

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 mars 2023

Composition : M. PIGUET, président
Mme Röthenbacher, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

Z. _____, à [...], recourant, représenté par Me Julien Lanfranconi, avocat à Lausanne,

et

B. _____ **SA**, à Martigny, intimée.

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 et 2 LAA

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé en qualité d'employé pour le compte de K._____ SA de novembre 2018 à février 2019. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de B._____ SA (ci-après : B._____ ou l'intimée).

Par déclaration d'accident du 17 décembre 2018, K._____ SA a informé B._____ que l'assuré s'était blessé le 12 décembre 2018 dans les circonstances suivantes : « M. Z._____ s'est baissé pour prendre un morceau de bois et il a ressenti un claquement à son genou droit ».

Les premiers soins ont été prodigués le lendemain de cet incident par le Dr V._____, médecin assistant, des A._____ (A._____). Dans son rapport du 20 décembre 2018, ce médecin a diagnostiqué une suspicion de déchirure partielle du quadriceps droit et attesté un arrêt de travail de l'assuré à 100 % du 13 au 23 décembre 2018. Le Dr V._____ a indiqué que l'assuré s'était présenté aux urgences pour des gonalgies aiguës droites à la suite d'une flexion rapide en s'accroupissant ; il n'y avait pas de notion de torsion mais notion de craquement au niveau du quadriceps avec léger déficit d'extension ; il n'y avait pas de sensation de déboîtement du genou ; la charge était complète mais douloureuse. Le traitement était conservateur (port d'une attelle) et la suite de la prise en charge effectuée en policlinique orthopédique.

Une IRM [imagerie par résonance magnétique] du genou droit réalisée le 31 décembre 2018 par le Dr N._____, spécialiste en radiologie, a révélé que l'assuré présentait une déchirure partielle touchant environ 20 % des fibres du tendon quadricipital proche de son insertion sur la rotule.

A compter du mois de janvier 2019, l'assuré a bénéficié de séries de séances de physiothérapie, à sec et en piscine, pour le traitement du quadriceps du genou droit.

Le 8 janvier 2019, K._____ SA a transmis une nouvelle déclaration à B._____, indiquant une rechute de l'événement survenu le 12 décembre 2018 et annonçant une incapacité de travail de l'assuré depuis le 7 janvier 2019.

Une radiographie du bassin (couché de face) et de la hanche droite axiale réalisée le 30 janvier 2019 par la Dre Y._____, spécialiste en radiologie, a révélé que l'assuré présentait une bonne congruence coxo-fémorale droite, des signes de coxarthrose droite sous forme d'une ostéophytose supra-latérale du cotyle, l'absence de malformation de la tête fémorale, une discrète ostéophytose également au niveau acétabulaire gauche et l'absence de fracture décelable.

Dans le courant du mois de février 2019, l'assuré a, à la demande de B._____, notamment précisé ce qui suit :

1. *Au cours de quelle activité et dans quelles circonstances avez-vous subi une lésion corporelle ? (description détaillée)*

Au sein de l'atelier du K._____ en train de prendre un outils sous le Bureau de la position debout en accroupi j'ai senti un déchirement sachant que le même jour j'ai déchargé Beaucoup de Matériels.

2. *Lieu, date et heure de la survenance de l'événement ?*

[...] Le 12.12.2018 à 16H00

3. *Quand avez-vous ressenti pour la première fois les douleurs ?*

quelque chose qui a éclaté à l'intérieur de mon genoux et une douleur qui a augmenté au fur et à mesure

4. *4.1 S'agissait-il pour vous d'une activité habituelle ?*

Oui

4.2 S'est-elle déroulée dans des circonstances extérieures normales ?

Oui

4.3 Ou bien s'est-il produit un événement particulier ?

Oui, veuillez préciser : Trop de Marchandise et trop d'approvisionnement stock de fin d'année et Pas assez de renfort

5. *5.1 Avez-vous été en incapacité de travail ?*

Oui, de quand à quand et à quel pourcentage ?

100% du 07/01/2019 à 21/01/2019

80% du 22/01/2019 à 30/01/2019

5.2 Avez-vous repris votre activité professionnelle ?

Oui, à quelle date ? Et à quel pourcentage ?

