

## GE\_GERICHTE A/929/2017 vom 22. November 2017

GE Cour de justice, 2017-11-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_929\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_929_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/929/2017 du 22 novembre 2017

IT: GE\_GERICHTE A/929/2017 del 22 novembre 2017

### Erwägungen

#### E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A \_\_\_\_\_, domicilié à CLUSES, FRANCE recourant contre BÂLOISE ASSURANCE SA, sise Aeschengraben 21, BÂLE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian GROSJEAN intimée EN FAIT 1. Monsieur A \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1963, travaille depuis 2011 en qualité d'infirmier auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG). À ce titre, il est assuré pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de la BÂLOISE ASSURANCE SA (ci-après : la BÂLOISE ou l'intimée).! [endif]>! [if> 2. Le 9 avril 2015, l'assuré a subi une intervention chirurgicale consistant à lui installer une prothèse totale de la hanche gauche.! [endif]>! [if> 3. Les HUG ont annoncé à la BÂLOISE un accident survenu le 15 janvier 2016, qu'ils ont décrit en ces termes : « (...) l'assuré s'est rabattu sur la barre d'un lit qui était sortie d'un patient ». Ils ont précisé que l'assuré avait souffert d'une contusion de la hanche gauche et qu'il avait cessé de travailler le 18 janvier 2016.! [endif]>! [if> 4. Dans son rapport du 15 janvier 2016, le docteur B \_\_\_\_\_, du département des urgences des HUG, a retenu le diagnostic de contusion de la hanche. Il a confirmé que l'assuré s'était cogné contre une barrière de lit au niveau du genou et qu'il se plaignait d'une douleur au niveau de sa prothèse de hanche. Le status ostéoarticulaire ne montrait ni limitation, ni douleur à la mobilisation passive. Quant aux radiographies de la hanche et du bassin, il n'en ressortait aucune fracture. ! [endif]>! [if> 5. L'assuré a consulté une nouvelle fois le Dr B \_\_\_\_\_ le 17 janvier 2016. Dans son rapport du même jour, ce médecin a diagnostiqué une hernie ombilicale. Il a relaté que l'assuré avait heurté une barrière de lit non seulement au niveau de la jambe mais aussi au niveau abdominal, et qu'il présentait depuis lors une douleur ombilicale.! [endif]>! [if> 6. L'assuré a établi, le 18 janvier 2016, un « compte-rendu d'accident professionnel », dans lequel il a déclaré : ! [endif]>! [if> « Le vendredi 15 janvier 2016, j'étais en service en horaire de jour (...). Vers 09h00, dans une chambre à deux lits, je posais les traitements par voie intraveineuse à la droite du patient qui se trouvait du côté de la porte, pendant que l'aide-soignante s'occupait des soins de base. Je n'ai pas vu qu'elle avait retiré la grille qui se trouve au pied du lit et qui permet d'y mettre draps et couvertures. En quittant le patient pour aller dans une autre chambre, j'ai percuté violemment la grille avec la jambe gauche. En évitant de tomber sur le patient, je me suis rabattu sur la barre du pied du lit au niveau du ventre et je me suis relevé aussitôt avec le souffle coupé et de vives douleurs à la jambe gauche, à la hanche gauche, au ventre et au dos ». 7. Dans deux rapports datés des 21 janvier et 9 février 2016, le docteur C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie viscérale, a confirmé que l'assuré souffrait d'une part de douleurs au dos et à la hanche, associées à son traumatisme, d'autre part d'une hernie ombilicale post-traumatique, pour laquelle il préconisait une intervention chirurgicale (laparotomie). Il a certifié une incapacité de travail totale dès le 15 janvier 2016. La reprise du travail était envisagée le 14 mars

2016.![endif]>![if> 8. À la demande de la BÂLOISE, le docteur D\_\_\_\_\_, médecin-conseil, a rempli un questionnaire le 15 février 2016. Il a répondu par l'affirmative à la question de savoir si la hernie ombilicale lui paraissait être, au degré de la vraisemblance prépondérante, une suite au moins partielle de l'accident. L'accident avait entraîné une aggravation déterminante de l'état de santé et le statu quo n'interviendrait pas avant la « consolidation post-opératoire », qui prendrait environ six semaines.![endif]>![if> 9. Par courrier du 9 mars 2016, le docteur C\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste, a indiqué que son contrôle radiologique était rassurant et que l'assuré lui paraissait plutôt souffrir d'une contusion musculaire. Des douleurs étaient ressenties lorsque la face latérale de la cuisse était palpée, mais la mobilité de la hanche était bonne.![endif]>![if> 10. Le 30 avril 2016, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué à la BÂLOISE que l'assuré, souffrant d'une contusion, avait subi un traumatisme au genou et à la hanche, sans incapacité de travail.![endif]>![if> 11. Le docteur E\_\_\_\_\_, radiologue, a réalisé une imagerie par résonance magnétique du bassin le 12 mai 2016. Il a conclu, s'agissant du côté gauche, à un discret œdème centré sur le petit trochanter du cotyle antéro-supérieur et, s'agissant du côté droit, à un remaniement dégénératif coxo-fémoral.![endif]>![if> 12. Par courrier du 26 mai 2016, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué qu'hormis un léger œdème au niveau du petit trochanter, l'imagerie ne montrait aucun problème autour de la prothèse de la hanche, de sorte qu'il se demandait si l'assuré n'avait pas simplement étiré son psoas lors de l'accident.![endif]>![if> 13. Le docteur F\_\_\_\_\_, du Centre d'imagerie médicale de \_\_\_\_\_, a effectué une échographie de la hanche gauche le 1<sup>er</sup> août 2016, motivée par un traumatisme et des douleurs. L'échographie parlait en faveur d'une tendinopathie du moyen fessier et d'une probable bursite.![endif]>![if> 14. Dans un rapport transmis à la BÂLOISE le 18 août 2016, le docteur G\_\_\_\_\_, médecin généraliste, a fait état d'une « rechute » de l'accident du 15 janvier 2016. Il a retenu les diagnostics de tendinite du moyen fessier, de bursite sur le trochanter gauche, en précisant qu'ils étaient consécutifs à l'accident. Il a par ailleurs certifié une incapacité de travail totale dès le 3 août 2016.![endif]>![if> 15. Par certificat du 20 septembre 2016, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a attesté lui aussi d'une incapacité de travail totale du 3 août au 25 octobre 2016 et relaté l'existence de douleurs lors de rotations internes de la hanche, ainsi que de rotations externes « contrariées ».![endif]>![if> 16. Par courriel du 1<sup>er</sup> décembre 2016, l'assuré a informé la BÂLOISE qu'il avait repris le travail à mi-temps le 28 novembre 2016. En dépit de douleurs résiduelles, sa reprise se passait bien et il prévoyait de reprendre à plein temps le 14 décembre 2016. ![endif]>![if> 17. À la demande de la BÂLOISE, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil, a complété un questionnaire le 20 décembre 2016.![endif]>![if> Le médecin-conseil a rappelé qu'une contusion abdominale, avec apparition d'une hernie ombilicale, avait été diagnostiquée le 15 janvier 2016, que le 18 avril 2016, qu'un rapport décrivant un deuxième mécanisme accidentel avec contusion de la hanche avait été établi (sic), et qu'enfin, une nouvelle incapacité de travail avait été certifiée en relation avec la hanche dès le mois d'août 2016. L'atteinte à la santé lui paraissait être, au degré de vraisemblance prépondérante, une suite au moins partielle de l'accident du 15 janvier 2016, « en tout cas au début ». Le statu quo sine avait été atteint au début du mois d'août 2016, lors de l'annonce de la rechute. Il lui paraissait en outre peu vraisemblable que la nouvelle incapacité de travail certifiée dès le mois d'août 2016 soit en lien de causalité avec l'accident : en admettant que l'accident ait provoqué une contusion abdominale antérieure, il ne voyait pas comment un traumatisme de la région postérieure ou latérale de la hanche

aurait pu avoir lieu, avec les symptômes décrits à partir du mois d'août 2016. Au vu des descriptions de l'accident, il n'y avait que deux possibilités : - soit la hernie ombilicale était en lien avec l'accident, mais cela impliquait qu'il n'y avait pas de mécanisme traumatique significatif de la hanche ; ![/endif]>![if> - soit la hernie n'était pas en rapport avec l'accident et l'on pourrait alors considérer le problème de la hanche à moyen terme.![endif]>![if> Selon le Dr I\_\_\_\_\_, l'accident n'avait provoqué qu'une aggravation passagère de l'état de santé et n'était pas à l'origine de l'incapacité de travail attestée jusqu'alors. Il y avait par ailleurs plusieurs descriptions de l'accident au dossier, mais cela était usuel lorsqu'il y avait une pluralité d'intervenants. 18. Par courrier du 22 décembre 2016, la BÂLOISE a informé l'assuré que la rechute annoncée en août 2016 pour des douleurs de la hanche gauche n'était pas en relation causale avec l'événement du 15 janvier 2016. Elle a par ailleurs souligné qu'en mars 2015, elle avait déjà refusé de prester pour des troubles de la hanche gauche, faute de lien causalité avec l'événement annoncé.![endif]>![if> 19. Le 28 décembre 2016, la BÂLOISE a reçu une déclaration établie par Madame J\_\_\_\_\_, assistante en soins et santé communautaire auprès des HUG, certifiant que le 15 janvier 2016, l'assuré avait violemment heurté sa hanche gauche sur une tablette sise au pied d'un lit, qu'elle avait « retirée » pour poser des draps.![endif]>![if> 20. Par courriel du 30 décembre 2016, l'assuré s'est dit étonné du rapport du Dr I\_\_\_\_\_ et a requis le prononcé d'une décision formelle. ![endif]>![if> Il a expliqué que le 7 mars 2015, il avait été victime d'un premier accident à son domicile, que la BÂLOISE avait refusé de prendre en charge, puis qu'il avait été opéré le 9 avril 2015 pour une prothèse de la hanche gauche. L'opération s'était bien déroulée et ses suites également. Il n'avait pas interjeté de recours contre la décision rendue pour l'accident de 2015, car il savait que cette opération n'était pas due à un accident, étant donné qu'il était déjà suivi médicalement pour une nécrose des hanches. En revanche, il estimait que l'accident du 15 janvier 2016 était à l'origine de ses douleurs à la hanche gauche : lorsqu'il s'était adressé aux urgences des HUG, il souffrait beaucoup et un traumatisme de la hanche lui avait été diagnostiqué. Il avait aussi ressenti des douleurs à l'abdomen, mais à ce moment-là, elles lui avaient paru secondaires, c'est pourquoi sa hernie ombilicale n'avait été mise en évidence que le 17 janvier 2016. Après avoir été opéré de cette hernie, il avait bénéficié d'un arrêt de travail de deux mois. Lorsqu'il avait repris le travail en avril 2016, ses douleurs à la hanche avaient augmenté, au point de devenir incapacitantes. Il avait alors consulté le Dr C\_\_\_\_\_, lequel avait évoqué une douleur musculaire, une élévation et avait renoncé à lui prescrire un arrêt de travail. Ensuite, comme la douleur n'avait fait qu'augmenter, il s'était adressé à deux nouvelles reprises au Dr C\_\_\_\_\_. Finalement, une échographie réalisée à la demande de son médecin traitant avait montré une bursite et une tendinite, pour lesquelles un arrêt de travail lui avait été prescrit. À son sens, ces atteintes étaient dues à l'accident du 15 janvier 2016. Enfin, il reprochait à la BÂLOISE de faire supporter à son assurance-maladie française des frais qu'elle devait prendre en charge. 21. Le Dr H\_\_\_\_\_ a établi un nouveau rapport le 19 janvier 2017. Il a retenu les diagnostics de nécrose aseptique bilatérale de la tête de l'humérus (novembre 2011), de contusion de la hanche et de la cuisse, compliquée par une hernie ombilicale apparue suite au trauma (janvier 2016), ainsi que de bursite trochantérienne et de tendinopathie du moyen fessier gauche (mai 2016). Les douleurs aiguës de la hanche gauche étaient ressenties depuis l'accident du 15 janvier 2016, à la suite duquel l'assuré s'était fait opérer d'une hernie ombilicale. Des douleurs persistantes avaient motivé un bilan d'imagerie, lequel avait montré une probable tendinopathie du moyen fessier et une bursite. Une infiltration

