

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4438/2025

ATAS/482/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 mai 2026

Chambre 3

En la cause

A_____

recourant

contre

SWICA ASSURANCES SA

intimée

**Siégeant : Karine STECK, présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, juges
assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1969, travaille à son compte, en tant que physiothérapeute.
- b.** À ce titre, il est assuré contre les accidents – professionnels ou non – auprès de SWICA ASSURANCES SA (ci-après : SWICA ou l'assureur).
- B.** **a.** Le 31 août 2021, alors qu'il était chez lui, l'assuré a chuté d'une échelle, d'une hauteur d'environ 4 mètres, sur le dos. Dans sa chute, sa cheville gauche a heurté une palissade en bois. Après le choc, l'assuré a eu deux à trois secondes d'absence (cf. déclaration d'accident-bagatelle du 29 septembre 2021). Suite à cela, l'assuré a souffert de contusions à la colonne lombaire et au dos, ainsi que d'une fracture à la cheville gauche.
- b.** Les 8 et 9 mai 2023, il a été demandé à l'assureur de prendre en charge une cure de hernie de la ligne blanche (i.e. épigastrique) sus-ombilicale, avec pose de filet rétropéritonéal, prévue le 9 mai 2023.
- c.** L'assurance-accidents a recueilli divers documents, dont il ressortait ce qui suit :
- En raison de douleurs postérieures en regard de D9 durant trois mois, avec perte d'appétit, sans altération franche de l'état général, un scanner thoraco-abdomino-pelvien a été effectué le 18 mars 2022.
- En première lecture des images, le radiologue n'a pas étudié le plan pariétal abdominal. En revanche, lors d'une nouvelle interprétation des images du scanner, le radiologue a identifié une discrète discontinuité du plan fibreux de la ligne blanche, immédiatement à droite de la ligne médiane, 5 mm au-dessus de l'ombilic. Le hiatus était mesuré à 6 mm. Une extrusion d'une petite herniation de graisse épiploïque, de 25 mm (dans les trois axes) était constatée. Les conclusions prises suite à cette nouvelle interprétation étaient les suivantes : status thoraco-abdomino-pelvien calme, sans évidence de pathologie évolutive en rapport avec la perte d'appétit mentionnée, absence de lésion significative identifiée en rapport avec les douleurs mentionnées et hernie graisseuse de la ligne blanche, par un hiatus de 6 mm (cf. comptes rendus du scanner du 18 mars 2022 établis les 9 et 12 mai 2022).
- Une échographie de la paroi abdominale réalisée le 18 avril 2023 a notamment montré, à hauteur de l'ombilic, un défaut pariétal, avec un collet herniaire de 10 mm, livrant passage à un sac herniaire à contenu graisseux, sans élément digestif inclus. Au sein de ce sac herniaire, une image en grelot, évoquant une invagination graisseuse, était observée.
 - Le 9 mai 2023, la docteure B_____, spécialiste FMH en chirurgie, en particulier en chirurgie générale et digestive, a procédé à une cure de hernie de

la ligne blanche paramédiane sus-ombilicale, laparotomie avec mise en place d'un filet péritonéal.

- Dans un courriel du 15 mai 2023, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie et médecin-conseil de l'assureur, a émis l'avis qu'une chute sur le dos du haut d'une échelle n'était pas susceptible d'avoir provoqué la hernie de la ligne blanche découverte sept mois plus tard.
- Dans un rapport du 6 juin 2023, le docteur D_____, médecin généraliste à E_____(France), médecin traitant de l'assuré, a expliqué le déroulement des faits : l'assuré l'avait consulté une première fois le 13 septembre 2021, suite à sa chute ; en raison de la persistance de douleurs avec irradiation sur la paroi abdominale antérieure, il l'avait à nouveau consulté le 16 mars 2022 et un scanner thoraco-abdomino-pelvien avait été réalisé le 18 mars 2022, sans montrer de lésion abdominale ; l'assuré l'avait à nouveau consulté le 13 avril 2023 pour une hernie de la ligne blanche, confirmée par une échographie réalisée le 18 avril 2023 ; après avis spécialisé chirurgical, la hernie avait finalement été retrouvée sur les images du scanner du 18 mars 2022 déjà ; le radiologue avait alors modifié son compte-rendu le 9 mai 2023 pour y mentionner la hernie graisseuse déjà visible le 18 mars 2022.
- Le Dr C_____, après avoir examiné ces documents, a maintenu que la hernie de la paroi abdominale n'avait aucun lien de causalité avec l'événement du 31 août 2021.

d. Par décision du 20 juillet 2023, l'assureur-accidents a refusé de prendre en charge le traitement de la hernie de la paroi abdominale, estimant que cela incombait à l'assureur-maladie de l'assuré, auquel une copie de la décision était adressée.

e. En dates des 8 et 13 septembre 2023, l'assuré s'est opposé à cette décision en critiquant la position du Dr C_____ et en faisant valoir que, pour la Dre B_____, la déchirure des abdominaux et la hernie étaient bien consécutives à son accident.

À l'appui de sa position, il a produit, notamment :

- le compte-rendu d'une radiographie effectuée le 17 septembre 2021, dont la partie lisible mentionne « un ossicule en regard de la pointe de la malléole latérale [illisible] séquelle de fracture-arrachement » ;
- le compte-rendu du 18 mars 2022 d'un scanner thoraco-abdomino-pelvien réalisé le même jour, dans lequel la hernie n'est pas évoquée ;
- un certificat du Dr D_____ du 31 juillet 2023, dont il ressort que l'assuré a souffert de douleurs thoraciques moyennes et périombilicales concomitantes identiques aux douleurs retrouvées suite à la chute constatée en consultation le 13 septembre 2021 ;

- un courrier de la Dre B_____ du 11 septembre 2023, rappelant le déroulement des faits et demandant à l'assurance-accidents de bien vouloir reconsidérer sa position, « dans ce contexte particulier de retard de diagnostic dû à l'absence d'étude du plan pariétal et mention de la hernie de la ligne blanche existante dès 2022, associées à des douleurs pariétales sus-ombilicales irradiantes objectivée[s] et décrites par son médecin traitant dès le 13.9.2021 » (sic).

f. Par décision du 24 octobre 2023, l'assureur, après avoir soumis ces pièces à son médecin-conseil, a confirmé son refus de prendre en charge la cure de hernie, en relevant, notamment, que le scanner thoraco-abdomino-pelvien avait été effectué 7 mois après l'accident et l'échographie de la paroi abdominale 20 mois après l'accident, que ni la Dre B_____, ni le Dr D_____ n'affirmaient que la hernie graisseuse était en relation de causalité avec l'accident du 31 août 2021 et que l'assureur-maladie ne s'était pas opposé à sa décision.

g. Saisie d'un recours de l'assuré, la Cour de céans, par arrêt du 8 août 2024 (ATAS/616/2024), l'a partiellement admis, en ce sens qu'elle a renvoyé la cause à l'assureur pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

En premier lieu, la Cour a constaté qu'aucune des pièces au dossier ne comportait d'anamnèse détaillée, ni de description des circonstances exactes de l'accident, du mécanisme lésionnel, ou encore des atteintes causées par la chute litigieuse.

En second lieu, la Cour a relevé que le Dr D_____ étant généraliste et le Dr C_____ chirurgien orthopédique, il serait souhaitable de confier à un expert la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement et l'atteinte, d'autant que ni le médecin-conseil de l'assurance, ni les médecins consultés par l'assuré n'avaient motivé leur position quant à l'absence – respectivement l'existence – d'un lien de causalité naturelle entre la chute et la hernie. Le Dr C_____ s'était contenté d'affirmer péremptoirement que cette chute n'était pas susceptible d'avoir provoqué une hernie de la paroi abdominale, sans motiver sa position. Les médecins traitants, quant à eux, avaient appréhendé la question du lien de causalité entre l'accident et la hernie, selon le raisonnement *post hoc ergo propter hoc*, non pertinent en matière d'assurance-accidents.

- C.** **a.** Invité par l'assureur à réexpliquer de manière détaillée les circonstances exactes de l'accident, le déroulement de la chute, le mécanisme lésionnel et les atteintes survenues, l'assuré a répondu, le 19 décembre 2024, qu'il était tombé d'une échelle, sur le dos, d'une hauteur de 4 m, alors qu'il était en train de tailler sa haie ; l'échelle était partie en arrière, le projetant à plat dos ; il avait souffert d'une fracture de la cheville, d'une forte douleur de la colonne lombaire et d'une déchirure de la paroi abdominale.

b. L'assurance a alors adressé l'assuré, pour expertise, au docteur F_____, chirurgien et expert certifié auprès du Centre d'expertises médicales de Fribourg (CEMEDEX).

Dans son rapport du 8 avril 2025, l'expert a conclu que la hernie de la paroi abdominale n'était pas en lien de causalité avec l'événement du 31 août 2021, pour les raisons suivantes : la boule n'était apparue qu'en mars 2023, soit 19 mois après l'événement traumatique ; tomber à plat sur le dos n'expliquait pas un mécanisme de tension exagérée sur la paroi abdominale ; une déchirure suite à l'accident aurait dû provoquer une déchirure franche des tissus, avec apparition d'une boule au ventre ; la présence d'un collet de 6 mm décrit au scanner du 18 mars 2022 était probablement préexistante à l'accident, avec une vraisemblance prépondérante.

Selon l'expert, le *statu quo ante* avait été atteint directement après l'accident, selon la vraisemblance prépondérante.

c. Par décision du 20 juin 2025, confirmée sur opposition le 18 novembre 2025, l'assureur a refusé la prise en charge du traitement de la hernie de la paroi abdominale au motif que le *statu quo ante* avait été atteint juste après l'accident.

En substance, l'assurance s'est ralliée aux conclusions de l'expert, en rappelant pour le surplus la règle selon laquelle la preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident, et encore moins par la preuve négative qu'une atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est en parfaite santé. Seul est décisif le point de savoir si les causes accidentelles de l'atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu.

D. a. Par écriture du 8 décembre 2025, postée le 12 décembre 2025, l'assuré a interjeté recours contre cette décision.

En substance, le recourant souligne qu'en première lecture, le radiologue a commis une erreur en ne mentionnant pas la présence de la hernie ombilicale, alors que celle-ci était déjà visible en date du 18 mars 2022. Il reproche à l'intimée de ne pas avoir tenu compte de la correction apportée *a posteriori*.

Il relève que le Dr F_____ n'est pas au bénéfice d'un titre FMH en chirurgie viscérale, allègue que l'expert, lors de l'examen, lui aurait posé plus de questions sur sa vie privée que sur le déroulement de l'accident et lui fait grief de retenir – à tort – que 19 mois se sont écoulés entre l'apparition de la hernie et l'accident.

Le recourant fait valoir que les hernies ombilicales spontanées n'apparaissent que chez des adolescents ou des personnes en surpoids, ce qui n'est pas son cas. Il argue que, selon la littérature, la possibilité qu'une hernie ombilicale survienne suite à une chute d'une grande hauteur existe, laquelle, dans 95% des cas, subit un retard de diagnostic, car asymptomatique. Il reproche donc à l'expert d'avoir écarté cette possibilité.

À l'appui de sa position, le recourant produit plusieurs articles scientifiques sur les hernies traumatiques de la paroi abdominale.

b. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 6 janvier 2026, a conclu au rejet du recours.

c. L'intimée fait valoir que le Dr F_____ est un expert médical certifié SIM et qu'il est donc habilité à rendre une expertise de chirurgie viscérale. Contrairement à ce qu'allègue le recourant, l'expertise a duré une heure et demie et non cinquante minutes.

Pour le surplus, l'intimée conteste se baser sur le premier rapport d'imagerie erroné. L'expert a noté que la hernie sus ombilicale était visible au scanner du 18 mars 2022. Il n'en demeure pas moins que la boule douloureuse n'est apparue qu'en mars 2023, soit 19 mois après l'événement.

Quant à la littérature produite par le recourant, l'intimée rappelle qu'il appartient au médecin – qui dispose des connaissances spécifiques nécessaires – de procéder aux constatations médicales et non à l'assuré.

d. Par écriture du 22 janvier 2026, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il allègue que, contrairement à ce que retient l'intimée, les symptômes ne sont pas apparus brutalement en 2023, mais progressivement : durant les mois suivant l'accident, des tiraillements et douleurs abdominales se sont fait sentir, qu'il a considérés comme une gêne passagère ; la boule est devenue visible et persistante plus tard, mais cela ne signifie pas qu'il n'y ait eu aucun dommage auparavant. Beaucoup de hernies se développent et s'extériorisent progressivement.

Le recourant ajoute que rien ne permet de corroborer l'hypothèse de l'expert selon laquelle le collet de 6 mm serait probablement préexistant, puisqu'aucun examen n'a été pratiqué avant l'accident. Cette simple possibilité ne devrait donc pas suffire pour exclure la responsabilité de l'assureur-accidents. Selon lui, le principe « *in dubio pro asegntrato* » (sic) devrait s'appliquer et la version la plus favorable à l'assuré être retenue.

Le recourant en conclut que la position de l'intimée ne reposant que sur des hypothèses, il conviendrait de reconnaître l'existence d'un lien de causalité probable entre l'accident et la hernie dont il souffre.

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

EN DROIT

1.

1.1 À teneur de l'art. 58 al. 2 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), 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.

Par ailleurs, 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), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 LPGA relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

1.2 En l'espèce, selon le registre de l'office cantonal de la population et des migrations (ci-après : l'OCPM), le recourant est domicilié à Cruseilles, en Haute-Savoie, avec une adresse professionnelle à Genève.

La Cour de céans est donc compétente *ratione loci* et *materiae*.

2. Le délai de recours est 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]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

3. Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'assurance intimée de prendre en charge l'intervention chirurgicale du 9 mai 2023, singulièrement sur l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 31 août 2021 et la hernie de la paroi abdominale.
4. 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 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

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 (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). 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).

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 ; 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références).

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.

5.

5.1 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).

5.2 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).

5.2.1 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).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

5.2.2 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).

5.2.3 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).

6.

6.1 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGa), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a).

6.2 Dans la procédure en matière d'assurance sociale, régie par le principe inquisitoire, les parties ne supportent pas le fardeau de la preuve au sens de l'art. 8 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC - RS 210). L'obligation des parties d'apporter la preuve des faits qu'elles allèguent signifie seulement qu'à défaut, elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve. Cette règle de preuve ne s'applique toutefois que lorsqu'il est impossible, en se fondant sur l'appréciation des preuves conformément au principe inquisitoire, d'établir un état de fait qui apparaisse au moins vraisemblablement correspondre à la réalité (ATF 117 V 264 consid. 3b et la référence ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 379/2006 du 19 octobre 2006, consid. 2 et U 328/02 du 9 décembre 2003 consid. 3.1).

Alors qu'il appartient à l'assuré de prouver l'existence *ab initio* d'un lien de causalité, c'est à l'assurance-accidents qu'incombe le fardeau de la preuve d'une prétendue disparition de la causalité en raison de l'atteinte du *statu quo sine vel ante* (RAMA 1994 n° U 206 p. 326, cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 8C_101/2008 du 6 août 2008 consid. 2.2).

7.

7.1 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

8.

8.1 En l'espèce, le recourant a fait une chute le 31 août 2021.

Sur les imageries réalisées le 18 mars 2022, une discrète discontinuité du plan fibreux de la ligne blanche a été identifiée *a posteriori*, 5 mm au-dessus de l'ombilic, avec une petite herniation de graisse de 25 mm. En définitive, cette hernie graisseuse nécessitera une intervention chirurgicale, en mai 2023, que l'assurance intimée a refusé de prendre en charge, au vu de l'absence de lien de causalité naturelle entre l'accident et la hernie.

De son côté, le recourant considère, en se référant notamment à des études scientifiques, que la hernie de sa paroi abdominale est consécutive à la chute du 31 août 2021.

8.2 Comme rappelé *supra*, 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 la Cour de céans examinera 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.

C'est précisément la raison pour laquelle, en l'occurrence, l'examen de cette question a été confiée à un expert chirurgien, qui s'est déterminé en date du 8 avril 2025 et qui a nié le lien de causalité naturelle entre la chute de l'assuré et la hernie constatée quelques 7 mois plus tard.

En sus de l'examen de l'assuré, l'expert s'est livré à une anamnèse détaillée, ainsi qu'à un examen des documents versés au dossier. Il a par ailleurs motivé dûment ses conclusions, expliquant que tomber à plat sur le dos n'impliquait pas un mécanisme de tension exagérée sur la paroi abdominale, qu'une déchirure apparue suite à l'accident aurait été franche et aurait conduit à l'apparition immédiate d'une boule au ventre, que celle-ci n'était pourtant apparue franchement qu'en 2023, soit près de 19 mois après la chute, et, enfin, que la présence d'un collet de 6 mm était vraisemblablement préexistante à l'événement.

On relèvera tout d'abord que le grief du recourant, qui reproche à l'expert de n'avoir pas tenu compte de la seconde interprétation de l'imagerie réalisée en mars 2023 tombe à faux. En effet, l'expert mentionne bel et bien la nouvelle analyse effectuée postérieurement. Cela étant, il est vrai qu'un sac herniaire à contenu graisseux n'est passé par le collet agrandi à 10 mm qu'en avril 2023. Il n'est donc pas erroné de retenir qu'une boule n'est survenue que 19 mois après l'événement et non dans les suites immédiates de celui-ci.

On notera également qu'aucun des médecins du recourant ne conclut à l'existence d'un lien de causalité naturelle au degré de vraisemblance prépondérante.

Dès lors, c'est en vain que le recourant tente de substituer sa propre appréciation à celle de l'expert, littérature générale à l'appui. Il est rappelé que, 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 doit être nié. Tel est le cas en l'occurrence. Le fait que, selon la littérature, une hernie ombilicale puisse survenir suite à une chute d'une grande hauteur n'est dès lors d'aucun secours au recourant. Seule importe la question de savoir si, dans son cas particulier, l'existence d'une causalité naturelle peut être démontrée médicalement, au degré de vraisemblance prépondérante requis, ce qui n'est pas le cas. Comme le rappelle à juste titre l'intimée, c'est à l'expert, qui dispose des connaissances spécifiques nécessaires, de procéder aux constatations médicales, non à l'assuré.

S'agissant de l'expert, on notera que le Dr F_____, chirurgien, est certifié SIM et qu'à ce titre, il est habilité à évaluer la situation. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné.

Pour le surplus, le recourant se fourvoie lorsqu'il soutient que le doute devrait profiter à sa théorie. Il ne s'agit pas ici de droit pénal. En matière d'assurances sociales, bien au contraire, de jurisprudence constante, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (cf. *supra*).

Quant au fait que l'assuré n'ait jamais été soigné auparavant pour une telle pathologie, il s'agit là d'un raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* », non susceptible de fonder l'existence d'un lien de causalité quelconque.

Eu égard à ce qui précède, la décision litigieuse n'apparaît pas critiquable, l'existence d'un lien de causalité naturelle n'ayant pas été démontrée au degré de vraisemblance prépondérante requis. Le recours est donc rejeté.

**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

Diana ZIERI

Karine STECK

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