100% du 30/01/2019 à 25/02/2019

6. *6.1 Avez-vous consulté un médecin ?*

Oui, lequel et quand ? Date de la prochaine consultation ?

6.2 Avez-vous consulté un spécialiste ?

Non

6.3 Le traitement médical est-il terminé ?

Non, quel est le traitement médical en cours ? (Médicaments, physiothérapie, attelle...)

Oui, à quelle date ?

7. *Avez-vous effectué/subi ou devez-vous effectuer/subir :*

a) des radiographies oui, date et lieu :

b) une IRM oui, date et lieu :

[...]

8. *Avant l'événement en question, avez-vous déjà souffert du genou droit ?*

Non [...]

Sollicité pour détermination, le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil, a retenu, sur la base des éléments en sa possession, que le cas de l'assuré était constitutif d'une lésion assimilée au sens de l'art. 6 al. 2 let. g LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), que les lésions n'étaient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie et qu'en l'absence de complication nécessitant

une intervention, la durée prévisible de l'incapacité de travail était de trois mois après l'événement du 12 décembre 2018 (note médicale du 19 février 2019 du médecin-conseil).

Une IRM du bassin et de la hanche droite avec ultrason de la hanche droite réalisée le 14 mars 2019 par la Dre E. _____, spécialiste en radiologie et en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a révélé que l'assuré présentait une hanche à ressaut en présence d'un épaissement du tractus ilio-tibial (avec visualisation du phénomène à l'échographie), sans altération inflammatoire aiguë, ni lésion post-traumatique à l'IRM ou à l'ultrason.

Le 15 mars 2019, l'assuré s'est entretenu à son domicile avec l'inspecteur des sinistres de B. _____. On extrait en particulier ce qui suit de la rubrique « 1. Description des faits / Raison de l'incapacité ou du traitement » du rapport de visite établi le 18 mars 2019 :

L'événement est arrivé le 12 décembre 2018 après une grosse journée de travail dans l'atelier chez K. _____ SA à [...]. Notre assuré s'est blessé pour ramasser un morceau de bois et il a ressenti un claquement au genou droit. Les douleurs sont devenues plus intense durant la soirée et à minuit il a consulté les urgences de l'A. _____. Il se plaignait également de douleurs à la hauteur de la hanche. Il a continué à travailler avec des douleurs. Il est retourné voir les urgences de l'A. _____ le 8 janvier 2019. Malheureusement, on ne lui a pas pu communiquer un diagnostic précis. Dès lors, il a décidé de se retourner vers un spécialiste en chirurgie le Dr D. _____, médecine du sport, centre thermal, [...]. Il lui a prescrit de la physiothérapie intense 2-3 fois par semaine, également au centre thermal.

[...]

Etat actuel / limitations

Il se plaint de douleurs à la hanche et dans le bas du dos, des pertes de l'équilibre et d'un sommeil difficile. Il est limité en ce qui concerne les efforts physiques et pour la mobilité. Il n'a plus de vie sociale. Il passe la plupart du temps à son domicile. Il est énervé est frustré contre la prise en charge de l'A. _____.

Dans un rapport du 10 mai 2019, le Dr X. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'assuré présentait un status post-rupture partielle du tendon quadricipital à droite et un syndrome de l'essuie-glace de la hanche droite post-traumatique, qu'il y avait eu des traitements à base de

physiothérapie ainsi que des arrêts de travail, et qu'il lui avait proposé une reprise du travail avec quelques exercices pour reconditionnement physique et stretching. Au terme de sa consultation du 27 juin 2019 (rapport du 4 juillet 2019 adressé au médecin-conseil), ce médecin a fait part d'une amélioration du problème du genou et de la hanche de l'assuré qui avait repris le travail malgré quelques lombalgies et lombosciatalgies droites traitées par de la physiothérapie.

Dans un rapport du 27 août 2019, le Dr I._____, médecin-assistant auprès des A._____, a posé le diagnostic de hanche droite à ressaut en indiquant la présence d'une amélioration du ressaut de hanche quasiment plus symptomatique. Ce médecin a ajouté que l'origine de cette affection était la présence d'une rupture partielle du quadriceps droit de 20 %.

