

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 septembre 2013

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : Mmes Di Ferro Demierre et Röthenbacher
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourant, représenté par Me Ana Rita Perez, avocate à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représenté par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 4 et 16 LPGA; 6 et 18 LAA

E n f a i t :

A. **a)** Q._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait depuis le 27 juin 2005 en qualité de maçon auprès de l'entreprise B._____ SA à [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA ou l'intimée).

Par déclaration de sinistre LAA du 8 mars 2006, l'employeur a annoncé qu'en date du 3 mars 2006, l'assuré avait glissé sur un trottoir enneigé, alors qu'il était en train d'effectuer une démolition. En raison de douleurs au niveau du bassin et de la hanche, Q._____ a consulté le lendemain à l'Hôpital [...]. Le diagnostic de contusion de la hanche droite, sans fracture, a été posé nécessitant la prescription de cannes avec charges selon les douleurs, ainsi que des anti-inflammatoires (rapport médical LAA du 24 mars 2006 du Dr R._____). Une incapacité totale de travail a été retenue pour la période du 4 au 31 mars 2006, date de la fin du traitement. La CNA a pris en charge le cas.

Après une nouvelle consultation en date du 21 avril 2006 en raison de douleurs irradiant de la fesse au genou droit, une incapacité de travail à 100 % a été attestée dès le 18 avril 2006, puis à 50 % dès le 21 juin 2006.

Dans un rapport médical du 14 novembre 2006 faisant suite à l'examen clinique de l'assuré, les Drs D._____, spécialiste en orthopédie et traumatologie, et P._____, médecin d'arrondissement à la CNA, ont considéré que l'état clinique parlait en faveur de problèmes dégénératifs de la hanche plutôt que de sciatalgies. Ils ont toutefois préconisé un séjour à la Clinique F._____ à [...].

L'assuré a séjourné du 22 novembre au 22 décembre 2006 à la Clinique F._____ en vue d'une évaluation professionnelle. Dans un

rapport du 11 janvier 2007, les éléments suivants ont notamment été retenus:

"(...) Le bilan radiologique ne montre pas d'atteinte dégénérative de la hanche. L'IRM du bassin ne montre pas de lésion. La RX standard de la colonne lombaire montre une vertèbre limbique antérieure L4 et une minime sclérose et ostéophytose antérieure lombaire basse. L'évolution sous traitement de physiothérapie est marquée par la disparition des douleurs fessières droites et l'augmentation de douleurs lombaires sans déficit sensitivo-moteur. Les diagnostics de tendinopathies calcifiantes fessières au décours et de lombalgies communs sont retenus. Il existe une certaine discordance entre les plaintes déclarées par le patient et les données objectives, cliniques et radiologiques. Les lombalgies n'ont à notre avis aucun rapport avec l'accident initial".

Une reprise partielle du travail à 50 % a été indiquée du 23 décembre 2006 au 21 janvier 2007, avec une reprise totale dès le 22 janvier 2007.

Dans un rapport d'examen du 13 février 2007, le Dr P. _____ a conclu à la présence d'un syndrome lombo-vertébral modéré, sans signe d'atteinte radiculaire et sans relation avec l'accident. Quant à la hanche droite, dont le patient ne se plaignait pratiquement plus, on pouvait considérer qu'elle était guérie.

Par décision du 15 février 2007, la CNA, agence de Lausanne, a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 18 février 2007. Dans le cadre de son opposition, l'assuré a transmis un rapport du 1^{er} mai 2007 établi par le Dr X. _____, spécialiste en neurologie, posant l'hypothèse d'un syndrome du piriforme droit. Dans un rapport du 22 mai 2007, le Dr P. _____ a considéré que le syndrome précité était un trouble fonctionnel, sans grand substrat anatomo-pathologique démontrable, pour lequel une relation de causalité pour le moins vraisemblable avec une simple contusion de la hanche droite, survenue il y a plus d'une année, ne pouvait être retenue. Au vu des éléments précités, la CNA a rejeté le 29 juin 2007 l'opposition formée par l'assuré.

Dans le cadre du recours interjeté par l'assuré auprès du Tribunal cantonal des assurances (AA 110/07 - 110/2007), la CNA a sollicité l'avis du Dr M._____ du team de médecine des assurances de la CNA. Dans sa prise de position du 18 octobre 2007, le Dr M._____ a exposé que le diagnostic de syndrome piriforme était controversé et que les critères étaient difficiles à poser. Il a néanmoins estimé que le diagnostic était plausible, en soulignant que l'assuré présentait une surcharge psychologique (illnes behavior), ce qu'avait du reste également mis en évidence le Dr J._____ chef de clinique au département de l'appareil locomoteur (DAL) de l'hôpital L._____. Il fallait dès lors rassurer le patient et veiller à le mettre au travail rapidement, le Dr M._____ partant du principe que l'assuré devrait assez rapidement pouvoir reprendre son travail à plein temps. Par courrier du 30 novembre 2007, la CNA a accepté de continuer à prendre en charge le traitement relatif au syndrome piriforme droit présenté par l'intéressé et d'allouer les prestations légales au-delà du 18 février 2007. Le Tribunal cantonal des assurances a dès lors rayé la cause du rôle.

Le contrat de durée déterminée de l'assuré auprès de l'entreprise B._____ SA a pris fin le 21 décembre 2007.

En date du 23 janvier 2008, l'assuré a bénéficié d'une ténotomie du muscle pyramidal, ainsi que d'une neurolyse du nerf sciatique droit. L'évolution s'est révélée défavorable avec une augmentation des douleurs et une réduction du périmètre de marche. Dans un rapport du 16 juin 2008 faisant suite à un examen neurologique de l'assuré, le Dr J._____ a conclu à l'absence de réflexe achilléen à droite et à une diminution de la force des releveurs de l'hallux à droite. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) rachidienne et cervico-dorso-lombaire effectuée le 8 juillet 2008 a mis en évidence une hernie discale paramédiane droite sans effet de masse et une suspicion de lésion de Romanus au niveau du bord antérieur du plateau supérieur de L1 à L5, visible dans les spondylo-arthropathies séronégatives. A la suite du rapport d'examen électromyographique du 8 août 2008 établi par le Dr N._____, neurophysiologue au Portugal, le Dr M._____ a estimé que

le résultat de l'examen précité confirmait l'existence d'une lésion neurogène pouvant être située à hauteur de la racine S1 aussi bien que sur le nerf sciatique périphérique (appréciation médicale du 23 avril 2009).

Dans un rapport du 18 janvier 2010, le Prof. U._____, médecin adjoint agrégé, et le Dr C._____, spécialiste en médecine interne, au département des neurosciences cliniques de l'hôpital S._____, ont posé les diagnostics de douleurs post-opératoires du membre inférieur droit avec suspicion d'algoneurodystrophie, de status post-suspicion du syndrome du muscle piriforme, à droite, post opération du 23 janvier 2008 et de lombalgies chroniques depuis 2006. Ils ont préconisé des examens complémentaires pour confirmer ou écarter le CRPS (Complex regional pain syndrome ou algoneurodystrophie).

L'assuré ayant déclaré qu'il ne pouvait supporter un nouvel EMG (électromyogramme), il a transmis à la CNA un rapport établi le 25 janvier 2010, à la demande de l'assurance-invalidité, par le Dr G._____, spécialiste en neurologie. Ce praticien a tout au plus retenu une aréflexie achilléenne, éventuellement liée aux conséquences de la ténolyse et de la neurolyse du tronc du nerf sciatique. Il a certes évoqué l'existence d'une possible discrète épine organique, laquelle ne pouvait toutefois pas être considérée comme la cause d'une incapacité de travail significative dans une activité adaptée. Il a dès lors conclu à une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle de maçon et à une capacité de travail entière avec un rendement à 100 % dans une activité adaptée soit évitant les charges trop lourdes, la station debout prolongée et les déplacements prolongés. Le Dr G._____ a enfin préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique afin d'apprécier un probable syndrome somatoforme douloureux.

Dans son rapport du 26 janvier 2011, le Dr M._____ a exposé les éléments suivants dans le cadre de son appréciation:

"L'examen réalisé le 18.01.2010 par le Dr G._____ a donc confirmé les constatations recueillies précédemment: pas d'indices suggestifs et notamment pas de mise en évidence

électroneurographique d'une lésion du nerf sciatique droit. Pas d'explications à des symptômes invalidants sur un plan neurologique.

Dans ce même contexte, le diagnostic d'un syndrome pyramidal ne peut être retenu; en particulier, l'on ne peut aucunement envisager qu'un tel syndrome prenne des proportions invalidantes.

D'autres mesures d'éclaircissement neurologiques ne peuvent être recommandées, d'autant plus que l'assuré n'a pas exprimé le désir de se soumettre à un nouvel examen électroneurographique qui était prévu pour le 15.11.2010. Le Dr G. _____ avait déjà réalisé un tel examen en janvier 2010. A l'époque, ce spécialiste n'avait pas pu compter sur une coopération suffisante de la part de l'assuré. Cependant, cet état de fait n'a pas vraiment modifié la significativité des résultats obtenus. En particulier, il n'a fourni aucunes données importantes qui permettraient d'éclaircir le rapport de causalité ainsi qu'un processus éventuel conduisant à une invalidité sur le plan neurologique.

Par conséquent, l'on ne met en évidence aucunes suites invalidantes sur un plan neurologique faisant suite à l'intervention de novembre [recte: janvier] 2008 ou à la chute survenue en 2006. De même, l'on ne peut déceler chez l'assuré de conséquences invalidantes se répercutant dans son existence quotidienne du point de vue de la chirurgie orthopédique, dans le cadre, par exemple, d'activités ne nécessitant pas de sollicitations extrêmes de la hanche droite, comme un accroupissement complet pendant une période prolongée. Les troubles de l'assuré ne sont pas suffisamment importants pour que l'estimation d'une atteinte à l'intégrité soit nécessaire".

Par courrier du 22 septembre 2011, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 novembre 2011.

b) Par décision du 20 décembre 2011, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 17 % dès le 1^{er} décembre 2011 et a nié tout droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. En date du 1^{er} février 2012, l'intéressé, par son conseil Me Ana Rita Perez, a formé opposition, concluant à la réforme de la décision attaquée, en ce sens qu'une rente basée sur une incapacité de gain de 73 %, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité lui soient allouées. Il a transmis à cet effet plusieurs documents médicaux, à savoir:

- un rapport d'expertise privé du 7 mai 2011 de la Dresse B. _____, médecin au Portugal, retenant une incapacité de travail de

66.2 % liée aux conséquences de l'accident du 3 mars 2006 ou à tout le moins de 32.2 % pour les seules atteintes neurologiques et de l'appareil locomoteur,

- un rapport médical du 23 juin 2011 de la Dresse V._____, et de la thérapeute K._____, respectivement médecin responsable et thérapeute de famille à la fondation Y._____, mettant en évidence un épisode dépressif moyen sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail du patient,

- un rapport du COPAI du 16 octobre 2008 comprenant un rapport d'atelier du 25 septembre 2008, indiquant que l'assuré ne pouvait pas produire du travail dans une qualité acceptable, n'étant pas en mesure de rester convenablement devant son poste de travail, ainsi qu'un rapport médical du 27 septembre 2008 du Dr W._____, médecin consultant au COPAI.

Par décision sur opposition du 2 mars 2012, la CNA a confirmé sa décision du 20 décembre 2011 et a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Sur le plan somatique, la CNA a conclu que l'assuré présentait une symptomatologie douloureuse conséquente résistant à tout traitement, mais nul n'était en mesure d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante exigé par la jurisprudence que celle-ci reposait sur des séquelles physiques naturelles de l'accident assuré. L'avis du Dr M._____ étant pleinement convaincant, il convenait dès lors d'accorder aux conclusions de son rapport entière valeur probante. Sur le plan psychiatrique, la CNA a laissé la question de la causalité naturelle ouverte. Qualifiant la simple chute de hauteur d'homme dans la catégorie des accidents banals légers au sens de la jurisprudence, la CNA a estimé qu'elle n'avait pas à approfondir le diagnostic des troubles présentés par l'assuré, le lien de causalité adéquate devant en principe être nié entre l'accident et de tels troubles. Dans ce contexte, une expertise psychiatrique était inutile, le dossier étant suffisamment instruit. S'agissant des effets économiques, la CNA a considéré que le revenu d'invalidé de 54'309 fr., non contesté, avait correctement été déterminé

sur la base des données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) adaptées aux limitations retenues par le Dr M._____. Quant au revenu sans invalidité de 65'208 fr. qui n'avait finalement pas été expressément contesté, il était fondé sur une correcte instruction du dossier. La comparaison de ces revenus hypothétiques laissait ainsi apparaître un préjudice économique de 16.7%, arrondi à 17% conformément à la jurisprudence. Enfin, l'existence d'une atteinte à l'intégrité physique indemnisable n'avait pas été démontrée à satisfaction de droit, l'assuré n'ayant pas été en mesure d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante l'existence d'une cause physique traumatique à cette symptomatologie douloureuse.

c) Dans l'intervalle, soit le 28 avril 2008, Q._____ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI).

Par décision du 7 novembre 2011 confirmant un projet de décision du 24 décembre 2008, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1^{er} avril 2007 (fin du délai d'attente d'un an) au 30 juin 2008 (soit après 3 mois d'amélioration depuis le mois de mars 2008). Il a considéré que l'assuré présentait dès le 1^{er} juillet 2008 une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il a alors procédé à une évaluation théorique de sa capacité de gain. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'732 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive (production et services) en 2006, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2006 (41.7 heures), de l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2008 (+3.67 %) et d'un taux d'abattement de 10 %, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 55'250 fr. 50. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 58'685 fr. 80, mettait en évidence une perte de gain de 3'435 fr. 30, ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 5.85 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Ce prononcé a fait l'objet d'un recours devant la Cour de céans laquelle l'a rejeté par arrêt séparé de ce jour (AI 358/11 - 227/2013).

B. Par acte de son mandataire du 19 avril 2012, Q. _____ recourt contre la décision du 2 mars 2012, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à la CNA au sens des considérants. Il soutient que l'intimée a fait preuve d'arbitraire en refusant de prendre en compte l'expertise de la Dresse B. _____ au seul motif que ledit rapport a été établi à l'étranger. Il rappelle que la Dresse B. _____ a retenu les diagnostics de séquelles graves du ténosynovite du muscle pyramidal, de lésion du nerf sciatique, d'algoneurodystrophie, de lombalgies chroniques, de rigidité de la hanche droite et de dépression de niveau II. Le recourant est dès lors d'avis qu'il existe une contradiction avec le rapport du Dr M. _____ lequel a conclu à l'absence de séquelle structurelle organique démontrable de l'accident, raison pour laquelle l'intimée aurait dû mettre en œuvre une nouvelle expertise. Le recourant fait valoir qu'une expertise psychiatrique aurait également dû être mise en œuvre par l'intimée, laquelle a refusé de prendre en compte les troubles psychiques dont il souffre. Selon lui, il a été victime d'un accident de gravité moyenne, lequel a entraîné de nombreuses séquelles tant sur le plan psychique que physique. Au vu de l'intensité des douleurs, des erreurs récurrentes de diagnostic, ainsi que de l'aggravation de ses séquelles, le recourant soutient qu'il remplit les critères jurisprudentiels applicables en cas d'accident de gravité moyenne, si bien que l'existence d'un lien de causalité adéquate doit être admise. Par ailleurs, il critique le refus de l'intimée de lui verser une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il rappelle qu'il endure des douleurs insupportables, qu'il est contraint de se déplacer avec des cannes anglaises et qu'il est incapable de rester assis ou debout plus de 10 à 15 minutes d'affilée, raison pour laquelle l'atteinte à l'intégrité qu'il subit doit être qualifiée de grave et durable. Il sollicite enfin l'octroi de l'assistance judiciaire.

Par décision du 23 avril 2012 (AJ 33/12), le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 19 avril 2012 et désigné Me Ana Rita Perez en qualité d'avocat d'office.

Dans sa réponse du 25 juin 2012, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle conteste tout d'abord avoir fait preuve d'arbitraire s'agissant du rapport de la Dresse B._____, son opinion étant tout au plus un avis parmi d'autres. L'intimée ne voit ainsi pas d'éléments concrets permettant d'affirmer que les conclusions du Dr M._____ seraient sujettes à caution. Sur le plan psychique, l'intimée constate que de tels troubles ont été évoqués pour la première fois en 2008, que la thérapeute K._____ a indiqué qu'ils s'inscrivaient dans le cadre de problèmes affectifs et familiaux sans rapport avec l'accident et que le rapport de la Dresse B._____ semblait reposer sur le principe "post hoc ergo propter hoc". L'intimée confirme que l'accident subi par le recourant entre dans la catégorie des accidents banals légers. Quand bien même il serait de gravité moyenne, l'intimée estime que les critères permettant d'admettre un lien de causalité adéquate ne sont pas remplis en l'espèce. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité revendiquée par le recourant, l'intimée relève qu'il ne saurait s'en prévaloir au seul motif de l'évocation de douleurs, l'existence d'une cause physique traumatique à cette symptomatologie n'ayant pas pu être établie au degré de vraisemblance prépondérante.

Dans sa réplique du 19 septembre 2012, le recourant confirme les conclusions de son recours et produit une traduction complète du rapport de la Dresse B._____.

