

Par arrêt du 24 juin 2015 (8C\_463/2014), le Tribunal fédéral a rejeté le recours en matière de droit public interjeté par X\_\_\_\_\_ contre ce jugement.

S2 13 52

## **JUGEMENT DU 14 MAI 2014**

### **Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales**

Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Pierre Zufferey et Thomas Brunner, juges ; Garance Klay, greffière

#### **en la cause**

X\_\_\_\_\_, recourant, représenté par A\_\_\_\_\_

#### **contre**

**Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA)**, intimée

(LAA, statu quo, causalité, troubles psychiques)

## Faits

A. X\_\_\_\_\_, né le xxx 1972, est assuré contre les accidents auprès de la CNA par l'intermédiaire de B\_\_\_\_\_ SA, à C\_\_\_\_\_.

Le 7 septembre 2011, il a chuté d'une échelle alors qu'il était en trait de faire de l'étagage (cf. déclaration de sinistre du 9 septembre 2011). Sa chute semble avoir entraîné le dispositif d'étagage contre lequel il était appuyé (cf. les photographies versées au dossier CNA). L'assuré estime la hauteur de sa chute à environ trois mètres. Il s'en est suivi des fractures de l'aile iliaque droite in situ, de la branche ilio-pubienne haute à droite, de l'aileron sacrée niveau S1 in situ et de la tête radiale droite ; des contusions de l'hémithorax droit et de l'épaule droite ont également été notées. X\_\_\_\_\_ a été hospitalisé jusqu'au 13 septembre 2011, date de son retour à domicile. Le cas été pris en charge par la CNA.

Par la suite, des troubles mictionnels obstructifs sur double sténose urétrale ont également été rapportés (opération accomplie en novembre 2011). Les suites ont été favorables et aucune incapacité de travail n'a été délivrée au point de vue urologique.

Le Dr D\_\_\_\_\_, chef de clinique à C\_\_\_\_\_, a fixé la reprise du travail à 50% dès le 31 janvier 2012 et à 100% dès le 13 février 2012. La date de la reprise a néanmoins été reportée par le Dr E\_\_\_\_\_, médecin traitant.

Dans un rapport du 13 février 2012, ce dernier praticien a indiqué que le suivi pour le problème du bassin et du poignet se faisait par le service d'orthopédie de l'hôpital de C\_\_\_\_\_. Le patient le consultait toujours pour la persistance d'une douleur supra-thoracique gauche, de type pariétal, résistante à tout et engendrant un état nerveux pathologique. Un scanner thoracique pratiqué le 8 novembre 2011 avait montré un statut dans les normes. Une infiltration était prévue le 20 février 2012 ; le médecin traitant souhaitait attendre son résultat avant de se prononcer sur une reprise d'activité. Cette infiltration n'a pas apporté d'amélioration.

L'assuré a émis le souhait de reprendre le travail à but thérapeutique durant 15 jours dès le 13 mars 2012. La CNA a entrepris des démarches en ce sens auprès de l'entreprise F\_\_\_\_\_, à C\_\_\_\_\_. La mesure a dû être interrompue compte tenu des douleurs au coude droit, au bassin et dans la région du bras gauche rapportées par l'assuré. Le 2 avril 2012, le Dr D\_\_\_\_\_ a proposé un séjour à la Clinique G\_\_\_\_\_ avec évaluation de la capacité de travail et, si nécessaire, proposition de reconversion professionnelle.

Le 4 avril 2012, le Dr H\_\_\_\_\_, médecin adjoint au service d'antalgie de l'hôpital de C\_\_\_\_\_, a indiqué que les douleurs pariétales demeuraient d'étiologies indéterminées, que l'évolution était défavorable et qu'il n'avait plus de nouveaux traitements à proposer (impasse).

Une demande de prestations a été déposée auprès de l'assurance-invalidité en mars 2012.

