchée qui disparaissent à la mobilisation. Il a une tuméfaction permanente de la cheville et du pied qui augmente le soir et à l'effort

et une diminution de la mobilité. Il marche avec une canne lorsqu'il se déplace à l'extérieur. Le périmètre de marche à plat est limité à 15min. La marche dans les escaliers à un étage à la descente et deux étages à la montée. La marche en terrain accidenté est évitée. La station assise n'est pas limitée.

Objectivement, on constate une marche avec boiterie d'épargne au MIG [membre inférieur gauche], une altération des phases du pas à G. La marche talon/pointe, la station unipodale et le sautillerment G ne sont pas réalisables. La marche sur le talon G est laborieuse. L'accroupissement est limité. Le pied et la cheville G sont tuméfiés, les cicatrices sont calmes sans signe irritatif. L'angle du pas est de 25° externe à G et de 10° externe à D [droite]. Les douleurs sont présentes à la face externe et interne de la cheville et de l'articulation sous-astragalienne et à la mobilisation de la cheville et de l'articulation sous-astragalienne. La température cutanée à la face dorsale du pied est légèrement diminuée à G. La mobilité de la cheville G et de l'articulation sous-astragalienne G est diminuée. Une discrète amyotrophie est présente au MIG.

Sur le plan médical, la situation peut à présent être considérée comme suffisamment stabilisée pour évaluer les séquelles lésionnelles. Les suites de l'accident nécessitent un suivi médical espacé à long terme (1 à 2 consultations/année) et des mesures ponctuelles d'antalgie associées à un protecteur gastrique. Il n'y a pas de traitement de physiothérapie susceptible de l'améliorer de manière notable. Il n'y a pas de traitement chirurgical susceptible de l'améliorer de manière notable à court terme mais on ne peut exclure la nécessité de procéder une arthrodèse de l'articulation sous-astragalienne, à moyen ou long terme, ce que le patient n'envisage pas actuellement.

Les troubles du bassin et des 2 hanches, symptomatiques à G depuis 4 à 5 mois et sans lésion structurelle imputable à la chute, sont en relation avec un état maladif/dégénératif et ne sont pas en relation de causalité naturelle avec l'accident du 07.03.2014.

Sur le plan asséculoologique, un retour durable vers une pleine capacité dans son activité n'est vraisemblablement pas envisageable. Le patient peut, par contre, mettre en valeur une pleine capacité (horaire et rendement) dans une activité adaptée avec les limitations suivantes pour le MIG : position de travail assis/debout, pas de station debout prolongée, pas de déplacement en terrain accidenté et pas de longs déplacements, pas d'utilisation d'échelles et d'échafaudages et pas d'utilisation répétée d'escaliers, pas de travail en position accroupie ou au sol et pas de port de charges lourdes.

Les séquelles lésionnelles ouvrent le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) qui fait l'objet d'une appréciation séparée ".

Par rapport du 21 avril 2016, le Dr W. _____ a fixé le taux de l'atteinte à l'intégrité à 15%, par analogie avec le taux attribué à une arthrodèse de l'articulation sous-astragalienne selon la table 5, p. 5.2, du barème d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA.

Par certificat médical du 18 avril 2016, le Dr F._____ a prolongé l'incapacité de travail pour six semaines.

Dans un courrier du 25 avril 2016, la CNA a informé l'avocat de l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des frais médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 mai 2016, dès lors que l'on ne pouvait plus attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident du 7 mars 2014.

Par décision du 26 avril 2016, la CNA a nié le droit de l'assuré à des prestations d'assurances pour ses troubles aux hanches et au niveau du dos, en l'absence de lien de causalité entre ces atteintes et l'évènement du 7 mars 2014.

Le 27 mai 2016, l'assuré, par son avocat, Me Heger, s'est opposé à la décision du 26 avril 2016, concluant, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale, ainsi qu'à la suspension de la décision concernant le degré d'atteinte à l'intégrité et principalement à l'annulation de la décision du 26 avril 2016 concernant le lien de causalité entre les problèmes de hanches et de dos et l'accident du 7 mars 2014, ainsi que le calcul du degré d'atteinte à l'intégrité du même jour. L'assuré a contesté l'absence de lien de causalité entre les atteintes au dos et aux hanches et précisé qu'il attaquait simultanément la décision fixant le degré d'atteinte à l'intégrité, bien que cette dernière ne paraissait pas avoir fait l'objet d'une notification formelle. L'opposant a pris appui sur le fait que son physiothérapeute et le Dr F._____ avaient " quelques doutes sur l'absence de lien de causalité " et qu'en " tout état, ils se prononcent de manière clairement différente de la SUVA en ce sens que ces problèmes de hanche et de dos n'auraient en tout cas pas de rapport avec un état préexistant ". L'assuré a encore fait valoir que la décision n'était pas suffisamment motivée et paraissait fondée sur des documents non accessibles à l'opposant, en particulier la pièce n° 136 du 10 mars 2016, intitulée " refus informel troubles bassin, hanche G+D, causalité manquante " mentionnée dans la page de garde du dossier. Il a demandé

qu'une expertise neutre soit conduite afin de déterminer l'origine des problèmes de hanches et de dos du recourant et pouvoir s'exprimer clairement et de manière dûment motivée sur l'existence ou l'inexistence d'un lien de causalité entre l'accident du 7 mars 2014 et les troubles en question.

Par décision sur opposition du 1^{er} juin 2016, la CNA a confirmé sa décision du 26 avril 2016, étant d'avis qu'il y a lieu de suivre les conclusions du Dr W._____ qui s'est, selon elle, prononcé en toute connaissance de cause et pour lequel les troubles du bassin et des deux hanches ne sont pas en relation de causalité naturelle avec l'accident, mais sont à mettre sur le compte d'un état maladif/dégénératif.

Dans un certificat médical du 19 mai 2016, le Dr F._____ a attesté la poursuite de l'incapacité de travail de l'assuré du 19 mai au 30 juin 2016.

B. Par acte du 4 juillet 2016, X._____, par son avocat, recourt contre la décision sur opposition du 1^{er} juin 2016, concluant, préalablement, à l'octroi de l'effet suspensif au recours ainsi que, principalement, à l'annulation de la décision sur opposition. Il demande qu'une expertise médicale soit ordonnée afin de " déterminer le lien de causalité aussi bien naturelle qu'adéquate entre les pathologies dont le recourant souffre aux hanches et au dos et l'accident du 7 mars 2014 ". Il fait valoir, d'une part, une violation du droit d'être entendu, en raison de l'absence au dossier de la pièce n° 136, qui est selon lui " le document le plus pertinent qui semble avoir fondé la décision dont est recours " et qui lui a été communiqué le 3 mai 2016. A la forme également, il estime que la SUVA s'est empressée de rendre sa décision sur opposition, ce qui laisserait penser qu'elle a pris cette décision sans prendre en compte les arguments pertinents qu'il a développés dans son opposition, se plaignant en particulier du fait qu'elle n'a pas tenu compte de son grief relatif à l'absence au dossier de la pièce susmentionnée. Il fait encore valoir une violation du droit d'être entendu au motif que la CNA n'a pas confronté