Dans sa duplique du 9 octobre 2012, l'intimée conclut au rejet du recours, la décision sur opposition du 2 mars 2012 devant être confirmée.

Le 26 février 2013, Me Perez a fourni la liste de ses opérations du 2 mai 2012 au 26 février 2013.

Par courrier du 18 mars 2013 à Me Perez, le juge en charge du dossier a notamment précisé ce qui suit:

"Votre lettre du 26 février 2013 m'est bien parvenue, de même que votre liste des opérations. Je pars du principe que cette liste concerne votre mandat d'office dans les deux dossiers AI 358/11 et AA 43/12. J'observe toutefois qu'elle ne comprend aucune opération pour la période du 19 avril au 2 mai 2012 dans la procédure AA 43/12. Je vous laisse donc le soin de la compléter si nécessaire, dans un délai échéant le 22 avril 2013.

Par ailleurs, je vous informe que les pièces de la cause AI 358/11 sont versées au dossier de la cause AA 43/12, et inversement: Cela étant, les deux causes paraissent en l'état d'être jugées, sans que la mesure d'instruction (audition d'un témoin) que vous avez requise dans la cause AI 358/11 soit nécessaire. Cette requête est donc rejetée, sous réserve d'un avis contraire de la Cour lorsque je lui aurai soumis un projet de jugement.

Un jugement sera rendu, sauf nouvelle réquisition, à l'échéance du délai imparti ci-avant. Je n'ai pas d'objection à fixer dans l'arrêt le montant des dépens ou de l'indemnité d'office en opérant une distinction entre la période courant jusqu'au 1^{er} février 2013 et la période postérieure, dans le sens de votre lettre du 26 février courant. Dans ce contexte, le tribunal fixera d'office l'indemnité pour les opérations postérieures au 26 février 2013, à moins que vous ne souhaitiez déposer une liste complémentaire des opérations, toujours dans le délai fixé ci-avant".

Me Perez n'a pas fourni de liste complémentaire dans le délai qui lui avait été imparti.

E n d r o i t :

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

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et immédiatement applicable (art. 117 al. 1 LPA-VD), s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD; 117 LPA-VD).

2. En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'intimée est tenue de prendre en charge les conséquences des troubles physiques et psychiques développés par le recourant et, éventuellement, de lui allouer une rente LAA plus élevée. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si ces troubles se trouvent en relation de causalité adéquate avec l'accident du 3 mars 2006. Le litige porte également sur la question de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 2 mars 2012, à nier le droit de l'assuré à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

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. En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010, consid. 2; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2^e éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n. 165 p. 898).

b) L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose toutefois un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (TF 8C_87/2007 du 1^{er} février 2008 consid. 2.2). La question de la causalité adéquate ne se pose que si la causalité naturelle est établie (ATF 119 V 335 consid. 4).

L'exigence du lien de causalité naturelle 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. 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. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié TFA U 80/05 du 18 novembre 2005 consid. 1.2; ATF 129 V 177 consid. 3.1; 119 V 337 consid. 1).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; TFA U_61/91 du 18 décembre 1991 consid. 4b [RAMA 1992 no U 142 p. 75]; Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, n. 80 p. 865). 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, pp. 340 ss; TFA U 215/97 du 23 février 1999 consid. 3b [RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv.]). Il convient en principe d'en rechercher

l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré.

c) Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose également, outre un lien de causalité naturelle, un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402, consid. 4.4.1 *in limine*). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher (ATF 115 V 403, consid. 4a). Selon la jurisprudence, la causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177, consid. 3.2; 402, consid. 2.2; 125 V 456, consid. 5a, et les références).

d) En ce qui concerne les troubles d'ordre psychique, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), 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, en fonction de son déroulement.

L'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques consécutifs à l'accident doit, en règle générale, être niée d'emblée tandis qu'elle doit être admise en cas d'accident grave.

En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants :

- 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. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Dans les autres cas d'accident de gravité moyenne, il importe que plusieurs des critères objectifs développés par la jurisprudence se trouvent réunis ou revêtent une intensité particulière pour que le caractère adéquat des troubles psychiques de l'assuré soit admis (cf. ATF 129 V 402 consid. 4.4; 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140, 403 consid. 5c/aa p. 409).

3. 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b).

Le juge apprécie librement les preuves médicales recueillies. Il 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. Un rapport médical a une valeur probante pour autant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a).

L'assureur-accidents est tenu, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010, consid. 3.3).

