RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2180/2019 **ATAS/480/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 mai 2022

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____ [GE], comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre SAVOY — recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE — intimée

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1972, a travaillé en tant que machiniste du génie civil auprès de B_____ SA. À ce titre, il était, à dater du 3 avril 2018, au bénéfice d'un contrat de mission en faveur de la société C_____ SA et assuré contre les accidents auprès de la SUVA caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée).

b. Le 10 avril 2018, l'assuré a glissé sur une marche en descendant de sa machine et s'est tordu le pied droit. Il a alors chuté et s'est également blessé au bras gauche.

c. La radiographie de la cheville droite et de l'épaule gauche pratiquée au centre d'urgence D_____, juste après l'accident, n'a pas montré de lésion traumatique au niveau de la cheville. S'agissant de l'épaule gauche, l'examen n'a pas décelé de lésion suspecte, mais a mis en évidence un remaniement dégénératif modéré, des articulaires gléno-huméral et acromio-claviculaire ainsi qu'une intégrité des structures ostéo-articulaires.

d. Le cas a été pris en charge par la SUVA.

e. Dans leur rapport médical initial du 8 mai 2018, les médecins du centre d'urgences D_____ ont posé les diagnostics d'entorse de la cheville droite et de contusion de l'épaule gauche.

f. Dans son rapport médical intermédiaire du 1er juillet 2018, le docteur E_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ainsi qu'en médecine du sport et exerçant au sein de D_____, a retenu les diagnostics de contusions multiples après un accident de chantier avec contusion de la hanche gauche, entorse de la cheville droite, contusion de l'épaule gauche et entorse acromio-claviculaire de grade II. La durée prévisible du traitement était considérée comme longue avec comme persistance du problème, une estimation de douleurs multiples très importantes.

g. En arrêt de travail à 100 %, l'assuré a été licencié par son employeur B_____ SA à l'issue du délai de protection légal, en date du 9 juillet 2018.

h. Le Dr E_____ a régulièrement remis à l'assuré des certificats attestant de son incapacité de travail à 100 % pour raison de santé.

i. En date du 25 septembre 2018, la SUVA a interpellé le Dr E_____ afin d'être informée du processus de guérison de l'assuré.

j. Dans son rapport médical intermédiaire du 25 octobre 2018, le Dr E_____ a confirmé les données figurant dans le rapport médical intermédiaire du 1er juillet 2018, ajoutant que l'évolution était très lente, sans véritable évolution subjective des douleurs et du handicap ressentis par l'assuré. Il était également mentionné qu'une discussion avait eu lieu avec l'assuré pour un retour progressif au travail d'ici fin 2018. Il recommandait qu'une évaluation soit faite par les soins d'un médecin d'arrondissement de la SUVA.

k. En date du 1er novembre 2018, la SUVA a soumis le dossier de l'assuré à son médecin d'arrondissement, le docteur F_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, et a convoqué l'assuré en date du 10 décembre 2018 afin qu'il se fasse examiner par ledit médecin. L'assuré ne s'est pas présenté à la consultation et le Dr F_____ a communiqué à la SUVA un rapport d'examen du 10 décembre 2018, à teneur duquel, en se fondant sur les évaluations cliniques et le bilan radiologique de l'assuré, il concluait à l'absence d'anomalie clinique objective, l'absence d'anomalie traumatique susceptible d'être responsable d'une incapacité de travail de longue durée et considérait qu'à la date de l'examen, l'évènement du 10 avril 2018 avait « cessé largement de déployer ses effets délétères ».

l. Par entretien téléphonique du 13 décembre 2018 avec la SUVA, l'assuré a demandé qu'on l'excuse de ne s'être pas présenté à la convocation du 10 décembre 2018, au motif que la convocation écrite n'avait été remise dans sa boîte aux lettres qu'en date du 13 décembre 2018.

m. Dans l'intervalle, soit en date du 3 décembre 2018, le Dr E_____ avait délivré à l'assuré un nouveau certificat d'incapacité de travail à 100 % pour la période allant du 1er au 31 décembre 2018.

B. **a.** Se fondant sur l'appréciation du Dr F_____, selon laquelle les effets délétères de l'accident du 10 avril 2018 ne déployaient plus leurs effets, la SUVA a informé l'assuré, par lettre du 19 décembre 2018, qu'elle devait mettre un terme aux prestations d'assurance avec effet au 20 janvier 2019, et lui a recommandé de déclarer le cas à son assurance-maladie. La SUVA considérait le cas comme clôturé avec effet au 20 janvier 2019 avec fin des prestations d'assurance, soit les frais de traitement et les indemnités journalières, et informait l'assuré que, sur demande, elle pouvait rendre une décision.

b. Réagissant au courrier du 19 décembre 2018, l'assuré a informé la SUVA, par lettre du 18 janvier 2019, qu'il s'opposait à son contenu, car il n'avait jamais eu de troubles au niveau de l'épaule, de la hanche et de la cheville et que « cette dernière » (sic) était consécutive à la violente chute subie en date du 10 avril 2018.

c. Par décision du 4 février 2019, la SUVA a confirmé qu'elle mettait fin aux prestations d'assurance au 20 janvier 2019 en reprenant les motifs exposés dans la lettre d'information du 19 décembre 2018.

d. En date du 1er mars 2019, le conseil de l'assuré a demandé à pouvoir consulter le dossier et a demandé une couverture d'assurance juridique aux fins des démarches envisagées. La SUVA a considéré le courrier du 1er mars 2019 comme une opposition et a octroyé un délai à l'assuré pour motiver cette dernière.

e. Dans le délai octroyé, l'assuré a motivé son opposition par courrier du 26 mars 2019, contestant que les effets délétères de l'accident étaient terminés et joignant à son opposition un certificat du Dr E_____ du 5 mars 2019, qui attestait qu'il existait – selon lui – un lien de causalité très clair entre l'incapacité de travail de

l'assuré et l'accident du 10 avril 2018. L'assuré concluait à ce que la SUVA ordonne une expertise et poursuive le paiement des prestations.

f. Par décision sur opposition du 7 mai 2019, la SUVA a confirmé sa précédente décision du 4 février 2019. Elle a exposé, en substance, que l'examen du rapport médical du Dr E_____ du 5 mars 2019 ne faisait état d'aucune lésion structurelle au niveau de la hanche gauche qui serait attribuable à l'évènement du 10 avril 2018 et qui pourrait éventuellement justifier une persistance des douleurs au-delà du 20 janvier 2019. De fait, il y avait lieu de considérer que le Dr E_____ se faisait plutôt l'écho des plaintes subjectives de l'assuré et que cette pièce médicale n'apportait aucun élément objectif permettant de remettre en question les conclusions du Dr F_____ ou même de jeter le doute sur celles-ci. Estimant que, dans la mesure où il fallait reconnaître qu'une contusion de la hanche était habituellement considérée comme une lésion bénigne, la SUVA ne voyait aucune raison de s'écarter des conclusions du Dr F_____. Son appréciation ne pouvait pas être critiquée du seul fait qu'il s'était prononcé sur dossier, car la situation était claire du point de vue médical. Cohérentes et dûment motivées, les conclusions du Dr F_____ emportaient ainsi la conviction de la SUVA, qui ne voyait pas en quoi une expertise médicale permettrait de mieux cerner la situation. La SUVA précisait encore qu'un éventuel recours n'aurait pas d'effet suspensif et que l'assistance juridique gratuite serait accordée à l'assuré.

C. **a.** Par courrier de son mandataire, l'assuré a interjeté recours par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), le 7 juin 2019, contre ladite décision. Il a conclu, préalablement, à la restitution de l'effet suspensif, principalement, à l'annulation de la décision sur opposition du 7 mai 2019 et à ce qu'il soit ordonné à la SUVA de lui verser l'intégralité des prestations d'assurance dues en vertu de l'accident du 10 avril 2018, pour la période comprise entre le 21 janvier 2019 et la date de rétablissement du *statu quo ante* et, subsidiairement, à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée.

b. S'agissant plus particulièrement de l'effet suspensif, il a fait valoir que la SUVA avait omis de tenir compte du rapport du docteur G_____, selon lequel l'atteinte tendineuse de la hanche gauche, dont le *statu quo ante* n'était en l'état pas atteint, était consécutive à l'accident du 10 avril 2018. Du reste, sa capacité de travail n'était encore que partielle. Il reprochait également au Dr F_____ d'avoir ignoré un rapport d'échographie du 28 août 2018, pourtant essentiel à la compréhension de son dossier. Aussi considérait-t-il que l'issue du présent litige lui serait favorable, raison pour laquelle il demandait l'octroi de l'effet suspensif.

c. Par courrier du 13 juin 2019, l'assuré a transmis à la chambre de céans copie de courriels du Dr E_____, affirmant qu'il devait subir des traitements complémentaires aux fins du rétablissement du *statu quo ante*.

d. Le 24 juin 2019, la SUVA a conclu au rejet de la requête en restitution de l'effet suspensif. Elle a précisé qu'elle avait dûment interpelé le Dr E_____ le 21 août

2018, mais que celui-ci n'avait alors pas mentionné l'existence des échographies dont faisait état l'assuré.

e. Par décision incidente non querellée du 3 juillet 2019, la chambre de céans a rejeté la demande d'effet suspensif présentée par le recourant, considérant que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les prévisions sur l'issue du litige au fond ne devaient faire aucun doute et qu'à ce stade de la procédure, les chances de succès de l'assuré sur le fond du litige, à la lumière de la jurisprudence fédérale, n'apparaissaient pas prima facie telles qu'elles l'emportaient sur l'intérêt de l'intimé à l'exécution immédiate de sa décision de cesser de verser au recourant les prestations LAA au-delà du 20 janvier 2019.

f. Sur le fond, la SUVA a répondu par mémoire du 5 juillet 2019, annexant un rapport complémentaire du Dr F_____ dans lequel ce dernier déclarait avoir pris connaissance des échographies du 28 août 2018, ce qui ne changeait pas ses conclusions sur le dossier et ajoutait qu'un traumatisme comme celui subit par le recourant ne déployait pas d'effets au-delà de quelques mois. La SUVA persistait dans sa décision.

g. Sur le fond également, le recourant a répliqué, par écritures du 19 août 2019. En substance, il a insisté sur le fait que l'appréciation du Dr F_____ n'avait aucune valeur probante, dès lors, notamment, qu'elle était en contradiction « crasse » avec la jurisprudence topique ; les points litigieux n'avaient pas fait l'objet d'une étude circonstanciée par ledit médecin, son rapport se fondait sur des examens incomplets, il avait refusé de considérer les plaintes exprimées par le recourant, il n'avait pas pu, faute d'avoir examiné le patient et s'être entretenu avec lui, établir son rapport en pleine connaissance de l'anamnèse et enfin, respectivement, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale étaient insuffisamment claires et les conclusions insuffisamment motivées pour s'écarter de l'avis du médecin traitant du recourant, ce dernier persistant dans ses conclusions.

h. Entendu en comparution personnelle le 2 décembre 2021, le recourant a déclaré être arrivé en Suisse, depuis le Portugal, en 2003. Il avait d'abord travaillé comme maçon puis comme machiniste à partir de l'année 2013, puis avait subi un arrêt de travail en raison d'un accident à la suite de quoi il avait été licencié et s'était inscrit au chômage. S'agissant de l'accident dont il avait été victime en 2013, il déclarait qu'il s'agissait du même type d'accident, à savoir qu'il avait perdu l'équilibre en descendant de sa machine et s'était fait mal à l'épaule gauche et à la cheville droite ou gauche, il ne s'en souvenait plus, en tombant.

S'agissant de l'accident du mois d'avril 2018, il confirmait avoir ressenti des douleurs à la fesse gauche qui avait touché l'extrémité carrée d'une pontelle [plus précisément un étai] en acier posée sur le sol. Auparavant, il n'avait jamais eu de problème de hanche car, disait-il, lorsqu'on tombe, on a souvent un problème à une cheville ou une épaule en essayant de se retenir. Il se souvenait avoir fait plusieurs chutes depuis l'année 2007, précisant que les chutes étaient courantes lorsqu'on

travaillait sur des chantiers, et considérait que l'accident intervenu en 2007 avait été « l'accident de départ de tous les problèmes ».

i. Lors de la même audience, les Drs E_____ et F_____ ont été entendus en qualité de témoins, en confrontation, pour donner leurs opinions médicales sur le dossier.

Le Dr E_____ a confirmé que le recourant s'était plaint de sa douleur de hanche lorsqu'il avait rencontré pour la première fois, environ trois semaines après la date de l'accident. Il avait fait une première échographie de la fesse gauche en août 2018, sur plainte du patient, puis une IRM en avril 2019, suivie d'une seconde IRM du bassin et de la hanche en août 2020. Dans l'intervalle, le patient avait subi des infiltrations sous échographie, avec un bénéfice temporaire. Appelé à se prononcer sur la radiographie du 11 avril 2018 faite par le médecin de premier recours, le Dr E_____ a confirmé que, par la suite, au niveau de la cheville et de l'épaule, cela avait suivi relativement son cours, mais il y avait le problème de la hanche.

Le Dr F_____, quant à lui, a confirmé qu'au moment où il avait rendu son rapport, il n'avait que les échographies, mais pas les IRM. Il ajoutait que si les IRM dataient de plus d'une année après l'accident, elles apportaient moins d'indications car on ne voyait que les lésions des parties molles, mais pas les lésions des parties osseuses, ce qui était confirmé par le Dr E_____. Les deux médecins s'accordaient sur le fait qu'il n'y avait aucune pièce qui permettrait d'établir l'origine traumatique des troubles de la santé au niveau de la hanche. Le Dr F_____ ajoutait que si le problème au niveau de la hanche avait été identifié dès le départ, il aurait été très probablement mentionné lors des examens pratiqués juste après l'accident, au service des urgences. Les deux médecins s'accordaient également à dire qu'il était peu probable qu'une expertise puisse amener des informations utiles, les deux parties campant très probablement sur leur position.

Le Dr F_____ s'est étonné que la guérison de la hanche prenne si longtemps, pour autant que l'on admette qu'il y avait un lien de causalité avec l'accident, estimant qu'après six mois, les douleurs devaient disparaître. Le Dr E_____, quant à lui, a précisé qu'il arrivait que de telles douleurs persistent, selon lui jusqu'à trois ans après l'accident dans certains cas.

Le recourant est intervenu pour expliquer que lorsqu'il s'était rendu au service des urgences D_____, les douleurs les plus fortes étaient dans la cheville et dans l'épaule ; au niveau de la hanche, la douleur avait été forte au moment de la chute, mais ensuite, elle avait décru, à telle enseigne qu'elle ne le gênait plus, par rapport aux douleurs plus fortes de la cheville et de l'épaule. Il confirmait qu'il n'y avait pas eu de radiographie de la hanche lors de l'examen pratiqué au service des urgences.

La représentante de l'intimée a rappelé que, dans ses premières déclarations, le recourant n'avait pas mentionné de douleurs de la hanche et qu'en matière

d'assurances, il fallait s'en tenir aux premières déclarations, étant précisé que la hauteur de la chute était d'environ 80 cm.

Le recourant a rectifié ce point, mentionnant qu'entre le plan de travail de la machine et le sol, il devait y avoir environ 1.20 m.

j. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

k. Les autres faits seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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 1er 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).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

4. Interjeté dans le délai de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision sur opposition rendue par la SUVA en date du 7 mai 2019 et mettant fin aux prestations versées par cette dernière au recourant, avec effet au 20 janvier 2019.

6.

6.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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 ; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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).

6.2 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

6.3 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).

6.4 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.

7. 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).

8. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 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).

9.

9.1 La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

9.2 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).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

9.3 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).

9.4 Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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 139 V 225 consid. 5.2. et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4).

9.5 Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n’est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L’importance de l’examen personnel de l’assuré par l’expert n’est reléguée au second plan que lorsqu’il s’agit, pour l’essentiel, de porter un jugement sur des éléments d’ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s’avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d’un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

9.6 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la

violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

9.7 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

10. 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).

11.

11.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre

appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

11.2 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

11.3 Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références ; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (SVR 2016 n° UV p. 55 consid. 2.2.2 ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 17 du 3 mai 2018 consid. 4.2).

12.

12.1 En l'espèce, le recourant considère que sa santé n'est pas encore totalement rétablie suite à l'accident du 10 avril 2018, et que les lésions encore présentes sont très clairement en lien de causalité avec ce dernier.

12.2 L'intimée de son côté a mis un terme à ses prestations au 20 janvier 2019 au motif qu'en l'absence d'anomalie clinique objective, que ce soit niveau de la cheville droite, de l'épaule gauche ou de la hanche gauche, il y a lieu de suivre les conclusions du Dr F_____ selon lesquelles l'accident a largement cessé de déployer ses effets délétères à la date du rapport d'examen soit le 10 décembre 2018.

Lors de leur audition, les Drs F_____ et E_____ sont tombés d'accord sur un certain nombre de points. Le seul sujet sur lequel leurs avis divergeaient était celui de la hanche gauche.

Selon le Dr F_____, médecin-conseil de l'intimée, si le problème de hanche avait véritablement été identifié dès le départ, cela aurait été mentionné lors de l'examen au centre d'urgence de D_____ ; en se fondant sur son expérience, il considérait

que les douleurs consécutives à l'accident devaient cesser après un délai de six mois.

Le Dr E_____, médecin traitant du recourant, a quant à lui confirmé que le recourant s'était plaint de douleurs à la hanche, environ deux à trois semaines après l'accident, et a ajouté que même en l'absence de lésion osseuse, les douleurs pouvaient persister jusqu'à trois ans après un accident.

La chambre de céans constate qu'à dire d'expert et à la lecture des radiographies et des IRM, aucun élément objectif ne permet, d'une part, de rendre plausible un trouble de la santé, au niveau de la hanche gauche susceptible d'expliquer les douleurs dont se plaint le recourant et d'autre part, de rendre plausible un lien de causalité entre les troubles dont se plaint le recourant au niveau de sa hanche gauche et l'accident du 10 avril 2018.

Un certain nombre d'éléments objectifs viennent appuyer cette constatation ; tout d'abord, le fait que le recourant ne se soit pas plaint de douleurs, à la hanche gauche, juste après l'accident alors qu'il était soigné au service d'urgence de D_____, qu'aucune radiographie n'ait été effectuée pour investiguer un tel trouble et que le recourant, dans ses premières déclarations à l'assurance, n'ait pas fait mention de troubles à la hanche gauche, étant rappelé qu'il a déclaré (sic) « j'étais en train de descendre de la machine et j'ai glissé sur la deuxième marche et je suis tombé avec le pied droit et [je] l'ai tordu et suis tombé en arrière et me suis fait mal au bras gauche » (déclaration de sinistre du 11 avril 2018). Il n'est fait mention, ni d'une chute avec réception sur la fesse gauche, ni d'un étai métallique, ni d'une douleur à la hanche gauche.

Dans le rapport médical initial LAA complété par le centre d'urgence de D_____, en date du 8 mai 2018, suite à l'intervention du 10 avril 2018, il est mentionné une « entorse cheville droite et une contusion épaule gauche ». Sous la rubrique « constatations objectives », aucune tuméfaction, contusion ou inflammation n'est mentionnée concernant la hanche gauche.

Ce n'est que dans le rapport du Dr E_____, daté du 26 avril 2018, que l'on voit, pour la première fois, la mention d'une contusion à la hanche gauche.

Dans le formulaire de traitement proposé par le médecin traitant E_____, en date du 26 juin 2018, il est mentionné sous la rubrique « mesures physio thérapeutiques » « Suite (illisible) épaule-cheville droite », la hanche gauche n'est pas mentionnée. Le même médecin, dans son rapport médical intermédiaire du 25 octobre 2018, explique sous la rubrique « évolution subjective ou objective » : « Très lente, sans véritable amélioration subjective des douleurs et du handicap ressenti, excepté pour l'épaule qui va mieux ».

Dans son courrier du 5 mars 2019, à la demande du mandataire du recourant, le Dr E_____ explique les raisons pour lesquelles, à son sens, il existe un lien de causalité entre l'atteinte de la hanche gauche et l'accident du 10 avril 2018 au motif que la hanche gauche n'a jamais fait l'objet auparavant d'un quelconque autre

traumatisme et que le recourant n'a jamais souffert de cette articulation ou de cette région anatomique.

Or, cette appréciation est intégralement fondée sur les souffrances décrites par le recourant, notamment une « douleur tendineuse fessière gauche », aucun traumatisme ne pouvant être objectivé par le Dr E_____.

Ces éléments, extraits des rapports médicaux du médecin traitant, viennent renforcer la nature subjective des douleurs alléguées par le recourant, sans qu'aucun élément objectif ne puisse venir supporter ces dernières.

S'agissant du Dr F_____, son rapport d'examen du 10 décembre 2018 énumère les pièces sur lesquelles il s'est fondé pour donner son appréciation, ce qui permet de constater qu'il était en possession de tous les documents topiques lui permettant de se faire une opinion médicale, même en l'absence du recourant, qui ne s'est pas présenté à l'examen, en dépit de la lettre de convocation du 5 décembre 2018, qu'il a dit avoir reçue après la date fixée pour l'examen.

C'est le lieu de rappeler que l'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert est reléguée au second plan lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

Cela est d'autant plus pertinent dans le cas d'espèce, dès lors qu'aucun élément objectif ne permet de supporter les troubles de la santé de la hanche gauche et qu'il est vraisemblable que même si l'assuré s'était présenté à l'examen, il n'aurait pu faire état que de ses douleurs ce qui, comme nous l'avons vu supra, est un élément subjectif.

L'appréciation faite dans son rapport, par le Dr F_____, bien que courte (une page) n'en est pas moins complète, le médecin-conseil constatant que les évaluations cliniques effectuées aussi bien par le médecin traitant que par les médecins de D_____ n'ont pas mis en évidence d'anomalie clinique objective, ajoutant que le bilan radiologique du 10 avril 2018 ne montre aucune anomalie traumatique susceptible d'être responsable d'une incapacité de travail de longue durée. Le médecin conclut qu'à la date de son rapport, soit le 10 décembre 2018, le traumatisme consécutif à l'accident du 10 avril 2018 a cessé largement de déployer ses effets délétères.

La chambre de céans constate qu'aucun élément objectif proposé par le médecin traitant ne vient contredire le rapport effectué par le médecin-conseil de l'intimée. À cela s'ajoute que le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier.

12.3 À l'aune de ce qui précède, les conclusions du Dr F_____ sont partagées par la chambre de céans, qui considère que son rapport d'examen présente une valeur probante.

12.4 Dans sa conclusion subsidiaire, le mandataire du recourant demande qu'une expertise judiciaire soit ordonnée.

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 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). 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 (Cst. - RS 101 ; 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).

En l'occurrence, lors de leur audition en date du 2 décembre 2021, les Drs F_____ et E_____ ont tous deux considéré qu'il était peu probable qu'une expertise puisse apporter des informations exploitables. La chambre de céans fait sienne les appréciations des médecins et considère qu'une expertise judiciaire est inutile.

12.5 Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

13. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

* * * * *

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
Véronique SERAIN	Philippe KNUPFER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le _____