l'avis du médecin conseil de la CNA à celui de son médecin orthopédiste traitant, lequel est à son sens, également pertinent. Sur le fond, le recourant fait valoir en substance que l'appréciation du médecin conseil est mise en doute par l'avis du 15 juin 2016 de son médecin orthopédiste, le Dr F. _____, qu'il produit et dans lequel ce dernier relève l'absence de coxarthrose préexistante à l'examen des documents médicaux sur lesquels le médecin d'arrondissement se fonde justement pour nier la présence d'un rapport de causalité. Il critique en outre le rapport du médecin d'arrondissement, au motif que le critère de la vraisemblance prépondérante sauterait " aux yeux dans la présente espèce puisqu'une claudication permanente peut manifestement causer des maux de dos et de hanche et il n'est manifestement pas besoin d'étudier la médecine pour s'en douter ". De plus, le recourant reproche au Dr W. _____ de s'être enquis de manière superficielle d'avis médicaux tout aussi pertinents que le sien, soit celui de son médecin spécialiste traitant. Le recourant fait encore valoir que le considérant 3 de la décision sur opposition est irrelevante dès lors qu'il n'avait jamais été allégué qu'il se serait blessé aux hanches et au dos au moment de l'accident assuré. Il produit en outre le rapport du Dr F. _____ du 15 juin 2016 rédigé en ces termes :

"A la question s'il y a des signes radiologiques et/ou cliniques d'une coxarthrose gauche.

Le bilan radiologique à ma disposition avec bassin de face du 20.02.2016 [recte : 20.01.2016] et faux profil selon Lequesne gauche à la même date, démontre un interligne articulaire conservé, une très discrète sclérose au niveau du toit du cotyle, pas de kyste sous-chondral, pas d'ostéophyte.

Sur l'IRM qui date du 05.02.2016, on note une déchirure du labrum. Pas d'œdème sous-chondral, pas de kyste osseux.

En résumé, il n'y a pas de signe formel d'une coxarthrose chez ce patient. Il a bénéficié de physiothérapie pour rééduquer le psoas et le pyramidal où il y a déjà une nette amélioration après quelques séances.

A mon avis, le problème actuel au niveau de la hanche gauche est musculaire. Il y a une configuration tête-col qui est compatible avec un conflit fémoro-acétabulaire. Ceci est très peu symptomatique actuellement ".

Le 9 août 2016, le recourant complète son recours en produisant un rapport médical du 7 août 2014, des urgences médico-

chirurgicales de l'Hôpital N._____, ne figurant pas au dossier de l'assureur-accidents. Il en ressort que l'assuré a été pris en charge le 6 août 2014 en raison de ses lombalgies. Les médecins des urgences ont posé le diagnostic de syndrome radiculaire L5-S1 à gauche non déficitaire. Dans l'anamnèse, ils ont rappelé que l'assuré était suivi en orthopédie à la suite de son accident avec multiples fractures au pied gauche et exposé qu'il présentait depuis 2-3 mois des douleurs lombaires basses nettement aggravées les derniers jours avec irradiation au niveau de la face postérieure de la cuisse gauche jusqu'au genou. Ils ont relevé qu'il n'y avait pas de facteur déclenchant identifié et qu'il y avait une boiterie depuis l'accident. Le recourant demande que ce document soit soumis au médecin d'arrondissement de la CNA pour appréciation complémentaire, ainsi qu'éventuellement au Dr F._____.

Dans sa réponse du 26 octobre 2016, la CNA conclut au rejet du recours. Elle explique avoir soumis le rapport du 15 juin 2016 du Dr F._____ au Dr D._____, spécialiste en chirurgie, médecin auprès de la division de médecine des assurances de la CNA, dont le rapport confirme, selon elle, les conclusions du Dr W._____. Dans son rapport du 26 septembre 2016, le Dr D._____ a apprécié la situation de la manière suivante :

" Il nous est demandé de déterminer si les allégations du Dr F._____ infirmant l'existence d'une coxarthrose et attestant d'un problème musculaire, modifient les conclusions du médecin d'arrondissement quant au lien de causalité entre les troubles présentés par M. X._____ au niveau des hanches et l'accident du 7 mars 2014.

Afin de pouvoir se déterminer, il semble judicieux en préambule de s'attarder sur le conflit fémoro-acétabulaire.

C'est l'anamnèse et l'examen clinique qui posent le diagnostic de conflit fémoro-acétabulaire, alors que les examens radiologiques permettent d'en déterminer la cause. Le conflit est lié à des altérations morphologiques du cotyle et/ou du fémur proximal qui entraînent un contact aberrant entre ces deux composants articulaires, entraînant une limitation de mobilité articulaire ou une mobilité articulaire excessive avec une morphologie normale.

Le conflit fémoro-acétabulaire est une des étiologies de coxarthrose précoce. En effet, contrairement à une prothèse de hanche qui luxé lors d'un conflit fémoro-acétabulaire, la hanche native est beaucoup plus contrainte et ne peut échapper aux effets néfastes du contact ou des forces de cisaillement dues à ce conflit, avec comme conséquence

des lésions du cartilage et/ou du labrum. Ces lésions progressent et aboutissent à une arthrose avérée si la cause sous-jacente du conflit n'est pas traitée précocement.

La localisation de l'altération morphologique détermine le type de conflit et les lésions articulaires qu'il entraîne.

Il existe deux types de conflit : le pincer lié à une pathologie acétabulaire et le cam lié à une pathologie fémorale.

[...].

Revenons au cas de M. X. _____.

Ce dernier a été blessé lors de son accident du 7 mars 2014, au niveau de la cheville gauche par écrasement. Il présente des douleurs à la cheville gauche, raison pour laquelle il est par ailleurs opéré en octobre 2015.

Par la suite, dès janvier 2016 donc à pratiquement deux ans de l'accident du 7 mars 2014, il fait état de douleurs à la hanche gauche, ceci sans nouvel événement.

En comparant, radiologiquement une radiographie présentant un conflit cam (figure 3) et la radiographie du bassin de M. X. _____ (figure 4), force est de constater que ce dernier présente un conflit cam (figure 4, ellipse jaune), voire même un conflit mixte pincer (figure 4 flèche orange) et cam.

En reprenant les allégations du Dr F. _____, nous le rejoignons lorsqu'il mentionne un conflit fémoro-acétabulaire, puisque l'imagerie révèle un conflit fémoro-acétabulaire de type mixte pincer-cam. Comme cité précédemment un conflit fémoro-acétabulaire est lié à des altérations morphologiques du cotyle et/ou du fémur proximal qui entraînent un contact aberrant entre ces deux composants articulaires. Ces altérations morphologiques ne sont en aucun cas d'origine traumatique, mais d'origine malade ou dégénérative.

Tout comme le Dr W. _____ lors de son examen du 18 avril 2016, le Dr E. _____ mentionne déjà le 1^{er} février 2016 que : « les douleurs apparaissent surtout en faisant une flexion-abduction rotation interne et une flexion-abduction rotation externe et des discrètes douleurs au niveau du pli de l'aîne et les manoeuvres de mobilisation de la hanche en FABER et en FADIR sont positifs ». Ces constatations témoignent d'un conflit fémoro-acétabulaire. M. X. _____ présente donc à la fois la clinique et l'imagerie typique d'un conflit fémoro-acétabulaire.

Nous sommes également d'accord avec le Dr F. _____ lorsqu'il écrit que l'assuré ne présente pas une arthrose sévère au niveau de sa hanche gauche, puisque la sclérose du toit du cotyle visible sur les radiographies de l'assuré signe un début de coxarthrose.

Le Dr F. _____ estime l'origine des problèmes actuels présentés par M. X. _____ comme musculaire, ce qui peut être possible, mais sûrement pas au degré de vraisemblance prépondérante. M. X. _____ se plaint en effet de douleurs principalement au niveau du pli inguinal et il présente les signes cliniques pathognomoniques d'un conflit fémoro-acétabulaire. La symptomatologie douloureuse de M. X. _____ au niveau de sa hanche gauche est donc très probablement en relation avec le conflit fémoro-acétabulaire objectivé sur l'imagerie, à savoir remaniement du col fémoral, de l'acétabulum et du labrum.

Par conséquent, nous nous rallions à l'avis du Dr W._____, médecin d'arrondissement et estimons que les troubles présentés par M. X._____ dès janvier 2016 sont dus au conflit fémoro-acétabulaire cam voire mixte au niveau de la hanche gauche. Ce conflit fémoro-acétabulaire est, comme nous l'avons vu, d'origine malformative et n'a donc pas pu être provoqué par l'accident du 7 mars 2014, dans un rapport de causalité atteignant la vraisemblance prépondérante.

Conclusions

Nous rejoignons partiellement les allégations du Dr F._____, dans le sens où il est vrai que M. X._____ présente un conflit fémoro-acétabulaire au niveau de la hanche gauche et qu'il ne présente pas d'arthrose sévère au niveau de la hanche gauche, seule une légère sclérose étant visible sur l'imagerie.

Par contre, quant à l'origine des troubles présentés par M. X._____ dès janvier 2016, il est tout au plus possible qu'ils soient d'origine musculaire, mais il est pour le moins probable qu'ils soient dus au conflit fémoro-acétabulaire gauche.

En sachant que le conflit fémoro-acétabulaire est lié à des altérations morphologiques du cotyle et/ou du fémur proximal, il est évident qu'il n'existe pas de relation de causalité au degré de vraisemblance prépondérante entre les troubles présentés par M. X._____ dès janvier 2016 et l'accident du 7 mars 2014.

Nous nous rallions dans ce sens aux conclusions du Dr W._____, médecin d'arrondissement.

Réponse aux questions

Le rapport du Dr F._____ n'apporte aucun argument permettant de mettre à mal les conclusions du médecin d'arrondissement.

Les troubles présentés au niveau de la hanche gauche dès janvier 2016 par M. X._____ sont dus à un conflit fémoro-acétabulaire révélé par l'iconographie et confirmé par l'anamnèse et l'examen clinique. Ce conflit fémoro-acétabulaire est lié à des modifications morphologiques qui sont d'origine malade ou dégénérative et non traumatique ".

Dans sa réplique du 16 décembre 2016, le recourant persiste dans sa conclusion tendant à la mise en œuvre d'une expertise. Il prend appui sur un certificat médical du 28 novembre 2016 du Dr F._____ qu'il produit, arguant que ce dernier " n'exclut pas un lien de causalité entre l'accident et les douleurs à la hanche, contrairement au rapport, certes circonstancié mais établi uniquement sur la base du dossier médical du patient sans le moindre examen personnel, du Dr D._____ ". Dans ledit certificat médical, il est écrit ce qui suit :

" Le patient susnommé est actuellement en traitement pour des problèmes de la hanche gauche. Il a eu un accident en mars 2014, avec un écrasement du pied gauche. Lors de cette chute, il y a eu aussi un traumatisme au niveau du bassin. Le patient dit que les

symptômes au niveau de la hanche se sont manifestés suite à l'accident. Auparavant, il n'y avait aucune plainte.

Sur l'IRM actuelle, on voit des lésions cartilagineuses en zones de charge. Il y a aussi une jonction tête-col compatible avec un conflit fémoro-acétabulaire. Il est difficile à faire un lien clair avec l'accident. Mais il est quand-même possible qu'une chute violente ait pu déclencher des douleurs au niveau de la hanche gauche ".

Dans sa duplique du 19 janvier 2017, la CNA conclut au rejet du recours.

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, 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 LPGA). Le recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA).

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

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme (cf. art. 61 let. b LPGA notamment). Il est donc recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents pour les lésions qu'il présente aux hanches et au dos, singulièrement sur le point de savoir s'il existe un rapport de causalité

entre ces atteintes et l'événement accidentel du 7 mars 2014. Le recourant fait également valoir des griefs d'ordre formel, invoquant la violation de son droit d'être entendu. Il convient d'examiner ces griefs en premier lieu, le droit d'être entendu étant une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès sur le fond (TF 8C_501/2010 du 3 juin 2011 consid. 3.2 et les références).

3. a) La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. et qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 129 II 497 consid. 2.2 ; ATF 126 V 130 consid. 2a), a déduit du droit d'être entendu, notamment, le droit pour le justiciable d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 I 279 consid. 2.3 ; ATF 133 I 270 consid. 3.1 et les références). Le droit de consulter le dossier s'étend à toutes les pièces décisives figurant au dossier et garantit que les parties puissent prendre connaissance des éléments fondant la décision et s'exprimer à leur sujet (ATF 132 II 485 consid. 3.2 ; 129 I 85 consid. 4.1 ; cf. TF 8C_659/2013 du 4 juin 2014 consid. 3.2).

b) le recourant fait valoir en l'occurrence une violation de son droit d'être entendu au motif qu'il n'aurait pas eu accès, dans le dossier de la CNA, à la pièce n° 136, soit un courrier du 10 mars 2016 intitulé par la CNA " refus informel troubles du bassin, hanche G + D, causalité manquante ".

Ce grief est mal fondé. En effet, la pièce en question est un courrier que la CNA a adressé à l'avocat du recourant, lui faisant savoir qu'en l'absence de lien de causalité entre l'événement du 7 mars 2014 et les troubles à la hanche et au bassin, elle refusait la prise en charge des prestations d'assurance, précisant en outre qu'elle était disposée à rendre une décision sur demande. Me Heger a eu accès à ce courrier du 10 mars 2016 puisqu'il a répondu le 24 mars 2016 en s'y référant expressément et a demandé à la CNA de rendre une décision formelle. On ne saurait donc

retenir une violation du droit d'être entendu au motif que le recourant n'aurait pas eu accès à une pièce décisive du dossier. Dans ces conditions, c'est également à juste titre que la CNA n'a pas répondu à ce même grief dans la décision sur opposition litigieuse, dès lors qu'il n'a pas lieu d'être. En effet, le droit d'être entendu, lequel comprend le devoir des autorités de motiver les décisions qu'elles rendent (TFA I 585/04 du 3 octobre 2005 consid. 2.1 et la référence) ne leur impose en revanche pas de discuter tous les griefs invoqués par les parties. Elles peuvent se limiter à ceux qui, sans arbitraire, leur paraissent pertinents (TFA I 585/04 du 3 octobre 2005 consid. 2.2 et la référence). Quant au grief du recourant selon lequel la CNA aurait violé son droit d'être entendu au motif qu'elle n'a pas confronté l'avis du médecin conseil de la CNA avec celui de son médecin orthopédiste traitant, et qu'elle n'a pas mis en œuvre une contre-expertise, il n'a pas de portée propre par rapport à celui tiré d'une mauvaise appréciation des preuves. L'assureur ou le juge peuvent effectivement renoncer à accomplir certains actes d'instruction sans que cela n'entraîne une violation du droit d'être entendu (sur cette notion en corrélation avec l'administration de preuves, cf. ATF 130 II 425 consid. 2.1, 119 Ib 492 consid. 5b/bb) s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves en général : ATF 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2) (cf. TF 9C_587/2014 du 20 octobre 2014, consid. 4). L'argumentation du recourant sera donc traitée avec le fond du litige.

4. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurances sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'art. 4 LPGA définit l'accident comme toute atteinte dommageable soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'évènement

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. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. Il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Cette question de fait repose essentiellement sur des renseignements d'ordre médical et doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité d'un lien de causalité ne suffit pas pour fonder un droit à des prestations d'assurance (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1, ATF 118 V 286 consid. 1b).

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, ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a). Ainsi, l'examen du rapport de causalité adéquate est superflu lorsque, sur la base de l'appréciation médicale, le lien de causalité naturelle entre l'évènement assuré et les troubles signalés n'a pas été prouvé à tout le moins selon le critère de la vraisemblance prépondérante (ATF 119 V 335 consid. 4c).

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 p. 341 sv. ; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., consid. 3b).

b) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration (cf. art. 43 LPGA) ou le juge des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA). Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Dans ce contexte, l'administration ou le juge doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. (VSI 1994 p. 220, consid. 4a). Toutefois, le principe inquisitoire n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ainsi que le prévoit expressément l'art. 61 let. c LPGA pour la procédure devant le tribunal des assurances). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les risques de l'absence de preuve (ATF 125 V 195, consid. 2 et les références; TF I 906/05 du 23 janvier 2007, consid. 5.1).

c) 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 apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre, en se conformant à la règle du degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée).

En matière de valeur probante des documents médicaux, la jurisprudence a notamment précisé que le juge peut accorder une telle valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de l'assurance-accidents aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TF 8C _565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

5. En l'occurrence, la CNA s'est fondée essentiellement sur le rapport du 18 avril 2016 du médecin d'arrondissement, le Dr W._____, lequel est d'avis que la coxarthrose bilatérale et le conflit fémoro-acétabulaire bilatéral sont des atteintes d'origine dégénérative/maladive, sans relation de causalité naturelle avec l'accident du 7 mars 2014. Quoiqu'en dise le recourant, le rapport du Dr W._____ se fonde sur un dossier médical (anamnèse) complet, prenant en compte en particulier l'avis des médecins orthopédistes traitants s'agissant de la problématique des hanches et du bassin. En effet, le rapport du médecin d'arrondissement tient compte des résultats de la radiographie du 20 janvier 2016 du bassin et des hanches - dans lequel les radiologues ont relevé qu'il n'y a pas de lésion osseuse d'origine traumatique - ainsi que le

rapport du Dr E. _____ du 1^{er} février 2016 et celui du 8 mars 2016 des Drs E. _____ et F. _____, qui ont diagnostiqué un conflit fémoro-acétabulaire lors de leurs examens cliniques (tests de Faber et Fadir positifs), sans toutefois se prononcer sur le lien de causalité entre cette atteinte et l'évènement accidentel. Au surplus, le Dr W. _____ a procédé à un examen clinique du recourant, a pris en compte les indications subjectives de ce dernier, a décrit clairement le contexte et son appréciation médicale est claire. On relèvera toutefois que ses explications quant à l'absence de lien de causalité naturelle entre les atteintes et l'évènement du 7 mars 2014 sont succinctes, le Dr W. _____ se limitant à relever que les troubles sont symptomatiques à gauche depuis quatre à cinq mois et l'absence de lésion structurelle imputable à la chute. Cela étant, le Dr D. _____ rejoint les conclusions du Dr W. _____ sur cette question, aux termes de son rapport clair et circonstancié, qui emporte conviction. Après avoir expliqué ce qu'est un conflit fémoro-acétabulaire, à savoir un conflit lié à des altérations morphologiques du cotyle et/ou du fémur proximal, ce qui entraîne un contact aberrant entre ces deux composantes articulaires, et précisé que le conflit fémoro-acétabulaire était l'une des étiologies de coxarthrose précoce, le Dr D. _____ a confirmé que le recourant présentait un tel conflit, vu les radiographies et vu la présence des signes cliniques typiques de cette atteinte. Il a exposé de manière convaincante également, complétant le rapport du Dr W. _____ sur ce point, que le conflit fémoro-acétabulaire est lié à des altérations morphologiques du cotyle et/ou du fémur proximal, lesquelles ne sont en aucun cas d'origine traumatique, mais sont d'origine malade ou dégénérative. Le Dr D. _____ a au surplus expliqué pourquoi il rejoignait l'avis du Dr F. _____ sur la question de l'arthrose (tous deux sont d'avis que l'assuré ne présente pas d'arthrose sévère au niveau de sa hanche gauche, puisque l'imagerie ne révèle qu'une légère sclérose), mais pas sur la question de l'origine des douleurs à la hanche gauche (le Dr D. _____ explique que les douleurs sont très probablement en relation avec le conflit fémoro-acétabulaire vu qu'elles sont situées principalement au niveau du pli inguinal, et non pas d'origine musculaire comme l'a estimé le Dr F. _____ dans son rapport du 15 juin 2016). Le fait que le Dr

D._____ n'ait pas personnellement examiné le recourant n'apparaît pas déterminant dans le cas d'espèce, puisque son analyse repose sur un dossier médical complet et en particulier sur les récents examens cliniques réalisés par ses confrères.