4. Le recourant conteste le taux d'invalidité de 17% finalement retenu par l'intimée, ouvrant droit à rente allouée dès le 1^{er} décembre 2011.

a) En l'espèce, sur le plan somatique, il sied de constater qu'à la suite de l'accident du 3 mars 2006, seul le diagnostic de contusion de la hanche droite sans fracture, a été retenu (rapports LAA des 24 mars et 29 juin 2006). Par la suite, le recourant a présenté des douleurs à la fesse

droite motivant le diagnostic de tendinopathie calcifiante fessière droite au décours (rapport du 11 janvier 2007 de la Clinique F._____). Toutefois, à la suite du traitement de physiothérapie dispensée à la Clinique F._____, les douleurs précitées ont disparu au profit de l'apparition de douleurs lombaires sans déficit sensitivo-moteur. Tant les médecins de la Clinique F._____ que le Dr P._____ ont conclu à l'absence de relation entre cette symptomatologie douloureuse et l'accident initial. Suite à la réapparition des douleurs fessières, le Dr X._____, neurologue, a estimé que le status clinique était très évocateur d'un syndrome du piriforme et a préconisé une approche chirurgicale visant à libérer le tendon du piriforme et à procéder à une neurolyse des branches du tronc sciatique (rapport du 1^{er} mai 2007). Malgré une intervention chirurgicale le 28 janvier 2008, l'évolution s'est révélée défavorable avec une augmentation des douleurs et une réduction du périmètre de marche, le Dr J._____ (rapport du 16 juin 2008) retenant les diagnostics de lombo-sciatalgies essentiellement droites et de syndrome irritatif persistant et précisant que l'invalidité dans le membre inférieur droit dépassait largement le traumatisme initial. Il a alors évoqué une possible composante psychologique s'agissant des douleurs, voire une algoneurodystrophie au niveau du membre inférieur droit (courrier du 5 janvier 2009 à la CNA), hypothèse également envisagée par les Drs U._____, C._____ (rapport du 18 janvier 2010) et M._____ (rapport du 25 février 2010). Ayant refusé de se soumettre à un nouvel électroneuromyogramme, le recourant a transmis un rapport d'expertise neurologique établi par le Dr G._____ dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité. Mettant en doute le diagnostic de syndrome pyramidal, le Dr G._____ a relevé que le recourant présentait un tableau de chronicisation douloureuse sans substrat somatique objectivable, hormis une possible atteinte radiculaire S1 ou une discrète atteinte séquellaire du tronc du nerf sciatique, les deux hypothèses lésionnelles pouvant expliquer l'aréflexie achilléenne droite et les signes de dénervation spontanés observés par le Dr N._____. Ces éléments n'expliquaient toutefois pas, selon l'expert, l'importance et l'extension des douleurs et des troubles sensitivo-moteurs (rapport d'expertise du 25 janvier 2010, p. 13). Mis à part un status douloureux et une possible

discrète atteinte potentielle neurologique représentant une épine organique, tant l'expert que les divers intervenants (notamment Dr P._____, Clinique F._____) n'ont pas trouvé d'explication morphologique à la persistance d'une symptomatologie douloureuse d'une telle intensité. Quant aux examens radiologiques effectués depuis l'accident (radiographies du bassin face, deux IRM du bassin, deux IRM lombaire et du bassin, IRM de la colonne lombosacrée, radiographies standard du bassin, des hanches, fonctionnelle et de la colonne lombosacrée), ils présentaient des résultats sans particularité. Pour le Dr G._____, sur le plan somatique, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de maçon, alors que la capacité de travail était complète dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (soit évitant les charges trop lourdes, la station debout prolongée et les déplacements prolongés). Cette appréciation a été corroborée par le Dr M._____ (rapport du 26 janvier 2011).

Il convient de constater que l'ensemble des médecins consultés (y compris la Dresse B._____) a reconnu au recourant une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de maçon. Sur ce point, le Dr G._____ a indiqué qu'il était "*préférable d'admettre que M. Q._____ pourrait présenter des difficultés dans l'activité de maçon qu'il exerçait préalablement étant donné le caractère fortement "physique" de ce type d'activité*" (rapport du 25 janvier 2010, p. 14). S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, la Cour de céans ne voit aucune raison de s'écarter des conclusions du Dr G._____ dont le rapport décrit de façon détaillée la situation médicale du recourant, ainsi que les limitations fonctionnelles qui en découlent, à savoir que le recourant doit éviter les charges trop lourdes, la station debout prolongée et les déplacements prolongés. Comme le Dr G._____, le Dr M._____ a conclu à une capacité de travail entière sans diminution de rendement dans une activité adaptée. Certes, la Dresse B._____ a estimé que le recourant présentait une incapacité de travail de 66.2% sans toutefois se prononcer sur le type d'activité. Sur la base du dossier, d'un examen clinique, ainsi que d'une IRM de la colonne lombosacrée, elle a en effet retenu que le recourant souffrait de graves séquelles de ténotomie du