X\_\_\_\_\_ a séjourné à la Clinique G\_\_\_\_\_ du 16 mai au 20 juin 2012. A sa sortie, les praticiens de la Clinique G\_\_\_\_\_ ont attesté une incapacité totale de travail jusqu'au 20 juillet 2012. Au plan psychique, il a été relevé que le patient était angoissé par rapport à son avenir professionnel et son état de santé ; il y avait une tendance marquée à la catastrophisation ; le patient décrivait également des anticipations anxieuses à l'idée de devoir retourner sur une échelle ou un échafaudage (phobie de la hauteur, F 40.2). Le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse de type post traumatique (F43.28) a été retenu avec une incapacité de travail en lien avec ce problème. La symptomatologie claire de type anxieuse avait des caractéristiques évocatrices d'une réaction de type de stress post traumatique pouvant être mise en lien avec les événements survenus durant le jeunesse de l'assuré en temps de guerre et ayant été réactivée par l'accident. Un suivi psychologique après le séjour a été conseillé. La physiothérapie avait apporté une discrète amélioration des douleurs et amplitudes du coude droit, de la hanche droite, mais les fessalgies et les douleurs thoraciques avaient persisté ; il n'y avait plus d'indication à poursuivre la physiothérapie en ambulatoire. Sur le plan somatique pur, l'évolution était favorable et, malgré les douleurs résiduelles (persistance de douleurs thoraciques gauches inexplicables - bilan exhaustif normal -, douleurs fessières droites et une limitation douloureuse modérée du coude) devait permettre une reprise théorique de l'activité de maçon dans un délai de deux mois maximum ; néanmoins l'état psychique et la crainte de remonter sur les échafaudages amenaient les praticiens à retenir une incapacité de travail complète, à réévaluer. Des facteurs défavorables allaient probablement compliquer la reprise du travail (douleurs persistantes cotées très haut, handicap perçu comme sévère, comorbidité psychiatrique, catastrophisation) chez ce patient qui avait bien participé aux thérapies et paraissait sincère.

Le 13 juillet 2012, le Dr I\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA (MA), a indiqué qu'il perdurait encore des lésions fracturaires (bassin/sacrum/poignet) qui justifiaient une incapacité de travail et un traitement médical ; il était trop tôt pour évaluer le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) ; s'agissant de la relation de causalité naturelle avec les suites de l'accident il s'est exprimé comme suit : « on pourrait à mon avis l'admettre mais (je) vous laisse le soin de confronter au besoin ma réponse à l'avis à notre psychiatre conseil (plus compétent pour se prononcer sur cet aspect du cas) ».

Les 12 juillet, 9 et 28 août, 18 septembre ainsi que les 4 et 18 octobre, 16 novembre 2012, 7 janvier 2013, J\_\_\_\_\_, psychologue suivant X\_\_\_\_\_ au sein du Centre K\_\_\_\_\_ de C\_\_\_\_\_, a attesté que X\_\_\_\_\_ demeurait en incapacité totale de travail (certificats cosignés par des psychiatres du K\_\_\_\_\_).

Dans un rapport du 21 août 2012, le Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (successeur du Dr D\_\_\_\_\_), a attribué les douleurs de l'hémi-thorax gauche à une déchirure partielle des insertions musculaires du grand et/ou du petit pectoral et recommandait

des séances de physiothérapie, antalgiques, ainsi que de l'ostéopathie pour l'articulation sacro iliaque droite. Le patient ne présentant aucun handicap fonctionnel, il recommandait la reprise du travail à 50%.

Une nouvelle tentative de reprise d'activité à titre thérapeutique a été aménagée en septembre 2012. Malgré un travail jugé bien fait par l'employeur, cette reprise a été très difficile, l'assuré s'étant senti très stressé et épuisé par les médicaments prescrits par le K\_\_\_\_\_ ; la mesure a dû être interrompue.

