

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 novembre 2016

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
M. Pittet et Perdrix, assesseurs  
Greffière : Mme Monney

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à  
Lucerne, intimée.

---

**Art. 6 al. 1 LAA; art. 36 al. 1 LAA.**

**E n f a i t :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1971, plâtrier-peintre, est assuré pour les risques d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

**B.** Par déclaration parvenue à la CNA le 18 juin 2015, D.\_\_\_\_\_, l'employeur de l'assuré, a annoncé à l'assurance-accidents qu'en date du 9 octobre 2014, alors que B.\_\_\_\_\_ était en train de monter un mur, une plaque était tombée sur son épaule droite. Sous la rubrique « Blessure / Type de lésions » il était indiqué : « Ecrasement ».

**C.** Par déclaration du 9 juillet 2015, D.\_\_\_\_\_ a annoncé à la CNA un accident survenu le 2 février 2015. Les faits étaient décrits comme suit : « En descendant les escaliers avec un seau de 25 kg de colle à Alba, j'ai glissé sur une planche de protection des escaliers qui était mal fixée, je suis tombé jusqu'en bas des escaliers dont ma jambe gauche qui s'est coincée à la barrière de protection pendant ma chute ce qui m'a déboîté la jambe ». Sous la rubrique « Blessure / Lésion » il était indiqué : « Riss » [réf. : déchirure] et la partie du corps touchée était la jambe gauche. L'assuré était en incapacité de travail depuis le jour de l'accident.

Dans un rapport du 26 juin 2015 adressé à la Dresse Y.\_\_\_\_\_, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de coxa saltans externe gauche post-traumatique, de coxarthrose gauche débutante à modérée secondaire à un conflit fémoro-acétabulaire actuellement asymptomatique et de troubles dégénératifs lombaires et sacro-iliaques. Il était indiqué que l'assuré avait consulté l'Hôpital [...], où le bilan ne montrait pas de lésions traumatiques. Selon le Dr M.\_\_\_\_\_, les radios lombaires révélaient des discopathies, surtout en L5-S1, et dans une moindre mesure en L4-L5, avec également une arthrose facettaire à ces niveaux, plus marquée au niveau L5-S1. Il y avait de discrets troubles

dégénératifs sacro-iliaques des deux côtés. Le Dr M. \_\_\_\_\_ indiquait de surcroît que l'arthro-IRM du 18 mars 2015 avait confirmé les troubles morphologiques et que les lésions du cartilage acétabulaire antéro-supérieur s'étendaient sur environ 30 % de la surface articulaire. Sous la partie « Appréciation », le Dr M. \_\_\_\_\_ écrivait en outre ceci :

« Explications de la problématique musculaire associée à des troubles dégénératifs lombo-pelviens préexistants. Le traumatisme du 2.2.15 a clairement décompensé cette problématique et est la cause du déséquilibre musculaire.

Je propose par conséquent une antalgie locale par Flectoparin Tissugel associée à de l'Irfen 600 et Dafalgan en réserve ainsi qu'à une infiltration de la région trochantérienne G par Bupivacaïne 0.5 avec 80 mg de Depo-Medrol qui est effectuée ce jour sous condition d'asepsie stricte et après explications des risques et suites au patient.

Il convient d'effectuer une rééducation musculaire intensive en physiothérapie pour étirement du fascia lata et renforcement des différents muscles qui se sont déjà considérablement atrophiés afin de stabiliser la situation. Dans ce sens, se pose la question du bénéfice d'un éventuel séjour à la [...] pour rééducation physique intensive tout en évitant une surcharge physique qui décompenserait plutôt les choses plutôt que de les améliorer.

Au niveau articulaire, M. B. \_\_\_\_\_ présente clairement un conflit fémoro-acétabulaire avec des troubles dégénératifs qui sont probablement déjà trop avancés pour permettre une chirurgie conservatrice. Celle-ci est d'autant plus contre-indiquée que le patient ne présente actuellement aucune symptomatologie articulaire. Il a été informé de ces faits ainsi que de la nécessité probable de l'implantation d'une PTH en cas de décompensation des symptômes. Cette pathologie est toutefois d'origine malade et non traumatique et ne sera donc pas à charge de l'assurance-accidents, contrairement à la problématique musculaire.

Je prolonge l'arrêt de travail jusqu'à fin octobre en attendant l'évolution musculaire et me permettrait de reconstruire le patient d'ici là. »

Dans un rapport du 8 juillet 2015, la Dresse Y. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de conflit fémoro-acétabulaire de type « CAME » et de déchirure labrale antéro-supérieure. Elle constatait qu'il n'y avait pas d'amélioration de l'état de santé de l'assuré.

Par courrier du 17 juillet 2015, la CNA a informé l'assuré qu'elle lui allouait des prestations d'assurance pour les suites de l'accident

du 2 février 2015, sous forme d'indemnités journalières à partir du 5 février 2015.

Par courrier du 24 juillet 2015, la CNA a expliqué à l'assuré qu'elle avait entre-temps eu connaissance de faits nouveaux qui l'obligeaient à réexaminer la question de savoir si elle était tenue d'allouer des prestations dans son cas. Par conséquent, elle révoquait sa décision de prise en charge et procédait à une enquête complémentaire.

Le 30 juillet 2015, la CNA a reçu une copie d'une demande de physiothérapie du 10 mars 2015, prescrite par la Dresse Y.\_\_\_\_\_ pour traiter la hanche gauche et l'épaule droite.

Le 2 septembre 2015, la Dresse Y.\_\_\_\_\_ a précisé que l'assuré était en incapacité de travail totale depuis le 2 février 2015 jusqu'au 16 juin 2015. À partir du 17 juin 2015, il avait recouvré une capacité de travail entière.

Le dossier de l'assuré a été soumis au médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans un document du 17 septembre 2015, ce dernier a notamment indiqué que le traitement de l'accident du 9 octobre 2014 avait pris fin le 16 janvier 2015 et qu'il s'agissait d'un nouvel événement pour lequel le lien de causalité était probable. Il demandait que le Dr M.\_\_\_\_\_ fournisse un rapport de sa consultation du mois d'octobre 2015.

Dans un « rapport médical initial LAA » du 8 octobre 2015, la Dresse Y.\_\_\_\_\_ a indiqué que les premiers soins avaient été donnés le jour même de l'accident, soit le 2 février 2015. Les constatations résultant de l'arthro-IRM étaient un conflit fémoro-acétabulaire type « CAME » et une déchirure labrale antéro-supérieure. Sur les radiologies, il n'y avait pas de fracture visualisée. Ce médecin posait le diagnostic de conflit fémoro-acétabulaire et de déchirure labrale antéro-supérieure. Le traitement consistait en de la physiothérapie et de l'antalgie.

Par courrier du 15 octobre 2015, annulant et remplaçant le courrier du 24 juillet 2015, la CNA a informé l'assuré qu'elle lui allouait les prestations légales d'assurance pour les suites de son accident du 2 février 2015 sous forme d'indemnité journalière à partir du 5 février 2015.

Le 27 octobre 2015, le Dr M.\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail du 1<sup>er</sup> novembre 2015 jusqu'au 31 mars 2016.

Lors d'un entretien le 11 novembre 2015, l'assuré a notamment indiqué à la CNA que l'épaule droite était quasiment guérie. S'agissant de sa jambe gauche, il faisait de la physiothérapie à raison de deux à trois séances par semaine et prenait des calmants et des anti-inflammatoires. L'assuré faisait état de douleurs, surtout le soir.

Le dossier de l'assuré a été soumis une nouvelle fois au médecin d'arrondissement de la CNA. Dans un document du 13 novembre 2015, le Dr J.\_\_\_\_\_ a estimé qu'on pouvait établir un status quo sine six mois après l'évènement en cause. À partir de cette date, ce médecin était d'avis que des troubles dégénératifs étaient à l'origine des troubles de la hanche.

Par décision du 23 décembre 2015, la CNA a clos le cas de l'assuré au 24 décembre 2015 concernant les suites de l'accident du 2 février 2015, a réfuté tout droit à d'autres prestations d'assurance et a mis fin au versement des prestations d'assurance perçues jusqu'ici, à savoir les indemnités journalières et les frais de traitement. À l'appui de cette décision, la CNA a expliqué que selon l'appréciation médicale, les troubles qui subsistaient encore n'étaient plus dus à l'accident mais qu'ils étaient exclusivement de nature malade. L'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident (status quo sine) pouvait être considéré comme atteint le 23 décembre 2015.

Dans un courrier du 11 janvier 2016, le Dr M.\_\_\_\_\_ a fait part de son étonnement à la CNA à la suite de sa décision du 23 décembre

2015. Il expliquait qu'une rééducation physique était toujours en cours, que le patient avait été revu fin octobre avec une discrète amélioration de la symptomatologie post-traumatique et qu'au vu de la longue durée évolutive avant sa prise en charge, on pouvait prévoir une durée de rééducation longue. Il était ainsi d'avis qu'un arrêt actuel du traitement n'était absolument pas justifié.

Le 14 janvier 2016, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision du 23 décembre 2015. Il invoquait le fait que son traumatisme au niveau de la jambe gauche était bien dû à l'accident du 2 février 2015. Il précisait que tout allait très bien avant cet accident et qu'il n'avait aucun problème musculaire et articulaire de quelque sorte que ce soit. Il ajoutait avoir encore besoin de suivre les traitements et la rééducation prescrits par le Dr M. \_\_\_\_\_, lequel avait écrit en ce sens à la CNA le 11 janvier 2016.

Un rapport du 28 octobre 2015 du Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a été produit au dossier le 11 mars 2016. Il ressort de ce document que des radiographies du bassin de face et faux profil de Lequesne gauche ont été réalisées le 27 octobre 2015. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ écrivait ce qui suit au sujet de ces clichés :

« Troubles dégénératifs débutants de l'articulation coxofémorale gauche, avec présence en particulier d'une sclérose sous-chondrale et d'un probable kyste sous-chondral de la partie antérieure du toit du cotyle.

Pas de trouble dégénératif significatif de l'articulation coxofémorale droite.

Contexte d'épaule bilatérale des jonctions cervico-céphaliques des fémurs, prédominant un peu à gauche.

Les articulations sacro-iliaques sont symétriques, de morphologie normale.

Pas d'anomalie de la symphyse pubienne.

Structures osseuses sans lésion focale suspecte.

Pas de lésion traumatique, pas de fracture de fatigue. »

Dans un courrier du 17 mars 2016, le Dr M. \_\_\_\_\_ a informé la CNA que l'évolution était enfin favorable au niveau de la hanche gauche, permettant d'améliorer la marche avec une canne actuellement. Le patient ressentait moins de douleurs et se sentait globalement mieux. Ce médecin signalait également que l'assuré avait été diagnostiqué d'un

carcinome vésical ayant nécessité une intervention chirurgicale en février 2016 au S.\_\_\_\_\_. Du point de vue de la hanche, et concernant le traumatisme de celle-ci, une reprise de travail à 30 % était envisageable dès le 1<sup>er</sup> avril 2016 et par la suite en fonction de l'évolution.

Un rapport du 20 mars 2015 du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, faisant suite à une arthro-IRM de la jambe gauche le 18 mars 2015, a été produit au dossier le 22 mars 2016. Le Dr K.\_\_\_\_\_ concluait à des signes d'un conflit fémoro-acétabulaire déjà avancé de type « CAME » puisqu'il existait des remaniements dégénératifs acétabulaires ainsi qu'une déchirure labrale antéro-supérieure associée à une probable délamination au moins focale du cartilage dans la partie supérieure de l'acétabulum.

Dans son appréciation médicale du 11 avril 2016, le Dr J.\_\_\_\_\_ a notamment indiqué ce qui suit sous la partie « Appréciation » :

« Suite à l'événement du 02.02.2015, de multiples examens radiologiques ont été effectués. Ces examens ont mis en évidence, au niveau lombaire, des troubles dégénératifs sous forme de discopathie, surtout L5-S1. Ces lésions n'ont aucun lien de causalité avec l'événement en cause. Le Dr M.\_\_\_\_\_ considère que les troubles dégénératifs lombo-pelviens sont préexistants et que le traumatisme a décompensé cette problématique.

Pour ce qui concerne la hanche G, le bilan radiologique exhaustif qui a été effectué a montré la présence d'une coxarthrose G débutante avec un conflit fémoro-acétabulaire de type « CAME ». Ces lésions sont dégénératives et ne peuvent pas avoir été provoquées par l'événement en cause.

Le Dr M.\_\_\_\_\_, dans sa lettre du 11.01.2016, estime qu'il s'agit d'une problématique post-traumatique. Dans sa lettre du 16.06.2015, il estime que les douleurs n'ont rien à voir avec le problème de la coxarthrose mais avec une problématique musculaire sévère post-traumatique de type coxa-saltans.

A noter qu'aucune lésion des tissus mous n'a été démontrée à l'arthro-IRM qui est un examen très fiable pour ce type de problème.

En conclusion, suite à l'événement en cause, aucune lésion d'origine osseuse traumatique n'a été démontrée. Les douleurs peuvent très bien être expliquées par la présence de la coxarthrose. On peut établir un statu quo sine à 6 mois de l'événement en cause, date à laquelle une éventuelle lésion traumatique des tissus mous péri-trochantériens, invisible à l'examen IRM, a eu largement le temps de guérir. »

Par décision sur opposition du 20 avril 2016, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. L'assurance-accidents a en premier lieu précisé qu'elle n'avait jamais considéré que le traitement était terminé mais uniquement que les troubles qui subsistaient au-delà du 24 décembre 2015 n'étaient plus à mettre sur le compte de l'accident du 2 février 2015. Elle ajoutait que les douleurs signalées par l'assuré pouvaient très bien être expliquées par la présence de la coxarthrose et qu'une éventuelle lésion traumatique des tissus mous péri-trochantériens, invisible à l'IRM, avait eu largement le temps de guérir dans un délai de six mois. Pour la CNA, le fait qu'avant l'accident du 2 février 2015, l'assuré, malgré la coxarthrose, n'avait aucun problème musculaire et/ou articulaire, n'avait aucune influence sur l'issue de la procédure et ne permettait pas de douter de l'analyse effectuée par le médecin d'arrondissement. Ce raisonnement relevait de l'adage « post hoc ergo propter hoc », qui ne permettait pas d'établir un lien de causalité. L'assurance-accidents a dès lors considéré que la décision devait être confirmée et l'opposition rejetée.

**D.** Par acte du 18 mai 2016, B.\_\_\_\_\_ a interjeté recours à l'encontre de la décision sur opposition du 20 avril 2016, concluant implicitement à l'annulation de celle-ci. À l'appui de son écriture, le recourant explique qu'avant l'accident du 2 février 2015, il n'avait aucun trouble, « ni douleur de telle sorte ». Il ajoute que n'ayant ni travaillé ni fait aucun effort depuis l'accident, hormis les séances de physiothérapie, il ne voit pas d'autre cause réelle que cet accident, au cours duquel il a chuté dans les escaliers et sa jambe gauche s'est coincée dans la barrière de protection entraînant le déboîtement de la jambe. Concernant les tissus mous, il estime qu'il est logique que les hématomes aient disparu, ce qui ne prouve pas en soi que ses blessures et douleurs aient disparu à ce jour. Il explique aussi que sa vie a bien changé depuis cet accident, qu'il ne peut plus se déplacer aussi aisément et longuement qu'auparavant, ni faire toutes les activités sportives et ludiques habituelles avec ses enfants. Il dit avoir beaucoup moins d'estime de lui-même, être déprimé et pleurer souvent, ne plus avoir autant de courage, de patience, ni d'envie de faire quoi que ce soit. Il ajoute qu'il dort très mal, qu'il fait beaucoup de

cauchemars et que cet accident l'a beaucoup affaibli financièrement. Le recourant mentionne aussi que le fait de ne pas avoir travaillé pendant plus d'un an et d'avoir été dépendant de ses béquilles pendant une longue période ainsi que d'avoir dû imposer de nouvelles responsabilités et un nouveau rythme de vie à sa femme et à son entourage en raison de son handicap n'a pas facilité sa guérison, tant physique que psychique. Il indique que depuis quelques mois, il consulte un psychiatre. Le recourant explique que les douleurs ne sont pas si insurmontables lorsqu'il ne marche pas trop longtemps mais qu'elles apparaissent rapidement après quelques marches d'escaliers montées ou quelques petits mouvements répétés d'accroupissement et de redressement. Il précise que le Dr M. \_\_\_\_\_ l'a autorisé à reprendre le travail à 30 % depuis le 1<sup>er</sup> avril 2016, mais qu'il continue à souffrir de fortes douleurs au niveau du bas du dos.

Dans sa réponse du 15 juin 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. L'assurance-accidents est d'avis que le recourant ne fait valoir aucun élément nouveau déterminant et se réfère à la décision sur opposition qui expose selon elle de manière claire et complète les dispositions légales ainsi que la jurisprudence topique applicable au cas d'espèce. Elle rappelle en outre notamment que la jurisprudence reconnaît une entière valeur probante aux rapports des médecins internes à l'assurance, pour autant qu'ils apparaissent comme concluants, vierges de contradictions intrinsèques et qu'ils ne laissent subsister aucun indice contre leur bien-fondé.

Dans sa réplique du 5 juillet 2016, le recourant a maintenu sa conviction selon laquelle ses blessures et douleurs ne sont pas de nature malade mais dues à l'accident. Il réitère ensuite en substance les arguments contenus dans son recours.

Dans sa duplique du 22 août 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours.

## **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]).

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA), auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

**b)** En l'espèce, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent. Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le présent litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que la CNA a mis fin aux prestations de l'assurance-accidents le 23 décembre 2015, au motif que le status quo sine avait été atteint et que les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident mais étaient exclusivement de nature malade. Il convient de préciser que l'accident du 9 octobre 2014 ne fait pas l'objet de la présente procédure, laquelle porte exclusivement sur l'événement du 2 février 2015.

**3. a)** En vertu 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. Aux termes de 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. L'assuré a droit, notamment, au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA). Si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA).

**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. En effet, 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 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C\_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1 ; 8C\_87/2007 du 1<sup>er</sup> février 2008 consid. 2.2 ; U 64/07 du 23 janvier 2008 consid. 2).

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\_42/2009 du 1<sup>er</sup> 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).

On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, l'inapplication de l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006 consid. 6).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, 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 (TF U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 4 ; U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît certes possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des

prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 126 V 353 consid. 5b ; 117 V 359 consid. 4a ; 117 V 369 consid. 3a).

**c)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique également l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et réf.cit. ; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

**aa)** Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et réf. cit.).

**bb)** Il en va différemment en matière de troubles psychiques. La jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et de tels troubles développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C\_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2 ; voir également : Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Meyer, Soziale Sicherheit, 3<sup>e</sup> éd., Bâle 2016, p. 934 n° 122). Le Tribunal fédéral a encore récemment précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs définis pas la

jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C\_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2 ; 8C\_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1.1 et les réf. cit.).

Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C\_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3 et 8C\_312/2007 du 5 juin 2008 consid. 3.2) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Il n'est pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (ATF 115 V 133 consid. 6c/bb ; TF 8C\_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3). Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite du peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat puisse être admis. Dans le cas d'un accident de gravité moyenne (au sens strict, soit qui ne se trouve pas à la limite de la catégorie des accidents graves ou de peu de gravité), le Tribunal fédéral a retenu que trois critères au moins doivent être réalisés sans intensité particulière ou un critère de manière particulièrement marquée pour pouvoir admettre le lien de causalité adéquate (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., p. 933 ss n° 123).

**d)** 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.

Cependant, 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 (status quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (status quo sine). A contrario, aussi longtemps que le status 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 (TF 8C\_1003/2010 du

22 novembre 2011 consid. 1.2 ; 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b).

Cela signifie que si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prêter. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3 ; U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2).

**4.** 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 ; 125 V 351 consid. 3a et réf. cit.; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

S'agissant des 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 celui-ci. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit. ; Pratique VSI 2001 p. 109, consid. 3b/cc).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé. En matière d'assurance-accidents plus particulièrement, le Tribunal fédéral a jugé qu'une valeur probante devait également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et réf. cit. ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2.).

**5. a)** Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). 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). 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 I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

**b)** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.).

**6. a)** En l'espèce, le recourant conteste en premier lieu la fixation du status quo sine six mois après l'accident du 2 février 2015, estimant que les douleurs qui persistent encore actuellement sont bel et bien en lien avec l'accident.

**b)** Or force est tout d'abord de constater que les médecins consultés juste après l'accident n'ont pas observé de lésion traumatique. En particulier, les radiologies n'ont pas montré de fracture (cf. « rapport médical initial » du 8 octobre 2015 de la Dresse Y. \_\_\_\_\_). Les clichés pris le 27 octobre 2015 ont d'ailleurs confirmé qu'il n'y avait pas de lésion traumatique, ni de fracture de fatigue, et que la structure osseuse ne présentait pas de lésion focale suspecte (cf. rapport du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 28 octobre 2015).

Les examens réalisés par la suite ont mis en évidence, au niveau lombaire, des troubles dégénératifs sous forme de discopathie, lesquels n'ont toutefois aucun lien de causalité avec l'événement en cause (cf. appréciation du Dr J. \_\_\_\_\_ du 11 avril 2016). Dans son rapport du 26 juin 2015, le Dr M. \_\_\_\_\_ confirme d'ailleurs que les troubles lombopelviens sont dégénératifs et préexistants.

**c)** Pour ce qui est de la hanche gauche, les examens ont révélé la présence d'une coxarthrose gauche débutante avec un conflit fémoro-acétabulaire de type « CAME ». Selon le Dr J. \_\_\_\_\_, ces lésions sont dégénératives et ne peuvent pas avoir été provoquées par l'accident du 2 février 2015 (cf. son appréciation du 11 avril 2016). Le Dr M. \_\_\_\_\_ confirme quant à lui le diagnostic de coxarthrose gauche secondaire à un conflit fémoro-acétabulaire, précisant que ce conflit s'inscrit dans le cadre de troubles dégénératifs probablement déjà trop avancés pour permettre une chirurgie conservatrice (cf. son rapport du 26 juin 2015). Il est par contre d'avis que le recourant a souffert d'un coxa saltans externe gauche post-traumatique, soit une problématique musculaire qui aurait été décompensée par le traumatisme du 2 février 2015. Le Dr J. \_\_\_\_\_ ne partage pas cet avis. Il explique en effet qu'aucune lésion des tissus mous n'a été démontrée à l'arthro-IRM, qui est un examen très fiable pour ce type de problème, et qu'une éventuelle lésion des tissus mous péri-trochantériens, invisible à l'IRM, aurait de toute manière eu largement le temps de guérir en six mois. Cette divergence d'opinion sur ce point est toutefois sans importance. En effet, la décompensation provoquée par l'accident est invoquée par le Dr M. \_\_\_\_\_ le 26 juin 2015, soit avant l'échéance du délai de six mois retenu par le Dr J. \_\_\_\_\_ pour fixer le *satus quo sine*. En outre, dans ses avis ultérieurs, le Dr M. \_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur la permanence du lien de causalité au-delà du délai de six mois. Il mentionne certes la nécessité de poursuivre le traitement, mais n'invoque aucun argument médical permettant d'inférer que le *satus quo sine vel ante* n'aurait pas été atteint dans les six mois suivant l'accident, ou au plus tard le 23 décembre 2015, date du terme des prestations de l'assurance-accidents. Ainsi, on peut partir du principe que même dans le cas où le recourant aurait souffert d'une atteinte musculaire post-

traumatique, telle qu'invoquée par le Dr M.\_\_\_\_\_, celle-ci n'était plus présente six mois après l'accident, et encore mois lors de l'arrêt des prestations le 23 décembre 2015.

Quant aux motifs invoqués par le recourant, à savoir qu'avant l'accident, il n'avait aucun trouble ni douleur de cette sorte, ils relèvent du raisonnement « post hoc ergo propter hoc » (cf. supra consid. 3b). En soi, ils ne sont donc pas suffisants pour prouver l'existence d'un lien de causalité avec l'accident du 2 février 2015 après l'échéance du délai de six mois tel que fixé par le Dr J.\_\_\_\_\_, ou au plus tard le 23 décembre 2015, les douleurs actuelles pouvant s'expliquer par les atteintes malades (cf. avis du Dr J.\_\_\_\_\_ du 11 avril 2016).

**d)** L'avis du Dr J.\_\_\_\_\_, qui fixe le status quo sine six mois après l'accident du 2 février 2015, se fonde ainsi sur un examen complet du dossier et les conclusions de ce médecin sont claires et convaincantes. En définitive, il doit donc être suivi.

**7. a)** Dans le cadre de son recours, B.\_\_\_\_\_ invoque également, à tout le moins implicitement, une atteinte psychique, précisant qu'il consulte depuis quelques mois un psychiatre. Or d'une part, le recourant ne produit aucun document attestant de ce suivi psychiatrique. D'autre part et surtout, on constate que les conditions pour admettre un lien de causalité adéquate en cas d'atteinte psychique ne sont pas réalisées.

**b)** En l'espèce, l'accident subi par le recourant peut être qualifié d'accident de gravité moyenne, à la limite du cas de peu de gravité. Dans ces conditions, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat puisse être admis (cf. supra consid. 3c/bb). Or tel n'est pas le cas en l'espèce, puisque seuls deux des sept critères établis par la jurisprudence sont réalisés dans le cas du recourant, soit les douleurs physiques persistantes ainsi que le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. On ne saurait cependant considérer que

ces critères sont réalisés avec une intensité particulière, dans la mesure où le recourant a pu reprendre le travail à temps partiel et qu'il admet lui-même que les douleurs ne sont pas si insurmontables lorsqu'il ne marche pas trop longtemps.

On précisera que le critère de la durée anormalement longue du traitement médical n'est pas rempli. En effet, ce critère ne doit pas être examiné uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais également eu égard à la nature et l'intensité du traitement, ainsi qu'à une possibilité d'amélioration de l'état de santé de l'assuré. En outre, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire. N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin. Par ailleurs, la prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations, même pendant une certaine durée, ne suffisent pas à fonder ce critère (TF 8C\_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.4.3 et réf. cit.). Or en l'espèce, le traitement de l'assuré a uniquement consisté à des séances de physiothérapie et à une antalgie, ce qui n'est en soi pas suffisant pour admettre ce critère.

Quant aux quatre autres critères, soit les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident, la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques, les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ainsi que les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes, ils ne sont manifestement pas réalisés.

Au demeurant, même à admettre que l'accident subi par le recourant était de gravité moyenne (au sens strict, soit qui ne se trouve pas à la limite de la catégorie des accidents graves ou de peu de gravité), les exigences posées par la jurisprudence en la matière, à savoir que trois critères au moins doivent être réalisés sans intensité particulière ou un

critère de manière particulièrement marquée pour pouvoir admettre le lien de causalité adéquate, ne sont pas non plus réalisées.

**c)** Par conséquent, il n'y a donc pas lieu de renvoyer la cause à la CNA pour instruction complémentaire sur l'atteinte psychique et son lien de causalité naturelle avec l'accident, dans la mesure où dans tous les cas, la causalité adéquate ne saurait être retenue.

**d)** Au vu de ce qui précède, c'est donc à juste titre que la CNA, se fondant sur l'avis de son médecin d'arrondissement, a considéré que le status quo sine avait été atteint six mois après l'événement accidentel du 2 février 2015 et qu'elle a mis fin à ses prestations le 23 décembre 2015.

Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

**8. a)** La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

**b)** Au vu de l'issue du litige, le recourant qui succombe, au demeurant non assisté d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision sur opposition rendue le 20 avril 2016 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

**III.** Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière:

**Du**

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

- B. \_\_\_\_\_, à [...],
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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).

La greffière :