muscle, du muscle pyramidal et de la neurolyse du nerf sciatique droit, d'une algoneurodystrophie et de lombalgies chroniques. Sans se prononcer sur l'expertise du Dr G._____, la Dresse B._____ a ainsi exposé que les points de douleur qu'elle avait pu mettre en évidence étaient *"suffisants pour [les] associer aux séquelles de l'intervention chirurgicale du syndrome piriforme droit et atrophie musculaire globale"* et que *"les éléments disponibles permettent de déterminer qu'il existe un lien de causalité entre l'accident du travail survenu le 03.03.2006 et les séquelles (...) dont il souffre à cette date, fondé sur la concordance de siège entre le traumatisme et la séquelle résultante, l'existence de la continuité symptomatologique et la concordance temporaire entre le traumatisme et les séquelles résultantes, le type de lésions est adéquat à une étiologie traumatique, le type de traumatisme est adéquat pour produire ce type de lésions"*. Son appréciation ne saurait toutefois remettre en cause l'appréciation du Dr M._____ et le rapport d'expertise du 25 janvier 2010 du Dr G._____. En effet, la Dresse B._____ s'est limitée à rappeler la situation médicale complexe vécue par le recourant en mentionnant de nombreux diagnostics sans toutefois motiver de manière circonstanciée les raisons qui l'ont conduite à reconnaître une incapacité de travail de 66.2% sans préciser dans quel type d'activité. En outre, la symptomatologie dont a fait état la Dresse B._____ résulte pour l'essentiel des seules plaintes exprimées par le recourant. En effet, l'IRM de la colonne lombosacrée réalisée le 27 avril 2011 n'a mis en évidence que de légères altérations dégénératives disco-vertébrales lombaires entraînant une réduction de l'amplitude des foramens en L3-L4 et L4-L5 ainsi que la gauche L5-S1, sans hernies ou signes de pathologies discales compressives. En définitive, la seule relation chronologique dont fait état la Dresse B._____ est insuffisante pour prouver l'existence d'une atteinte somatique, en relation de causalité avec l'accident assuré, et d'une gravité suffisante pour fonder le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, d'une part, ainsi que l'incapacité de travail et de gain, alléguée par le recourant, d'autre part.

b) Sur le plan psychiatrique, le recourant reproche à l'intimée d'avoir nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'atteinte à la

santé psychique et l'accident du 3 mars 2006. Le Tribunal fédéral a rappelé que, face à un événement qui ne se situe pas à la limite de l'accident grave, plusieurs des critères objectifs doivent se trouver réunis ou revêtir une intensité particulière pour que la causalité adéquate entre un accident et les troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime soit réalisée (cf. consid. 2d supra).

En l'occurrence, il n'est pas nécessaire de trancher le point de savoir si la chute intervenue à la date précitée est de peu de gravité, ou si, d'un point de vue objectif et compte tenu de l'importance du choc, cet événement doit être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité. En effet, quelle que soit la gravité de la chute, les circonstances à prendre en considération ne revêtent pas une intensité suffisante pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis. En particulier, on ne saurait admettre que le recourant a subi des lésions physiques d'une gravité ou d'une nature particulière, selon l'expérience, d'entraîner des troubles psychiques. Sur ce point, le Dr G. _____ a précisé qu'il y avait une prépondérance des éléments psychiques sur les éléments somatiques compte tenu d'un tableau de chronicisation et d'amplification majeure de douleurs. Certes, il a, dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité, préconisé la mise en œuvre d'une expertise sans toutefois se prononcer quant au lien de causalité avec l'accident du 3 mars 2006. La Dresse V. _____, médecin responsable de la fondation Y. _____, dont l'avis est invoqué par le recourant (rapport du 23 juin 2011), a fait état d'un pronostic réservé tant que le patient n'était pas reconnu dans sa souffrance et que l'on ne parvenait pas à diminuer ses douleurs physiques. Elle a précisé que l'incapacité de travail était la conséquence d'une maladie depuis 2008, soit un épisode dépressif moyen pour lequel elle préconisait une thérapie de couple.

Cela étant, il apparaît que l'évolution de la symptomatologie a été assez vite influencée par l'apparition de troubles d'origine psychogène sans lien avec l'accident, de sorte que l'on ne saurait admettre que les lésions physiques subies par le recourant sont d'une gravité ou d'une

nature particulière. Ces facteurs ont également joué un rôle prépondérant sur le tableau algique, de sorte que la durée du traitement médical - à supposer qu'elle fût anormalement longue - et la persistance des douleurs n'apparaissent pas comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. En définitive, un seul critère objectif est rempli (la persistance des douleurs physiques) sans qu'on puisse toutefois retenir qu'il a revêtu en l'espèce une intensité particulière. En l'occurrence, les médecins consultés ont pu écarter l'existence d'une algodystrophie ou d'une autre atteinte d'origine neurogène ou orthopédique. Ils ont au demeurant relevé que les données objectives (cliniques et radiologiques) ne permettaient pas d'expliquer dans toute leur ampleur les plaintes subjectives, l'extrême importance des douleurs alléguées et la résistance à tous les traitements adéquats proposés évoquant une part d'amplification des plaintes, s'expliquant par les aspects psychiques. Aussi peut-on en conclure que c'est ce facteur qui a joué un rôle prépondérant dans la persistance des douleurs et de l'incapacité de travail du recourant. Par conséquent, il convient de nier l'existence d'une relation de causalité adéquate entre l'atteinte à la santé psychique et l'accident subi.

c) Au vu des éléments précités, il y a lieu de considérer que l'intimée était fondée à évaluer l'incapacité de gain due à l'accident sans tenir compte de l'influence d'une éventuelle affection psychique. Or, sur le plan somatique, on doit admettre que le recourant est capable d'exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dues à l'accident. Au regard de la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée, l'intimée a considéré qu'il présentait un taux d'invalidité de 17%. Vérifié d'office, le calcul du taux d'invalidité qu'elle a effectué ne prête pas flanc à la critique. Il n'y a pas lieu de revenir plus en détail sur ce calcul, dans la mesure où le recourant se limite à contester la capacité résiduelle de travail constatée par l'intimée, sans soulever de grief relatif au taux d'invalidité finalement retenu. Dans ces conditions, l'intimée était fondée à supprimer ses prestations à partir du 1^{er} décembre 2011 à tout le moins, date à laquelle le cas était considéré comme stabilisé. Les griefs du recourant sont donc en tous points mal fondés. Le dossier étant complet et permettant donc à la Cour de céans de statuer en

pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de compléter l'instruction en ordonnant une expertise judiciaire. La requête en ce sens du recourant doit ainsi être rejetée. Pour les motifs qui précèdent, l'intimée a également nié à juste titre le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique ou psychique.

5. En conclusion, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée, sans qu'il y ait lieu de procéder aux mesures d'instruction complémentaires requises par le recourant.

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. L'intimée obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel mais agissant comme autorité chargée de tâches de droit public, ne peut se voir allouer des dépens à la charge du recourant.

Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, est supportée par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixe les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Ana Rita Perez à compter du 19 avril 2012 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Celle-ci a produit une liste de ses opérations le 26 février 2013. Il convient de prendre en considération le fait que Me Perez défendait le recourant dans deux causes connexes et qu'elle a perçu 871 fr. 55 d'indemnités et de débours pour son activité dans les deux causes connexes pour la période allant du

2 mai 2012 au 26 février 2013. Dans ces circonstances, un montant complémentaire de 777 fr. 60, débours et TVA compris, pour la période allant du 19 avril au 2 mai 2012, puis pour la lecture de chaque jugement rendu dans les deux causes connexes qui correspond à 4 heures de travail (pour un tarif horaire de 180 fr. ; cf. art 2 al. 1 let. b RAJ), constitue une indemnité équitable pour le mandat d'office.

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 2 mars 2011 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 complémentaire de Me Ana Rita Perez, conseil du recourant, est arrêtée à 777 fr. 60 (sept cent septante-sept francs et soixante centimes) (débours et TVA compris).

- 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 et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Ana Rita Perez (pour le recourant), à Lausanne,
- Me Didier Elsig (pour l'intimée), à Lausanne,
- Office fédéral de la santé publique, 3003 Berne,

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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 :