Le 8 octobre 2012, le médecin d'arrondissement a exprimé que la situation ne serait pas stabilisée sur le plan des séquelles organiques « avant 15 à 18 mois de l'accident ». Un examen par le psychiatre conseil était préconisé ; un bilan final somatique (IPAI/exigibilité) pourrait être envisagé pour le début 2013.

Le 24 octobre 2012, le Dr L\_\_\_\_\_ a attesté que le pronostic pour les suites des fractures ilio-pubiennes et de l'aileron sacré droit était bon et qu'il ne fallait pas s'attendre à un dommage permanent.

Le 11 janvier 2013, le Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste en urologie, a indiqué que son patient aurait besoin ponctuellement (2-3 fois/an durant les cinq ans à venir) d'une dilatation trans-urétrale si nécessaire ; le pronostic était bon.

L'assuré a été examiné par le Dr N\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste et médecin d'arrondissement de la CNA en date du 17 décembre 2012. Dans son rapport du 16 janvier 2013, ce médecin a indiqué que l'assuré jugeait l'évolution globalement défavorable concernant le coude droit, le bassin, l'hémi-thorax gauche et le problème urinaire. Les plaintes ont été décrites et un examen complet a été accompli. Objectivement, la fonction du coude était satisfaisante avec un très discret déficit d'extension de 10°. La trophicité musculaire était excellente et il existait des marques de travail prédominant dans la paume de la main droite. La marche s'effectuait sans boiterie. Il n'y avait pas de syndrome lombo-vertébral, de syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire au MI. Le bassin était stable avec des douleurs en regard de la sacro-iliaque droite sans douleur aux manœuvres de cisaillement. La fonction des hanches était complète et indolore. L'examen des épaules et du thorax ne révélait rien de particulier excepté une douleur à la palpation de la 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> articulation sternocostale gauche. Sur le plan médical, la situation ne pouvait pas être considérée comme stabilisée sur le plan urinaire ; elle l'était par contre s'agissant des lésions du bassin, du coude droit, de l'épaule droite et de l'hémi-thorax droit. Les investigations exhaustives n'avaient pas montré de lésion à l'hémi-thorax gauche et l'origine des douleurs restait indéterminée. Sur le plan professionnel, une pleine capacité de travail était exigible sur le plan somatique dans l'activité de maçon. Le problème urologique n'engendrait pas d'incapacité de travail.

Par décision du 25 janvier 2013, la CNA, constatant que la situation était stabilisée - hormis au plan urologique - et que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail, a mis un terme au versement des prestations d'assurance (indemnités journalières et frais de traitement) au 31 janvier 2013. La CNA a jugé que la

composante psychique à l'origine de l'incapacité de travail actuelle n'était pas en relation de causalité au moins probable avec l'accident assuré. Les contrôles urologiques continueraient par contre d'être pris en charge.

Dans un certificat du 11 février 2013, le Dr O\_\_\_\_\_ a indiqué que si la situation était stabilisée sur le plan locomoteur, il existait toujours une nécessité de contrôle urologique et, surtout, un syndrome psychiatrique sévère suite à l'accident nécessitant impérativement un suivi. Il n'était pas exclu que la personnalité « nerveuse » soit un facteur prédisposant. La reprise d'un travail dans de telles conditions psychiques était délicate et une expertise psychiatrique paraissait souhaitable.

X\_\_\_\_\_, représenté par A\_\_\_\_\_, a formé opposition à la décision du 25 janvier 2013 par écriture du 25 février 2013. En substance, il a contesté la stabilisation des séquelles de son accident, étant précisé que des investigations étaient encore en cours concernant les douleurs à l'hémithorax gauche. Il a par ailleurs critiqué le fait que le lien de causalité entre son accident et ses troubles psychiatriques ait été nié. L'assuré estimait enfin qu'une rente et une indemnité pour atteinte à l'intégrité devraient lui être accordées une fois ses séquelles dûment établies.

Dans un rapport du 25 février 2013, le Dr O\_\_\_\_\_ a exprimé que son patient présentait des séquelles de l'accident, mais surtout des troubles nerveux réactionnels ; une capacité de travail était certes retrouvée depuis le 1<sup>er</sup> mars 2013, toutefois avec quelques restrictions : pas de port de charge de plus de 20 kilos, pas de contrainte psychique et un besoin d'être assuré et « freiné ». Le 4 mars 2013, le Dr O\_\_\_\_\_ a indiqué au mandataire qu'il estimait qu'une reprise d'activité pouvait être souhaitable pour le psychisme de son patient, ce qui devait néanmoins être confirmé par le psychiatre. Le 15 mars suivant, les praticiens du K\_\_\_\_\_ ont mentionné que, sur le plan psychique, l'évolution clinique était peu favorable avec la persistance d'une symptomatologie anxio-dépressive marquée notamment par un effondrement narcissique, des angoisses et de l'irritabilité. Ils avaient évoqué le diagnostic d'épisode dépressif sévère et d'anxiété généralisée, sans pour autant exclure un état de stress post-traumatique. A leur avis, l'affection psychiatrique actuelle présentait un lien de causalité probable avec l'accident.

Compte tenu de ces derniers éléments, le recourant a confirmé ses conclusions par courrier du 28 mars 2013.

L'opposition a été rejetée par décision du 4 avril 2013. Le lien de causalité adéquat entre l'accident, jugé de gravité moyenne, et les troubles psychiques de l'assuré devant en toutes hypothèses être nié, la CNA n'a pas estimé nécessaire d'instruire plus avant la question de causalité naturelle.

**B.** X\_\_\_\_\_ a interjeté recours céans en date du 6 mai 2013. En substance, il a fait valoir que les circonstances de son accident du 7 septembre 2011 avaient été particulièrement impressionnantes et entourées de circonstances dramatiques, de sorte que le lien de causalité adéquate avec ses troubles psychiques devait être admis. Le recourant a par ailleurs relevé que, sur le plan physique, son état de santé n'était

pas stabilisé, certaines de ses douleurs demeurant inexpliquées et devant encore être investiguées. Le recourant a conclu à l'annulation de la décision entreprise et à ce que l'intimée soit condamnée à lui allouer des prestations d'assurance après le 31 janvier 2013, subsidiairement à lui accorder une rente entière d'invalidité.

L'intimée a conclu au rejet du recours par mémoire-réponse du 6 juin 2013.

Le recourant a maintenu ses conclusions par mémoire-réplique du 12 juillet 2013. Il estimait que son accident se situait à tout le moins à la limite de la catégorie des accidents graves, de sorte que la réalisation d'un seul des critères établis par la jurisprudence pour les accidents de gravité moyenne pouvait être suffisant ; or, il estimait notamment que son accident revêtait un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant, toute personne raisonnable ayant alors pu craindre de perdre la vie. Par ailleurs, à la lumière des fractures et du traumatisme de l'urètre (dans le cadre duquel il existait des erreurs médicales), il apparaissait que ses lésions physiques avaient été graves ; finalement, le traitement avait été anormalement long et il ressentait encore des douleurs.

Estimant que le recourant n'avait allégué aucun élément nouveau, l'intimée a maintenu ses conclusions par duplique du 24 juillet 2013. L'échange d'écritures a été clos le 13 août 2013.

### **Considérant en droit**

1. Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

Remis à l'office postal le 6 mai 2013, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 4 avril 2013 a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) devant le tribunal compétent (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81bis al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 31 janvier 2013 (à l'exception des contrôles urologiques que la CNA continue de prendre en charge), singulièrement sur le point de savoir s'il existe un rapport de causalité (naturelle et adéquate) entre les troubles existant au-delà de cette date et l'accident du 7 septembre 2011.

3.1 Aux termes de l'article 6 alinéa 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. Est réputée accident toute atteinte

dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

Selon l'article 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). 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 (al. 2).

En vertu de l'article 10 alinéa 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Lorsqu'ils soignent des assurés, leur prescrivent ou leur fournissent des médicaments, prescrivent ou appliquent un traitement ou font des analyses, ceux qui pratiquent aux frais de l'assurance-accidents doivent se limiter à ce qui est exigé par le but du traitement (art. 54 LAA). Un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état.

Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). Selon l'article 18 alinéa 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. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

**3.2** Le droit à des prestations d'assurance-accidents suppose en première ligne un lien de causalité naturelle et adéquate entre une atteinte à la santé et un accident dont répond l'assureur.

La causalité est naturelle lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel assuré, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou 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 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 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 pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1; 126 V 322 consid. 5a; 123 V 138 ss; 122 V 416 consid. 2a; 121 V 47 consid. 2a; 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b; Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht; Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3e éd., p. 46 ss).

**3.3** L'examen de la causalité adéquate est une question de droit dont la réponse incombe à l'administration ou au juge et non au corps médical. 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, 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. 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. 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/aa p. 140 et 403 consid. 5c/aa p. 409).

**3.4** 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*; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, 2e éd., n. 80 p. 865). Cet état de santé doit être jugé en fonction de l'affection préexistante et de son décours habituel (Rumo-Jungo, op. cit., p. 183 s.).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident peut constituer un indice, mais ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc, ergo propter hoc*; cf. ATF 119 V 341 sv. consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 sv. consid. 3b). 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.

**3.5** Les rapports de spécialistes reconnus qui parviennent à des conclusions convaincantes au vu du dossier réuni jusqu'alors ont, en principe, pleine force probante si des indices concrets n'en affaiblissent pas la fiabilité. Le tribunal ne s'éloigne pas sans raison impérieuse de ce type d'avis médicaux. Ils valent preuve s'ils sont exhaustifs quant aux droits litigieux, s'ils prennent en considération les affections qu'allègue l'assuré, s'ils ont été rédigés en connaissance de l'anamnèse, si l'exposé du contexte médical est cohérent, voire si la situation médicale est claire et si ces avis sont dûment étayés (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa; 122 V 160 consid. 1c; Rumo-Jungo, op. cit., p. 46).

**4.1** A l'instar du rapport de causalité duquel découle le droit aux prestations, la récupération par l'assuré du *statu quo sine* ou *ante* conditionnant la fin du droit est à prouver au degré de la vraisemblance prépondérante. Cette preuve incombe à l'assureur, qui doit dès lors établir, au degré voulu, les faits dont il se prévaut pour refuser dorénavant tout ou partie de ses prestations (Rumo-Jungo, op. cit., p. 188).

**4.2** En l'espèce, l'intimée a mis fin à ses prestations (frais de traitement et indemnités journalières) avec effet au 31 janvier 2013, estimant qu'à cette date, hormis les troubles urologiques non incapacitants, il n'existait plus de séquelles de l'accident et que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de gain. L'assuré conteste cette appréciation; il estime en substance que ce n'est pas parce que les praticiens consultés n'ont pas su objectiver son atteinte pariétale, que cette dernière doit être occultée et, de ce fait, que son droit à des prestations doit être nié. Il se prévaut par ailleurs d'un lien de causalité naturel et adéquat entre son accident et ses troubles psychiques.

Après étude du dossier de la cause, le Tribunal ne saurait suivre le recourant.

S'agissant des troubles psychiques, l'intimée a fait application des critères objectifs définis par la jurisprudence pour examiner le caractère adéquat du lien de causalité

entre une atteinte à la santé psychique et un accident de gravité moyenne (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140 et 403 consid. 5c/aa p. 409 ).

C'est à juste titre que l'intimée a considéré que l'accident en cause devait être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne.

A ce égard, la jurisprudence rappelle que la gravité d'un accident ne s'apprécie pas uniquement en fonction de la hauteur de la chute, mais bien de son déroulement objectif et des blessures qu'il a provoquées (arrêt U 97/2004 du 30 décembre 2004 consid. 4.3 et les références citées). Même si la chute de quelques mètres a pu subjectivement revêtir chez l'intéressé un caractère relativement impressionnant, le déroulement de l'accident n'apparaît pas d'un point de vue objectif, seul déterminant en l'espèce, particulièrement dramatique. Parmi les exemples cités par la jurisprudence, il a été considéré qu'une chute d'un échafaudage de 3 à 4 mètres fait partie des risques auxquels un employé de la construction ou du génie civil est généralement exposé et doit être classée dans la catégorie des accidents de moyenne gravité (arrêt U 393/2004 du 8 février 2006 consid. 4.2; cf aussi chute d'une échelle d'une hauteur d'environ 4,5 mètres dans une fouille, arrêt U 144/05 du 27 décembre 2005; arrêt U 21/06 du 30 novembre 2005, consid. 4.5; arrêt U 603/06 du 7 mars 2007 ; arrêt U 135/03 du 19 mars 2004).

L'assuré a pu rentrer chez lui après un séjour hospitalier d'un peu moins d'une semaine. Ses fractures, bien que multiples, n'ont pas provoqué de mise en danger imminente de la vie de l'assuré, les pièces médicales versées au dossier - notamment le rapport d'hospitalisation - n'attestant nullement que l'assuré se soit retrouvé entre la vie et la mort ; par ailleurs, les lésions constatées ne sauraient être, selon l'expérience, en soi propres à entraîner de troubles psychiques. La durée du traitement médical n'a pas défié la norme pour ce type de lésions. Les douleurs physiques persistantes sont moindres, les plaintes actuelles se situant principalement au niveau psychique et pariétales, ces dernières n'ayant au demeurant pas pu être corrélées à des lésions objectivées dans les suites de l'accident. S'agissant des séquelles urologiques (que le recourant estime avoir été engendrées par une erreur médicale), elles continuent d'être prises en charge par la CNA.

Force est dès lors de constater que l'examen des circonstances liées à l'accident ne permet pas d'admettre que les critères énoncés par la jurisprudence sont remplis dans leur plus grand nombre et/ou que l'un ou plusieurs d'entre eux sont remplis de façon frappante. Par conséquent, un lien de causalité adéquate entre les troubles constatés par le K\_\_\_\_\_ et l'événement accidentel du 7 septembre 2011 doit être nié, ce que la CNA a retenu, à bon droit. Cette dernière a justement considéré que le recourant était à même d'exercer à 100% une activité adaptée dans le cadre des limitations émises par le corps médical. La décision entreprise n'est donc pas critiquable sur ce point et doit être confirmée sans qu'il soit nécessaire de procéder à un complément d'instruction sur le plan médical, aucune contradiction ou lacune n'étant à signaler dans les rapports du MA et des spécialistes de la Clinique G\_\_\_\_\_, et aucun doute ne subsistant quant à l'exigibilité d'une activité adaptée exercée à plein temps par le recourant.

5. S'agissant du grief du recourant selon lequel les séquelles de son accident ne seraient pas encore stabilisées, il sied de relever que, dans son rapport du 16 janvier 2013, le Dr N\_\_\_\_\_ a constaté que la fonction du coude était satisfaisante avec un très discret déficit d'extension de 10°, que, la trophicité musculaire était excellente, que la marche s'effectuait sans boiterie, qu'il n'y avait pas de syndrome lombovertébral, de syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire au MI, que le bassin était stable avec des douleurs en regard de la sacro-iliaque droite sans douleur aux manœuvres de cisaillement et que la fonction des hanches était complète et indolore. L'examen des épaules et du thorax ne révélait rien de particulier excepté une douleur à la palpation de la 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> articulation sterno-costale gauche. Les investigations exhaustives n'avaient pas montré de lésion à l'hémi-thorax gauche et l'origine des douleurs restait indéterminée. Du point de vue professionnel, une pleine capacité de travail était exigible sur le plan somatique dans l'activité de maçon. Le problème urologique n'engendrait pas d'incapacité de travail. Ce médecin a dès lors conclu que, si la situation ne pouvait pas être considérée comme stabilisée sur le plan urinaire, elle l'était par contre s'agissant des lésions du bassin, du coude droit, de l'épaule droite et de l'hémi-thorax droit.

Le rapport du Dr N\_\_\_\_\_ revêt une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Le praticien s'est en effet fondé sur des examens approfondis en tous points, a tenu compte des affections dont se plaint l'intéressé, son rapport a été établi en connaissance de l'anamnèse, son exposé du contexte médical est cohérent, l'appréciation de la situation médicale est claire, et les conclusions sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et 3b/aa; 122 V 160 consid. 1c). Ses conclusions ne sont pas mises en doute par un avis médical contraire d'une valeur probante prépondérante. Au contraire, en juin 2012, les praticiens de la Clinique G\_\_\_\_\_ avaient constaté que, sur le plan somatique, l'évolution était favorable et, malgré les douleurs résiduelles (persistance de douleurs thoraciques gauches inexplicées - bilan exhaustif normal -, de douleurs fessières droites et d'une limitation douloureuse modérée du coude), devait permettre une reprise théorique de l'activité de maçon dans un délai de deux mois maximum. Même le médecin traitant a confirmé que la situation était stabilisée sur le plan locomoteur et a attesté de la possibilité de reprendre le travail, émettant essentiellement des réserves au plan psychiatrique. S'agissant des douleurs à l'hémi-thorax, contrairement à ce qu'avance le recourant, force est de confirmer qu'elles ont bel et bien été largement investiguées, tant par la Clinique G\_\_\_\_\_ que par les Drs H\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_, ce dernier ayant même parlé d'investigations exhaustives. Finalement, comme l'a relevé l'intimée, aucune incapacité de travail n'a jamais été attestée au plan urologique.

Compte tenu du fait que les seules séquelles de l'accident du 7 septembre 2011, parmi lesquelles ne figurent pas les troubles psychiques (cf. supra), n'induisent plus d'incapacité de travail selon les avis concordants et probants du Dr N\_\_\_\_\_ et de la Clinique G\_\_\_\_\_, c'est également à juste titre que la CNA n'est pas entrée en matière sur la question du droit à une rente invalidité de la LAA.

A l'aune de ces développements, la Cour ne saurait ainsi faire grief à l'intimée d'avoir mis fin à ses prestations (hormis urologique) avec effet au 31 janvier 2013.

6. Le dossier médical étant suffisamment étayé, la mise en œuvre d'une instruction complémentaire s'avère superflue. En particulier, il n'y a pas lieu d'ordonner l'expertise psychiatrique requise par le recourant dans sa dernière écriture et tendant à « déterminer le lien de causalité de (son) état avec l'accident, des causes y relatives et également l'absence d'autres causes que celles de l'accident ». Une telle expertise ne pourrait aboutir qu'à établir un lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques présentés par le recourant et l'évènement assuré. Or, cette question peut rester indécise dans la mesure où la causalité adéquate - question de droit - entre lesdits troubles et l'accident doit être niée.

Il est encore relevé que la CNA a indiqué qu'elle se prononcerait sur le droit à une éventuelle indemnité pour atteinte à l'intégrité à la suite d'une réévaluation prévue deux ans après l'accident et rendrait alors une décision susceptible d'opposition ; il serait dès lors pour l'heure prématuré de statuer sur une telle prestation.

7. Compte tenu de ce qui précède, la décision sur opposition du 4 avril 2013 échappe à toute critique et doit être confirmée. Partant, le recours est rejeté sans frais ni dépens (art. 61 let. a et g LPGA).

#### **Prononce**

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 14 mai 2014