

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 avril 2020

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Gutmann et Riesen, assesseurs
Greffière: Mme Parel

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourant, représenté par Me Pierre-Xavier Luciani,
avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA ; 4 LPG

E n f a i t :

A. P._____, né en 1969 (ci-après : l'assuré ou le recourant), a été victime de quatre accidents en 2015, soit le 19 février 2015, par électrocution (sinistre n° 26.30249.15.8), le 20 mars 2015, atteinte à l'œil droit (sinistre n° 16.35456.15.5), le 7 avril 2015, choc avec un crochet au niveau du visage et à l'arrière de la tête (sinistre n° 23.24034.15.6) et le 6 mai 2015 (sinistre n° 23.59218.15.2).

L'assuré a été engagé comme maçon à temps complet pour une durée indéterminée par la société C._____ (ci-après : l'employeur) dès le 5 mars 2018 et était assuré en cette qualité contre les accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la SUVA ou l'intimée).

Par déclaration de sinistre du 4 avril 2018, l'employeur a informé la CNA que l'assuré avait été victime d'un accident professionnel le 21 mars 2018. Il y est exposé que « en portant une pièce préfabriquée, Monsieur P._____ a perdu l'équilibre et au lieu de lâcher la pièce, il a été taper, avec tout le poids contre le mur qui se trouvait derrière lui, la partie haute de son corps ». Les premiers soins ont été dispensés par l'Hôpital W._____ le 31 mars 2018. Les blessures mentionnées sur la déclaration d'accident sont un écrasement du thorax du côté droit (côtes, cage thoracique), une contusion au cou et un écrasement de l'épaule droite. L'assuré a été en incapacité de travail à 100 % dès le 31 mars 2018.

Le rapport établi le 31 mars 2018 par le Dr G._____, médecin agréé auprès de l'Hôpital W._____, indique notamment que l'assuré s'est présenté ce jour-là aux urgences à 13 heures 10 pour un traumatisme de la colonne cervicale accouru au travail environ dix jours auparavant. Le patient « est resté encoublé entre 2 murs, avec trauma direct au niveau du rachis cervical ». Depuis, les douleurs sont allées en augmentant au niveau du rachis cervico-thoracique. Le diagnostic retenu est celui d'une contusion cervico-thoracique. Aucun déficit à la marche n'a

été constaté et l'assuré n'a pas exprimé d'autres plaintes. Les radiographies de la colonne cervicale et de la colonne thoracique n'ont pas révélé de fractures visibles. Le port d'une minerve en mousse a été prescrit pendant cinq jours (à abandonner doucement), ainsi qu'une antalgie simple. L'assuré a été mis en arrêt de travail à 100 % du 31 mars au 8 avril 2018, avec une reprise totale prévue le 9 avril 2018.

Le 27 avril 2018, la Dre B._____ de l'Hôpital W._____ a délivré un certificat médical attestant une reprise du travail à 50 % du 30 avril au 6 mai 2018 puis à 100 % dès le 7 mai 2018. Le 2 mai 2018, un certificat médical établi par la Dre H._____ de l'Hôpital W._____ a attesté une incapacité totale de travail dès le 2 mai 2018, probablement jusqu'au 8 mai suivant. Le 8 mai 2018, le Dr N._____ de l'Hôpital W._____ a attesté une incapacité totale de travail du 8 au 13 mai 2018, avec une reprise à 50 % du 14 au 28 mai 2018 et à 100 % dès le 29 mai 2018.

Il ressort d'une notice téléphonique du 15 juin 2018 que l'assuré a déclaré à la CNA notamment ce qui suit :

« Les douleurs au niveau du bras droit et du haut du dos ont disparu, il subsiste des douleurs aux cervicales. Il prend encore beaucoup d'anti-douleurs, notamment du Lyrica. A ce jour il a surtout mal selon les mouvements qu'il effectue et si il y des vibrations (par exemple les longs trajets en voiture sont douloureux).

Cependant il m'indique qu'il va tenter une reprise à 50% dès le 18.6.18, il doit aller en discuter aujourd'hui avec son employeur pour voir dans quelle mesure son 50% est applicable. Cependant il dit ne pas pouvoir garantir que la reprise se passe bien. Si elle ne pouvait pas être réalisée ou maintenue je demande à M. P._____ de nous contacter.

En 2015 M. P._____ avait eu un accident (lien de causalité refusé par la Suva cas pris en charge par la caisse maladie) et les lésions et douleurs étaient un peu similaires à celles ressenties suite à l'accident actuel mais les douleurs actuelles sont moins intenses.

Au niveau du traitement médical, il a fait un peu de physiothérapie mais a arrêté car après les séances il était encore plus bloqué et avait plus de douleurs qu'avant. Il consulte le Dr J._____ au T._____ qui est son médecin traitant mais il est également suivi par le Dr F._____ qui est neurologue et le Dr [...] pour ses troubles suite à son accident de 2015 (accident qui avait été refusé et M. P._____ est bien conscient que ce traitement n'est pas à notre charge). »

Le 15 juin 2018, le Dr R._____, spécialiste en radiologie auprès de la Clinique M._____, a effectué un CT-Scan des rochers. Il résulte de son rapport du même jour adressé au Prof F._____, spécialiste en neurologie, que l'examen s'est révélé dans les normes et qu'il n'avait notamment constaté aucune fracture au niveau de la chaîne des osselets, en particulier à droite, ni d'hématome, ni d'inondation liquidienne dans les cellules mastoïdes. Le 15 juin 2018, le Dr R._____ a également effectué une IRM cérébrale : celle-ci s'est révélée dans les normes et il n'a notamment pas constaté de signe d'hématome ni de foyer hémorragique, pas de séquelles d'un AVC ancien ou récent, ni d'anomalie visible au niveau des angles ponto-cérébelleux.

Le 18 juin 2018, l'assuré a téléphoné à la CNA pour l'informer que la reprise à 50 % prévue ce jour-là n'avait pu avoir lieu. L'intéressé a déclaré qu'il n'avait pas pu aller jusqu'au chantier et avait dû faire demi-tour en raison des douleurs aux cervicales. Il ne pouvait faire aucun mouvement. L'assuré a précisé qu'il allait revoir le Prof F._____ le 21 juin 2018 et qu'il avait aussi appelé son psychiatre. Dans l'intervalle, il devait porter sa minerve et se reposer. A la demande du collaborateur de la CNA, l'assuré a indiqué qu'il consultait un psychiatre déjà avant le présent accident, soit depuis son premier accident en 2015.

Le 19 juin 2018, le Dr R._____ a encore effectué une IRM de la colonne cervicale. Il ressort de son rapport daté du même jour notamment ce qui suit :

« Il s'agit d'un status après traumatisme avec apparition de cervico-brachialgies bilatérales plus marquées à droite et de douleurs dans les membres inférieurs.

(...)

On constate de minimes troubles dégénératifs au niveau C5-C6. Le disque est en légère protrusion médiane, sans provoquer de myélopathie, ni de conflit disco-radicaire. Il n'y a pas d'œdème osseux. Pas d'hématome, ni de collection pathologique dans les parties molles. La musculature étudiée est en ordre. Pas de masse cervicale, pas de lésion au niveau des apex pulmonaires.

CONCLUSION

Il s'agit de discrets troubles dégénératifs au niveau C5-C6 avec protrusion discale, mais sans myélopathie ou conflit discoradicaire. Pas d'œdème osseux, ni de signe de séquelle de contusion. »

Le rapport médical établi le 20 juin 2018 par le Dr J._____, spécialiste en médecine générale auprès de T.____ (ou : T.____), indique comme diagnostics des cervico-brachialgies bilatérales post-traumatiques et des céphalées post-traumatiques. L'état est décrit comme stable, la durée prévisible du traitement - qui consiste en une médication d'antalgiques et de Lyrica, en séances de physiothérapie et en consultations neurologiques - dépend de l'évolution, une reprise du travail à 50 % étant envisagée à compter du 10 juillet 2018. Il est précisé qu'une demande de prestations de l'assurance-invalidité a été déposée en vue d'une reconversion professionnelle.

Le 25 juin 2018, le Prof F._____ a adressé au Dr J._____ un rapport faisant suite à la consultation neurologique et au bilan neuroradiologique. Il y relève que tant l'IRM cérébrale que le CT-scan des rochers sont dans les normes, que compte tenu de l'arrêt de travail qui persiste et de la situation conjugale difficile avec une séparation, il propose que l'assuré soit vu par le Dr V._____ à la CNA, en faisant valoir que le patient a été victime d'un accident de chantier et qu'il convient de faire un bilan au niveau cervical afin de connaître l'aptitude de l'assuré à reprendre le travail.

Il ressort du procès-verbal d'entretien avec l'assuré, établi le 9 août 2018 par un collaborateur de la CNA, notamment ce qui suit :

« Depuis mon cas du 07.04.2015 et la fin des prestations de la Suva (novembre 2015), je n'ai plus du tout eu d'activité professionnelle. J'ai touché les indemnités de la caisse-maladie jusqu'au 02.08.2016, puis j'ai vécu sans revenu (mais je ne veux pas vous dire comment, c'est de la vie privée). J'ai finalement trouvé une place de travail dès le 05.03.2018 chez C._____ à Lausanne. Au moment de mon engagement, j'étais en pleine forme.

J'étais bien physiquement, mais j'avais toujours mes acouphènes et j'avais de la peine à dormir (3-4 h/max. par jour).

[...]

Je ne peux plus rien faire dans la vie.

Je suis séparé depuis le 29.07.2016 sur ordonnance du juge. [...]

Chez C._____, je ne fonctionnais que comme ouvrier à tout faire. A l'examen final du CFC, j'ai eu 3.8 de moyenne (2e fois), ce qui fait que je n'ai pas pu l'avoir. [...]

Chez C._____, je faisais du transport de matériel et je montais quand même des murs préfabriqués.

J'ai eu fait beaucoup de sport dans ma vie (cyclisme et football, ainsi que du footing), mais j'ai tout arrêté il y a longtemps.

Je suis droitier. Je mesure 175 cm pour un poids d'environ 68 kg.

En ce qui concerne ma santé en général, elle est assez mauvaise. Je suis annoncé à l'AI depuis 2015 pour tous mes problèmes.

Cou/Nuque : je n'ai jamais eu de problème au cou ou à la nuque avant 2015. Je dormais bien et faisais des nuits complètes.

Epaule gauche : elle est en ordre. Je n'ai jamais eu de problème à cette partie du corps.

Epaule droite : elle est aussi en ordre. Je n'ai pas eu de problème à cette épaule droite avant l'accident de 2018.

Thorax : idem pour cette partie du corps. Je n'en ai jamais souffert avant l'accident de 2018.

Tête : je n'ai jamais eu de problème à la tête avant l'accident de 2015. Depuis c'est la catastrophe. En 2018, la tête a juste été coincée sans plus.

Oreilles (acouphènes) : ce problème a débuté avec mes accidents de 2015 (1 où j'ai été électrocuté, 26.30249.15.8, et l'autre où j'ai reçu un crochet sur le côté droit du visage et l'arrière de la tête, 23.24034.15.6). J'ai commencé à avoir un « sifflement » régulier peu de temps surtout dans l'oreille droite au début, puis aussi dans la gauche. J'ai cependant pris note que selon le Dr [...] (T. _____), ces problèmes remontaient à environ 1 mois avant sa consultation. Depuis l'accident, j'ai toujours eu beaucoup de problèmes. Avec l'évolution, le « sifflement » est dans toute la tête. Il m'empêche même parfois de dormir. L'appui d'un doigt sur le visage ou une partie de la tête crée aussi le « sifflement ». En mettant ma minerve ou en tirant ma tête vers le haut, le « sifflement » s'arrête.

[...]

Le mercredi 21.03.2018, soit environ 2 semaines après mon engagement chez C. _____, je me trouvais sur le chantier de [...] au [...] pour la construction d'un bâtiment préfabriqué. Je me trouvais à environ 30-50 cm d'un mur du bâtiment contre lequel les éléments préfabriqués étaient appuyés. Alors que la grue avait pris un des éléments pour aller le mettre en place, un coup de vent assez fort ou un mouvement de la grue a fait venir l'élément (sur la tranche) contre moi. L'épaisseur de l'élément était de 38 cm (béton, isolation et préfabriqué) pour un poids de 6,5 tonnes environ. Il m'a coincé contre le mur fixe en s'appuyant sur mon côté droit, du centre du corps jusque vers l'extérieur. J'ai juste eu le temps de tourner latéralement la tête, pour pas qu'elle soit écrasée. Je n'ai pas eu de marque à la tête.

Tout de suite, j'ai ressenti de nombreuses douleurs dans tout le corps. Une fois dégagé (après quelques secondes - le mur est reparti tout seul), j'ai commencé à me frictionner avec la main, puis à marcher un peu partout dans le chantier, espérant que la douleur passe. J'ai pu continuer à travailler jusqu'au vendredi 29.03.2018 avec des douleurs importantes et j'étais tout raide du haut du corps, car je ne pouvais plus tourner la nuque.

C'était la faute à « pas de chance ».

Le 31.03.2018, je devais aller skier, mais j'ai dû annuler cette activité pour aller à l'hôpital faire un contrôle car je ne pouvais plus bouger. J'ai été examiné en urgence, puis c'est le Dr J. _____ (T. _____) qui a pris en charge la suite du cas. Je n'ai plus retravaillé depuis.

Je suis toujours en incapacité de travail totale. Par rapport à l'accident de 2015, les douleurs sont moins fortes, mais il y a des

hauts et des bas. Je ne marche plus comme avant et je sens comme si j'étais endormi dans tout le corps.

Mon bras droit et le haut du dos ne sont plus douloureux, mais la nuque fait plus mal qu'avant. Actuellement j'ai des maux de tête importants et le moindre bruit me fait aussi mal à la tête. Ouvrir simplement une porte un peu lourde me cause des douleurs énormes à la tête. Quand je m'énerve, cela me fait aussi très mal à la tête.

En résumé, il y a encore la tête qui me fait très mal et m'embête, ainsi que le problème de fourmillement et d'endormissement dans tous les membres et dans la nuque.

Actuellement, je n'ai plus que la moitié de ma force d'avant. Chaque fois que je vais en commission, le port du sac à commission me crée un problème au niveau de la nuque, notamment l'endormissement des cervicales.

Nuits : elles sont toujours pénibles et je ne dors que très peu.

Conduite : Je suis venu ce jour en voiture depuis mon domicile. Cela va bien, car cela me calme et me soulage les problèmes.

Marche : je vais tous les jours marcher 4-5 km, parfois plus (voir mon podomètre), mais quand je rentre je suis très fatigué. Cet effort me fait ressentir le « sifflement » dans la tête rapidement.

Suite électrocution : Je commence aussi à avoir des problèmes cardiaques dont mon médecin est au courant. Traitement médicamenteux en cours.

Je vais rentrer à la CRR le 21.08.2018.

Je dois revoir le Dr J. _____ (T. _____ - médecin traitant). Je le vois 1-2 fois par mois régulièrement.

Je ne dois pas revoir le Dr F. _____ (neurologue) pour l'instant, sauf si je dois augmenter la dose du Lyrica.

Je ne dois pas revoir le Dr [...] (ORL).

Je dois revoir mon psychiatre (Dr [...] à [...]). Il me suit à raison de 2/mois. Le prochain contrôle est fixé au 16.08.2018.

[...]

J'ai pris note que mes problèmes actuels n'étaient pas forcément à charge de la Suva et qu'elles (sic) étaient connues en grande partie lors de la fin des prestations du cas de 2015.

J'ai pris note que tous les examens entrepris en 2018, ne montrent rien de catastrophique, bien au contraire.

[...] »

Il ressort du rapport établi le 5 septembre 2018 par le Dr L. _____, médecin associé auprès de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR), à la suite du consilium de l'appareil locomoteur du 21 août 2018 notamment ce qui suit :

« ANAMNESE

Il s'agit d'un patient de 47 ans, travaillant comme maçon-coffreur, [...] il mentionne dans ses antécédents une septoplastie à 22 ans et plusieurs accidents au travail. Il n'y a pas notion de consommation d'alcool chez un patient qui rapporte une réaction cutanée à un traitement de Sirdalud.

M. P. _____ rapporte de façon circonstanciée ses accidents. Le premier est décrit comme un choc direct au travail en novembre

2008, ayant l'impression que cet événement a changé son existence depuis, en lien avec une irritabilité. Il n'y aurait pas eu d'incapacité de travail à la suite de cet événement. Le second en 2015, marqué par une brûlure au pouce droit, suivi le 07.04.2015 d'un choc direct en région cervicale et sur le côté droit du crâne marqué suite auquel il aurait eu une luxation de l'articulation temporo-mandibulaire selon la description qu'il en fait. Après avoir pu reprendre son activité, il en a été licencié. Après une période de chômage, il a pu reprendre une activité. Il aurait encore un contrat de travail. Les tentatives de reprise à 50 % sur la demi-journée ont échoué à 2 reprises en raison de l'augmentation de douleurs cervicales basses. A relever sur le plan familial qu'il est séparé de sa femme et vit chez un neveu.

L'histoire actuelle remonte selon le patient au 21.03.2018 date à laquelle il dit avoir été coincé entre un mur et un panneau de béton préfabriqué au travail disant être resté coincé entre le panneau et un mur. Il décrit immédiatement une douleur au membre supérieur droit et au genou avec l'impression d'avoir une vertèbre qui a craqué. Les douleurs sont allées en se calmant dans les minutes qui ont suivi lui permettant de reprendre quelques activités au travail. Le lendemain, même s'il se sentait raide il a continué à travailler jusqu'au congé de Pâques où les douleurs sont allées en augmentant tant en région lombaire que cervicale dès le vendredi soir. Une consultation aux urgences de l'hôpital de [...] samedi soir ne montrera pas de fracture sur un bilan radiologique selon lui et un traitement antalgique sera prescrit. Un bilan IRM et scanner n'aurait pas montré de lésion traumatique selon le patient qui ne comprend pas la persistance des douleurs.

Actuellement il décrit une grande fatigue en lien avec des difficultés à dormir et des douleurs assez diffuses qu'on peine à faire préciser. Il dit ne pas réussir à récupérer des nuits difficiles avec une fatigabilité qui l'empêcherait parfois de sortir de son lit. En région dorsale haut, il décrit une sensation de gonflement dépendant des activités réalisées, comme s'il avait du liquide. Un traitement médicamenteux l'aurait aidé pendant 20 jours. Il continue à porter une minerve de temps en temps. Le traitement actuel consiste en un traitement de Lyrica à 3x100 mg/jour, en un traitement de Symphona prit depuis 2015 et d'un traitement d'Atarax pour raison psychologique. Le traitement d'Irfen et de Dafalgan a été stoppé. Il prend encore des traitements homéopathiques à base de complexe vitaminique et de curcuma. Le patient dit être suivi à [...] par le Dr [...].

EXAMEN CLINIQUE

Taille 172 cm, poids 67 kg.

Généralités :

Bonne tolérance de la position assise durant l'entretien de 30 minutes, bonne participation à l'examen clinique chez un patient se pliant aux demandes de l'examineur.

Colonne cervicale :

Inspection : enroulement antérieur des épaules.

Palpation : palpation douloureuse de la jonction cervico-dorsale prédominant à l'épineuse de C6.

Mobilités : flexion extension par distance menton-sternum à 0-16 cm, rotation symétrique à 60°. Inclinaison symétrique à 30°. Extension diminuée lors de sensation de sifflement selon le patient.

Manoeuvre de Spurling négative ddc (réd. : des deux côtés).

Colonne dorso-lombaire :

Debout : la marche se fait sans boiterie, la station unipodale est tenue ddc. Le sautellement unipodal est réalisé. Accroupissement profond. Pas de trouble statique dans le plan frontal ou sagittal. Aux flèches de Forestier, distance C7-fil à 1,5 cm, distance lombaire maximal fil à 6 cm, le fil à plomb se projette en regard du pli interfessier. Schober lombaire de 10 à 15 cm, distance doigts-sol à 18 cm. Inclinaison latérale (progression de la main le long de la cuisse) à 14 cm à droite, 16 cm à gauche. Ebauche d'inversion du rythme lombo-pelvien.

Assis : rotation symétrique à 60°. Percussion de la colonne dorsale et lombaire sans douleur annoncée. Passage de la position couchée à assise sans l'aide des mains possible.

Décubitus dorsal : angle poplité pour les ischio-jambiers à 40° ddc. Lasègue négatif ddc.

Décubitus ventral : distance talon-fesse pour les droits antérieurs à 22 cm ddc. Pas de douleur à la palpation de la colonne dorsale ou lombaire. Pas de contracture musculaire. Extension en appui sur les coudes normalement ample.

Status global des membres supérieurs :

Pas de limitation de la mobilité aux membres supérieurs à l'examen global des amplitudes articulaires.

Examen neurologique dirigé :

ROT (réf. : réflexe ostéo-tendineux) symétriques aux 4 membres. Pas de déficit de force ni de perturbation de la sensibilité aux 4 membres. Réflexe cutané plantaire en flexion ddc.

IMAGERIE

IRM cervicale du 29.05.2015 : pas de discopathie significative. Pas d'anomalie de signal évoquant une atteinte traumatique. Pas de rétrécissement du canal cervical.

Radiographies de la colonne cervicale et de la colonne dorsale face profil du 31.03.2018 : pas de lésion osseuse visible de la colonne dorsale ou de la colonne cervicale.

Bon alignement des corps vertébraux.

IRM cervicale du 10.04.2018 : petite protrusion discale médiane paramédiane droite en C5-C6 non compressive.

IRM cérébrale et CT-Scan des rochers du 14.06.2018 : (selon rapports) CT-scan des rochers dans la norme, sans fracture de la chaîne des osselets. IRM ne montrant pas de signe d'hématome ou de foyer hémorragique.

APPRECIATION ET DISCUSSION

Monsieur P. _____ est un maçon-coffreur de 49 ans, à maintenant 5 mois d'un accident au travail marqué selon ses dires par un écrasement du tronc entre un mur et un panneau préfabriqué en béton. Il décrit des douleurs assez mal systématisées prédominant en région cervico-dorsale, avec la sensation d'avoir un gonflement dorsal haut. La symptomatologie douloureuse est assez difficile à faire préciser chez un patient qui décrit des acouphènes en aggravation et une fatigabilité en augmentation l'empêchant parfois de se lever le matin.

L'examen clinique est plutôt rassurant avec une mobilité de la colonne cervicale ou du rachis lombaire conservée sans syndrome rachidien. L'examen neurologique ne montre pas de latéralisation.

Un bilan radiologique réalisé a compris une IRM cervicale et une IRM de la région lombaire ainsi qu'un bilan radiologique de la colonne dorsale. On ne retrouve pas de signe d'atteinte traumatique visible.

Au total, 5 mois après un accident au travail marqué par l'absence d'atteinte structurelle, l'évolution est défavorable. Monsieur

P. _____ reste limité dans ses activités et l'on comprend que la situation est influencée par des facteurs psychologiques et contextuels chez un patient s'étant dernièrement séparé de son épouse et de leur fille de 9 ans et qui est suivi sur le plan psychologique. Comme proposé par le Professeur F. _____, je pense qu'un séjour de rééducation permettrait à Monsieur P. _____ de récupérer une condition physique et aussi de se tester dans son activité de maçon, un séjour permettant également de faire le point par rapport à l'atteinte psychologique et à la situation socioprofessionnelle. »

Le 11 septembre 2018, la CNA a soumis le dossier de l'assuré à son médecin d'arrondissement, y compris les documents radiographiques, en ces termes :

« Prière de prendre connaissance du rapport du 9.8.2018 du service extérieur, ainsi que du consilium du 21.8.2018 à la CRR.

Un séjour à la CRR est proposé. L'assuré serait d'accord de s'y rendre. Nous devons toutefois examiner si ce séjour est indiqué, sur la base de vos réponses ci-dessous :

Questions- Quelles sont, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante, les lésions structurelles objectivables causées par l'accident du 21.03.2018 ?

- D'autres traitements des séquelles de l'accident sont-ils, au degré de la vraisemblance prépondérante, de nature à améliorer notablement l'état de santé ?

Si oui, en quoi consistent ces traitements médicaux et quelle est la durée probable de ceux-ci ?

- Compte tenu des séquelles de l'accident, comment appréciez-vous la capacité de travail en tant qu'ouvrier non qualifié dans la construction (transport de matériel, montage de murs préfabriqués) du point de vue temporel et sous l'angle des prestations.

A quel moment une augmentation de la capacité de travail peut-elle être escomptée ? [...] »

Le 11 septembre 2018, le Dr Q. _____ a répondu ce qui suit :

« L'accident si tant est qu'il soit bien réel, n'a strictement rien entraîné qui soit objectivable. Les plaintes sont non spécifiques et semblent en lien avec des facteurs contextuels. Sur le plan somatique, il n'y a pas de traitement susceptible d'améliorer notablement l'état de santé du patient. »

Par décision du 27 septembre 2018, la CNA a mis fin à ses prestations avec effet au 30 septembre 2018 en indiquant notamment ce qui suit :

« Les examens ont montré que les troubles dont vous vous plaignez à ce jour ne sont pas suffisamment démontrables d'un point de vue organique. Il convient donc d'en examiner le lien de causalité adéquate. En conséquence, en présence de plaintes sans causes organiques démontrables, l'évaluation se déroule conformément à l'arrêt du Tribunal fédéral (ATF) 115 V 133. Après vérification des critères déterminants, un lien de causalité adéquate n'a pas pu être établi, ce qui implique la fin des prestations d'assurance en date du 30 septembre 2018 au soir. »

Par courrier du 5 octobre 2018, Me Pierre-Xavier Luciani a informé la CNA qu'il était mandaté par l'assuré pour la défense de ses intérêts et que son mandant souhaitait s'opposer à la décision du 27 septembre 2018. Il a notamment requis la production du dossier afin de pouvoir déposer une opposition en bonne et due forme dans les meilleurs délais.

Par acte formel d'opposition du 23 octobre 2018 de son conseil, l'assuré a contesté la décision du 27 septembre 2018, en faisant valoir que celle-ci n'était pas justifiée dès lors qu'elle est fondée sur l'avis médical du Dr Q._____, lequel n'a pas répondu aux questions qui lui étaient posées et n'a pas donné d'explications sur les éléments retenus pour fonder sa réponse. De l'avis de l'opposant, cet avis médical correspond « à un ressenti subjectif ne reposant sur aucun juste motif découlant des pièces produites au dossier ». Par ailleurs, l'assuré considère que c'est à tort que la CNA a estimé que les conditions posées par l'ATF 115 V 133 n'étaient pas remplies. Il est d'avis qu'il ressort des pièces du dossier que son cas remplit les critères 1, 3, 4 et 7 de la jurisprudence fédérale en la matière. Ainsi, selon lui, on ne saurait nier que les événements survenus en date du 21 mars 2018 revêtaient un caractère particulièrement impressionnant (critère 1), ainsi que cela ressort de son récit au collaborateur de la CNA (cf. procès-verbal d'entretien du 8 août 2018), à savoir qu'il s'est retrouvé coincé entre un mur fixe et une plaque de béton préfabriqué d'un poids de 6,5 tonnes. De caractère combatif, l'assuré a espéré que les douleurs finiraient par s'estomper, ce qui n'a pas été le cas. Au contraire, son médecin traitant, le Dr J._____ a fourni un certificat d'arrêt maladie (sic) à 100 %, qui a été renouvelé jusqu'à la fin du mois de septembre 2018 ; les douleurs sont encore persistantes à l'heure actuelle et l'incapacité de travail toujours

d'actualité (critère 7). Au surplus, l'assuré fait valoir qu'il ressort de manière explicite du rapport du Dr L. _____ que la situation présentait une évolution défavorable cinq mois après l'accident et qu'un séjour en rééducation permettrait une récupération de la condition physique (critères 3 et 4). L'opposant a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale.

Par décision sur opposition du 21 novembre 2018, la CNA a rejeté l'opposition et a confirmé sa décision du 27 septembre 2018 en retenant notamment ce qui suit :

« Suite à l'accident du 21 mars 2018, l'assuré a subi de nombreux examens médicaux, notamment des radiographies de la colonne cervicale et de la colonne thoracique le 31 mars 2018, une IRM de la colonne cervicale le 10 avril 2018, une IRM cérébrale le 14 juin 2018 un CT scan des rochers le 15 juin 2018 ainsi qu'un examen neurologique le 25 juin 2018. Tous ces examens étaient dans la norme et n'ont pas témoigné de lésions d'étiologie accidentelle. L'IRM cervicale a même fait l'objet d'un rapport de consilium daté du 19 juin 2018. Cet examen a seulement mis en évidence de minimes troubles dégénératifs au niveau C5-C6.

Ainsi ne peut-on que se ranger à l'avis du Dr Q. _____ qui a estimé en connaissance de ces éléments que l'accident n'avait entraîné aucune séquelle objectivable. Cet avis est d'ailleurs entièrement partagé par le Dr L. _____ de la CRR dans son rapport de consilium de l'appareil locomoteur du 21 août 2018. Ce médecin rapporte au demeurant un examen clinique tout à fait rassurant avec une mobilité conservée du dos et de la nuque et un examen neurologique ne montrant pas de signe de latéralisation.

Quant à la stabilisation de l'état de santé celle-ci est indubitablement atteinte. Certes le Dr L. _____ fait part d'une évolution défavorable mais il note que cette situation est influencée par des difficultés psychiques et contextuelles chez un assuré en situation familiale complexe et bénéficiant de longue date d'un suivi psychologique.

Les plaintes de l'assuré sont diverses. L'opposant fait part de douleurs persistantes ainsi que de maux de tête et d'une grande fatigabilité. Dans le cas présent, l'accident comme l'admet Maître Luciani, peut être rangé dans la catégorie des accidents moyens à la limite des accidents de peu de gravité. L'évaluation de la relation de la causalité adéquate des troubles doit se faire selon la pratique dite des troubles psychiques.

Contrairement à ce qu'avance le représentant de l'opposant, l'accident n'avait pas de caractère particulièrement impressionnant et n'est pas survenu dans des circonstances concomitantes spécifiques. Il n'y a pas eu de lésion physique visible. Le traitement médical n'a pas été anormalement long. Les douleurs étaient diffuses et leur intensité fluctuante. D'ailleurs l'assuré a mentionné marcher 4 à 5 km par jour et même parfois plus. Le traitement médical n'a pas été entaché d'erreur - en l'occurrence il s'est agi

d'un traitement conservateur. Il n'y a eu ni difficulté apparue au cours de la guérison ni complications importantes. En ce qui concerne l'incapacité de travail, celle-ci n'a pas été particulièrement longue au regard de la jurisprudence topique.

Dans la mesure où aucun des critères jurisprudentiels n'est rempli, c'est bien à juste titre que la Suva Lausanne a nié le lien de causalité adéquate entre les plaintes encore alléguées et l'accident assuré. L'arrêt des prestations d'assurance au 30 septembre 2018 n'est donc pas critiquable.

Dans ces circonstances, la mise en oeuvre d'une expertise n'est pas indiquée. »

B. Par acte de son conseil du 19 décembre 2018, P._____ a formé recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition rendue le 21 novembre 2018 par la CNA. Il conclut principalement à l'annulation de la décision entreprise et subsidiairement à la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire. En substance, le recourant soutient que c'est à tort que l'intimée a nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les atteintes à la santé qu'il présente et l'événement du 21 mars 2018, au motif qu'il ne remplirait aucun des critères jurisprudentiels définis par l'arrêt du Tribunal fédéral ATF 115 V 133, sa conclusion étant fondée principalement sur le diagnostic de son médecin conseil, le Dr Q._____, alors qu'aucune analyse complète et complémentaire de sa situation médicale n'a été établie par celui-ci. A cet égard, le recourant se réfère à l'argumentation qu'il a développée dans son acte d'opposition. Il soutient pour le surplus, que c'est à tort que l'intimée indique que le diagnostic du Dr Q._____ est partagé par d'autres médecins, soit notamment par le Dr L._____, puisque « au contraire celui-ci fait état d'une évolution défavorable de la situation 5 mois après l'accident et indique qu'un séjour en rééducation permettrait non seulement une récupération de la condition physique mais permettrait aussi de faire le point par rapport à l'atteinte psychologique et socioprofessionnelle qu'il présente. Aussi, le Dr L._____ plaide plutôt en faveur d'une intervention approfondie de la SUVA que la cessation des prestations d'assurance ». Rappelant pour le surplus que l'intimée admet que l'événement assuré entre dans la catégorie des accidents de gravité moyenne et que dès lors le caractère adéquat de l'atteinte psychique doit être admis dès le cumul de quatre critères parmi les sept exposés dans

l'ATF 115 V 133, le recourant persiste à soutenir qu'il remplit quatre critères et que le lien de causalité adéquate doit par conséquent être admis. Ce faisant, il reprend l'argumentation développée dans son acte d'opposition.

Par décision du 24 janvier 2019, la juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 19 décembre 2018 en désignant Me Pierre-Xavier Luciani comme conseil d'office.

Par réponse du 28 février 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours. En bref, elle rappelle qu'à l'aune des éléments médicaux au dossier, soit des examens cliniques (Dr L. _____ et Prof F. _____ en particulier) et des bilans radiologiques, aucune lésion structurelle objectivable n'a été constatée en lien avec l'événement du 21 mars 2018 et que c'est sur cette base que s'est fondé le Dr Q. _____ pour considérer que ledit accident n'avait pas entraîné de lésion objectivable. En ce qui concerne l'existence d'un lien de causalité entre les plaintes sans substrat organique démontrable et le sinistre décrit par le recourant, l'intimée est d'avis qu'elle n'est pour le moins pas évidente. Elle rappelle d'une part qu'il ressort de l'anamnèse établie par le Dr L. _____ que l'assuré décrivait une grande fatigue en lien avec des difficultés à dormir et des douleurs assez mal systématisées, et d'autre part qu'une partie de la symptomatologie du recourant apparaissait au surplus liée à des événements antérieurs à celui du 21 mars 2018. Elle se réfère sur ce plan principalement aux déclarations de l'intéressé lors de son entretien avec un collaborateur de la CNA le 9 août 2018 et au fait que, si le recourant a fait état de douleurs survenues après l'accident, il a toutefois été en mesure de continuer son activité professionnelle jusqu'au 29 mars 2018 et n'a consulté les urgences que le 31 mars suivant. En ce qui concerne la question de la causalité adéquate, qu'elle nie, l'intimée reprend, en les détaillant, les motifs figurant dans la décision dont est recours et confirme l'inexistence dans le cas d'espèce des critères posés par la jurisprudence en la matière.

Dans sa réplique du 29 avril 2019, le recourant confirme ses motifs et ses conclusions. Il produit un bref rapport établi le 11 avril 2019 par son médecin traitant dont il ressort qu'il présente une fatigue intense avec des troubles de la concentration et des maux de tête ainsi qu'un état anxio-dépressif réactionnel pour lequel il est suivi en psychiatrie depuis le mois de mai 2018. Il expose qu'à la suite d'un nouvel essai infructueux d'une reprise de son activité professionnelle à 50 %, son contrat de travail a été résilié. Le recourant confirme également sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale afin de déterminer dans quelle mesure l'événement du 21 mars 2018 a influencé son état de santé actuel.

Par duplique du 19 juin 2018, l'intimée a confirmé ses conclusions et ses motifs.

Le 12 septembre 2019, Me Luciani a déposé sa liste des opérations.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre

2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 30 septembre 2018, singulièrement sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident incriminé et la symptomatologie affectant l'intéressé après cette date.

c) Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, sont applicables au cas d'espèce. En effet, selon le ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), seules les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 sont encore régies par l'ancien droit.

3. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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 et réf. cit. ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

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, une 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 et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de l'assuré en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

En présence de deux versions différentes et contradictoires d'un état de fait, la préférence doit être accordée en général à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dite des « premières déclarations » ou déclarations de la première heure), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_238/2018 du 22 octobre 2018 consid. 6).

5. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b/a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère

accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les réf. cit.).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 précité consid. 3.1).

b/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_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et réf. cit.). L'existence d'un rapport de causalité

adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 115 V 403 consid. 4a ; 107 V 173 consid. 4b ; TF 8C_235/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2.1).

c) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et réf. cit.).

Dans le cadre d'une suppression du droit aux prestations, 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 8C_423/2014 du 31 mars 2015 consid. 4.2 et réf. cit.).

d) En présence d'atteintes à la santé reposant sur un substrat organique dans le sens d'une altération structurelle clairement mise en

évidence à la radiologie ou éventuellement d'une autre façon et due à l'accident, le lien de causalité naturelle et adéquate est admis sans autre. Dans des cas si clairs, la causalité adéquate en tant que filtre visant à distinguer la responsabilité juridique de celle qui découle du lien de causalité naturelle n'a pas de signification propre ; la causalité adéquate, en d'autres termes le lien de causalité pertinent en droit, se recoupe avec la causalité naturelle (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et 117 V 359 consid. 5d/bb). En font par exemple partie les troubles de la nuque qui reposent sur une altération structurelle du rachis cervical (p. ex. une fracture) ou des troubles neuropsychologiques avec pour origine une lésion organique (cérébrale) établie. Selon la jurisprudence, on ne peut parler de conséquences organiques objectivement avérées d'un accident que lorsque les constatations ont été confirmées au moyen d'examens radiologiques ou d'examens par un appareil et si les méthodes d'examen utilisées sont scientifiquement reconnues (TF 8C_537/2009 du 3 mars 2010 consid. 5.3 ; 8C_216/2009 du 28 octobre 2009 consid. 2 et réf. cit.).

Ainsi, une aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est prouvée que lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (TFA U 282/06 du 4 juin 2007 consid. 3.3 et réf. cit. ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 4.4.2).

Une telle aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année. Le *statu quo sine* est même déjà atteint après trois à quatre mois pour des lombalgies post-traumatiques, une aggravation dans ce domaine, qui permettrait d'aller au-delà de cette période, devant être établie radiologiquement et se distinguer de l'évolution normale due à l'âge (« *eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben* »).

muss » ; TF 8C_1029/2012 du 22 mai 2013 consid. 4.2.1 ; TF 8C_562/2010 du 3 août 2011 consid. 5.1 et réf. cit.).

6. a) En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme crano-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, le Tribunal fédéral a développé une jurisprudence particulière en matière de causalité (voir ATF 134 V 109 ; 117 V 359).

Dans ces cas, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc. ; TF 8C_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 3.2). Il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de 24 heures à, au maximum, 72 heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence se manifestent au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou (TF 8C_792/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 6.1 et réf. cit.). Il faut également que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9 ; 119 V 335 consid. 1 et 117 V 359 consid. 4b).

Pour l'examen de la causalité adéquate en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme crano-cérébral, la jurisprudence distingue encore la situation dans laquelle les symptômes, qui peuvent être attribués de manière crédible au tableau clinique typique, se trouvent toujours au premier plan, de celle dans laquelle l'assuré présente des troubles psychiques qui constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé aux traumatismes en cause. Dans

le premier cas, cet examen se fait sur la base des critères particuliers développés pour les cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme cranio-cérébral, lesquels n'opèrent pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; 117 V 359 consid. 6a et 117 V 369 consid. 4b). Il s'agit donc d'appliquer par analogie les critères jurisprudentiels utilisés en cas d'atteintes additionnelles à la santé psychique, mais sans distinguer entre les composantes somatiques et psychiques des lésions. Dans le second cas, il y a lieu de se fonder sur les critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, c'est-à-dire en distinguant entre atteintes psychiques et physiques (ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; 127 V 102 consid. 5b/bb et réf. cit. ; 115 V 133 consid. 6c/aa et 115 V 403 consid. 5c/aa).

Dans le cadre du second cas de figure, la méthode spécifique instaurée par la jurisprudence pour examiner le lien de causalité adéquate impose d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et d'appliquer les critères objectifs - dont le Tribunal fédéral a reconnu le caractère exhaustif - formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 9.5 op cit. ; 115 V 133 consid. 6c/aa) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/bb, 403 consid. 5c/bb).

7. En l'espèce, il est constant que le recourant a été victime d'un accident le 21 mars 2018. Le diagnostic de contusion cervico-thoracique a été posé le 31 mars 2018 au service des urgences de l'Hôpital W._____. Après avoir pris en charge les conséquences de cet accident, l'intimée a mis fin à ses prestations avec effet au 30 septembre 2018 en considérant que les troubles à la santé que présentait le recourant à cette date n'étaient plus imputables à l'accident susmentionné.

a) Dans un premier grief, le recourant critique la décision de l'intimée en faisant valoir que celle-ci repose sur l'avis médical de son médecin d'arrondissement, le Dr Q._____, qui a conclu à l'absence d'atteinte objectivable résultant de l'événement du 21 mars 2018 et à l'absence de traitement susceptible d'améliorer l'état de santé de l'assuré. Selon le recourant, cet avis ne serait pas probant dès lors qu'il n'expose notamment pas les motifs de ses conclusions.

Il ressort clairement du dossier que l'avis du Dr Q._____ du 11 septembre 2018 a été rendu après que celui-ci a pris connaissance de l'entier du dossier médical de l'assuré. Or, les éléments radiographiques à sa disposition (radiographies de la colonne cervicale et de la colonne dorsale face profil du 31 mars 2018, IRM cervicale du 10 avril 2018, IRM cérébrale et CT-Scan des rochers du 15 juin 2018 et IRM de la colonne cervicale du 19 juin 2018) ne révèlent ni lésion osseuse de la colonne dorsale ou cervicale, ni fracture de la chaîne des osselets, ni signe d'hématome ou de foyer hémorragique, ni en particulier d'œdème osseux

ou de signe de séquelle ou de contusion (cf. sur ce dernier point : l'IRM de la colonne cervicale du 19 juin 2018). Tout au plus, les IRM cervicales des 10 avril et 19 juin 2018 ont montré de minimes troubles dégénératifs au niveau C5-C6 avec protrusion discale, mais sans myélopathie ou conflit discoradiculaire. Par ailleurs, les examens réalisés par le Prof F. _____ n'ont révélé aucun trouble de nature neurologique (cf. rapport du 25 juin 2018). Quant aux résultats du consilium de l'appareil locomoteur effectué à la CRR sous l'égide du Dr L. _____ le 21 août 2018, il ressort de son rapport du 5 septembre 2018 que l'examen clinique a été rassurant avec une mobilité de la colonne cervicale et du rachis lombaire conservée, sans syndrome rachidien. Quant à l'examen neurologique, il n'a pas montré de latéralisation. Dans son analyse de la situation, le Dr L. _____ relevait que les plaintes de l'assuré étaient assez mal systématisées, prédominant dans la région cervico-dorsale, et difficiles à faire préciser par un patient qui décrivait des acouphènes en aggravation et une fatigabilité en augmentation l'empêchant parfois de se lever le matin. Après avoir relevé que le bilan radiologique ne révélait aucun signe d'atteinte traumatique visible, le Dr L. _____ a considéré qu'à cinq mois d'un accident de travail marqué par l'absence d'atteinte structurelle, si l'évolution était défavorable, la situation était toutefois influencée par des facteurs psychologiques et contextuels chez un assuré qui vivait séparé de son épouse et de sa fille et était suivi sur le plan psychologique.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, il y a lieu de considérer que, si l'avis médical du Dr Q. _____ était concis, ses conclusions n'en sont pas moins probantes dès lors qu'elles reposent sur un bilan radiologique fourni, sur les constatations médicales et les conclusions détaillées de spécialistes du rachis ainsi que sur les données anamnestiques récoltées lors des entretiens avec l'assuré, dont les plaintes ont été dûment prises en considération. Dans ces conditions, il y a lieu de reconnaître que rien dans le dossier médical du recourant ne permet de conduire à envisager l'existence d'une atteinte structurelle cervicale, rachidienne ou dorsale. En d'autres termes, les troubles à la santé que présente le recourant aujourd'hui ne reposent sur aucun élément somatique objectivable.

Le diagnostic de contusion cervicale ayant toutefois été posé par le Dr G._____ de l'Hôpital W._____ ayant examiné le recourant le 31 mars 2018, il y a toutefois encore lieu d'examiner si les atteintes à la santé que l'intéressé présentait après le 30 septembre 2018 sont en lien de causalité avec l'événement du 21 mars 2018.

b) Pour rappel, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de perte de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification de caractère, etc. ; cf. consid. 6a ci-dessus et les citations).

En l'espèce, il ressort des éléments chronologiques au dossier qu'à la suite de l'événement du 21 mars 2018, l'intéressé a pu poursuivre son activité sur le chantier. Dans le procès-verbal de la CNA du 8 août 2018, il a indiqué qu'il avait ressenti de nombreuses douleurs dans tout le corps, mais qu'après s'être frictionné et avoir marché il avait pu continuer à travailler, avec des douleurs importantes parce qu'il ne pouvait plus tourner la tête. Ce n'est toutefois que le 31 mars 2018, soit dix jours après l'accident, qu'en raison de douleurs allant en augmentant, il s'est rendu aux urgences de l'Hôpital W._____. Ainsi le temps de latence de 72 heures pour admettre la présence d'un tableau clinique typique, habituellement admis pour retenir un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail, était largement dépassé. Par ailleurs, il est difficile d'admettre que les troubles du tableau clinique typique évoqués ci-dessus soient présents en l'espèce. Ainsi, dans son rapport médical du 31 mars 2018, le Dr G._____ mentionne uniquement des douleurs au niveau du rachis cervico-thoracique et il est spécifiquement indiqué que l'assuré n'a pas exprimé d'autres plaintes. Le 15 juin 2018, l'assuré ne mentionnait que des douleurs au niveau des cervicales, en précisant que les douleurs au niveau du bras droit et du haut du dos avaient disparu. Lors de l'entretien avec un collaborateur de la CNA le 8

août 2018, l'assuré a indiqué qu'il avait des « problèmes » à la tête depuis un accident en 2015, que c'était « la catastrophe », mais que lors de l'événement du 21 mars 2018, il avait juste eu la tête coincée quelques secondes, sans plus, et qu'il n'avait pas eu de marque à la tête. De façon quelque peu contradictoire, lors de ce même entretien, le recourant a assuré que sa nuque était plus douloureuse qu'avant, qu'il souffrait maintenant de maux de tête importants, qu'il ne pouvait plus rien faire, tout en indiquant qu'il marchait 4 à 5 kilomètres par jour, en relevant qu'il était très fatigué au retour. L'assuré mentionnait aussi des fourmillements et des endormissements dans tous les membres et dans la nuque.

Au vu de ces éléments contradictoires et du temps de latence largement dépassé entre le moment de l'accident et l'apparition des troubles évoqués, l'existence d'un lien de causalité naturelle est peu vraisemblable. Au surplus, on relève que ce n'est que dans un rapport du 11 avril 2019, soit en procédure de recours, que le Dr J._____, médecin traitant, mentionne une fatigue intense, des troubles de la concentration et des maux de tête ainsi qu'un état anxio-dépressif réactionnel pour lequel son patient serait suivi depuis le mois de mai 2018. Or, ce dernier élément est en contradiction avec les déclarations mêmes du recourant qui, lors de l'entretien avec la CNA le 8 août 2018, a indiqué qu'il bénéficiait d'un suivi psychologique depuis 2015. Quoiqu'il en soit, la question de la causalité naturelle peut rester ouverte dès lors que l'existence d'un lien de causalité adéquate doit être niée pour les motifs exposés au considérant c) ci-dessous.

c) Le recourant, qui semble admettre que l'événement du 21 mars 2018 entre dans la catégorie des accidents moyens à la limite des accidents de peu de gravité puisqu'il cite l'arrêt du Tribunal fédéral du 3 décembre 2010 (8C_622/2010), soutient qu'il remplit plusieurs des critères imposés par la jurisprudence de l'ATF 115 V 133 pour qu'on puisse retenir qu'il y a lien de causalité adéquate entre l'accident du 21 mars 2018 et les troubles à la santé qu'il présente, à savoir le caractère particulièrement impressionnant de l'accident, la durée du traitement et la durée de l'incapacité de travail. Dans son acte d'opposition, il évoquait aussi les

douleurs persistantes. Or, à la lecture du dossier, il n'est pas possible de retenir au degré de la vraisemblance prépondérante que le recourant remplisse les critères invoqués.

S'agissant du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, on observe que l'événement est décrit de façon différente en plusieurs endroits du dossier. Ainsi, dans la déclaration de sinistre du 4 avril 2018, l'employeur indique qu'en portant une pièce préfabriquée, l'assuré a perdu l'équilibre et qu'au lieu de lâcher la pièce, il a été « taper » avec tout son poids contre le mur qui se trouvait derrière lui. Un tel événement n'a pas de caractère particulièrement impressionnant. Le 15 juin 2018, le recourant a exposé qu'il avait été coincé entre un mur et un mur en préfabriqué, ce qui correspond à la description qui est mentionnée sur le rapport du 31 mars 2018 du Dr G._____, qui mentionne que « le patient est resté encoublé entre 2 murs, avec trauma direct au niveau du rachis cervical ». Toutefois, lors de l'entretien avec un collaborateur de la CNA le 8 août 2018, l'assuré a décrit de façon assez différente l'événement, en faisant intervenir un élément extérieur, en ces termes : « alors que la grue avait pris un des éléments pour aller le mettre en place, un coup de vent assez fort ou un mouvement de la grue a fait venir l'élément (sur la tranche) contre moi. L'épaisseur de l'élément était de 38 cm (béton, isolation et préfabriqué) pour un poids de 6,5 tonnes environ. Il m'a coincé contre le mur fixe en s'appuyant sur mon côté droit, du centre du corps jusque vers l'extérieur. J'ai juste eu le temps de tourner latéralement la tête, pour pas qu'elle soit écrasée. Je n'ai pas eu de marque à la tête. » Même à retenir cette dernière description de l'événement – en contradiction avec la version de l'employeur –, celui-ci ne revêt pas un caractère particulièrement impressionnant ou dramatique. Le recourant a en effet déclaré lui-même qu'il avait été en mesure de se dégager après quelques secondes et qu'il n'avait pas eu de marque à la tête. Par ailleurs, il a été en mesure de poursuivre son activité professionnelle ce jour-là et n'a consulté le service des urgences pour des douleurs de rachis seulement dix jours plus tard.

Concernant la durée du traitement médical, la Cour de céans constate que celui-ci a été uniquement conservateur : port d'une minerve, médication antalgique et quelques séances de physiothérapie. On ne saurait considérer qu'il a été particulièrement long, ni pénible, comme le retient à juste titre l'intimée (cf. réponse, p. 8). Il en va de même en ce qui concerne la durée de l'incapacité de travail, dont la poursuite est attestée par de brefs certificats médicaux de son médecin traitant, alors qu'une reprise à 50 % avait déjà été envisagée par les médecins de l'Hôpital W._____ ayant suivi l'assuré dans les premiers temps, à savoir dès le 9 avril 2018, puis le 30 avril 2018, puis le 8 mai 2018 et le 14 mai suivant. On relèvera au demeurant que dans son rapport du 5 septembre 2018, le Dr L._____ exposait que l'évolution défavorable de la situation était influencée par des facteurs psychologiques et contextuels. Enfin, il n'apparaît pas que le recourant ait présenté une lésion particulièrement grave ou des douleurs physiques importantes et persistantes, ce que le recourant ne soutient plus. Enfin, on ne constate pas d'erreur dans le traitement médical ou de complications importantes.

Partant, au regard de l'ensemble des circonstances, aucun des critères définis par la jurisprudence n'est rempli. On ne saurait ainsi considérer que l'accident du 21 mars 2018 est la cause adéquate des atteintes à la santé dont se prévaut l'intéressé actuellement.

c) Compte tenu de ce qui précède, l'intimée était dès lors légitimée à mettre fin au versement de prestations le 30 septembre 2018 pour les suites de l'accident du 21 mars 2018.

8. L'instruction du dossier permettant de statuer en toute connaissance de cause, on ne voit pas, dans ce contexte, ce qu'une nouvelle évaluation pourrait apporter de plus, si ce n'est une appréciation médicale supplémentaire. En effet, l'autorité peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation

(appréciation anticipée des preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

9. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le défenseur d'office a droit au remboursement forfaitaire de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

En l'espèce, par décision de la juge instructeur du 24 janvier 2019, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 19 décembre 2018 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Pierre-Xavier Luciani. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 12 septembre 2019, qui comprend notamment des débours. Il convient toutefois sur ce dernier point d'appliquer le forfait de 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Compte tenu de la difficulté de la cause et de son ampleur, la liste des opérations ne prête pas le flanc à la critique. Au final, le montant de l'indemnité de Me Pierre-Xavier Luciani est arrêté à 2'451 fr. 25, débours, par 108 fr. 75, et TVA à 7,7 % compris.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 21 novembre 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Pierre-Xavier Luciani, conseil d'office du recourant, est arrêtée à 2'451 fr. 25 (deux mille quatre cent cinquante-et-un francs et vingt-cinq centimes), débours et TVA inclus.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Pierre-Xavier Luciani, avocat à Lausanne (pour le recourant),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, 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 :