Vu l'argumentation du recourant et vu ce qui précède, on précisera en outre que l'appréciation partiellement divergente du Dr F._____, ne porte pas sur des points suffisamment importants au vu de la question litigieuse, pour remettre en cause l'appréciation concordante des Drs W._____ et D._____. En particulier, le degré d'intensité de l'arthrose n'apparaît pas déterminant pour trancher la question de la causalité naturelle entre l'accident du 7 mars 2014 et l'atteinte à la hanche gauche. En outre, le Dr F._____ souligne expressément dans son certificat médical du 28 novembre 2016 qu'il est difficile de faire un lien clair avec l'accident, quoiqu'il soit possible qu'une chute violente ait pu déclencher des douleurs au niveau de la hanche. Or, la seule possibilité d'un rapport de cause à effet entre un événement accidentel et une lésion ne suffit pas à établir un lien de causalité naturelle, qui doit être établi au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. supra consid. 4a). On relèvera également qu'il n'a jamais été question dans les pièces du dossier d'une chute violente sur la hanche lors de l'accident. Le recourant a d'ailleurs expressément indiqué dans son acte de recours qu'il n'était pas tombé sur les hanches ou sur le dos. Il est de plus constant que les douleurs à la hanche gauche ne sont apparues que vers le début 2016, soit presque deux ans après l'évènement accidentel, ce qui rend l'existence d'un lien de causalité d'autant plus douteux. Enfin, l'allégation du recourant, selon laquelle sa claudication provoquée par l'immobilisation de la cheville suite à l'accident est à l'origine de ses problèmes au dos et aux hanches, ne repose sur aucune pièce médicale au dossier. Dès lors, cette simple hypothèse ne suffit pas à jeter le doute sur l'appréciation des Drs W._____ et D._____ niant l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'évènement du 7 mars 2014 et les problèmes de hanches du recourant, ni ne justifie un complément d'instruction.

Vu ce qui précède, il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que les douleurs du recourant à la hanche gauche sont dues au conflit fémoro-acétabulaire, lequel est accompagné d'une légère arthrose, et que ces atteintes sont sans lien de causalité naturelle avec l'accident du 7 mars 2014.

En ce qui concerne les lombalgies, le recourant a produit un rapport du 9 août 2016 faisant état d'une exacerbation des douleurs en été 2014. Dans son rapport du 24 novembre 2014, le médecin d'arrondissement a précisé que l'assuré avait des antécédents de lombalgies chroniques. Aucun document médical au dossier ne fait état d'un lien de causalité entre ces lombalgies et l'accident. Par ailleurs, aucune pièce médicale n'atteste de problème récent à ce niveau, les derniers constats relatifs à des douleurs dorsales étant mentionnées dans le rapport du 2 février 2015 des Drs I. _____ et [...]. Dans son rapport du 28 novembre 2016, produit par le recourant, le Dr F. _____ ne mentionne pas de problème de dos. Dans ces conditions, l'intimée a nié à juste titre la persistance d'atteinte dorsale en relation de causalité naturelle avec l'accident.

En définitive, les faits pertinents pour trancher le litige étant établis au degré de la vraisemblance prépondérante, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre un complément d'instruction en la forme d'une expertise médicale.

Le présent arrêt rend sans objet la demande de restitution de l'effet suspensif. Au demeurant, il convient de préciser que par définition, le recours contre une décision négative, portant refus de prestations, ne peut pas avoir d'effet suspensif (ATF 126 V 407 et 117 V 185).

6. a) Vu ce qui précède, le recours est rejeté ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition litigieuse.

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais judiciaires.

c) Le recourant qui n'obtient pas gain de cause n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**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 1^{er} juin 2016 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Pierre Serge Heger (pour X. _____), à Bulle,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, division juridique, à Lucerne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :