

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 janvier 2020

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Röthenbacher et M. Métral, juges
Greffière : Mme Neyroud

Cause pendante entre :

V. _____, à [...], recourant, représenté par la Consultation juridique du
Valentin, à Lausanne,

et

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

Art. 6 LAA

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait comme ouvrier de la construction pour le compte de l'entreprise F. [...] du 3 novembre au 22 décembre 2017 et était, à ce titre, assuré contre les accidents professionnels, les accidents non-professionnels et les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 14 décembre 2017, l'assuré a chuté d'environ 80 cm dans une benne. Atterrissant sur sa fesse droite, il a ressenti de fortes douleurs au niveau de sa hanche droite (rapport initial établi le 6 février 2018 par la Dre B._____, médecin-assistante au sein de l'Hôpital [...]). L'examen radiologique effectué le 15 décembre 2017 n'a pas décelé de fracture ou de luxation des hanches ni de fracture du bassin ou d'anomalie des articulations. La CNA a pris en charge les suites de cet accident.

Dans un rapport du 22 janvier 2018, le Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a fait état d'un examen clinique anormal avec un Trendelenburg positif, ce qui parlait en faveur d'une impossibilité musculaire (muscle moyen fessier) ou ligamentaire à stabiliser le bassin à la suite du traumatisme. Il a, à cet égard, préconisé du repos, les structures lésées devant se guérir spontanément. Compte tenu de la persistance de la symptomatologie douloureuse, le Dr T._____ a prescrit des examens radiologiques complémentaires. L'IRM (imagerie par résonance magnétique) réalisée le 1^{er} mars 2018 a montré une arthrose interfaccettaire de L4 à S1. Celle pratiquée le 2 mars 2018 a, quant à elle, mis en évidence une séquelle de fracture de l'aile iliaque droite avec persistance d'une solution de continuité et formation d'un cal osseux. Cette lésion a par la suite été confirmée par le scanner pratiqué le 5 mars 2018.

L'assuré a séjourné du 18 avril au 8 mai 2018 à la Clinique [...] (ci-après : Clinique G._____). Dans un rapport du 15 mai 2018, les Drs

H._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et C._____, médecin-assistante, ont constaté la consolidation de la fracture de l'aile iliaque droite. Aucune psychopathologie n'était en revanche détectée, ni aucun nouveau diagnostic neurologique posé. Les limitations fonctionnelles suivantes étaient retenues par rapport au côté droit du bassin : long déplacement surtout sur terrain irrégulier et port de charges lourdes. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de un à deux mois maximum. Pour le surplus, les médecins de la Clinique G._____ ont attesté d'une incapacité totale de travail jusqu'au 3 juin 2018.

Le 11 juin 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en indiquant à titre d'atteinte à la santé, une fracture du bassin.

Le 8 août 2018, l'assuré a été examiné par le Dr X._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, qui a préconisé une évaluation stationnaire et multidisciplinaire au sein du Service de rhumatologie du Centre hospitalier L._____. Ce séjour hospitalier s'est déroulé du 19 au 30 novembre 2018. Dans son rapport d'examen du 12 décembre 2018, le Prof. R._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme avec troubles anxieux, de dysfonction mécanique de l'articulation sacro-iliaque droite, de discopathie L5/S1 et d'arthrose interfacettaire L4 à S1. Il a pour le surplus noté que le pronostic était sombre quant à une éventuelle reprise d'activité professionnelle compte tenu du tableau clinique décrit.

Le Dr X._____ a examiné une nouvelle fois l'assuré le 14 février 2019. Au terme de son rapport du même jour, ce médecin a observé que l'examen clinique était normal et que les dernières imageries radiologiques réalisées lors du séjour au Centre hospitalier L._____ montraient un certain remodelage du cal osseux au niveau de l'aile iliaque droite, ce qui allait dans le sens d'une guérison de la fracture. Du point de vue orthopédique, le Dr X._____ a ainsi retenu une capacité de travail

de 50 % dans l'activité habituelle dès le 1^{er} mars 2019 et de 100 % un mois plus tard.

Par courrier du 18 février 2019, la CNA a fait part à l'assuré des conclusions du Dr X._____ relatives à sa capacité de travail et l'a informé qu'elle verserait 50 % de l'indemnité journalière entre le 1^{er} et le 31 mars 2019.

Le 22 mars 2019, l'assuré, sous la plume de son conseil, a contesté la position de la CNA, se prévalant d'une capacité de travail nulle. A l'appui de ses allégations, il a notamment produit deux certificats d'arrêt de travail à 100 % pour la période du 1^{er} février au 31 mars 2019 établis par le Dr T._____, ainsi qu'une attestation du 8 mars 2019 du Prof. R._____ et du Dr [...], spécialiste en médecine physique et réadaptation, dont la teneur était la suivante :

« Nous avons suivi le patient en hospitalisation multimodale fin novembre sur 2 semaines. Suite à cela, nous avons évalué la capacité de travail du patient comme nulle en raison de ses diagnostics et des faibles ressources dont il dispose.

A notre sens, sachant que le médecin traitant n'a pas objectivé d'amélioration de la symptomatologie, la capacité de travail reste nulle ».

Par décision du 24 avril 2019, la CNA a confirmé sa communication du 18 février 2019 et a ajouté que les troubles psychogènes n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident du 14 décembre 2019, si bien que le droit à des prestations de l'assurance-accidents n'existait pas. L'assuré, par l'entremise de son conseil, a formé opposition contre cette décision le 30 avril 2019, produisant en particulier un certificat d'arrêt de travail à 100 % pour la période du 1^{er} avril 2019 au 30 avril 2019 établi par le Dr T._____, en accord avec le Dr Z._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. L'assuré a encore produit, le 7 mai 2019, un certificat médical du 2 mai 2019 du Dr Z._____, attestant d'une incapacité totale de travail entre le 29 avril et le 14 juin 2019 en raison d'un accident.

La restitution de l'effet suspensif de la décision du 24 avril 2019 sollicitée par l'assuré a été refusée par décision incidente du 7 mai 2019. La CNA a par la suite rendu une décision sur opposition en date du 14 juin 2019, rejetant l'opposition formée par l'assuré.

B. Par acte du 26 juin 2019, V._____, par l'intermédiaire de son mandataire, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant préalablement à la restitution de l'effet suspensif, principalement à la réforme de la décision en ce sens qu'il a droit à la poursuite du versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical au-delà du 1^{er} mars 2019 et subsidiairement au renvoi de la cause à la CNA. En substance, il a critiqué l'appréciation du Dr X._____, qui n'avait pas effectué un examen approfondi, et a allégué que son atteinte physique était à l'origine d'une incapacité de travail, telle qu'attestée par les Drs T._____ et Z._____, ainsi que par le Prof. R._____. De surcroît, il a contesté l'appréciation de son assureur quant à l'inexistence d'un lien de causalité adéquate entre son accident et les troubles psychiques éprouvés. Pour étayer ses allégations, il a requis son audition, ainsi que celles du Prof. R._____ et des Drs T._____ et Z._____.

Par ordonnance du 18 juillet 2019, la juge instructrice a rejeté la requête de restitution d'effet suspensif, après avoir interpellé la CNA à cet égard.

Les 5 et 14 août 2019, l'assuré, sous la plume de son conseil, a produit un certificat médical du Dr Z._____ attestant d'une incapacité totale pour la période du 31 juillet au 9 septembre 2019, ainsi qu'un rapport du Prof R._____, faisant état d'une symptomatologie inchangée, ainsi que d'une nouvelle problématique proctologique.

Par réponse du 28 août 2019, la CNA a conclu au rejet du recours, considérant que le cas était stabilisé sur le plan orthopédique et que les troubles psychosomatiques à l'origine de l'incapacité de travail n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'évènement assuré.

Dans sa réplique du 9 septembre 2019, l'assuré a, d'une part, réitéré ses réquisitions de preuves et, d'autre part, produit un rapport établi le 5 août 2019 par le Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale, expliquant à la CNA - dans le contexte d'une problématique de tarification - que l'assuré était atteint d'un stress post-traumatique avec des crises de panique, l'angoisse étant liée au fait que les divers symptômes survenus suite à son accident perduraient malgré les séjours au Centre hospitalier L._____ et à la Clinique G._____.

Par courrier du 13 septembre 2019, l'assuré, sous la plume de son conseil, a encore sollicité l'audition de P._____, psychologue, et du Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dupliquant le 26 septembre 2019, la CNA a maintenu sa position et estimé que les auditions requises n'étaient pas nécessaires, le lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques devant être nié.

Le 14 octobre 2019, l'assuré, par l'entremise de son conseil, a produit des certificats médicaux attestant d'une incapacité totale de travail en septembre et en octobre 2019.

Dans une correspondance du 17 octobre 2019, l'assuré a fait état de son indigence et a produit différentes attestations de séjours hospitaliers durant les années 2018 et 2019, ainsi qu'un rapport établi le 10 septembre 2019 par le Dr D._____, spécialiste en dermatologie et vénéréologie, retenant comme diagnostic probable des lésions au niveau inter-fessier, une dermatite irritative lichénifiée du pli inter-fessier.

Les 18 décembre 2019 et 18 janvier 2020, il a encore produit des certificats médicaux attestant de la poursuite de son incapacité totale de travail entre les mois de novembre 2019 et février 2020.

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. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations complètes de l'assurance-accidents au-delà du 1^{er} mars 2019, singulièrement sur les questions de la stabilisation de l'atteinte orthopédique et de l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 14 décembre 2017 et les troubles psychogènes éprouvés.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.2 et les références).

c) Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références).

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable 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, 129 V 402 consid. 2.2 et 125 V 456 consid. 5a avec les références). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; cf. TF 8F_2/2016 du 27 juin 2016 consid. 3).

d) En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 134 V 109 consid. 2.1 ; 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb et les références).

e) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour

procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_775/2017 du 13 juin 2018 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_567/2017 du 12 mars 2018 consid. 5.1). Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références) :

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

- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et bb, 403 consid. 5c/aa et bb ; TF 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2). De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept, ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (SVR 2010 UV n° 25 p. 100 [8C_897/2009] consid. 4.5 ; TF 8C_196/2016 du 9 février 2017 consid. 4). Par ailleurs, un seul critère peut être suffisant pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; TF 8C_584/2010 du 11 mars 2011 consid. 4.3.1, in SVR 2011 UV n° 10 p. 35 et les références).

f) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs 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 permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA 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, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. a) En l'occurrence, s'agissant des atteintes physiques, il n'est pas contesté que l'évènement du 14 décembre 2017 a occasionné une fracture de l'aile iliaque droite, tel que cela a été démontré par l'IRM réalisée le 2 mars 2018. Seule la question de la stabilisation de cette atteinte est litigieuse.

Dans la décision entreprise, l'intimée a estimé, en se fondant sur l'avis de son médecin d'arrondissement, que la fracture en question était guérie, si bien que le recourant était apte à reprendre son activité habituelle à 50 % à compter du 1^{er} mars 2019 et à 100 % dès le 1^{er} avril suivant, ce que le recourant conteste.

Or l'appréciation du Dr X. _____ remplit toutes les exigences formelles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ses conclusions résultent d'une analyse complète de la situation médicale - objective et subjective - du recourant. Ses rapports des 8 août 2018 et 14 février 2019 contiennent une anamnèse détaillée, prennent dûment en considération les plaintes du recourant et décrivent les constatations cliniques. On relève en particulier que dans son rapport d'examen final du 14 février 2019, le Dr X. _____ a observé que la marche s'effectuait tout à fait normalement et aisément, que l'accroupissement était profond et symétrique, le recourant se relevant sans difficulté, qu'en station debout, l'intéressé se tenait en charge équivalente sur ses membres inférieurs, qui étaient normo-axés et enfin qu'il n'y avait plus aucune épargne du membre inférieur droit. Cela étant, le médecin d'arrondissement a noté que lors de l'examen clinique, qui était strictement normal, le recourant ne semblait avoir aucune limitation fonctionnelle notable, en relevant par ailleurs que le remodelage osseux objectivé sur les nouvelles radiographies du bassin réalisées au Centre hospitalier L. _____ allait également dans le sens d'une guérison de la fracture. Il a ainsi estimé qu'il y avait une importante discordance entre les plaintes qui subsistaient, de surcroît changeantes et protéiformes, et les constatations objectives de l'examen radio-clinique qui étaient très minces. Du point de vue thérapeutique, il considérait qu'aucun traitement n'était susceptible d'améliorer notablement la situation et que la poursuite d'un tel traitement ne ferait au contraire que conforter l'assuré - non réceptif à une psychothérapie - dans l'idée qu'il n'est pas guéri. Du point de vue orthopédique, le Dr X. _____ a ainsi retenu une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle dès le 1^{er} mars 2019 et de 100 % un mois plus tard.

Ces constatations rejoignent celles des médecins de la Clinique G. _____ qui ont relevé, dans leur rapport du 15 mai 2018, une consolidation de la fracture de l'aile iliaque droite et noté que les plaintes et les limitations fonctionnelles ne s'expliquaient que partiellement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Une stabilisation médicale

était attendue dans un délai de un à deux mois maximum. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée, soit n'impliquant provisoirement pas de longs déplacements sur terrain irrégulier, ni de port de charges, était favorable et l'on pouvait s'attendre à une pleine capacité dans une telle activité. Des facteurs contextuels pouvaient toutefois influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le recourant, notamment une anxiété, une kinésiophobie et une catastrophisation associées à une perception du handicap fonctionnel très élevée, avec une focalisation sur la douleur et de nombreuses autolimitations.

Compte tenu de ce qui précède, on relève que sur le plan strictement orthopédique, tant les médecins de la Clinique G. _____ que le Dr X. _____, s'accordent pour dire qu'il n'existait plus d'atteinte orthopédique incapacitante au moment où l'intimée a cessé de prester, la fracture de la hanche étant guérie, et que seuls des facteurs étrangers freinaient le processus de réinsertion.

Contrairement à ce que soutient le recourant, les avis des Drs T. _____ et Z. _____, ainsi que du Prof. R. _____ ne permettent pas d'aboutir à une autre conclusion. Le Dr T. _____ n'objective en rien la persistance de l'incapacité de travail. On relève au contraire que dans son rapport du 22 janvier 2018, ce médecin traitant a estimé que les structures lésées devaient se guérir spontanément. Par la suite, ce médecin n'a aucunement étayé les certificats médicaux qu'il a établis, se limitant à indiquer une incapacité de travail totale, sans expliquer pourquoi le pronostic posé en janvier 2018 ne s'était pas réalisé. Il en va de même des rapports particulièrement concis du Dr Z. _____. Quant au Prof. R. _____, ce dernier a expliqué qu'il n'avait pas objectivé d'argument pour une mauvaise évolution de la fracture de l'aile iliaque, ni pour une pathologie inflammatoire sous-jacente. Ce médecin a certes objectivé des symptômes compatibles avec une dysfonction mécanique de l'articulation sacro-iliaque droite, mais ceux-ci comprenaient une claire composante non-organique, notamment concernant les irradiations de la douleur rétro-sternales et sensations d'étouffement. Par ailleurs, si le pronostic a été qualifié de sombre, c'est en raison des différents

diagnostics retenus, sans distinction de l'atteinte orthopédique, seule déterminante dans le cas d'espèce, vu l'absence de lien de causalité adéquate de l'atteinte psychique avec l'accident (cf. *infra* consid 4c).

Il y a ainsi lieu de constater qu'aucun document médical au dossier ne permet d'affirmer que la lésion à la hanche demeurait incapacitante au-delà du 1^{er} avril 2019. Par conséquent, l'intimée était fondée à retenir que l'atteinte orthopédique était stabilisée à cette date et n'entraînait plus aucune incapacité de travail, ce qui l'autorisait à mettre fin aux prestations.

b) S'agissant de la lésion au niveau inter-fessier, on relève qu'aucun élément ne permet de lui attribuer un caractère incapacitant. Par ailleurs et en tout état de cause, selon le rapport établi le 10 septembre 2019 par le Dr D._____, cette atteinte résulte d'une dermatite irritative lichénifiée du pli inter-fessier, occasionnée par des frictions ou par l'application de nombreux produits locaux. Dans cette mesure, un lien de causalité avec l'accident du 14 décembre 2017 peut raisonnablement être exclu.

5. a) Enfin, s'agissant de l'atteinte psychique, l'intimée a estimé que l'accident du 14 décembre 2017 devait être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite inférieure de cette catégorie, et qu'aucun des critères cités *supra* (cf. consid. 3e) n'étaient réalisés, si bien que l'existence d'un lien de causalité entre cet événement et les troubles psychogènes éprouvés par le recourant n'était pas établie. Le recourant soutient quant à lui que l'accident était grave, étant précisé qu'il avait fait une lourde chute d'un mètre et s'était brisé le bassin.

En l'occurrence, la question se pose de savoir si l'évènement du 14 décembre 2017 ne devrait pas être qualifié d'accident de peu de gravité, étant précisé que la jurisprudence a qualifié ainsi le fait pour un assuré d'avoir perdu l'équilibre alors qu'il se trouvait sur une échelle et d'être tombé d'une hauteur d'environ deux mètres (cf. TFA U 163/02 du 16 avril 2003 consid. 5). Cette question peut toutefois rester indécise dans

la mesure où même en retenant un accident de gravité moyenne, à la limite inférieure de cette catégorie, le cas d'espèce ne réunit pas les critères nécessaires pour asseoir un lien de causalité adéquate entre l'accident incriminé et les troubles psychiques présentés par le recourant.

b) S'agissant des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, ce critère doit être examiné de manière objective, et non pas en fonction du ressenti subjectif de l'assuré, en particulier de son sentiment d'angoisse. Il faut souligner qu'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas à l'admission de la réalisation de ce critère (cf. concernant plus particulièrement ce critère : TF 8C_78/2013 du 19 décembre 2013 consid. 4.3.2 ; 8C_1020/2008 du 8 avril 2009 consid. 5.2 ; U 56/07 du 25 janvier 2008 consid. 6.1 ; RAMA 1999 n° U 335 p. 207). *In casu*, à l'instar de l'intimée, on ne saurait considérer ce critère comme réalisé, le déroulement de la chute dans la benne ne laissant apparaître aucun élément qui pourrait conduire à qualifier cet évènement d'impressionnant ou de dramatique.

c) S'agissant de la gravité des blessures, l'accident a occasionné une fracture de l'aile iliaque, lésion qui n'est pas de nature à entraîner des troubles psychiques.

d) En ce qui concerne l'examen de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire. N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (TF 8C_383/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 7.2.4 et les références). En outre, l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement et si l'on peut attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (TF 8C_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.2.3 et les références). Les investigations médicales auxquelles l'assuré s'est soumis n'ont pas eu de but thérapeutique mais étaient plutôt destinées à rechercher l'existence d'une

atteinte organique liée à l'accident, nonobstant le caractère rassurant des examens conventionnels effectués. Les mesures thérapeutiques proprement dites ont pour l'essentiel consisté en des séances de physiothérapie. Le traitement de la fracture de l'aile iliaque droite a été conservateur et ne saurait être considéré comme particulièrement pénible.

Dans le prolongement du critère précédent, on peut relever qu'aucune erreur de traitement ni complication n'est à déplorer. Il n'y a pas non plus d'indices pour admettre des difficultés ou complications importantes au cours de la guérison. Certes, la fracture n'a été diagnostiquée que le 2 mars 2018, soit près de trois mois après l'accident, néanmoins, il ne ressort pas des éléments médicaux au dossier que ce retard de diagnostic aurait entravé la guérison, ni que le traitement aurait été différent si l'atteinte avait été immédiatement identifiée.

e) S'agissant des douleurs physiques persistantes, on peut se référer à l'importante discordance relevée par le Dr X._____, ainsi qu'aux facteurs contextuels constatés par les médecins de la Clinique G._____. En outre, ces derniers ont indiqué que le recourant avait été multi-plaintif, se plaignant tantôt de douleurs au membre inférieur gauche, tantôt de lombalgies et tantôt de son membre inférieur droit. Les douleurs étaient ainsi fluctuantes et sans corrélation médicale avérée avec l'atteinte somatique à charge de l'assureur-accidents.

f) Enfin, s'agissant de la durée et du degré de l'incapacité de travail, on relève que les médecins de la Clinique G._____ ont fait état d'un pronostic favorable dans la reprise d'une activité habituelle et que seuls des facteurs contextuels, associés à une focalisation sur la douleur et de nombreuses auto-limitations influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles. L'atteinte occasionnée par l'accident a ainsi justifié une incapacité de travail jusqu'au mois de juillet 2018, étant précisé que les médecins de la Clinique G._____ ont, au mois de mai 2018, retenu qu'une stabilisation médicale était attendue dans un délai de un à deux mois maximum. Ce dernier critère n'est ainsi pas réalisé.

g) Au vu de l'analyse ci-dessus, on se doit en définitive de constater qu'aucun des critères dégagés par la jurisprudence pour reconnaître un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés par l'assuré et l'événement concerné n'est réalisé en l'espèce.

6. Au final, il faut constater que la CNA était légitimée à considérer que l'assuré avait recouvré une capacité de travail partielle dans son activité habituelle à compter du 1^{er} mars 2019, puis une pleine capacité dès le 1^{er} avril 2019, si bien que c'est à juste titre qu'elle a mis un terme au versement des indemnités journalières, et à la prise en charge des traitements médicaux à compter du 31 mars 2019.

7. L'instruction du dossier permettant de statuer en toute connaissance de cause, on ne voit pas, dans ce contexte, ce que les témoignages du Prof. R._____ et des Drs T._____ et Z._____ pourraient apporter de plus, si ce n'est des appréciations médicales supplémentaires sans pertinence pour l'examen de l'atteinte physique à charge de l'assureur-accidents. Il en va de même de ceux de la psychologue P._____ et du Dr K._____, étant précisé que l'existence d'un lien de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. 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). Il sera dès lors renoncé aux auditions requises, y compris à celle du recourant, celui-ci ayant au demeurant pu faire valoir son droit d'être entendu à chaque étape de la procédure.

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise 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).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 14 juin 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

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

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Consultation juridique du Valentin (pour V. _____) ;
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents ;
- Office fédéral de la santé publique ;

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :