

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 mai 2016

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
MM. Métral, juge, et Gerber, juge suppléant
Greffier : M. Grob

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourant, représenté par APRIL Suisse Legal and Insurance Services SA, à Fribourg,

et

G._____ **SA**, à [...], intimée, représentée par Me Christian Grosjean, avocat à Genève.

Art. 44 LPGA ; 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1964, de nationalité [...], était employé comme chauffeur-livreur pour le compte de N._____ SA à [...]. A ce titre, il était assuré auprès de G._____ SA (ci-après : l'intimée) contre les accidents professionnels, les accidents non-professionnels et les maladies professionnelles.

Le 12 mars 2014, l'assuré est tombé de son chariot élévateur (Clark) et a présenté une incapacité de travail totale depuis lors. L'accident a été annoncé le 14 mars 2014 par l'employeur et décrit comme suit : « M. P._____ est tombé sur une palette en déchargeant son camion ». L'atteinte était des contusions au dos et aux vertèbres. Le 22 mai 2014, l'intéressé a décrit l'événement comme suit :

« Le 12.3.14, j'ai voulu descendre du clark que j'avais conduit. Le bas de mon pantalon s'est croché contre une des 2 pédales du clark et je suis tombé en arrière sur des caisses pleines qui se trouvaient sur une palette. J'ai heurté le bas du dos du côté droit sur une caisse et j'ai senti également qu'il y avait quelque chose au niveau de la hanche droite. J'ai eu mal immédiatement au dos et j'ai senti une gêne au niveau de la hanche droite et je boitais. Un collègue m'a amené à la Clinique [...]. J'ai passé divers examens dans cette clinique. Puis j'avais toujours mal au niveau de la hanche et j'ai passé un examen qui a révélé une fracture du trochanter du fémur du côté droit. (...) ».

Le 19 mars 2014, le Dr Z._____, médecin praticien, a décrit l'événement comme une chute du Clark avec une mauvaise réception sur le dos. Il a diagnostiqué une contusion ostéo-musculaire diffuse.

Une IRM (imagerie par résonance magnétique) lombaire a été réalisée le 15 avril 2014 en raison de lombalgies persistantes. Selon le rapport du même jour du Dr J._____, spécialiste en radiologie, il n'y avait pas de tassement vertébral et un léger glissement antérieur de L4 sur arthrose postérieure prononcée active avec notamment un œdème spongieux dégénératif prenait le contraste de plusieurs coins vertébraux antérieurs. Il a relevé que le canal lombaire était étroit et qu'il y avait des

saillies lombaires basses. Un petit hématome dans le muscle psoas gauche était soupçonné, auquel cas une fracture d'une apophyse transverse gauche pourrait être associée. Il a aussi noté des artéfacts métalliques au niveau de la fesse droite, vraisemblablement suite à une ancienne intervention chirurgicale au niveau du fémur.

Le 6 mai 2014, l'assuré a été licencié avec effet immédiat par N. _____ SA pour violation du devoir de fidélité. Il a contesté les motifs du licenciement le 22 mai 2014.

Une IRM du bassin a été réalisée le 7 mai 2014. Selon le rapport du même jour du Dr [...], spécialiste en radiologie, on constatait une formation hyperintense T1 entourée de quelques formations calcifiées, suggérant un remaniement post-traumatique et post-opératoire (possibles calcifications dystrophiques) de la région du grand trochanter droit, ainsi que de la région centro-médullaire droite, associé à la présence d'une infiltration œdémateuse des tissus mous sus- et péri-trochantériens droits, vraisemblablement en relation avec une surcharge biomécanique à ce niveau.

Une radiographie du bassin du 14 mai 2014 a mis en évidence de gros fragments osseux séparés en bordure supérieure du grand trochanter, associés à des calcifications de voisinage et un remaniement post-opératoire (ancien enclouage) du fût fémoral. Au niveau du tiers supérieur de la diaphyse fémorale, il existait un gros cal irrégulier à l'emplacement où se trouvait la fracture.

A la demande du Dr Z. _____, l'assuré a été examiné le 20 mai 2014 par le Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, parce que l'intéressé continuait à se plaindre de douleurs au niveau de l'éventail fessier à droite l'obligeant à marcher avec une canne. Dans son rapport du 21 mai 2014, le Dr G. _____ a diagnostiqué une contusion de la hanche droite, un status après réduction ouverte et ostéosynthèse d'une fracture médio-diaphysaire du fémur droit en 1992 ainsi qu'un status après ablation du

matériel d'ostéosynthèse (clou fémoral droit) en 1996. Il a recommandé un traitement conservateur et a relevé ce qui suit :

« Les ossifications hétérotopiques au niveau de l'éventail fessier à droite associées à un remaniement du grand trochanter sont relativement fréquentes après un status après enclouage du fémur. Ni au niveau radiologique, ni au niveau de l'IRM, je n'ai d'argument pour une fracture récente. ».

Il ressort d'un entretien avec l'inspecteur de G. _____ SA du 22 mai 2014 que l'assuré se plaignait d'une douleur constante au niveau de la hanche du côté droit qui variait d'intensité. Il se déplaçait avec deux cannes anglaises ; le périmètre de marche était très limité. Au niveau du dos, l'intéressé présentait une symptomatologie douloureuse au niveau lombaire, plus particulièrement entre le dos et les fesses (L4-L5). Il portait une minerve, car cela lui permettait d'avoir une position droite ; sinon, la tête tombait en bas et cela déclenchait des douleurs au niveau lombaire. Avant l'accident, il était asymptomatique au niveau lombaire.

Dans un rapport du 21 juin 2014, le Dr Z. _____ a diagnostiqué une contusion cervicale, lombaire, à l'épaule droite et à la hanche droite et a exposé que l'évolution était lentement favorable. Comme facteur susceptible d'influencer défavorablement le processus de guérison, ce praticien relevait une fracture du fémur droit en 1992 avec fragments osseux. Le traitement était uniquement conservateur (antalgie, physiothérapie et balnéothérapie).

Une scintigraphie osseuse avec phase dynamique a été réalisée le 22 décembre 2014. Selon le rapport du 23 décembre 2014 du Dr X. _____, spécialiste en médecine nucléaire, il n'y avait pas de composante inflammatoire significative en regard des calcifications hétérotopiques para-trochantériennes droite et du cal exubérant de la diaphyse fémorale droite. Ces altérations étaient d'aspect séquellaire et il n'y avait pas d'évidence pour une pathologie active récente. On trouvait en outre une hyperfixation sur synostose pubienne.

A la demande de G. _____ SA, une expertise a été réalisée par le Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, qui a examiné l'assuré les 12 décembre 2014 et 14 janvier 2015. Il ressort notamment ce qui suit de son rapport d'expertise du 17 février 2015 :

« Diagnostic(s) :

- Status après contusion de la fesse droite le 12.03.2014 avec douleurs invalidantes résiduelles localisées sans substrat anatomique objectivable.
- Ossifications hétérotopiques multiples et amyotrophie ancienne du moyen et du grand fessier droit.
- Synostose ancienne de la symphyse pubienne.
- Spondylarthrose lombaire basse avec spondylolisthésis dégénératif L4- L5 et canal lombaire étroit débutant, ancien, asymptomatique.
- Status après fracture trochantéro-diaphysaire du fémur droit en 1992, encloué puis réostéosynthésé avec suites très lentement favorables et incapacité de travail pendant 4 ans.

(...)

5. Causalité naturelle

5.1 Lesquelles de vos constatations sont pour le moins partiellement en relation de causalité probable avec l'accident du 12.03.2014 ?

Il s'agit d'un patient ayant présenté un grave accident de circulation en 1992 avec entre autres une commotion cérébrale et une fracture proximale du fémur droit qui a été opérée à deux reprises et des suites particulièrement longues assorties d'une incapacité de travail de 4 ans.

Une situation socio-professionnelle précaire s'est constituée avec deux divorces et l'établissement du patient en Suisse en 2005 où il a accepté un travail très lourd de manutentionnaire et livreur de fruits et légumes.

Le 12.03.2014, en sortant d'un véhicule monte-charge, le patient a chuté en arrière sur sa fesse droite. Depuis lors, il présente des douleurs invalidantes à ce niveau à l'effort comme au repos, limitant fortement la marche, la station debout et même la station assise, résistant à tous les traitements entrepris jusqu'ici.

Objectivement, on ne voit aucune lésion fraîche à l'examen clinique ni aux divers examens radiologiques entrepris jusqu'ici. Les douleurs résiduelles semblent provenir d'un volumineux amas d'ossifications hétérotopiques au-dessus du grand trochanter droit avec amyotrophie de voisinage du moyen et du grand fessier évoquant en premier lieu les séquelles de l'ancien traumatisme de 1992.

A ma demande, une scintigraphie SPECT-CT osseuse a été faite le 22.12.2014 (Dr X._____, Clinique [...]) ne montrant pas d'hypercaptation suspecte dans la région des calcifications hétérotopiques para trochantérienne droite ni en regard du cal exubérant de la diaphyse fémorale droite. Pas d'hyperfixation suspecte du rachis lombaire ni des sacro-iliaques. Quelques anomalies dégénératives intersomatiques dorsales basses sans hypercaptation significative. Le seul élément significatif reste une hypercaptation de la partie postéro-supérieure de la synostose pubienne.

On a l'impression d'une incohérence majeure entre les plaintes et les constatations objectivables. Des éléments non somatiques interviennent probablement de façon importante.

En conclusion, ce patient présentait un état précaire et ancien de la coiffe des rotateurs de la hanche droite avec ossifications hétérotopiques et amyotrophie sévère, qui aurait pu se décompenser à n'importe quel moment, par la dynamique de la lésion elle-même ou alors en réponse à un événement bénin tel qu'une contusion banale de la fesse.

L'accident du 12.03.2014 n'a probablement fait que révéler mais non causer les lésions anatomiques objectivables.

Sachant que la quasi-totalité des contusions simples de la fesse guérissent (sic) sans séquelle en moi[n]s d'un mois, il faut partir du principe que le statu quo sine des seules suites de l'accident du 12.3.2014 a été retrouvé au plus tard dans ce laps de temps. ».

Le 10 mars 2015, l'assuré a été examiné par les Drs S._____ et V._____, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier [...]. Selon leur rapport du 24 mars 2015, il n'y avait pas d'évidence de tassement vertébral ni de fracture récente au niveau du grand trochanter ; l'IRM du bassin avait en revanche mis en évidence de nombreuses ossifications hétérotopiques au niveau de ce grand trochanter. Ces praticiens ont posé le diagnostic de douleurs paralombaires et péri-trochantériennes à droite et ont conclu leur rapport comme suit :

« Nous sommes maintenant à un an depuis cette chute qui a occasionné un arrêt de travail. Ni la physiothérapie ni une infiltration para-trochantérienne n'ont amélioré la situation. Après discussion et après avoir vu le patient avec le Docteur S._____, médecin-chef en Traumatologie, nous pensons qu'il est judicieux de faire une demande à la SUVA [Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents] pour un séjour dans leur institution afin qu'il puisse être sorti de son contexte social, mise en

physiothérapie intensive, bénéficiant d'une évaluation psycho-sociale et où d'éventuels examens complémentaires pourront être effectués. ».

Par décision du 21 avril 2015, G. _____ SA a nié tout rapport de causalité naturelle et adéquate dès le 12 avril 2014 entre les troubles présentés et l'événement du 12 mars 2014. Elle a ainsi refusé la prise en charge de prestations d'assurance au-delà du 12 avril 2014, mais a renoncé, par souci d'économie de procédure, à réclamer la restitution des prestations versées postérieurement, que ce soit à l'assuré pour les indemnités journalières ou à sa caisse-maladie pour les frais médicaux.

Le 20 mai 2015, l'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision. Il a complété son acte le 23 juin 2015 et a produit une prise de position du 12 juin 2015 du Dr Z. _____ sur l'expertise du Dr Q. _____, rédigée comme suit :

- « 1) Puis-je vous demander de me faire part de vos observations et commentaires au sujet de l'expertise incriminée?
R : Je lis à la page 11 du rapport du Dr Q. _____ :
Diagnostic : Status post contusions de la fesse droite du 12.03.2014, avec des douleurs invalidantes résiduelles localisées sans substrat anatomique objectivable. Donc le Dr Q. _____ reconnaît des douleurs invalidantes résiduelles permanentes et exacerbées au mouvement abduction/adduction de la jambe droite.
- 2) Je lis à la page 13 : le patient présentait un état précaire et ancien de la coiffe des rotateurs de la hanche droite avec ossification[s] hétérotopiques + une amyotrophie sévère qui aurait pu se décompenser à n'importe quel moment ou alors en réponse à un événement bénin/-une chute de 1,5m de hauteur d'un clark, est-ce un événement bénin?
- 3) Le Dr Q. _____ admet un lien de causalité naturelle d'un mois à partir de la date de l'accident le 12.3.2014 avec retour au status quo sine un mois après l'accident, selon le Dr Q. _____, la condition physique de M. P. _____ est comme si il n'y avait pas eu d'accident le 12.03.2014 ou l'évolution naturelle d'un état physique déjà fragile et devant décompenser un jour ou l'autre suite à un événement bénin.

Je ne suis donc pas d'accord du tout avec le retours (sic) au status quo anté.

Evidement que le substrat de la cuisse droite avec de grosses calcifications hétérotopiques était fragile, mais bien stable depuis de nombreuses années chez un ouvrier travaillant dur, avec un travail physique lourd chez le même employeur 7/7

jours depuis 7 ans et ceci sans aucun arrêt de travail pour maladie ou accident. Il y a donc un lien de causalité évident entre l'accident du 12.03.2014 et l'incapacité de travail persistante chez M. P._____.

La capacité de travail dans sa dernière activité e[s]t nulle et elle est sera (sic) nulle dans toute activité vu que l'assuré ne sait ni s'asseoir, ni rester debout d'une manière prolongée, il ne peut se déplacer qu'avec une béquille.

4) Quelles mesures préconisez-vous?

Je propose que M P._____ puisse bénéficier d'un séjour dans une clinique de réadaptation pour évaluer sa situation et qu'il puisse y bénéficier d'une réadaptation intense. Si cette réadaptation échoue, M. P._____ devra bénéficier d'une rente en rapport avec son invalidité résiduelle. ».

Par décision sur opposition du 8 juillet 2015, G._____ SA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 21 avril 2015.

B. Par acte du 11 septembre 2015, P._____, représenté par APRIL Suisse Legal and Insurance Services SA, a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, à la reprise des prestations en lien avec l'événement du 12 mars 2014 et à la condamnation de l'intimée à le faire bénéficier, dans le cadre des prestations, d'un séjour dans une clinique de réhabilitation afin qu'on lui propose une réadaptation intense. Subsidiairement, il a requis l'ordonnancement d'une nouvelle expertise médicale.

Dans sa réponse du 16 octobre 2015, l'intimée, représentée par Me Christian Grosjean, a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition du 8 juillet 2015. Elle a également conclu au rejet de la demande d'ordonnancement d'une expertise médicale judiciaire.

Le recourant a confirmé ses conclusions dans sa réplique du 10 novembre 2015.

L'intimée en a fait de même dans sa duplique du 2 décembre 2015.

Par écriture du 4 mars 2016, le recourant a produit un rapport du 22 février 2016 de la Dresse [...] du Service médical régional de l'assurance-invalidité, concernant un entretien téléphonique avec le Dr Z._____. Il en ressortait que depuis le dernier rapport médical de juillet 2015, c'était le statu quo : l'assuré était toujours très handicapé par ses douleurs, ne se déplaçait que difficilement à l'aide d'une canne et restait debout en salle d'attente, les douleurs étant trop fortes en position assise. Pour le Dr Z._____, l'accident du 12 mars 2014 avait été vraiment le déclencheur, car avant cela l'assuré était un sportif chevronné et n'avait jamais présenté de douleurs. Ce praticien était tout à fait d'accord pour une nouvelle expertise orthopédique, psychiatrique et d'évaluation fonctionnelle.

E n d r o i t :

1. a) Selon l'art. 1 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve des exceptions expressément prévues. L'art. 56 al. 1 LPGA prévoit que les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours. Un tel recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, la décision, rendue dans le cadre d'une procédure d'opposition, était donc susceptible de recours auprès de l'autorité vaudoise compétente.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales

(art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour en connaître (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Le recours, interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente compte tenu des fêtes judiciaires estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA), satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

2. Le litige porte exclusivement sur la cessation de l'octroi des prestations d'assurance-accidents à partir du 12 avril 2014.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Aux termes de l'art. 4 LPGA, est réputé accident 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.

b) Le droit à des prestations découlant d'un événement 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. 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 129 V 402 consid. 4.3.1; ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références citées).

Le seul 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 ; TF 8C_403/2012 du 19 juin 2012 consid. 3.3 ; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2). 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 (TF 8C_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.2).

c) 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 accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). 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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2 ; TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; TF 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

Lorsque des douleurs apparaissent consécutivement à un accident et qu'il faut partir de l'hypothèse que l'accident a seulement activé un état dégénératif (auparavant muet) sans l'avoir causé, l'assureur est tenu de fournir les prestations pour le syndrome douloureux directement en lien avec l'accident aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli (TF 8C_816/2009 du 21 mai 2010 consid. 4.3), même si l'atteinte à la santé est en très grande partie la conséquence d'une maladie (TF 8C_423/2012 du 26 février 2013 consid. 5.4). Il en va différemment si l'accident est uniquement une cause occasionnelle ou une cause aléatoire qui a rendu manifeste un risque actuel dont la réalisation devait être escomptée en tout temps, sans que l'accident ait une portée propre dans le cadre du rapport entre la cause et l'effet (TF 8C_380/2011 du 20 octobre 2011 consid. 4.2.1).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références citées). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TFA U 172/06 du 10 mai 2007 consid. 6.2 et les références citées).

4. a) De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de façon 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

b) Selon l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin ; les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

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

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

5. a) En l'espèce, la suppression des prestations a été motivée par le rétablissement du *statu quo sine* en date du 12 avril 2014. La décision attaquée fonde cette évaluation sur l'expertise du Dr Q._____, selon lequel il faut partir du principe que le *statu quo sine* des seules suites de l'accident du 12 mars 2014 a été retrouvé au plus tard après un mois, sachant que la quasi-totalité des contusions simples de la fesse guérissent sans séquelle en moins d'un mois. De l'avis de l'expert, l'accident du 12 mars 2014 n'a probablement fait que révéler mais non pas causer les lésions anatomiques objectivables, car l'état précaire et ancien de la coiffe des rotateurs de la hanche droite avec ossifications hétérotopiques et amyotrophie sévère aurait pu se décompenser à n'importe quel moment, par la dynamique de la lésion elle-même ou alors en réponse à un événement bénin tel qu'une contusion banale de la fesse.

Le recourant nie la fin du rapport de causalité et conteste la valeur probante de l'expertise du Dr Q._____.

b) Il ressort de tous les examens médicaux, y compris par imagerie, réalisés avant la décision attaquée, qu'aucune lésion organique objectivable consécutive à l'accident du 12 mars 2014 n'a pu être mise en évidence. Diverses atteintes à la hanche droite qui étaient antérieures à l'accident ont en revanche été relevées par l'imagerie et ont été associées par le Dr G._____, d'une part, à une fracture du fémur droit en 1992 lors d'un accident non couvert par le droit suisse de l'assurance-accidents et, d'autre part, à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse en 1996.

Comme la décision attaquée met un terme aux prestations d'assurance en date du 12 avril 2014, soit un mois après l'accident, et déclare que l'événement assuré a provoqué une « aggravation passagère » d'un état antérieur, elle admet l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 12 mars 2014 et l'incapacité totale de travail jusqu'au 11 avril 2014.

Un événement a, selon la jurisprudence (TF 8C_380/2011 du 20 novembre 2011 consid. 4.2.2), le caractère d'une cause partielle donnant droit aux prestations lorsque le risque résultant de l'atteinte préexistante n'était pas à tel point actuel que le facteur déclenchant apparaît quelconque et interchangeable. Il y a en revanche cause aléatoire ou occasionnelle si l'état préexistant était tellement labile ou précaire qu'il fallait escompter en tout temps la réalisation de l'atteinte à la santé, que ce soit en raison de la dynamique propre de la situation pathogène ou de la réaction à n'importe quel fait occasionnel. Si n'importe quel facteur quotidien de charge aurait, à la même époque, entraîné la même atteinte à la santé, l'accident n'apparaît pas comme un événement causal significatif, mais comme un facteur interchangeable qui ne génère aucun devoir de prestation de l'assureur-accidents.

La décision attaquée n'a pas motivé spécifiquement l'admission du lien de causalité naturelle jusqu'au 11 avril 2014 mais elle a relevé que l'accident avait entraîné une aggravation passagère d'un état préexistant. Les examens n'ayant pas mis en évidence de lésion organique nouvelle, consécutive à l'accident du 12 mars 2014, l'admission par l'assureur du lien de causalité naturelle repose donc sur la reconnaissance de l'accident comme cause partielle au sens de l'art. 36 al. 1 LAA.

Même si l'expert soutenait que l'accident du 12 mars 2014 « n'a probablement fait que révéler » des lésions qui auraient pu se décompenser à n'importe quel moment, par la dynamique de la lésion elle-même ou alors en réponse à un événement bénin tel qu'une contusion banale de la fesse, il n'avance aucun argument démontrant la labilité et le caractère précaire de la situation alors que les lésions constatées étaient la conséquence probable d'un accident survenu en 1992 et du traitement y relatif et donc préexistaient selon toute vraisemblance depuis longtemps. C'est donc à juste titre que l'intimée ne s'est pas fondée sur cette appréciation de l'expert pour nier d'emblée tout lien de causalité avec l'accident du 12 mars 2014 et donc tout devoir de prestation. Dans la mesure où le recourant a heurté dans sa chute le bas du dos du côté droit,

donc la zone où il y avait des atteintes préexistantes, l'accident du 12 mars 2014 ne peut pas être considéré comme une cause occasionnelle (Gelegenheitsursache) ou une cause aléatoire (Zufallsursache), dépourvue de toute portée propre dans le cadre du rapport entre la cause (les atteintes préexistantes) et l'effet (le syndrome douloureux).

c) La décision attaquée soutient en se fondant sur l'avis du Dr Q. _____ que le *statu quo sine* est atteint le 12 avril 2014 au motif que les contusions sont usuellement guéries en moins d'un mois. Or, on ne saurait prétendre que le recourant se serait retrouvé avec une vraisemblance prépondérante dans l'état où il était le 12 avril 2014 par suite d'un développement ordinaire des atteintes préexistantes, indépendamment de l'accident du 12 mars 2014. Même si le Dr Q. _____ relevait qu'une telle décompensation était possible à tout moment, il en découle uniquement que cette évolution était une possibilité, restant ainsi en-deçà du seuil requis de la vraisemblance prépondérante. La présomption de guérison de la contusion n'élimine en effet pas le caractère déclencheur de l'événement du 12 mars 2014, donc le lien de causalité partielle. Elle ne signifie pas que l'événement du 12 mars 2014 ne joue plus de rôle dès le 12 avril 2014 pour l'atteinte à la santé et que cette cause accidentelle partielle devrait ainsi être considérée comme ayant disparu à cette date. Cela étant, s'agissant en particulier de la présomption de guérison retenue par le Dr Q. _____, on constate qu'il ne semble pas avoir tenu compte du déroulement réel de l'accident, soit une chute de 1,5 m de la hauteur d'un Clark, en arrière, avec mauvaise réception, non pas sur le sol, mais sur des caisses pleines qui se trouvaient sur une palette, au niveau du bas du dos du côté droit, soit du côté des atteintes préexistantes et sévères, ni n'a examiné si cet événement – qui n'est pas bénin – avait aggravé la situation et jusqu'à quelle date. Certes, l'accident n'a pas causé les lésions anatomiques préexistantes, mais l'expert ne pouvait se contenter d'examiner si la seule contusion de la fesse et le *statu quo sine* lié à cette seule contusion, sans analyser les effets de la chute sur les atteintes préexistantes, alors que lui-même constatait que l'état préexistant aurait pu se décompenser en réponse à l'événement. Enfin, l'expert a relevé avoir « l'impression d'une

incohérence majeure entre les plaintes et les constatations objectivables » et que des éléments non somatiques intervenaient « probablement de façon importante », ce qui est également trop vague pour justifier l'atteinte du *statu quo sine* avec une vraisemblance prépondérante. C'est donc à tort que la décision attaquée a, sur la base de l'avis du Dr Q._____, déduit de la seule présomption de guérison de la contusion en un mois que le *statu quo sine* était atteint à cette date.

d) Dans ces conditions, les éléments médicaux au dossier ne sont pas suffisamment probants pour permettre pas à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimée - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il lui appartiendra dès lors de mettre en œuvre une expertise médicale au sens de l'art. 44 LPGA pour évaluer si, à la suite de l'aggravation ou de la décompensation des atteintes préexistantes, le *statu quo sine* a été atteint et, le cas échéant, à partir de quel moment. Cela fait, il lui incombera de rendre une nouvelle décision.

6. La décision attaquée a aussi nié le lien de causalité adéquate entre l'événement du 12 mars 2014 et les atteintes subsistant au 12 avril 2014, sans toutefois motiver substantiellement ce point.

a) Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose également un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 *in limine*). Selon la jurisprudence, la causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale 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 ; ATF 129 V 402 consid. 2.2 ; ATF 125 V 456 consid. 5a et les références citées).

b) En cas d'atteinte à la santé physique, le lien de causalité adéquate est généralement admis sans autre examen dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb). En revanche, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des atteintes sans preuve d'un déficit organique. Selon la jurisprudence, on ne peut parler de conséquences organiques objectivement avérées d'un accident que lorsque les constatations ont été confirmées au moyen d'examens radiologiques ou d'examen par un appareil et si les méthodes d'examen utilisées sont scientifiquement reconnues (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 8C_537/2009 du 3 mars 2010 consid. 5.3 ; TF 8C_216/2009 du 28 octobre 2009 consid. 2 et les références citées).

c) En l'espèce, l'ensemble des examens radiologiques n'a mis en évidence aucune lésion nouvelle consécutive à l'accident du 12 mars 2014. En revanche, diverses atteintes anatomiques préexistantes ont été relevées. Dans la mesure où un lien de causalité naturelle partiel a été reconnu entre cet accident et la « décompensation » de ces atteintes organiques préexistantes (*cf. supra* consid. 5b), le lien de causalité adéquate doit aussi continuer à être admis.

7. Vu ce qui précède, l'intimée devait continuer à prendre à sa charge le traitement de l'état préexistant, dans la mesure où l'atteinte à la santé s'est manifestée à l'occasion de l'accident ou a été aggravée par ce dernier. Par ailleurs, il lui appartiendra d'évaluer par le biais d'une expertise si le *statu quo sine* a été atteint pour d'autres motifs que la présomption de guérison de la contusion, avant de rendre une nouvelle décision.

8. Le recourant demande que l'intimée soit condamnée à le faire bénéficier dans le cadre des prestations LAA d'un séjour dans une clinique de réhabilitation afin qu'on lui propose une réadaptation intense. En cas d'accident relevant de la LAA, la réadaptation professionnelle incombe à l'assurance-invalidité (TF 8C_1015/2012 du 28 octobre 2013 consid. 2.3). S'agissant de la réadaptation physique, il appartiendra à l'intimée

d'évaluer si celle-ci est nécessaire, au cas où le *statu quo sine* n'aurait pas été atteint entre-temps.

9. a) En définitive, le recours doit être partiellement admis, la décision sur opposition attaquée étant annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) Le présent jugement doit être rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA). Le recourant, qui obtient en grande partie gain de cause avec le concours d'un mandataire autorisé, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 2'000 fr. et de les mettre à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 8 juillet 2015 par G._____ SA est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** G._____ SA versera à P._____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs à titre de dépens).

La présidente :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- APRIL Suisse Legal and Insurance Services SA (pour P. _____)
- Me Christian Grosjean (pour G. _____ SA)
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :