

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4537/2015

ATAS/860/2016

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 25 octobre 2016**

**2<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à AIRE-LA-VILLE

recourant

contre

HELSANA ACCIDENTS SA, LAUSANNE

intimé

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Christine BULLIARD MANGILI et Anny SANDMEIER, Juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1987, domicilié dans le canton de Genève, a été engagé dès le 1<sup>er</sup> février 2015 comme stagiaire « Account Manager » chez B\_\_\_\_\_ SARL à Carouge (GE). Il était assuré à ce titre auprès de Helsana Accidents SA (ci-après : l'assureur ou l'intimé) pour les suites des accidents professionnels et non professionnels.
2. En février 2015 – à une date discutée, le plus vraisemblablement le 11 –, vers 22h, l'assuré s'est cogné au niveau du testicule gauche contre le coin de la table en verre de sa cuisine en allant boire un verre d'eau.
3. La douleur qu'il a aussitôt ressentie allant en s'intensifiant, l'assuré s'est rendu le 14 février 2015 aux urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), où un bilan incluant une échographie testiculaire a été effectué. Le diagnostic posé a été celui de contusion testiculaire gauche traumatique ; l'ultrason de l'appareil génital pratiqué a montré un parenchyme testiculaire gauche hétérogène avec présence de traits linéaires hypoéchogène correspondant pour la plupart aux vaisseaux, une absence de rupture de l'albuginée, un aspect tuméfié du corps de l'épididyme et du scrotum gauche, sans collection franche, une vascularisation intratesticulaire préservée des deux côtés, une hydrocèle gauche. En l'absence d'argument pour une pathologie infectieuse, une torsion testiculaire ou une rupture d'albuginée, un traitement conservateur a été prescrit avec de la glace locale et un antalgique.
4. Le 20 février 2015, les douleurs ayant augmenté et le testicule gauche ayant pris du volume, l'assuré a consulté le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en urologie, qui, dans son rapport au médecin traitant de l'assuré, a relevé dans les antécédents de ce dernier une phlébite traitée par xarelto plus de 15 jours plus tôt, constaté qu'il ne s'associait à la « maladie actuelle » ni dysurie ni brûlures mictionnelles et qu'il n'y avait pas d'écoulement de pus au niveau de la verge, mais, à l'examen clinique, un testicule augmenté de volume, douloureux, non ascensionné ; l'échographie testiculaire révélait un épaississement de l'épididyme gauche. En conclusion, le Dr C\_\_\_\_\_ pensait que l'assuré souffrait d'une épididymite.
5. Ses douleurs persistant en dépit du traitement antibiotique prescrit, l'assuré s'est rendu à nouveau aux urgences des HUG le soir du 22 février 2015. À l'admission, il présentait un scrotum inflammatoire à gauche, diffusément induré, fixé, sans testis ni épididyme clairement individualisables. Il a été gardé la nuit pour observation et réévaluation après un ultrason. Lors de l'ultrason de l'appareil urinaire qui a été pratiqué le 23 février 2015 avec l'indication d'une épididymite gauche post-traumatique évoluant défavorablement, et comparé à celui du 14 février 2015, il a été relevé un aspect tuméfié du corps de l'épididyme et du scrotum à gauche, un liquide péri-testiculaire gauche anéchogène avec septations hyperéchogènes en quantité importante, mais pas de torsion testiculaire à gauche en l'absence de spire vasculaire, et, à gauche, un parenchyme testiculaire hétérogène avec présence des plages hypoéchogènes sans vascularisation ni collection intra-

---

testiculaire, possiblement secondaires à la compression liquidienne extra-testiculaire.

6. L'assuré a été monté au service d'urologie, où il a appris peu après qu'il lui fallait subir d'urgence une orchidectomie gauche, le diagnostic de nécrose ischémique du parenchyme testiculaire gauche ayant été posé ; l'écho-doppler avait mis en évidence une absence de flux vasculaire. L'opération a eu lieu le 23 février 2015.

D'après le compte-rendu opératoire, la nature du cas était une « maladie ». En cours d'opération (à ce moment-là en présence du professeur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en urologie, médecin-chef du service d'urologie des HUG), le cordon testiculaire ne présentait pas de torsion, et avait un flux vasculaire jusqu'à la partie supérieure de la tête épидидymaire ; une incision du testicule gauche, bleu, avait montré une nécrose. Le testicule gauche a été analysé ; le rapport histologique fait mention, au titre du diagnostic, d'une orchidectomie gauche sur nécrose ischémique du parenchyme testiculaire et épидидymaire avec surinfection aiguë surajoutée, ainsi que d'écstasies vasculaires et suffusions hémorragiques du cordon.

7. L'analyse faite d'un prélèvement de sang veineux de l'assuré effectuée le 10 mars 2015 à la demande de l'assuré n'a rien révélé d'anormal, selon ce que le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et angiologie, écrira le 23 mars 2015 à l'assuré.
8. Le 19 mars 2015, l'employeur de l'assuré a adressé une déclaration de sinistre LAA à l'assureur (en indiquant que l'accident considéré était survenu le 19 février 2015).
9. L'assuré a repris le travail à 100 % le 26 mars 2015.
10. Le 13 avril 2015, l'assuré a complété un questionnaire sur le déroulement de l'accident (en faisant mention du 13 février 2015 comme date de l'accident).
11. Dans une évaluation faite le 4 mai 2015 à la demande de l'assureur, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a estimé qu'il était possible que l'accident, tel qu'il avait été décrit, fût à l'origine des « résultats/diagnostics posés », en relevant cependant qu'on « ne fait pas une infection d'un testicule en se tapant contre une table », l'ultrason ayant au surplus exclu une torsion testiculaire. Au titre des facteurs externes, il a cité une orchi-épидидymite infectieuse. Le traitement n'avait pas, avec une probabilité prédominante, un lien de causalité naturelle avec l'accident décrit ; il y avait eu aggravation passagère d'une affection de base. Le *statu quo ante ou sine* avait été atteint avant l'opération.
12. Dans une prise de position du 28 mai 2015, l'assureur a indiqué à l'assuré qu'il n'était pas en mesure d'octroyer des prestations pour ce cas, qui, de l'avis de son médecin-conseil, constituait une orchi-épидидymite infectieuse, soit une maladie. Il lui était loisible d'exiger une décision formelle.
13. Selon un courrier que l'assuré a adressé le 13 juin 2015 à l'assureur, c'était le fait qu'il s'était cogné violemment et involontairement le testicule gauche contre une table qui avait déclenché tout d'abord de fortes douleurs, pour lesquelles il avait consulté en urgence aux HUG, puis une augmentation importante du testicule,

constatée par le Dr C\_\_\_\_\_, puis une nouvelle consultation en urgence aux HUG, son hospitalisation et l'ablation dudit testicule. Si l'orchi-épididymite était une infection généralement causée par des bactéries (donc une maladie), il était reconnu qu'elle pouvait avoir d'autres causes, en particulier un traumatisme accidentel, comme dans son cas. L'assureur était invité à revoir sa prise de position.

14. Le 29 juin 2015, invité par l'assureur à confirmer que « le traitement dès le 14.02.2015 ne (pouvait) pas être en relation avec l'accident annoncé », le Dr F\_\_\_\_\_ a relevé que, dans son courrier précité du 20 février 2015, le Dr C\_\_\_\_\_ avait parlé d'une épididymite sans faire mention d'un traumatisme et que lors de l'ultrason du 14 février 2015, il n'avait pas été constaté d'hématome visible, mais un œdème diffus péritesticulaire associé à une hétérogénéité du parenchyme testiculaire avec une vascularisation intacte. Il était étonnant de parler d'un choc violent sans hématome, et on ne s'expliquait pas l'hétérogénéité du testicule déjà présente et l'infection constatée à la patho. Une causalité naturelle n'était dès lors que possible, mais pas vraisemblable.
15. Par décision du 28 juillet 2015, l'assureur a indiqué qu'il y avait certes eu accident, raison pour laquelle il avait pris en charge les prestations légales, mais que ces prestations n'étaient plus dues, en cas d'état préexistant, dès l'instant que l'accident ne constituait plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. En l'occurrence, selon le médecin-conseil de l'assureur, l'état de santé tel qu'il aurait été vraisemblablement sans la survenance de l'accident compte tenu de l'évolution classique de l'état préexistant, avait été atteint au plus tard à la consultation du Dr C\_\_\_\_\_, qui avait constaté « une épididymite sans notion de traumatisme ». L'assureur prendrait donc en charge les prestations légales jusqu'au 20 février 2015, mais dès le 21 février 2015, il n'existait plus aucun droit aux prestations légales découlant de l'assurance-accidents obligatoire. L'assuré était invité à s'adresser à l'assurance-maladie compétente pour la prise en charge des traitements ultérieurs. Opposition pouvait être formée contre cette décision. Copie de cette dernière a été adressée à l'assureur-maladie de l'assuré, la Caisse-maladie Helsana.
16. Le 3 août 2015, l'assureur a indiqué à B\_\_\_\_\_ Sàrl qu'il avait limité au 20 février 2015 son obligation, à titre d'assureur LAA, de prise en charge de l'événement annoncé, et que l'assuré n'avait droit à aucune prestation pour perte de gain.
17. B\_\_\_\_\_ Sàrl s'est opposée à cette décision par courrier du 10 août 2015, en faisant valoir que le cas de l'assuré, son ancien stagiaire, était clairement un accident, et que lui-même faisait opposition.
18. Par courrier du 17 août 2015, l'assuré a formé opposition auprès de l'assureur contre la limitation de la prise en charge dans le temps des traitements au-delà du 20 février 2015. C'était bien un traumatisme (soit le fait de s'être cogné le testicule contre la table en verre de la cuisine) qui avait engendré les conséquences qui s'en étaient suivies. Le Dr C\_\_\_\_\_ n'avait pas indiqué qu'il n'y avait pas eu de traumatisme. Le monde médical reconnaissait qu'un traumatisme pouvait engendrer parfois les lésions qu'il avait subies, soit une orchi-épididymite (une inflammation

du testicule). Il n'y avait pas d'état préexistant et en tout état pas de vraisemblance qu'une pathologie se serait produite sans le traumatisme initial (le bilan de coagulation complet n'avait rien révélé d'anormal).

19. Selon un courrier du 28 septembre 2015 du Prof. D\_\_\_\_\_ à l'assuré, l'examen que celui-ci avait subi aux urgences des HUG le 14 février 2015 avait permis de confirmer le traumatisme suspecté et n'avait absolument pas fait évoquer un problème de vascularisation testiculaire. C'était le 23 février 2015 qu'avait été objectivée une absence de vascularisation du testicule gauche, sans évidence de torsion testiculaire, et que la révision testiculaire chirurgicale avait abouti au diagnostic de nécrose testiculaire. Le plus probable était que le testicule gauche de l'assuré avait subi une torsion de son cordon entre le 14 et le 22 février, torsion qui, comme c'était le plus souvent le cas, avait abouti à une occlusion de l'artère, donc à la nécrose et à la perte du testicule à défaut de détorsion réalisée dans les huit heures ; aucune échographie n'avait été réalisée entre le 14 et le 22 février 2015, ce qui laissait face à un déroulement très imprécis de la séquence exacte des événements.
20. Invité par l'assureur à répondre à quelques questions, le Dr F\_\_\_\_\_ a confirmé, le 12 octobre 2015, qu'une causalité naturelle n'était en l'occurrence pas vraisemblable mais seulement possible. Une épididymite était une inflammation du canal partant du testicule, dont la cause était le plus souvent la maladie et l'infection. Les diagnostics émis par le service de pathologie n'étaient pas, de manière plausible, en relation de causalité avec le choc, en l'absence de plaie ; il s'agissait d'une infection hématogène ; il aurait fallu un choc très violent avec hématome pour qu'une nécrose pût s'ensuivre ; le fait que le testicule ôté était bleu ne tenait pas à un choc, mais au manque d'oxygène provoqué par la nécrose. La nécrose ischémique du parenchyme testiculaire gauche avait été bien plus vraisemblablement causée par une épididymite infectée que par un choc. Les conclusions de l'ultrason confirmaient l'absence de cause accidentelle en raison de l'absence d'hématome ; l'œdème était dû à l'infection et à la nécrose.
21. Invité par l'assureur à se déterminer sur le nouvel avis du Dr F\_\_\_\_\_, l'assuré a écrit à l'assureur, le 8 novembre 2015, qu'il avait eu, les 12 et 29 octobre 2015, deux entretiens avec le Prof. D\_\_\_\_\_, dont il ressortait que le diagnostic ayant abouti à l'ablation de son testicule gauche n'était absolument pas clair. Il n'était pas possible de déterminer avec certitude s'il avait eu une torsion testiculaire non décelée, une épididymite dont la gène n'avait pas été trouvée (les examens bactériologiques n'ayant rien révélé) ou un infarctus (thrombose) du testicule (cas rare mais mentionné dans la littérature médicale). Toutefois, quelle que soit la pathologie envisagée, elle était semble-il bien la conséquence directe du fait qu'il s'était cogné le testicule gauche. Le Prof. D\_\_\_\_\_ et la doctrine médicale admettaient qu'un traumatisme pouvait avoir de telles conséquences. L'argument tiré par le Dr F\_\_\_\_\_ de l'absence d'hématome se trouvait contredit par les ultrasons des 14 et 23 février 2015, ayant révélé un aspect tuméfié du corps de

---

l'épididyme et du scrotum. Il y avait vraisemblance prépondérante que son cas relevait de l'accident plutôt que de la maladie. L'assuré maintenait son opposition.

22. Par décision sur opposition, du 23 novembre 2015, l'assureur a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision précitée du 28 juillet 2015. En premier lieu, quatre dates différentes étaient indiquées pour le sinistre annoncé (le 19 février 2015 selon la déclaration d'accident ; le 11 février 2015 selon le résumé de séjour aux HUG ; environ le 13 février selon le Dr C\_\_\_\_\_ ; le 9 février 2015 selon le rapport d'ultrason du 23 février 2015), l'assuré lui-même en mentionnant deux (les 11 et 13 février 2015) ; il était peu vraisemblable qu'un accident fût réellement survenu, dès lors que l'assuré n'était pas en mesure d'en indiquer la date ; l'assureur avait admis à tort que l'accident était prouvé, mais il renonçait à tout remboursement. Deuxièmement, l'assuré n'avait pas démontré au degré de vraisemblance prépondérante que l'ablation de son testicule était dans une relation de causalité naturelle avec l'événement annoncé ; lui-même citait trois causes possibles, un choc n'en étant qu'une parmi elles ; il y avait manque de relation de causalité probable. Troisièmement, selon le médecin-conseil de l'assureur, dont l'avis avait force probante, et le Dr C\_\_\_\_\_, dans ce cas où un choc contre une table n'avait pas laissé d'hématome, l'explication que le testicule gauche de l'assuré avait dû être enlevé était de façon bien plus vraisemblable que l'assuré avait eu une épididymite infectieuse, soit une maladie.
23. Dans une attestation du 18 décembre 2015, le Prof. D\_\_\_\_\_ a indiqué qu'à « l'origine de toute l'histoire se trouv(ait) un traumatisme local sur le testicule, qui a(vait) eu lieu à domicile ». Ce n'était que plus d'une semaine plus tard que le dénouement avait fait évoquer la suspicion de torsion du cordon testiculaire. Le « primum movens de toute cette histoire rest(ait) cependant l'épisode traumatique local, tel qu'en attest(ait) d'ailleurs le rapport du service des urgences des HUG lors de la première consultation ».
24. Par acte du 24 décembre 2015, l'assuré a recouru contre cette décision sur opposition à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant à son annulation et à la reconnaissance de l'obligation de l'assureur de prendre en charge la totalité des frais consécutifs à l'accident du 11 février 2015. S'agissant de la date de l'accident considéré, il résultait des pièces du dossier que celui-ci était survenu le 11 février 2015, nonobstant les erreurs ayant pu être commises à ce propos. Il s'était bien agi d'un accident, ainsi que l'assureur l'avait d'ailleurs admis. Certes, le « diagnostic final ayant abouti à l'ablation du testicule gauche » n'était pas établi avec certitude, le Prof. D\_\_\_\_\_ citant trois hypothèses, mais celui-ci estimait qu'en tout état il résultait de « l'épisode traumatique local » annoncé. La documentation médicale reconnaissait qu'un traumatisme testiculaire pouvait engendrer des lésions du genre de celles que l'assuré avait subies. L'avis dudit professeur devait l'emporter sur celui du médecin-conseil de l'assureur, qui se basait sur une absence d'hématome et de plaie pour justifier son avis, alors que les rapports médicaux faisaient mention de « tuméfaction, voire d'aspect tuméfié du corps de l'épididyme ». Rien dans le dossier médical n'attestait un état préexistant,

ni qu'un état pathologique antérieur se serait manifesté tôt ou tard compte tenu de son évolution classique.

25. Par avis du 11 janvier 2016, le Dr F\_\_\_\_\_ a relevé que l'attestation du Prof. D\_\_\_\_\_ du 18 décembre 2015 n'apportait aucun élément probant complémentaire en matière de causalité naturelle, à l'exception d'une concordance de temps, et que le seul diagnostic évoqué était une suspicion. Une épididymite ne faisait pas forcément de signes généraux dans les analyses sanguines au début ; une thrombose ne pouvait que se constater à la pathologie, mais pas être analysée.
26. Dans son mémoire de réponse, du 26 janvier 2016, l'assureur a conclu au rejet du recours. Il a repris pour l'essentiel l'argumentation développée dans la décision sur opposition attaquée. L'assuré comme ses médecins traitants étaient incapables de dater précisément l'éventuel événement assuré. Si une épididyme était soignée rapidement, les analyses ne démontreraient rien ; concernant une thrombose, elle ne pouvait le cas échéant qu'être constatée, et non analysée ; le fait que les analyses ne comportaient pas d'informations relatives à ces deux types d'atteintes ne démontraient nullement que l'une d'elles n'était pas présente ; il demeurait donc trois causes possibles, ainsi que l'assuré l'indiquait, mais l'accident était la moins vraisemblable faute d'hématome ou de plaie. L'avis du Prof. D\_\_\_\_\_ du 18 décembre 2015 n'évoquait qu'une concordance de temps entre le problème testiculaire et l'éventuel événement ; il consolidait au mieux l'hypothèse d'une causalité aléatoire, ce qui ne fondait pas une obligation de prêter ; il ne faisait mention que d'une suspicion de torsion.
27. Par recommandé du 9 février 2016, suite à une invitation de la chambre des assurances sociales de lui apporter la preuve de la notification à B\_\_\_\_\_ communication Sàrl d'une décision sur opposition, l'assureur a notifié à cette dernière la décision sur opposition du 23 novembre 2015, en précisant que l'assuré avait recouru contre cette décision et qu'en tant qu'employeur il pouvait être partie à la procédure.
28. Le 6 avril 2016, la chambre des assurances sociales a constaté que B\_\_\_\_\_ communication Sàrl n'avait pas recouru auprès d'elle contre ladite décision sur opposition, et elle a accordé à l'assuré un délai au 26 avril 2016 pour consulter le dossier et présenter d'éventuelles observations.
29. L'assuré n'a pas fait usage de cette possibilité.
30. Par courrier du 16 août 2016, la chambre des assurances sociales a demandé au Dr C\_\_\_\_\_ de préciser, en complément à son courrier précité du 20 février 2015, si l'assuré lui avait fait part du fait qu'il s'était cogné au niveau du testicule gauche quelques jours avant qu'il ne consulte le 14 février 2015 aux urgences des HUG, si le fait qu'il n'avait pas fait mention d'un traumatisme dans son rapport du 20 février 2015 impliquait qu'il avait exclu qu'un tel traumatisme pût être à l'origine du problème de douleur testiculaire gauche pour lequel l'assuré le consultait, le cas échéant sur la base de quels éléments, s'il avait revu l'assuré postérieurement à cette consultation du 20 février 2015 et s'il avait d'autres remarques à formuler.

- 
31. Par courrier du 26 août 2016 (comportant en annexe un article de janvier 2014, intitulé « Testicular hemorrhage, necrosis, and vasculopathy : likely manifestations of intermittent torsion that clinically mimic a neoplasm »), le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué à la chambre des assurances sociales que l'assuré lui avait fait part d'un traumatisme testiculaire sur le coin d'une table. Il avait cependant exclu la notion de traumatisme sur deux bases : il était courant qu'un patient rapporte une douleur testiculaire à la notion d'un traumatisme même mineur, alors que c'était le testicule pathologique qui, à l'occasion de la moindre pression, faisait mal (douleur perçue par le patient comme résultant d'un coup qui n'était en fait qu'un simple contact) ; il n'existait à l'échographie aucune image en faveur d'un hématome testiculaire. Il n'avait plus revu l'assuré après cette consultation du 20 février 2015, mais l'avait eu plusieurs fois au téléphone. Il s'était interrogé, en sa présence, sur une possible torsion, et l'assuré lui avait alors dit que cette éventualité avait été éliminée lors de son passage aux urgences des HUG le 14 février 2015 ; le tableau était a priori celui d'une orchite (qui est par ailleurs proche d'une torsion vieillie), mais il n'avait lui-même non plus constaté de spires de torsion, et les chirurgiens des HUG n'avaient pas constaté non plus de torsion du testis lors de leur intervention du 23 février 2015. En cas de torsion vieillie, le testicule était perdu après six à huit heures ; donc même dans ce cas, six jours plus tard, il était trop tard. Il existait des cas de thrombose de l'artère spermatique sans torsion, ce qui avait pu être le cas ; la thrombose avait dû débuter le 14 février 2015 puisque c'était la date du début des douleurs ; il ne connaissait pas de traitement chirurgical ni médical d'une thrombose spontanée de l'artère spermatique.
32. D'après un courrier que l'assureur a adressé le 26 septembre 2016 à la chambre des assurances sociales, le Dr C\_\_\_\_\_, médecin traitant, spécialiste en urologie, excluait la notion de traumatisme et, à l'instar du Dr F\_\_\_\_\_, niait la relation de causalité entre la lésion et l'accident, tandis que le Dr D\_\_\_\_\_ ne l'estimait que possible. Il n'apparaissait pas utile ni opportun de maintenir l'audition, convoquée pour le 7 octobre 2016, des Drs F\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_.
33. Le 7 octobre 2016, ayant maintenu cette audience, la chambre des assurances sociales a procédé à l'audition, à titre de témoins, du Prof. D\_\_\_\_\_ et du Dr F\_\_\_\_\_, ainsi qu'à la comparution personnelle des parties.

Selon le Prof. D\_\_\_\_\_ (dont les déclarations ont été pour l'essentiel approuvées par le Dr F\_\_\_\_\_, et vice versa), la consultation d'urologie faite le 14 février 2015 aux urgences des HUG par une spécialiste en urologie (contrairement à ce qu'il avait écrit dans son courrier du 28 septembre 2015), le diagnostic posé après l'examen clinique et l'ultrason a été celui de contusion testiculaire gauche traumatique ; il n'avait pas été vu d'argument en faveur d'une pathologie infectieuse, mais il n'avait pas non plus été constaté de torsion testiculaire ni de rupture d'albuginée. D'autres causes qu'une maladie infectieuse pouvaient expliquer une nécrose testiculaire, à savoir, le plus fréquemment, une torsion du cordon testiculaire de 360° ou plus (sous l'effet d'un mécanisme de contraction subit, favorisé par une prédisposition peu fréquente) et, dans des cas tout à fait

exceptionnels, une thrombose. Une torsion pouvait intervenir sous l'effet d'un choc ou, le plus souvent, spontanément. En cas de douleurs testiculaires aiguës, la présence d'une torsion devait être vérifiée en tout premier lieu, systématiquement, par une échographie (à la recherche d'un flux sanguin jusqu'au testicule), y compris à nouveau lorsque des douleurs persisteraient ou réapparaîtraient, car une torsion pouvait être suivie d'une détorsion, n'excluant pas une nouvelle torsion (le plus souvent spontanée). En l'occurrence, le 14 février 2015 à l'échographie, il n'avait pas été constaté de torsion testiculaire, mais, parlant en faveur d'un choc (de faible importance), un aspect tuméfié du corps de l'épididyme et du scrotum (sans collection liquidienne) et un épaississement de la peau scrotale (sans rupture de la peau du scrotum). Comme l'a relevé le Dr F\_\_\_\_\_, il n'était pas contesté que l'assuré avait eu un traumatisme du testicule gauche.

D'un point de vue médical et au vu des précisions apportées par l'assuré, il n'y avait pas de cause de l'évolution survenue à voir dans les antécédents relevés par le Dr C\_\_\_\_\_ dans son rapport du 20 février 2015, à savoir une phlébite (l'assuré ayant précisé qu'il avait dû prendre du Xarelto pendant une semaine par pure précaution suite à une torsion de cheville mais avait cessé d'en prendre plus de quinze jours avant le choc du 11 février 2015) et deux interventions dans l'enfance pour une cure d'hypospadias (d'autant plus que l'assuré a indiqué que ce problème n'était plus constatable dès avant ses neuf ans).

Lors de la consultation chez le Dr C\_\_\_\_\_ le 20 février 2015, le traumatisme allégué remontait à quelque neuf jours, si bien qu'il perdait d'autant plus d'importance comme cause envisageable du problème rencontré par l'assuré et que restaient les hypothèses d'une torsion testiculaire (postérieure au 14 février 2015) ou d'une infection. Le Dr C\_\_\_\_\_ avait retenu l'hypothèse d'une infection (une épидидymite), mais il n'avait éliminé la piste d'une torsion que sur les dires de l'assuré que les médecins des urgences n'en avaient pas vue le 14 février 2015 (alors qu'une torsion pouvait s'être produite dans l'intervalle) et sur l'absence de spires de torsion révélées par l'échographie qu'il avait faite (ce qui – comme le professeur G\_\_\_\_\_, du service de radiologie des HUG, le lui avait confirmé - ne suffisait pas pour exclure une torsion).

Il était exact que – comme l'indiquait le Dr C\_\_\_\_\_ dans son courrier du 26 août 2016 – des patients rapportaient des douleurs testiculaires à un traumatisme qui, en réalité, n'avait été que l'élément révélateur d'un problème préexistant. L'hypothèse d'une thrombose de l'artère spermatique sans torsion était très rare. Comme l'a relevé le Dr F\_\_\_\_\_, le 20 février 2015, le Dr C\_\_\_\_\_ avait constaté un testicule augmenté de volume et douloureux (donc inflammatoire). Le compte de globules blancs (parlant en faveur d'une inflammation, le cas échéant sans préjudice de son origine) était de 12'700 par ml le 20 février 2015 et de 12'900 par ml le 22 février 2015 au soir (laissant suspecter une infection sans franchement la valider), en dépit de la prises d'antibiotiques entre le 20 et le 23 février 2015, et de 9'400 par ml le 24 février 2015 après l'opération ; selon le Prof. D\_\_\_\_\_, les antibiotiques avaient

stabilisé mais pas traité l'infection suspectée, ce qui constituait un indice plutôt en défaveur d'une infection (sauf microbe résistant aux antibiotiques administrés).

Le Prof. D\_\_\_\_\_ maintenait que l'hypothèse la plus vraisemblable était une torsion du cordon testiculaire survenue entre le 14 et le 22 février 2015, torsion ayant abouti à une occlusion de l'artère et à la nécrose du testicule. L'élément déclenchant de la torsion ne pouvait être un traumatisme remontant à plusieurs jours (étant rappelé que le traumatisme du 11 février 2015 n'avait pas induit de torsion). Ainsi qu'il avait entendu le dire en rédigeant son attestation du 18 décembre 2015, il y avait au départ de « toute l'histoire » le traumatisme du 11 février 2015, ceci toutefois d'un point de vue chronologique, mais pas causal. C'était un deuxième événement, et non le traumatisme initial, qui constituait la cause la plus vraisemblable de la très probable torsion testiculaire postérieure au 14 février 2015. La contusion initiale avait pu brouiller le tableau des symptômes ; il se pouvait, fort probablement, que le traumatisme du 11 février 2015 ait causé les douleurs pendant plusieurs jours, puis qu'une torsion non identifiée postérieure au 14 février 2015 ait pris le relais des symptômes cliniques, même s'il était compréhensible que l'assuré, qui disait n'avoir jamais eu antérieurement de torsion testiculaire, s'étonne que le traumatisme initial du 11 février 2015 ne soit pas attribuable, de façon vraisemblable, à ce dernier. Pour tenter de situer dans le temps la survenance de la très probable torsion testiculaire à l'origine, causalement, de la nécrose du testicule, il aurait été précieux de disposer des images de l'échographie faite le 20 février 2015, mais malheureusement de telles images n'existaient pas faute d'écho doppler effectué (ainsi que le Dr C\_\_\_\_\_ l'avait confirmé tant au Prof. D\_\_\_\_\_ qu'à l'assuré).

La contusion initiale du 11 février 2015 pouvait avoir engendré un état algique chronique, une hypersensibilité testiculaire et scrotale, mais dans les jours ayant suivi le 14 février 2015, à la suite par exemple d'une stimulation tactile ou d'un mouvement brusque (tel qu'il peut se produire quand on se retourne dans son lit en dormant) et de façon favorisée par une prédisposition, il devait y avoir eu contraction musculaire du cordon testiculaire, dont s'était ensuivi une torsion de ce dernier, à l'origine de la nécrose tardivement identifiée. Il n'avait pas été constaté de torsion en cours d'opération, mais cela n'excluait pas qu'il y en ait eu une même encore peu auparavant, suivie d'une détorsion (même l'anesthésie pouvant avoir un effet relaxant sur la musculature, faisant qu'un cordon testiculaire ayant subi une torsion se détorde).

Selon l'analyse faite du testicule ôté, la souffrance de ce dernier remontait à plus de 24 heures, donc avait été antérieure à l'entrée aux HUG le soir du 22 février 2015. Selon le Prof. D\_\_\_\_\_, le pathologue devait avoir fait mention d'une infection surajoutée – plutôt que d'une torsion – du fait qu'il était au courant des appréciations faites antérieurement, étant rappelé que, le soir du 22 février 2015, l'urologue n'avait pas fait d'ultrason immédiatement parce que le tableau avait parlé, pour lui, en faveur d'une infection. Quoi qu'il en soit, une infection ne pouvait avoir eu un traumatisme pour origine.

Au terme des auditions, les parties ont déclaré que la cause pouvait être gardée à juger et persister dans les termes des leurs conclusions.

34. La cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. a. 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 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, dès lors que la décision attaquée a été rendue sur opposition en application de la LAA.

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA).

Le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 LPGA), dans le respect des exigences de forme et de contenu prescrites par l'art. 61 let. b LPHA ; cf. aussi art. 89B LPA), et le recourant dispose d'un intérêt digne de protection à ce que la décision attaquée soit annulée ou modifiée et a donc qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

c. Le présent recours est donc recevable.

2. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve.

b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation 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 ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références).

c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA ; cf. aussi consid. 4). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78).

d. Quant au degré de preuve requis, 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 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

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

b. 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 exigence est remplie 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, 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 (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références).

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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2).

c. 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 ; 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 ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

d. Lorsqu'il y a lien de causalité naturelle et adéquate, l'obligation de prêter de l'assureur est établie. Elle cesse cependant lorsque l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsqu'il 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 examine 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. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n. U 363 p. 46).

e. 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 ou 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). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

4. a. La plupart des éventualités assurées (notamment 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 (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).

b. Sans remettre en cause la liberté d'appréciation revenant à l'administration et, sur recours, au juge (art. 61 let. c in fine LPGA ; art. 20 al. 1 phr. 2 LPA), le Tribunal fédéral a établi des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux.

b/aa. 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 du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

b/bb. 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 permette 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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).

b/cc. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des

---

assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in 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\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). De même, le juge ne s'écarter 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. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

5. En l'espèce, l'intimé a considéré, la première fois dans la décision sur opposition attaquée, que la survenance même de l'accident lui ayant été annoncé et pour lequel il avait accepté de verser des prestations était peu vraisemblable, pour le motif que quatre dates différentes ressortaient du dossier et que le recourant lui-même, qui en citait deux, n'était plus à même de savoir à quelle date il serait survenu.

S'il est vrai que le dossier comporte, de façon plus ou moins précise, quatre dates différentes – à savoir le 19 février 2015 selon la déclaration d'accident, le 11 février 2015 selon le résumé de séjour aux HUG, environ le 13 février selon le Dr C\_\_\_\_\_ et le 9 février 2015 selon le rapport d'ultrason du 23 février 2015 – et que le recourant lui-même en mentionne deux (les 11 et 13 février 2015), il appert que celle du 19 février 2015 est manifestement erronée, dès lors qu'il est établi que le recourant a consulté les urgences des HUG la première fois le 14 février 2015, et que celles des 13 et 9 février 2015 n'ont été indiquées qu'approximativement, respectivement par le Dr C\_\_\_\_\_ par la mention d'une « histoire de la maladie actuelle » remontant « à une semaine environ » et le rapport au service de radiologie des HUG du 23 février 2015 par l'évocation, au chapitre de l'indication, d'une épидидymite gauche post-traumatique « (il y a 14 jours) ». Le résumé de séjour du service des urgences des HUG du 14 février 2015 fait explicitement mention du « mercredi 11.02.2015 », de même que le rapport médical initial LAA du 24 mars 2015, et le recourant lui-même a cité plusieurs fois la date du 11 février 2015.

C'est cette dernière date qui, au vu des déclarations du recourant et des pièces du dossier, apparaît comme très (et la plus) vraisemblable. Au demeurant, la question que soulève la présente affaire, qui est de savoir s'il y a eu *statu quo ante* ou *statu*

*quo sine* dès le lendemain du jour où le recourant a consulté le Dr C\_\_\_\_\_ (donc dès le 21 février 2015), ne se poserait pas en des termes différents si l'accident considéré était survenu le 13 plutôt que le 11 février 2015.

La première objection soulevée par l'intimé doit être écartée.

6. Le litige se résume à la question de savoir si le traumatisme que le recourant a subi le soir du 11 février 2015, en se cognant au niveau du testicule gauche contre le coin de la table en verre de sa cuisine, représente, au degré de vraisemblance prépondérante, la cause naturelle (et, dans l'affirmative, adéquate) des douleurs l'ayant amené à consulter à nouveau les urgences des HUG le soir du 22 février 2015, et surtout de la nécrose ischémique du parenchyme testiculaire gauche qui a été constatée le lendemain et, partant, de l'orchidectomie gauche qui a dû être pratiquée en urgence.

La question doit être résolue au regard des rapports et avis médicaux figurant au dossier, dans la mesure où ils comportent à ce propos des indications fiables, procédant d'une étude attentive et fouillée du cas d'espèce, établies en pleine connaissance du dossier, et comportant des conclusions motivées et convaincantes.

7. a. Il n'est pas contesté ni n'apparaît contestable, à teneur du dossier, que le recourant a effectivement subi un traumatisme le soir précité au niveau du testicule gauche, en se cognant contre le coin d'une table. Une contusion a pu être constatée lorsque le recourant a consulté pour la première fois, soit lors de la consultation d'urologie du 14 février 2015 ; l'échographie pratiquée a en effet révélé un aspect tuméfié du corps de l'épididyme et du scrotum ainsi qu'un épaississement de la peau scrotale ; de plus rien ne parlait, d'après l'examen clinique et l'échographie, en faveur d'une pathologie infectieuse. Cela explique le diagnostic alors posé de contusion testiculaire gauche traumatique.

Il sied encore de préciser que si le recourant a ressenti ce traumatisme comme ayant été violent, compte tenu de l'intensité des douleurs que de tels chocs même bénins sont susceptibles de produire, ce traumatisme doit avoir été de faible importance, dès lors que – selon le Prof. D\_\_\_\_\_ – l'aspect tuméfié précité ne s'est pas accompagné d'une collection liquidienne et qu'il n'y a pas eu rupture de la peau du scrotum. Aux dires des médecins s'étant prononcées sur ce point (en particulier le Dr C\_\_\_\_\_ et le Prof. D\_\_\_\_\_), il est fréquent que, de bonne foi, des patients rapportent des douleurs testiculaires même aiguës à un traumatisme qui, en réalité, n'a été que l'élément révélateur d'un problème préexistant.

b. Même s'ils ont penché en faveur d'une cause non traumatique, les Drs F\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ n'ont pas totalement exclu, aux différents stades de leurs interventions, qu'un traumatisme puisse provoquer des effets aboutissant à une nécrose testiculaire, comme le Prof. D\_\_\_\_\_ paraissait le retenir dans son courrier du 28 septembre 2015 (en y parlant toutefois déjà, comme cause la plus probable de la nécrose, d'une torsion subséquente) et dans son attestation du 18 décembre 2015.

Lors de son audition par la chambre de céans, le Prof. D\_\_\_\_\_ n'a pas écarté complètement cette hypothèse. Il a précisé que si – ainsi qu'il l'avait écrit dans ladite attestation – l'épisode traumatique du 11 février 2015 était « à l'origine de toute l'histoire », il fallait comprendre que cette appréciation d'un point de vue chronologique, mais pas causal. Plus précisément, la contusion initiale pouvait avoir engendré un état algique chronique, une hypersensibilité testiculaire et scrotale. Mais dans les jours ayant suivi le 14 février 2015 – soit postérieurement à la première consultation d'urologie, lors de laquelle avait été constatée une vascularisation intratesticulaire préservée, mais ni torsion testiculaire ni rupture d'albuginée –, un second événement devait être survenu, à savoir – selon le Prof. D\_\_\_\_\_ – le plus vraisemblablement une torsion de 360° ou plus du cordon testiculaire, sous l'effet d'un mécanisme de contraction subit souvent favorisé par une prédisposition peu fréquente ; une telle contraction musculaire était le plus souvent spontanée et pouvait provenir par exemple d'un mouvement brusque (par exemple celui fait pour se retourner dans le lit en cours de sommeil), mais de façon d'autant moins vraisemblable d'un choc que celui-ci remonterait à plusieurs jours. Une telle torsion devait avoir interrompu la vascularisation et provoqué ainsi la nécrose du testicule, dans un intervalle de temps de l'ordre, en général, de six à huit heures, voire de vingt-quatre heures.

Selon les déclarations du Prof. D\_\_\_\_\_, une torsion du cordon testiculaire gauche du recourant devait s'être produite entre le 14 et le 22 février 2015, à une date impossible à déterminer exactement, étant précisé qu'il n'a pas été constaté de torsion lors de la consultation d'urologie du 14 février 2015, que l'échographie faite par le Dr C\_\_\_\_\_ le 20 février 2015 n'en a, selon ce dernier, pas non plus mis en évidence (toutefois sur la base d'un examen insuffisant, l'absence de spires de torsion révélées par l'échographie faite le 20 février 2015 ne suffisant pas à exclure une torsion), qu'il n'a pas été vérifié immédiatement à l'aide d'une échographie, le soir du 22 février 2015, s'il y avait une torsion testiculaire, et que l'échographie faite le lendemain vers midi a révélé la nécrose, remontant à plus de vingt-quatre heures (donc antérieure à l'entrée aux urgences HUG). Une torsion n'avait certes pas été constatée au cours de l'opération ayant alors dû être faite d'urgence ; une torsion testiculaire pouvait toutefois avoir été suivie d'une détorsion, par exemple sous l'effet d'un produit anesthésiant. Quoi qu'il en soit, de la date à laquelle était survenue la très probable torsion testiculaire dans l'intervalle de temps précité, elle n'avait pas été provoquée par le choc du 11 février 2015, à un degré de vraisemblance s'accroissant d'autant plus que cette date serait proche du 22 février 2015 mais étant de faible importance, même si cette date était de peu postérieure à celle du 14 février 2015.

c. Pour le Prof. D\_\_\_\_\_, une thrombose peut certes constituer une cause non traumatique d'une nécrose testiculaire, mais ce n'est que très rarement le cas. Sans doute le Dr C\_\_\_\_\_ évoque-t-il cette hypothèse en lien avec le cas du recourant dans son courrier du 26 août 2016 à la chambre de céans, toutefois sans avancer d'élément concret amenant à retenir cette hypothèse comme étant ne serait-ce que

---

probable, lui-même disant d'ailleurs, dans ce même courrier, que le tableau était a priori celui d'une orchite.

Il sied de noter, dans ce contexte d'une très éventuelle thrombose, que – selon le Prof. D\_\_\_\_\_ et le Dr F\_\_\_\_\_ – les antécédents mentionnés dans le courrier précité du Dr C\_\_\_\_\_ (qui, au demeurant, n'en n'a pas tiré de conclusion) n'expliquaient pas la nécrose testiculaire du recourant, à savoir ni la médication préventive d'une phlébite que le recourant avait cessé de prendre depuis plus de quinze jours avant le traumatisme du 11 février 2015, ni l'hypospadias pour laquelle il avait subi deux interventions dans son enfance.

d. Une troisième cause envisageable d'une nécrose testiculaire, en dehors d'un traumatisme, serait une pathologie infectieuse.

Le 14 février 2015, aux urgences des HUG, il n'a pas été constaté d'élément parlant en faveur d'une telle pathologie. En revanche, le 20 février 2015, le Dr C\_\_\_\_\_ a constaté un testicule augmenté de volume et douloureux, donc – selon le Dr F\_\_\_\_\_ – un testicule inflammatoire, et il a alors pensé que le recourant souffrait d'une épидидymite, pour parler par la suite (soit dans son rapport précité du 26 août 2016) d'une orchite, soit dans les deux cas d'une inflammation.

Comme l'a indiqué le Dr F\_\_\_\_\_, lors de la consultation d'urologie du 23 février 2015, juste antérieure à l'ultrason, il a été constaté un état inflammatoire, traduit par le facteur de mesure de l'inflammation « CPR » mesuré à 123, mais – ainsi que l'a relevé le Prof. D\_\_\_\_\_ – le nombre de leucocytes, quoique un peu plus élevé que la norme ( $\leq 10'000/\text{ml}$ ) les 20 et 23 février 2015 (respectivement 12'700/ml et 12'900/ml), ne validait pas franchement l'hypothèse d'une infection qu'il pouvait certes évoquer, d'autant plus que la prise de forts antibiotiques intervenue dans l'intervalle n'avait que relativement stabilisé la situation mais ne l'avait pas traitée. La pathologue ayant analysé le testicule ôté a fait mention d'une pathologie surajoutée à la nécrose, sans que le Prof. D\_\_\_\_\_ ne se l'explique autrement que par la connaissance qu'il devait avoir que le consultant d'urologie avait estimé qu'il y avait suspicion d'infection.

Même s'il persistait à estimer le plus hautement vraisemblable que le recourant a eu une torsion du cordon testiculaire entre le 14 et le 22 février 2015, ayant amené à une occlusion de l'artère et à la nécrose du testicule, le Prof. D\_\_\_\_\_ a relevé, de façon restée incontestée, qu'en tout état une infection ne pouvait avoir un traumatisme pour origine.

e. En conclusion, s'il subsiste en l'espèce des divergences entre les rapports et avis médicaux émis sur les faits survenus et la cause de la nécrose testiculaire subie par le recourant, force est de constater que – sous réserve d'une appréciation initiale en faveur d'une cause traumatique faite aux urgences des HUG le 14 février 2015, qui ne saurait cependant avoir un poids déterminant ni, surtout, préjuger de la cause de la nécrose constatée le 23 février 2015 mais non présente le 14 février 2015 – ces divergences, au demeurant pas catégoriques, portent sur l'existence d'une torsion testiculaire subséquente ou d'une pathologie infectieuse, voire – de façon

admise comme très peu probable – d’une thrombose. Elles portent donc sur des causes toutes non traumatiques, autrement dit n’établissent aucunement – mais au mieux évoquent comme simple quoique peu probable possibilité – que le traumatisme du 11 février 2015 aurait causé la nécrose testiculaire.

Les faits pertinents ont été établis autant qu’ils pouvaient l’être. Il n’apparaît pas que d’autres actes d’instruction, au demeurant non sollicités par les parties, permettraient de les établir de façon plus complète et précise, ni d’obtenir, fût-ce d’autres spécialistes, des éclaircissements médicaux complémentaires ne constituant pas qu’une appréciation différente d’un même état de fait.

Dans ces conditions, force est de retenir qu’il n’est pas établi au degré de vraisemblance prépondérante que le traumatisme du 11 février 2015 a causé la nécrose testiculaire considérée du recourant, mais qu’au contraire, au degré de vraisemblance prépondérante, il apparaît que tel n’est pas le cas.

Il s’ensuit que l’intimé était fondé à refuser de prendre en charge les prestations légales dès le 21 février 2015 (au-delà de la consultation que le recourant a faite chez le Dr C\_\_\_\_\_ le 20 février 2015), ainsi qu’il l’a retenu le 23 novembre 2015 par la décision attaquée confirmant, sur opposition, sa décision du 28 juillet 2015, et donc que le recours doit être rejeté.

8. La procédure est gratuite (art. 60 let. b LPGA).

Vu l’issue donnée au recours, il ne sera pas alloué d’indemnité de procédure au recourant (art. 60 let. g LPGA), ni non plus à l’intimée.

\* \* \* \* \*

**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

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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