

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 juillet 2020

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mmes Dessaux et Durussel, juges
Greffière : Mme Juillerat Riedi

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourant,

et

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

Art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA ; 61 let. c LPGA

E n f a i t :

A. **a)** Z. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1979, suivait une formation d'assistant de bureau, par le biais de l'assurance-invalidité, au sein de l'Organisation romande pour l'intégration et la formation professionnelle (ci-après : ORIF) à [...]. Il était assuré à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA ou intimée).

Le 19 janvier 2015, il a glissé sur une plaque de glace et son pied a heurté la voiture à côté de laquelle il se trouvait (cf. déclaration de sinistre du 4 février 2015). Dans un certificat médical du Dr [...] de l'Antenne SMUR du Centre hospitalier de Morez (F) daté du même jour, il est fait état d'une entorse à la cheville gauche et de contusion à la hanche droite. L'assuré a été mis en incapacité totale de travail jusqu'au 2 février 2015 et une orthèse de cheville de type Aircast lui a été prescrite pendant quinze jours.

Son employeur a annoncé l'accident à la CNA le 4 février 2015. Il a indiqué que les orteils gauches, la cheville gauche et la cuisse droite avaient été atteints et a confirmé que son apprenti avait repris son activité à temps complet le 3 février 2015.

L'assuré a été à nouveau en incapacité de travail du 16 au 22 février 2015.

Il n'a donné aucune suite au questionnaire qui lui a été transmis par la CNA le 8 avril 2015, ni à la demande de contact téléphonique de celle-ci. L'ORIF a alors indiqué à la CNA que la mesure suivie par l'assuré avait été interrompue par l'assurance-invalidité le 23 février 2015.

La CNA a mis fin à ses prestations le 15 juin 2015.

b) Par courrier du 27 avril 2018, Z. _____ a indiqué à la CNA qu'il était toujours en incapacité de travail suite à son accident du 19 janvier 2015 et qu'il devait passer un scanner de la cheville qui ne guérissait pas. Il a par ailleurs demandé l'octroi d'indemnités journalières. Il a transmis en annexe divers documents médicaux, dont il ressort qu'il souffrait de douleurs dorsales.

Par courrier du 8 mai 2018, la CNA a indiqué à l'assuré que ses troubles du dos n'étaient pas en lien avec l'accident du 19 janvier 2015. Le 8 juin 2018, l'assuré a contesté ces conclusions en indiquant que ses douleurs persistantes à la cheville, à la hanche et au dos avaient bel et bien été causées par sa chute. Il a transmis, en annexe à ce courrier, une prescription du 31 mai 2018 pour une IRM de la cheville gauche contenant la mention suivante : « douleurs de cheville post traumatique depuis janv. 2015. Cheville douloureuse et raide +++ ».

Par courrier du 26 juin 2018, la CNA a requis de l'assuré les images et le rapport de l'IRM. Par courriel du 29 juin 2018, l'assuré a répondu qu'elle aurait lieu en septembre 2018 et qu'il lui ferait suivre les documents comme demandé.

Le 27 août 2018, le Dr [...], médecin conseil de la CNA, a indiqué à celle-ci qu'en l'absence de données médicales objectives et d'imagerie, la causalité naturelle avec l'évènement du 19 janvier 2018 ne pouvait pas être établie.

Par courrier du 24 octobre 2018, la CNA a à nouveau requis, de la part de l'assuré, son dossier radiologique complet dans un délai fixé au 30 novembre 2018, tout en précisant qu'une absence de réponse entraînerait une décision formelle de refus de prestations.

Par courrier du 28 novembre 2018, reçu par la CNA le 3 décembre 2018, l'assuré a transmis diverses pièces médicales, dont un rapport radiologique du 19 janvier 2015 de la cheville gauche indiquant l'absence de fracture récente visible, un rapport radiologique du 21 février

2015 indiquant un aspect normal des hanches et du bassin, mais un discret trouble statique rachidien frontal, ainsi qu'une prescription de kinésithérapie du 27 novembre 2018.

Dans un avis du 3 décembre 2018, la Dre H._____, médecin conseil de la CNA, a indiqué en substance qu'en l'absence de lésion structurelle imputable à l'événement du 19 janvier 2015 au niveau de la cheville gauche et de la hanche droite et faute d'éléments médicaux actuels, les troubles ne pouvaient être considérés comme étant en lien avec l'accident.

Par décision du 3 décembre 2018, la CNA a refusé d'allouer les prestations d'assurance requises, considérant qu'elle ne disposait pas d'éléments médicaux laissant apparaître un lien de causalité avéré ou même probable entre l'accident du 19 janvier 2015 et les lésions déclarées.

Le 28 février 2019, l'assuré a été examiné par la Dre H._____. A cette occasion, il a déclaré que le 19 janvier 2015, il avait chuté sur le côté droit, que son pied avait percuté sa jambe opposée, engendrant une entorse de sa cheville gauche et un choc de l'ongle du gros orteil gauche qui s'était cassé en deux. Il y avait eu un gros hématome sur tout le côté droit avec des douleurs à la hanche droite qui persistaient avec des décharges électriques. Il avait marché avec des béquilles pendant deux ou trois ans jusqu'au moment où il avait eu des douleurs au niveau des deux épaules et une épicondylite. Depuis qu'il allait chez le kinésithérapeute, son pied gauche ne gonflait plus, mais il avait toujours des douleurs quand il marchait au niveau de sa jambe gauche et ne pouvait plus marcher avec des béquilles, de sorte qu'il restait toute la journée chez lui sur un canapé. La Dre H._____ a retenu le diagnostic principal de douleurs de la cheville gauche et de la hanche droite sans élément médical objectivable et les diagnostics secondaires de douleurs aux épaules sur périarthrite scapulo-humérale à droite et scapulalgies à gauche dans le cadre d'une tendinopathie sans atteinte

structurelle, d'épicondylite du coude droit et d'obésité de classe III. Dans la rubrique « appréciation », la Dre H. _____ a retenu ce qui suit :

« Objectivement, hormis une augmentation du polygone de sustentation à la marche et une diminution de la mobilité de la cheville droite en flexion plantaire et flexion dorsale active, nous ne constatons pas d'amyotrophie et aucun élément objectif pour retenir une atteinte structurelle.

Les différents examens effectués par l'assuré ont permis de mettre en évidence l'absence de toute lésion structurelle objectivable tant au niveau de la cheville G, de la hanche D que des deux épaules et du coude D qui aurait pu être mise en lien de causalité avec la chute du 19.01.2015.

Force est de constater que le tableau douloureux dépasse largement les suites d'une entorse bénigne de la cheville G que l'assuré a eu le 19.01.2015 ainsi que des contusions diverses avec hématome. Aucune lésion structurelle n'a été mise en évidence et les troubles actuellement déclarés ne sont pas en lien de causalité pour le moins probable avec cette chute.

Il n'y a aucune atteinte objectivable permettant d'expliquer les plaintes de l'assuré et toute atteinte objectivable sur le plan médical peut être écartée au vu des nombreux examens radiologiques et de l'examen clinique effectué ce jour. L'assuré étant persuadé d'avoir une atteinte à la santé grave et ne plus pouvoir marcher, il ira le 14.03.2019 pour demander qu'un fauteuil roulant lui soit remis, il a d'ailleurs été reconnu complètement invalide par le système invalidité français ; et donc totalement incapable de travailler sur ce plan-là.

Pour nous, il n'y a aucun lien entre la chute du 19.01.2015 et les plaintes de l'assuré déclarées dans son courrier du 27.04.2018.

L'examen clinique de ce jour, tout comme l'analyse des documents médicaux au dossier et de ceux apportés par l'assuré nous permettent de confirmer notre appréciation médicale du

03.12.2019, dont les conclusions restent parfaitement valables. L'IRM de la cheville G du 16.11.2018 confirmant d'ailleurs l'absence de lésion structurelle pouvant être imputée à la chute du 19.01.2015. Par conséquent, les plaintes de l'assuré déclarées dans son courrier du 27.04.2018 et précisées lors du présent examen médical, ne sont pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement incriminé par l'assuré. »

Sur la base de cet avis médical, la CNA a, dans une nouvelle décision du 5 mars 2019, confirmé son refus de prestation.

Le 8 mars 2019, l'assuré a formé opposition à cette décision.

Par décision sur opposition du 4 avril 2019, la CNA a rejeté l'opposition et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. Elle a considéré en substance que dans la mesure où l'assuré avait été victime d'un accident banal qui n'avait pas entraîné des lésions durables à la cheville, la causalité - tant naturelle qu'adéquate - pouvait être niée d'emblée. Les éléments évoqués par l'assuré ne permettaient pas en outre de douter de l'analyse effectuée en toute connaissance de cause par la Dre H._____ sur la base d'un examen clinique et de l'imagerie.

B. Par acte adressé le 18 mai 2019 au Tribunal cantonal des assurances de Lucerne, l'assuré a interjeté recours contre la décision précitée, en concluant à sa réforme en ce sens que la CNA continue à lui verser une indemnité journalière pour la période du 19 janvier 2015 au 30 septembre 2018. Il a fait valoir en particulier que l'examen réalisé par la Dre H._____ manquait d'impartialité et tentait de minimiser la gravité de l'accident et que tous ses problèmes actuels de santé - y compris ses maux de dos, des épaules et du coude droit liés à l'utilisation de béquilles pendant plusieurs années -, étaient en lien avec son accident. Il a également reproché à la Dre H._____ de ne pas avoir examiné tous les clichés des radiographies apportés le jour de l'examen.

Le recours précité a été transmis d'office au Tribunal de céans comme objet de sa compétence.

Dans sa réponse du 2 juillet 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a confirmé son point de vue, selon lequel l'ensemble des documents médicaux du dossier permettaient de retenir l'absence d'une lésion structurelle de la cheville gauche en lien avec l'accident, de sorte que les troubles dont se prévalait le recourant dépassaient largement les suites de l'accident, qui n'avait nécessité qu'un traitement conservateur.

Le recourant a déposé une réplique datée du 6 août 2019, dans laquelle il a confirmé la teneur de son recours. Il s'est en particulier référé au certificat médical de son médecin traitant du 28 janvier 2019 attestant le suivre régulièrement en consultation pour plusieurs problèmes de santé dont la cheville gauche douloureuse depuis son accident du 19 janvier 2015 et qui a ajouté que le patient avait été en arrêt de travail du jour de l'accident au 31 septembre 2018, puis en invalidité de catégorie 2. Il a également produit plusieurs déclarations écrites de connaissances attestant en substance de la bonne forme qu'il avait avant l'accident et des graves conséquences de celui-ci sur sa santé.

Dans sa duplique du 21 août 2019, la CNA a maintenu ses conclusions. A l'appui de son écriture, elle a transmis une détermination de la Dre H. _____ du 20 août 2019, qui a la teneur suivante :

« 1. Les nouveaux rapports médicaux apportés au dossier n'apportent aucun élément médical nouveau qui puisse modifier notre appréciation de notre examen final du 28.02.2019. En effet, les médecins ne donnent aucune explication médicale aux douleurs de l'assuré au niveau de sa cheville G ni ce qui justifie une incapacité de travail totale. Par ailleurs ces documents sont anciens et pour certains déjà connus et discutés par nos soins.

2. En ce qui concerne l'infiltration des deux épaules sous échographie, elle est en lien avec une bursite et une tendinopathie. Aucune précision supplémentaire.

3. Comme déjà retenu dans notre examen final de février 2019, les plaintes au niveau des épaules ne sont pas en lien de causalité pour

le moins probable avec l'événement du 19.01.2015, qui rappelons-le n'avait pas entraîné de lésion structurelle objectivable ni au niveau des épaules ni au niveau de la cheville G. Les douleurs au niveau de la cheville G ne sont d'ailleurs pas expliquées par un substrat organique objectivable médicalement (Rx de la cheville G sans lésion visible et IRM de la cheville G du 16.11.2018 normale). Par conséquent, l'utilisation des cannes / béquilles ou d'un fauteuil roulant n'est pas justifiée médicalement et par conséquent, les douleurs des épaules et du coude ne peuvent pas être imputées à une conséquence de l'événement du 10.01.2015.

4. Comme relevé dans notre appréciation du 28.02.2019, des facteurs extra-médicaux de nature psycho-sociale entrent clairement en ligne de compte. »

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse (art. 58 al. 2 LPGA). Le tribunal qui décline sa compétence transmet sans délai le recours au tribunal compétent (art. 58 al. 3 LPGA). Lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un tribunal incompétent, le délai est réputé observé (39 al. 2 LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA).

b) En l'occurrence, le recours a été déposé en temps utile, compte tenu des fêtes (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), auprès d'un tribunal incompétent qui l'a transmis

d'office au tribunal de céans compétent en vertu des art. 58 al. 2 LPGA et 93 let. a LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), le dernier employeur suisse du recourant étant domicilié dans le canton de Vaud. Respectant par ailleurs les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge des éventuelles suites de l'accident du 19 janvier 2015 au-delà du 15 juin 2015, en particulier sur le point de savoir si l'état de santé actuel du recourant est en lien de causalité avec cet accident.

3. a) Aux termes de 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).

b) Selon la jurisprudence, la notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur à l'atteinte et enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1 et les références ; 122 V 230 consid. 1 ; TF 8C_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1).

c) L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. 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. 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 les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'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 ; 129 V 402 consid. 4.3 ; TF 8C_858/2008 du 14 août 2009 consid. 3).

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_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). 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. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1).

d) 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 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V

248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

e) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C_571/2016 du 24 mars 2017 consid. 3).

f) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque

l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). 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 et les références).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales du dossier, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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 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 ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Une valeur probante doit 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 p. 353 et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. En l'espèce, la chute sur une plaque de glace annoncée par le recourant constitue à l'évidence un accident au sens de l'art. 6 al.1 LAA, ce qu'a d'ailleurs admis l'intimée.

En ce qui concerne l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et l'état de santé actuel du recourant, il est nié par la CNA, qui s'est fondée sur l'avis de la Dre H._____. Celle-ci a examiné personnellement le patient et a rendu un rapport détaillé qui décrit le contexte médical et prend en compte l'ensemble des pièces du dossier, ainsi que les plaintes du patient. Elle motive son appréciation par le fait que l'accident n'a pas entraîné de lésion structurelle objectivable et que les douleurs de la cheville gauche ne sont pas non plus expliquées par un substrat organique objectivable.

S'agissant du rapport médical établi le 28 janvier 2019 par la médecin-traitant du recourant, force est d'admettre qu'il est extrêmement succinct et ne permet pas de se convaincre de l'existence d'un lien de causalité auquel elle ne fait au demeurant pas expressément allusion. Par

ailleurs, comme cela a été exposé plus haut, le seul fait que des symptômes douloureux se soient manifestés après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. En l'absence de conclusions claires et motivées, ce rapport médical n'est ainsi pas de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations circonstanciées du médecin de l'assurance. Cela est d'autant plus le cas qu'il est établi par le rapport initial du 9 janvier 2015 du Dr [...] que l'accident a initialement causé une entorse de la cheville gauche et une contusion à la hanche droite, le rapport radiologique du 21 février 2015 de la hanche droite présentant un bilan sans lésion structurelle et sans particularité, hormis un discret trouble statique rachidien, et celui du 19 janvier 2015 de la cheville gauche n'évoquant aucune fracture récente. Le recourant avait d'ailleurs pu de reprendre le travail le 3 février suivant. Force est ainsi d'admettre que l'on se trouve en présence d'un accident banal et qui n'a eu que des conséquences bénignes traitées de manière conservatoires par des antalgiques et une orthèse à porter durant 15 jours.

Au demeurant, aucun autre élément du dossier ne permet de mettre en doute cette absence de lien de causalité entre la chute du 19 janvier 2015 et les plaintes dont l'assuré a nouvellement fait état dans son courrier du 27 avril 2018. S'agissant des tendinopathies et de l'épicondylite dont le recourant souffre aux épaules, respectivement au coude droit, celui-ci allègue certes que ces problèmes sont en lien avec le fait qu'il marche avec des béquilles depuis l'accident, mais ces allégations ne sont confirmées par aucune pièce médicale au dossier. Quant à ses douleurs persistantes au dos, il n'existe aucun document au dossier qui permettrait de considérer qu'elles sont en relation avec l'accident en question. Les prescriptions de kinésithérapie ne sont pas non plus propres à attester d'un lien de causalité. A cela s'ajoute encore le fait que le recourant a laissé passer trois ans avant d'indiquer à la CNA qu'il était toujours en incapacité de travail depuis son accident de 2015 et de lui demander le versement d'indemnités journalières, alors qu'il n'avait pas donné suite aux demandes de renseignements de la CNA au printemps

2015 et n'avait ensuite pas réagi lorsque celle-ci avait cessé toute prestation le 15 juin 2015.

Quant aux divers témoignages produits par le recourant en cours d'instance, outre le fait que leurs auteurs ne sont vraisemblablement pas médecins, les faits qu'ils contiennent ne permettent pas non plus d'admettre un lien de causalité quelconque entre les lésions dont souffre encore le recourant et l'accident de 2015.

Ainsi, aucun élément au dossier ne permet de mettre en doute les conclusions de la Dre H._____, de sorte la décision de la CNA échappe à toute critique, tant sous l'angle d'une confirmation du terme des prestations au 15 juin 2015 que sous l'angle d'un refus d'entrer en matière sur l'allocation de nouvelles prestations en raison d'une rechute ou de séquelles tardives de l'accident.

6. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant a agi seul et n'obtient pas gain de cause (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 4 avril 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, 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 :

- Z. _____
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
- 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).

La greffière :