



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3588/2018

ATAS/634/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 juillet 2019

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 Michel
D'ALESSANDRI

intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Maria Esther SPEDALIERO, Juges assesseurs

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).
2. Le 9 avril 2015, l'assuré a subi une intervention chirurgicale consistant à lui installer une prothèse totale de la hanche gauche.
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.
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 à la hauteur du genou et qu'il se plaignait d'une douleur au niveau de sa prothèse de hanche. Le status ostéo-articulaire 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.
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.
6. L'assuré a établi, le 18 janvier 2016, un « compte-rendu d'accident professionnel », dans lequel il a déclaré :

« 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.

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.
9. Par courrier du 9 mars 2016, le docteur E_____, 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.
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.
11. Le docteur F_____, radiologue, a réalisé une imagerie par résonance magnétique (IRM) 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.
12. Par courrier du 26 mai 2016, le Dr E_____ 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.
13. Le docteur G_____, du Centre d'imagerie médicale de Faucigny, a effectué une échographie de la hanche gauche le 1^{er} 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.
14. Dans un rapport transmis à la Bâloise le 18 août 2016, le docteur H_____, 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.
15. Par certificat du 20 septembre 2016, le docteur I_____, 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 ».
16. Par courriel du 1^{er} 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.

17. À la demande de la Bâloise, le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil, a complété un questionnaire le 20 décembre 2016.

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 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 ;
- 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.

Selon le Dr J_____, 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.

19. Le 28 décembre 2016, la Bâloise a reçu une déclaration établie par Madame K_____, 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.

20. Par courriel du 30 décembre 2016, l'assuré s'est dit étonné du rapport du Dr J_____ et a requis le prononcé d'une décision formelle.

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 E_____, lequel avait évoqué une douleur musculaire, une elongation 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 E_____. 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 I_____ 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%.
22. Par décision du 20 janvier 2017, la Bâloise a refusé d'accorder à l'assuré des prestations d'accident au-delà du 3 août 2016. Elle a déduit du rapport du Dr J_____ 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 a invité l'assuré à s'adresser à son assurance-maladie.
23. L'assuré s'y est opposé par lettre du 23 janvier 2017, réaffirmant en substance que sa « rechute » du 3 août 2016 résultait de son accident professionnel du 15 janvier 2016.
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.

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.
26. Saisie d'un recours de l'assuré, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS), par arrêt du 22 novembre 2017, a annulé la décision du 13 février 2017 et renvoyé la cause à la Bâloise pour qu'elle complète l'instruction, puis statue à nouveau.

La CJCAS a considéré que l'avis du Dr J_____, qui reposait sur une motivation insuffisante et sur le postulat – contraire aux pièces du dossier – d'une absence de traumatisme au niveau de la jambe gauche, ne pouvait se voir reconnaître pleine valeur probante. De leur côté, les médecins consultés par l'assuré ne s'étaient pas prononcés de façon motivée sur l'étiologie des atteintes constatées au niveau de la hanche gauche. Faute d'appréciation médicale dûment motivée, la CJCAS n'était pas à même de trancher la question du lien de causalité naturelle entre ces atteintes et l'accident du 15 janvier 2016. Dans la mesure où des doutes subsistaient quant à une éventuelle relation de causalité entre l'accident et les atteintes diagnostiquées - œdème, tendinopathie et bursite de la hanche gauche -, le cas échéant sur la date de leur éventuel retour au *statu quo sine vel ante*, la cause était renvoyée à la Bâloise pour qu'elle mette en œuvre une expertise.

27. Afin de mettre en œuvre l'arrêt cantonal, la Bâloise a diligenté deux expertises auprès des docteurs L_____, spécialiste FMH en chirurgie et O_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Le Dr L_____ s'est prononcé sur l'atteinte abdominale qu'avait présentée l'assuré et le Dr O_____, sur ses troubles de la hanche gauche.

a. Dans son rapport du 19 avril 2018, le Dr L_____ a retenu le diagnostic de status après cure de hernie ombilicale, sans signe de récurrence. L'assuré avait subi un accident le 15 janvier 2016, au cours duquel il avait subi un choc au niveau de la hanche gauche et une hyperpression abdominale. Deux jours après le traumatisme, une hernie ombilicale lui avait été diagnostiquée, puis le 10 février 2016, il avait été opéré de cette hernie par le Dr C_____. L'intéressé était sorti de l'hôpital le lendemain et le certificat d'arrêt du travail qui lui avait été délivré mentionnait une reprise à 50% le 14 mars 2016, puis à 100% le 28 mars 2016. Toutefois, en raison d'un retard de cicatrisation de la plaie opératoire, l'arrêt de travail à 50% avait été prolongé jusqu'au 11 avril 2016, ensuite de quoi l'atteinte ombilicale n'avait plus posé de problème. Actuellement, l'assuré ne formulait aucune plainte au niveau

ombilical et l'examen abdominal ne mettait en évidence aucune pathologie : la cicatrice opératoire était fermée, indolore et il n'y avait pas de signe de récurrence de hernie. Selon le Dr L_____, il était parfaitement possible que la hernie ombilicale ait été causée par le traumatisme survenu le 15 janvier 2016, vu la photographie préalable, l'échographie abdominale effectuée deux jours après l'accident et les constatations effectuées durant l'opération. On pouvait donc considérer que l'accident était la cause de la pathologie ombilicale. À partir du 11 avril 2016, date à laquelle l'assuré avait repris le travail à 100%, il convenait d'admettre que la pathologie ombilicale n'avait plus d'effet sur sa capacité de travail, de sorte que toute incapacité de travail certifiée postérieurement était sans rapport avec cette pathologie. Enfin, aucun autre traitement n'était préconisé au niveau abdominal.

b. Dans son rapport du 8 mai 2018, le Dr O_____ a retenu les diagnostics suivants : prothèse gauche sur ostéonécrose aseptique de la hanche, en avril 2015 ; nécrose aseptique de la hanche droite ; contusion du genou et de la hanche gauche ; tendinite du moyen fessier et bursite du grand trochanter gauche ; bursite, calcification et tendinite du moyen fessier droit ; lombo-sciatalgies chroniques gauches sur troubles dégénératifs pluri-étagés avec canal lombaire étroit et hernies discales ; hernie ombilicale ; status post fracture du cotyle droit et luxation de la hanche en 1997. L'assuré, connu depuis plusieurs années pour des problèmes de lombo-sciatalgies, s'était fait diagnostiquer une nécrose des deux hanches en 2011, puis installer une prothèse de la hanche gauche en 2015. Selon l'expert, seule la contusion du genou et de la hanche gauche était en relation de causalité certaine avec l'accident du 15 janvier 2016. Pour ce diagnostic, un *statu quo sine* pouvait être fixé six mois après l'accident, dans la mesure où le léger œdème du petit trochanter mis en évidence par une IRM en mai 2016 n'expliquait pas les douleurs persistantes de la hanche gauche, localisées au niveau du grand trochanter et du moyen fessier. S'agissant de la tendinite du moyen fessier et de la bursite du grand trochanter gauche, elles n'étaient qu'en lien de causalité possible avec l'accident. En effet, l'assuré, porteur d'une prothèse de la hanche, s'était plaint rapidement après l'accident de douleurs de la hanche gauche. Dans un premier temps, une contusion musculaire avait été évoquée, puis l'IRM réalisée en mai 2016 n'avait pas montré de lésion du moyen fessier ou du grand trochanter (mais seulement un discret œdème du petit trochanter). Une élévation du psoas avait été évoquée, sans qu'un arrêt de travail ne soit prescrit. En mai 2016, il n'existait a priori pas de lésion des moyens fessiers ou de bursite, lesquelles n'apparaissaient pas sur l'IRM. Ce n'était qu'en août 2016 qu'une échographie des hanches avait montré une tendinopathie du moyen fessier, associée à une bursite bilatérale, prédominante du côté gauche ; ce diagnostic n'était qu'en relation de causalité possible avec l'accident du 15 janvier 2016, ce d'autant que l'assuré souffrait de problèmes des deux hanches, qui pouvaient expliquer l'apparition d'une tendinite et d'une bursite dans le cadre de son activité professionnelle, laquelle était relativement lourde et nécessitait qu'il soulève des patients. L'existence d'une bursite du côté droit plaiderait aussi contre une relation de causalité avec l'accident. S'agissant enfin du

diagnostic de bursite, de calcification et de tendinite du moyen fessier droit, il n'était pas non plus en relation de causalité avec l'accident, tout comme celui de lombalgies chroniques. Ces lombalgies avaient tout au plus été décompensées par l'accident pendant six semaines, ensuite de quoi le *statu quo sine* avait été atteint.

28. Par décision du 8 août 2018, la Bâloise a mis fin aux prestations avec effet au 14 juillet 2016, six mois après l'accident, considérant qu'à partir de cette date, le traumatisme n'était plus en relation causale avec les troubles dont souffrait l'assuré, notamment au niveau de la hanche gauche. S'agissant de la hernie ombilicale, elle résultait certes de l'accident, mais n'engendrait plus de séquelles, selon l'expert L_____.
29. Le 22 août 2018, l'assuré s'y est opposé. C'était à tort que l'expert O_____ n'avait pas retenu le diagnostic « [d'] œdème centré sur le petit trochanter au niveau du cotyle antéro-supérieur », apparaissant sur l'IRM de mai 2016. En outre, l'expert s'était prononcé de manière partielle et lacunaire, en refusant d'admettre que l'accident était en relation causale avec les diagnostics de « tendinite du moyen fessier et bursite du grand trochanter » et de « hernie ombilicale post-traumatique ». Il était pourtant avéré que son hernie ombilicale était consécutive à l'accident et que, suite au refus de prise en charge de la Bâloise, il avait dû être traité par de nombreux spécialistes en Suisse et en France. Comme il ne pouvait plus mobiliser de patients lourds, il avait dû reprendre sa profession d'infirmier dans un service de psychiatrie, alors qu'il travaillait auparavant en chirurgie. Il demandait à être indemnisé pour ses arrêts de travail d'août 2016 à décembre 2017, ainsi que pour ses frais de traitement et d'avocat.
30. Par décision du 24 septembre 2018, la Bâloise a rejeté l'opposition. S'il était parfaitement possible, selon l'expert L_____, que la hernie ombilicale ait été provoquée par l'accident du 15 janvier 2016, elle n'engendrait toutefois plus de séquelles. Selon l'expert, on devait considérer qu'à partir du 11 avril 2016, date de la reprise du travail, la hernie n'empêchait plus l'assuré de travailler et que toute incapacité de travail attestée postérieurement était sans rapport avec la pathologie abdominale. Faute de récurrence de la hernie, aucun nouveau traitement n'était à envisager. Toujours selon l'expert, même si l'on admettait que la hernie avait été causée par l'accident, il n'existait « aucune interférence entre cette pathologie, son traitement et l'état actuel du patient ». De son côté, le recourant ne mettait pas en évidence d'élément qui permettrait de contredire l'expert. En prenant en charge le cas jusqu'au 14 juillet 2016, alors que l'expert L_____ avait avancé une date plus restrictive, soit celle du 11 avril 2016, la Bâloise était allée au-delà des recommandations de l'expert, de sorte que la décision du 8 août 2018 devait être confirmée. Pour le reste, la Bâloise rejetait la conclusion tendant à la prise en charge de frais d'avocat durant la procédure d'opposition.
31. Par lettre du 9 octobre 2018, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours contre la décision du 24 septembre 2018, concluant à son annulation, au maintien

des prestations LAA, notamment de la prise en charge des suites accidentelles, et à l'octroi d'une indemnité de dépens de CHF 370.-.

L'expert O_____ n'avait admis qu'une relation de causalité possible entre l'accident et le diagnostic de « tendinite du moyen fessier et bursite du grand trochanter gauche », alors que tous les spécialistes qui l'avaient soigné en France, de même que les Drs E_____ et I_____, avaient attesté que le choc était à l'origine de ses atteintes de la hanche gauche. Il n'y avait aucun doute, de son point de vue, que ses douleurs de la hanche étaient en relation causale avec son accident. Il avait payé de sa poche une infiltration de plasma riche en plaquettes (PRP), préconisée par le Dr E_____, et depuis le début de l'année, il avait été confirmé dans sa nouvelle fonction d'infirmier en psychiatrie. Toutefois, il était toujours sous traitement antalgique et n'était pas à l'abri d'une rechute, raison pour laquelle la Bâloise devait continuer à prendre en charge les suites de son accident. À l'appui de son recours, l'assuré a notamment joint :

- diverses quittances, attestant du paiement de CHF 370.- à Maître Florian BAIER, dans le courant de l'année 2017 ;
- un rapport établi le 25 avril 2017 par la doctoresse M_____, 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 E_____, aux termes duquel l'assuré, après une évolution post-opératoire initialement favorable, avait 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 ;
- un rapport établi par le Dr H_____ à la suite d'une consultation du 12 juin 2017, faisant état d'une « rechute de douleur de la hanche gauche depuis plusieurs mois », attestant par ailleurs d'une totale incapacité de travail dès le 12 juin 2017 ;
- un rapport rédigé le 9 août 2017 par le docteur N_____, médecin du sport. Il avait été consulté pour une tendinopathie du moyen fessier gauche et une bursite, évoluant depuis 2016. Les douleurs étaient survenues lors d'un traumatisme au travail, dont le mécanisme lésionnel était difficile à appréhender. Depuis lors, l'assuré présentait des douleurs de la face latérale de la hanche gauche, évoquant une tendinopathie du moyen fessier. Les imageries n'avaient pas mis en évidence de lésion prothétique ou osseuse, mais une bursite trochantérienne et une tendinopathie du moyen fessier. En octobre 2016, une infiltration avait soulagé les douleurs, lesquelles avaient ensuite récidivé en raison d'une nouvelle chute. De la physiothérapie et une nouvelle infiltration étaient préconisées ;

- une ordonnance du Dr H_____ pour un traitement antalgique, datée du 20 septembre 2018 ;
 - une facture établie le 10 novembre 2017 par le Dr N_____ pour une injection de plasma enrichi en plaquettes (EUR 130).
32. Dans sa réponse du 26 novembre 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours. Il ressortait de l'expertise du Dr O_____ que le *statu quo sine* des troubles découlant de l'accident avait été atteint après six mois au plus tard, soit le 15 juillet 2016. Toujours selon cet expert, aucun traitement n'était susceptible d'améliorer les séquelles de l'accident et il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité. C'était à bon droit que la Bâloise avait mis un terme à ses prestations avec effet au 3 août 2016, sur la base d'un rapport probant du Dr J_____. De leur côté, les médecins du recourant ne prétendaient pas, a fortiori de manière motivée, que les troubles de la hanche gauche étaient en relation causale avec l'accident au-delà du 15 juillet 2016. Au demeurant, le choc de la hanche gauche n'avait pas provoqué d'hématome et n'était pas propre à engendrer une tendinopathie du moyen fessier ainsi qu'une bursite du trochanter. Le recourant avait pu reprendre son activité professionnelle le 11 avril 2016 et ce n'était que quatre mois plus tard, soit le 3 août 2016, qu'il avait présenté une nouvelle incapacité de travail, liée à une probable tendinopathie du moyen fessier et à une bursite ; si l'accident avait réellement été à l'origine de ces atteintes, l'intéressé n'aurait pas pu reprendre le travail le 11 avril 2016. Partant, la décision du 13 février 2017 (sic) devait être confirmée.
33. Le recourant a répliqué le 17 décembre 2018. Le Dr J_____ avait établi une « fausse expertise » qui faisait abstraction de sa contusion de la hanche, diagnostiquée le jour de l'accident. Pourtant, le Dr E_____ avait attesté le 9 mars 2016 – moins de deux mois après l'accident – que cette contusion musculaire était la cause de ses douleurs. Par la suite, des radiographies et échographies avaient mis en évidence les dégâts musculaires résultant de son accident, et tous les spécialistes lui avaient indiqué que sa tendino-bursite de la hanche gauche découlait du traumatisme. Aujourd'hui, il était guéri grâce à l'infiltration de PRP que le Dr E_____ avait préconisée. Il demandait que « justice soit faite », déplorant qu'il y ait eu, dès le départ, « une fausse expertise du médecin-conseil de la Bâloise, mais aussi une très mauvaise foi de ses intervenants ». Il demandait que l'intimée rétablisse ses prestations et lui rembourse tous ses frais annexes.
34. 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^{er} 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^{er}). 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 du lieu et de la matière pour juger du cas d'espèce.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} 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 ses troubles de la hanche gauche, singulièrement la question de savoir si ces troubles sont en lien de causalité avec l'accident du 15 janvier 2016 et jusqu'à quand.
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. 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 LPG), 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). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste

reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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).

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 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

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. À titre préalable, il convient de rappeler ce qui suit.

Par décision sur opposition du 13 février 2017, la BÂLOISE, se fondant sur un rapport du Dr J_____, a mis fin, avec effet au 3 août 2016, aux prestations versées à l'assuré suite à l'accident du 15 janvier 2016. En conséquence, elle lui a refusé toute prestation en relation avec la « rechute » annoncée au début du mois d'août 2016.

Par arrêt du 22 novembre 2017, la CJCAS a annulé cette décision et renvoyé la cause à la Bâloise pour qu'elle complète l'instruction, puis statue à nouveau. En substance, la juridiction cantonale a considéré que l'avis du Dr J_____, qui

reposait sur une motivation insuffisante et sur le postulat – contraire aux pièces du dossier – d’une absence de traumatisme au niveau de la jambe gauche, ne pouvait se voir reconnaître pleine valeur probante. De leur côté, les médecins consultés par l’assuré ne s’étaient pas prononcés de façon motivée sur l’étiologie des atteintes constatées au niveau de la hanche gauche. Faute d’appréciation médicale dûment motivée, la CJCAS n’était pas à même de trancher la question du lien de causalité naturelle entre ces atteintes et l’accident du 15 janvier 2016. Dans la mesure où des doutes subsistaient quant à une éventuelle relation de causalité entre l’accident et les atteintes de la hanche gauche, le cas échéant sur la date de leur éventuel retour au *statu quo sine vel ante*, la cause était renvoyée à la Bâloise pour qu’elle mette en œuvre une expertise.

À la suite de cet arrêt, la Bâloise a diligenté deux expertises auprès des Drs L_____ et O_____, lesquels ont fixé le *statu quo sine* des troubles abdominaux – hernie ombilicale – au 11 avril 2016 et celui des troubles de la jambe gauche – contusion du genou et de la hanche – six mois après l’accident, soit au 14 juillet 2016. Dans la décision sur opposition attaquée, la Bâloise a mis un terme aux prestations avec effet au 14 juillet 2016, considérant qu’à partir de cette date, le traumatisme n’était plus en relation causale avec les troubles dont souffrait l’assuré, notamment au niveau de la hanche gauche.

Le recourant, qui se prévaut des rapports de ses médecins, conteste implicitement la valeur probante de l’expertise du Dr O_____ et la date retenue par cet expert à titre de *statu quo sine*. Il reproche en outre à l’expert de n’avoir admis qu’une relation de causalité « possible » entre l’accident et le diagnostic de « tendinite du moyen fessier et bursite du grand trochanter gauche ».

12. En l’occurrence, l’expertise du Dr O_____ a été établie en pleine connaissance du dossier, relate les plaintes de l’intéressé, repose sur des examens cliniques complets et ses conclusions sont motivées, de sorte qu’elle satisfait aux réquisits jurisprudentiels topiques en matière de valeur probante de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En substance, l’expert O_____ a considéré que seule la contusion du genou et de la hanche gauche était en relation de causalité certaine avec l’accident du 15 janvier 2016. Pour cette contusion, un *statu quo sine* pouvait être fixé six mois après l’accident, dans la mesure où le léger œdème du petit trochanter mis en évidence par une IRM, en mai 2016, n’expliquait pas les douleurs persistantes de la hanche gauche, localisées au niveau du grand trochanter et du moyen fessier. S’agissant de la tendinite du moyen fessier et de la bursite du grand trochanter gauche, l’expert a estimé que ces atteintes n’étaient qu’en lien de causalité « possible » avec l’accident, dès lors qu’elles n’avaient été mises en évidence qu’en août 2016, qu’elles n’apparaissaient pas sur l’IRM de mai 2016, que l’assuré présentait également une bursite du côté droit – alors que le choc s’était produit du côté gauche – et qu’enfin, il souffrait de problèmes des deux hanches, pouvant expliquer l’apparition d’une tendinite et d’une bursite dans le cadre de son activité

professionnelle. Par ailleurs, l'intéressé déplorait des lombalgies chroniques, lesquelles avaient tout au plus été décompensées par l'accident pendant six semaines. Enfin, il souffrait d'une bursite, d'une calcification et d'une tendinite du moyen fessier droit, sans lien avec l'accident.

Il résulte de l'expertise du Dr O_____ que le *statu quo sine* des troubles de la hanche gauche a été atteint six mois après l'accident, soit le 14 juillet 2016.

Le recourant se prévaut des rapports de ses médecins pour contester la date du *statu quo sine* retenue par l'expert O_____. C'est le lieu de rappeler que lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète – comme l'est celle du Dr O_____ –, elle ne saurait être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il appartient à la partie recourante de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – qui y auraient été ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour en remettre en cause le bien-fondé (cf. supra consid. 9).

En l'espèce, ni le recourant, ni ses médecins n'ont mis en évidence d'élément objectivement vérifiable qui serait suffisamment pertinent pour remettre en question les conclusions de l'expert O_____. En particulier, contrairement à ce que semble considérer le recourant, l'expert n'a pas méconnu le léger œdème du petit trochanter apparaissant sur l'IRM de mai 2016, mais il a estimé que les troubles de la hanche gauche – en particulier la contusion ayant engendré l'œdème – avaient atteint le *statu quo sine* au 14 juillet 2016, ce que les médecins du recourant n'ont pas contesté dans leurs rapports. En effet, aucun de ces praticiens ne s'est prononcé, de façon motivée, sur l'étiologie des atteintes constatées, singulièrement sur leur prétendue relation de causalité avec la chute du 15 janvier 2016. Par ailleurs, la conclusion selon laquelle il n'existe qu'un lien de causalité « possible » (et non probable ou certain) entre l'accident et la tendinite du moyen fessier ainsi que la bursite du grand trochanter gauche ne prête pas le flanc à la critique, au vu des arguments convaincants exposés par l'expert L_____, tels l'existence d'une bursite du côté droit et le fait que les atteintes en question ont été mises en évidence, pour la première fois, plus de sept mois après l'accident, alors qu'elles n'apparaissaient pas sur une IRM antérieure. Enfin, les griefs que soulève le recourant contre le rapport du Dr J_____ – dont il a été jugé qu'il ne revêtait pas pleine valeur probante (cf. ATAS/1047/2017 du 22 novembre 2017 consid. 13) – importent peu, étant donné que la cause peut être tranchée à l'aune des expertises des Drs O_____ et L_____, dont les conclusions sur le *statu quo sine* coïncident, à quelques jours près, avec celles du Dr J_____.

Pour le reste, le recourant ne conteste pas, à juste titre, le caractère probant de l'expertise du Dr L_____. Il en ressort que la hernie ombilicale liée à l'accident a fait l'objet d'une intervention chirurgicale en février 2016, qu'elle ne nécessite plus de traitement et qu'elle n'engendre plus d'effets délétères depuis le 11 avril 2016, date à laquelle l'intéressé a repris le travail à plein temps.

13. Au vu de ce qui précède, la décision attaquée doit être confirmée en tant qu'elle fixe le *statu quo sine* des troubles de l'abdomen et de la hanche gauche au 14 juillet 2016, conformément aux conclusions des experts O_____ et L_____. Aussi est-ce à juste titre que l'intimée a refusé de prendre en charge la « rechute » annoncée en août 2016, faute de lien de causalité probable avec l'accident du 15 janvier 2016. Mal fondé, le recours est rejeté.
14. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGa).
15. La procédure est gratuite (art. 89H al. 4 LPA).

**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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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