pratiquée le 19 octobre 2016 avait d'abord permis une amélioration des symptômes, avant que ceux-ci ne récidivent. L'assuré avait néanmoins pu reprendre son activité professionnelle à 100%.! [endif]> [if> 22. Par décision du 20 janvier 2017, la BÂLOISE a dénié à l'assuré le droit à des prestations d'accident au-delà du 3 août 2016. Elle a déduit du rapport du Dr I\_\_\_\_\_ qu'il n'y avait plus, depuis cette date, de lien de causalité naturelle et adéquate entre les douleurs de la hanche et l'événement du 15 janvier 2016. Elle invitait donc l'assuré à s'adresser à son assurance-maladie.! [endif]> [if> 23. L'assuré s'y est opposé par lettre du 23 janvier 2017. Il a réaffirmé que la rechute du 3 août 2016 résultait de son accident professionnel du 15 janvier 2016. En effet, c'était d'abord sa jambe gauche qui avait violemment heurté le lit d'un patient, alors que sa hernie résultait d'une chute sur la barre du lit. Le choc à la hanche gauche était le plus important et il avait continuellement souffert depuis lors. Il s'était d'abord fait opérer d'une hernie ombilicale, car il y avait un risque pour sa vie, mais il avait ensuite consulté son chirurgien orthopédiste pour ses douleurs de la hanche. Une imagerie et une échographie réalisées en mai, respectivement en août 2016, avaient successivement mis en évidence un œdème, puis une bursite et une tendinite, qui résultaient de l'accident, étant donné qu'il n'en avait pas souffert auparavant. Enfin, il ne fallait pas confondre le cas d'assurance de 2016 avec celui de 2015, qui concernait une nécrose aseptique.! [endif]> [if> 24. Par décision du 13 février 2017, la BÂLOISE a rejeté l'opposition : l'assuré avait bénéficié en 2015 d'une opération consistant à lui installer une prothèse de la hanche gauche, laquelle était antérieure à l'événement du 15 janvier 2016 et donc sans lien avec celui-ci. Par ailleurs, son médecin-conseil avait nié tout lien de causalité entre l'accident de janvier 2016 et la nouvelle incapacité de travail attestée dès le mois d'août 2016.! [endif]> [if> 25. Par courrier du 10 mars 2017, le Dr C\_\_\_\_\_ a confirmé avoir été consulté le 15 janvier 2017 pour un accident du travail impliquant un choc brutal, tant au niveau abdominal qu'au niveau de la hanche gauche, contre une tablette qui avait été « sortie » au pied d'un lit d'hôpital. Même si le rapport qu'il avait établi à l'époque reflétait plus l'aspect viscéral, il attestait aussi d'une répercussion au niveau de la hanche gauche.! [endif]> [if> 26. Par lettre du 10 mars 2017, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours contre la décision du 13 février 2017, en concluant, sous suite de dépens, à ce que la BÂLOISE continue à lui verser « toutes les prestations dues selon la LAA ». Il a réitéré que les affections dont il souffrait – nécessitant un traitement médical –, résultaient du choc survenu le 15 janvier 2016. Sa prothèse de la hanche gauche n'avait pas été endommagée par l'accident et n'avait donc vraisemblablement pas de rapport avec ses maux. Il a requis l'audition de ses médecins ainsi que de sa collègue, Mme J\_\_\_\_\_.! [endif]> [if> 27. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 28 mars 2017, a conclu au rejet du recours. Il résultait du rapport probant du Dr I\_\_\_\_\_ que la nouvelle incapacité de travail certifiée dès le 3 août 2016 n'était pas en lien de causalité avec l'accident. À l'inverse, les médecins de l'assuré, dans leurs rapports, ne retenaient pas de façon motivée l'existence d'un lien de causalité entre l'accident de janvier 2016 et les troubles de la hanche gauche au-delà du 3 août 2016. De surcroît, après l'accident, l'assuré avait seulement été mis en arrêt de travail jusqu'au 11 avril 2016. Ce n'était que quatre mois plus tard, le 3 août 2016, qu'une nouvelle incapacité de travail avait été attestée en raison d'une probable tendinopathie du moyen fessier et d'une bursite.! [endif]> [if> 28. Le recourant a répliqué le 11 avril 2017 : en 2014, il avait consulté le Dr C\_\_\_\_\_ suite à l'installation progressive de douleurs dans sa hanche gauche. Le 7 mars 2015, il avait chuté chez lui dans les escaliers, ce qui avait aggravé ces douleurs, puis s'était fait opérer le 9 avril 2015. Grâce à d'excellentes suites opératoires, il avait pu reprendre son activité

professionnelle à plein temps dès le mois d'août 2015. Ce n'était qu'à partir du 15 janvier 2016 que de fortes douleurs – qu'il n'avait jamais ressenties auparavant – étaient apparues, en lien avec un traumatisme musculaire. Une fois sa hernie ombilicale guérie, il avait consulté son chirurgien orthopédiste, lequel avait cru que ses douleurs à la hanche disparaîtraient en travaillant et avait jugé superflu de lui prescrire un arrêt de travail. Il avait tenu le coup un certain temps grâce à des antalgiques et des anti-inflammatoires, avant que la douleur ne devienne insupportable. En août 2016, son médecin lui avait diagnostiqué une bursite et une tendinite, découlant de l'accident. Ses douleurs de la hanche gauche n'avaient rien à voir avec sa prothèse, car elles résultaient des dégâts « musculo-squelettiques » de l'accident. Enfin, il a reproché à l'intimée de ne pas l'avoir fait examiner personnellement par un médecin et a persisté dans ses conclusions tendant à ce que l'intimée continue de lui rembourser ses traitements.!

29. Par écriture du 8 mai 2017, l'intimée a informé la chambre de céans qu'elle renonçait à dupliquer.!

30. Par écritures subséquentes des 5 mai, 16 juin, 4 juillet et 10 octobre 2017, le recourant a persisté dans son argumentation, en produisant notamment à l'appui de ses dires :!

- trois courriels des 4, 20 février et 26 mai 2016, à teneur desquels l'assuré a annoncé à son employeur qu'il serait opéré de son hernie ombilicale le 10 février 2016 et a évoqué des douleurs à la hanche, résistantes aux anti-inflammatoires ;!

- un rapport établi le 25 avril 2017 par la doctoresse K\_\_\_\_\_, rhumatologue, confirmant le diagnostic de tendinite trochantérienne gauche post-traumatique, avec une image d'épaississement à l'échographie, décrivant par ailleurs une hanche gauche raide en adduction et une douleur exacerbée lors de stations debout prolongées ;!

- un rapport du 30 mai 2017 du Dr C\_\_\_\_\_, aux termes duquel l'assuré, après une évolution post-opératoire initialement favorable, a fait une chute qui lui a provoqué une tendinopathie de la musculature fessière. Un traitement par injections était préconisé, mais le patient n'était pas assuré en Suisse ;!

- deux certificats du Dr G\_\_\_\_\_, prescrivant un arrêt de travail du 12 juin au 13 juillet 2017 en relation avec un accident du travail et une tendinopathie d'insertion récidivante du muscle moyen fessier gauche.!

31. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.!

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).!

Conformément à l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1<sup>er</sup>). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2). En l'espèce, le recourant, domicilié en France, travaille pour le compte d'un employeur sis à Genève. Partant, la chambre de céans est compétente à raison de la matière et du lieu pour juger du cas d'espèce. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable (art. 1 al. 1 LAA).!

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).!

4. Est litigieux le droit du recourant au versement de prestations LAA

pour les troubles – œdème, bursite et tendinopathie – qui lui ont été diagnostiqués à la hanche gauche, singulièrement la question de savoir si ces troubles sont en lien de causalité avec l'accident du 15 janvier 2016.!

5. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).!

6.

a. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).!

b. L'exigence du lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

c. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

d. Le 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; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, 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.

e. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose, en outre, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U

351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). 7. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1). 8. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident ( statu quo ante ) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire ( statu quo sine ; cf. RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 80 p. 865). 9. a. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). b. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. 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. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). c. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3). 10. a. Le juge des assurances sociales 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). b. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/588/2013 du 11 juin 2013). c. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid.

3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). 11. Sur la base du rapport du Dr I\_\_\_\_\_, l'intimée a retenu dans la décision attaquée que les troubles dont souffrait l'assuré au niveau de la hanche gauche étaient sans lien de causalité naturelle avec l'accident du 15 janvier 2016. En conséquence, elle lui a dénié le droit à toute prestation LAA en relation avec la rechute annoncée au début du mois d'août 2016. 12. Le recourant se prévaut pour sa part des rapports de ses médecins et rétorque que sa rechute d'août 2016 est bel et bien en relation de causalité avec l'accident du 15 janvier 2016, de sorte que l'intimée doit continuer d'en prendre en charge les suites, notamment ses traitements médicaux. Il souligne que l'imagerie et l'échographie réalisées en mai puis en août 2016 ont successivement mis en évidence un œdème, puis une bursite et une tendinite, lesquelles résultent à son sens de l'accident. 12. À titre liminaire, la chambre de céans observe que le recourant ne peut être suivi lorsqu'il laisse entendre que l'accident du 15 janvier 2016 est nécessairement à l'origine de ses douleurs de la hanche gauche, dans la mesure où celles-ci ne se sont manifestées qu'après l'accident. En effet, son raisonnement repose sur l'adage post hoc, ergo propter hoc, lequel est impropre, selon la jurisprudence, à démontrer l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles actuels et l'accident (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). 13. a. Afin de se prononcer sur l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles de la hanche gauche et l'accident du 15 janvier 2016, s'agissant en particulier de la période courant dès le mois d'août 2016, il convient d'examiner la valeur probante des rapports versés au dossier. b. Dans le questionnaire succinct qu'il a rempli le 20 décembre 2016, le Dr I\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'intimée, a jugé peu vraisemblable que la nouvelle incapacité de travail certifiée dès le mois d'août 2016 soit en relation causale avec l'accident du 15 janvier 2016 : en admettant que l'accident ait provoqué une contusion abdominale, il ne voyait en effet pas comment un traumatisme de la région postérieure ou latérale de la hanche aurait pu avoir lieu, avec les symptômes décrits à partir du mois d'août 2016. c. La chambre de céans constate que le questionnaire rempli par le Dr I\_\_\_\_\_ ne satisfait pas aux exigences fixées par la jurisprudence en matière de valeur probante des rapports médicaux. Hormis le fait qu'il ne contient pas d'anamnèse proprement dite, de sorte que l'on ignore s'il a été établi en pleine connaissance du dossier, ce document part du postulat erroné que l'assuré n'aurait été touché qu'à l'abdomen lors de son accident du 15 janvier 2016. Or, la prémisse selon laquelle l'accident n'aurait occasionné qu'un traumatisme abdominal n'est pas motivée de façon convaincante et paraît contredite par le dossier. Il ressort en effet du rapport établi le jour de l'accident par le Dr B\_\_\_\_\_ que l'assuré a consulté ce médecin pour une douleur à la hanche gauche et qu'une contusion de la hanche lui a été diagnostiquée. Après avoir consulté une nouvelle fois le surlendemain, soit le 17 janvier 2016, le Dr B\_\_\_\_\_ lui a également diagnostiqué une hernie ombilicale, en précisant dans son rapport qu'il avait heurté une barrière de lit, tant au niveau de la jambe que de l'abdomen. Le Dr C\_\_\_\_\_ a certifié lui aussi que l'assuré l'avait consulté pour un choc brutal ayant entraîné des répercussions à l'abdomen et à la hanche. Ces indications concordent du reste avec celles données par l'assuré dans son compte-rendu d'accident du 18 janvier 2016 : « (...) en quittant le patient pour aller dans une autre chambre, j'ai percuté violemment la grille avec la jambe gauche. En évitant de tomber sur le patient, je me suis rabattu sur la barre du pied du lit au niveau du ventre et je me suis relevé

aussitôt avec le souffle coupé et de vives douleurs à la jambe gauche, à la hanche gauche, au ventre et au dos ». Dès lors, en tant qu'il repose sur une motivation insuffisante et sur le postulat – contraire aux pièces du dossier – d'une absence de traumatisme au niveau de la jambe gauche, l'avis du Dr I \_\_\_\_\_ ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante.

d. S'agissant des rapports établis par les médecins de l'assuré, on peut les résumer comme suit : les 15 et 17 janvier 2016, le Dr B \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de contusion de la hanche gauche et de hernie ombilicale. Le 12 mai 2016, le Dr E \_\_\_\_\_ a réalisé une imagerie par résonance magnétique du bassin, qui a mis en évidence un léger œdème sur le petit trochanter du côté gauche. Le 26 mai 2016, le chirurgien de l'assuré, le Dr C \_\_\_\_\_, a émis l'hypothèse d'un étirement musculaire consécutif à l'accident. Le 1<sup>er</sup> août 2016, le Dr F \_\_\_\_\_ a effectué une échographie de la hanche gauche, à l'issue de laquelle il a conclu à une tendinopathie du moyen fessier et à une probable bursite. Le 18 août 2016, le Dr G \_\_\_\_\_ a indiqué que ces diagnostics résultaient de l'accident et certifié une nouvelle incapacité de travail dès le 3 août 2016. Les 25 avril et 30 mai 2017, les Drs K \_\_\_\_\_ et C \_\_\_\_\_ ont fait état d'une tendinite trochantérienne post-traumatique, respectivement d'une tendinopathie de la musculature fessière consécutive à une chute. Enfin, en juin 2017, le Dr G \_\_\_\_\_ a établi deux certificats d'arrêt de travail du 12 juin au 13 juillet 2017, en relation avec un accident du travail et une tendinopathie d'insertion récidivante du muscle moyen fessier gauche.

e. À la lecture de ces différents rapports, on constate que si les médecins consultés par l'assuré ont effectivement fait état, suite à l'accident, d'un œdème, puis d'une tendinopathie et d'une bursite, diagnostics qu'ils paraissent corréler à l'accident, aucun ne s'est prononcé de façon motivée sur l'étiologie des atteintes constatées, singulièrement sur leur supposée relation de causalité avec la chute du 15 janvier 2016.

Faute d'appréciation médicale dûment motivée, la chambre de céans n'est pas en mesure de trancher la question de savoir s'il existe un lien de causalité naturelle entre les atteintes de la hanche gauche apparaissant sur l'imagerie par résonance magnétique du 12 mai 2016, respectivement sur l'échographie du 1<sup>er</sup> août 2016, et l'accident du 15 janvier 2016.

14. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

!endif> Dans la mesure où des doutes subsistent quant à l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 15 janvier 2016 et les atteintes diagnostiquées à l'assuré - œdème, tendinopathie et bursite de la hanche gauche -, le cas échéant sur la date de leur éventuel retour au statu quo sine vel ante, une instruction complémentaire s'impose. Aucune expertise n'ayant été diligentée à ce stade, la cause sera renvoyée à l'intimée pour ce faire, conformément à l'art. 44 LPGA.

15. Enfin, le recourant requiert la mise en œuvre par la chambre de céans d'une audience de comparution personnelle.

!endif> Dans la mesure où l'instruction entreprise par l'intimée se révèle d'emblée incomplète, ce qui justifie que la cause lui soit renvoyée, il est inutile d'entendre les médecins et la collègue du recourant, par appréciation anticipée des preuves.

16. Partant, le recours est partiellement admis, la décision du 13 février 2017 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour qu'elle complète l'instruction dans le sens qui précède, puis

rende une nouvelle décision portant sur le droit aux prestations LAA, portant en particulier sur la période courant dès le mois d'août 2016. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa).  
PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.