Par courrier du 4 décembre 2019, J._____ SA, employeur de Z._____ depuis le 2 avril 2019, a adressé au B._____ la copie d'une déclaration de sinistre informant la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) que l'assuré s'était blessé le 23 décembre 2019 dans les circonstances suivantes : « Monsieur Z._____ a perdu l'équilibre suite à une perte d'appuis sur sa jambe droite. Il est tombé contre le meuble de la cuisine et a senti une immense douleur et une forte pression du tendon de la hanche. Cet incident serait dû à une rechute d'un précédent accident survenu en 2018 : Sinistre déclaré à la B._____ SA à [...] sous le numéro [...] ».

Après s'être entretenu par téléphone les 13 et 16 décembre 2019 avec l'assuré puis la CNA, B._____ a, par courrier du 23 décembre 2019, demandé à la CNA de verser une avance de prestations (frais médicaux et indemnité journalière) dans l'attente d'une prise de décision définitive quant à sa responsabilité à la suite du nouvel événement du 23 décembre 2019. La CNA a, par courrier électronique du 21 janvier 2020, confirmé au B._____ son intervention provisoire.

Dans un rapport du 23 janvier 2020, le Dr X._____ a posé les diagnostics de contusion hanche droite, décollement *fascia lata* (essuie-glace) et rupture partielle tendon quadriceps droit, avec la persistance d'une douleur (périarthrite) de la hanche droite depuis l'événement du 12 décembre 2018 chez K._____ SA. Ce médecin indiquait qu'une évaluation de l'assuré était prévue chez le Dr F._____, spécialiste de la hanche.

Une IRM lombaire réalisée le 23 janvier 2020 par le Dr O._____, spécialiste en radiologie, a relevé que l'assuré ne présentait pas de conflit disco-radicalaire pouvant expliquer la lombosciatalgie droite.

Une IRM du bassin réalisée le 30 janvier 2020 par la Dre U._____, spécialiste en radiologie, a révélé que l'assuré présentait un aspect d'épaulement des jonctions cervico-céphaliques bilatéralement pouvant entrer dans un contexte de conflit fémoro-acétabulaire en cas de concordance clinique, pas de péri-arthropathie de hanche significative et une arthropathie dégénérative des articulations sacro-iliaques prédominant à gauche avec une atteinte légèrement active à gauche.

Dans un rapport du 19 mars 2020, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de *coxa saltans* externe à droite post traumatique récalcitrante. Il informait encore tenter une dernière approche conservatrice avec la précision qu'en cas d'échec, l'indication à une fenestration du *fascia lata* et bursectomie trochantérienne pouvait être retenue.

Par décision du 3 août 2020, B._____ a indiqué à l'assuré que le traitement médical pour les troubles au genou droit avait été pris en charge dans le cadre de l'assurance-accidents LAA. Quant aux troubles à la hanche et au dos qui avaient nécessité un traitement depuis 2019, il apparaissait, selon le médecin-conseil de B._____, qu'ils ne pouvaient être attribués avec vraisemblance à l'événement du 12 décembre 2018. Le médecin-conseil relevait à ce propos que les lésions mises en évidence par l'IRM du 23 janvier 2020 n'étaient pas d'origine traumatique et ne

faisaient pas partie des lésions corporelles assimilées à un accident selon l'art. 6 al. 2 OLAA [recte : LAA] ; les soins prodigués à la hanche et au dos relevaient par conséquent de la compétence de l'assureur-maladie.

Le 3 septembre 2020, l'assuré, désormais représenté par Me Julien Lanfranconi, s'est opposé à cette décision. En lien avec le déroulement de l'événement du 12 décembre 2018, il a déclaré avoir subi une chute qui, outre une déchirure à son genou droit, lui avait causé des lésions au dos et à la hanche qui n'étaient pas préexistantes mais en lien avec cet incident. A titre subsidiaire, il a requis de la part de B. _____ la mise en œuvre d'une expertise médicale confiée à un expert neutre.

A réception de cette opposition, B. _____ a soumis le dossier assécurologique de l'assuré à son médecin-conseil. Dans son appréciation médicale du 4 décembre 2020, le Dr W. _____ a retenu que la déchirure partielle du tendon quadricipital droit était une lésion corporelle assimilée à un accident selon l'art. 6 al. 2 LAA, qu'elle correspondait à la lettre f de ladite liste et que le cas avait été pris en charge ; le traitement conservateur était d'évolution favorable avec une pleine capacité de travail attestée depuis le 1^{er} avril 2019. A l'inverse, la contusion de la hanche droite, la hanche droite à ressaut, la suspicion de conflit fémoro-acétabulaire bilatéral, l'arthropathie dégénérative des articulations sacro-iliaques et les lombosciatalgies droites n'étaient pas des lésions assimilées à un accident au sens légal.

Le 11 décembre 2020, l'assuré, par son avocat, a encore transmis la copie d'une opposition du même jour formée contre une décision rendue le 11 novembre 2020 par la CNA sur la base d'arguments similaires à ceux développés vis-à-vis de la décision du 3 août 2020 de B. _____.

Par décision sur opposition du 15 décembre 2020, B. _____ a, suivant l'appréciation de son médecin-conseil, rejeté l'opposition de l'assuré et maintenu sa décision du 3 août 2020.

B. **a)** Par acte du 1^{er} février 2021, Z._____, représenté par Me Julien Lanfranconi, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours contre la décision sur opposition du 15 décembre 2020 concluant, principalement, à la réforme de la décision sur opposition attaquée en ce sens que B._____ est condamnée à lui verser des prestations d'assurance pour les troubles au genou droit, à la hanche droite et au rachis lombaire, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire afin de déterminer l'existence d'un lien de causalité entre les atteintes à la santé de Z._____ et l'accident du 12 décembre 2018, et plus subsidiairement encore, à l'annulation de la décision sur opposition querellée et au renvoi du dossier au B._____ pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision. A titre de mesures d'instruction, l'assuré a notamment requis l'audition du Dr F._____ en tant que témoin. En substance, il reprochait au B._____ d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante du rapport du 4 décembre 2020 du Dr W._____ en lui opposant les avis divergents des médecins consultés (en particulier les Drs I._____, F._____ et X._____).

b) Par ordonnance du 23 juin 2021, la juge en charge de l'instruction a, à la suite de la demande du 21 juin 2021 de B._____, imparti un délai au 12 juillet 2021 à Me Lanfranconi pour produire le dossier radiologique complet de l'assuré.

c) Par courrier du 5 juillet 2021, la juge instructrice a remis à B._____ un exemplaire de la correspondance de Me Lanfranconi du 2 juillet 2021 avec un CD-Rom et deux pièces et prolongé le délai pour déposer sa réponse.

d) Dans sa réponse du 14 octobre 2021, B._____ a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée. Elle a notamment rappelé que les troubles du genou avaient été pris en charge au titre de lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, que l'événement annoncé n'était

pas constitutif d'un accident en l'absence de cause extérieure extraordinaire et que les troubles de la hanche et du rachis lombaire ne constituaient pas des lésions assimilées à sa charge. Même en retenant un cas d'accident, les atteintes de la hanche et du rachis lombaire n'étaient, selon l'avis probant de son médecin-conseil, pas en relation de causalité avec l'événement du 12 décembre 2018. Dans le bordereau de pièces joint à son écriture, B._____ a produit un rapport du 28 septembre 2021 du Dr W._____.

e) Dans sa réplique du 21 décembre 2021, l'assuré a confirmé ses conclusions. Requéran son audition ainsi que celle d'un témoin de l'« accident » au cours d'une audience publique, il a maintenu le fait qu'il avait été victime d'une chute. Se référant aux avis des Drs F._____ et X._____, il invoquait présenter des atteintes traumatiques à la santé qui, au vu de l'échec de l'approche conservatrice envisagée dans un premier temps, nécessitaient une intervention chirurgicale. Enfin, il faisait valoir que la contusion à la hanche droite ne pouvait être, par définition, que post-traumatique.

f) Dans sa duplique du 24 février 2022, B._____ a estimé que les arguments soulevés par l'assuré n'étaient pas susceptibles de modifier son point de vue.

g) Invité à indiquer s'il maintenait sa requête tendant à la tenue d'une audience publique, l'assuré a fait savoir le 25 janvier 2023 qu'il y renonçait.

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).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. c LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige a pour objet le point de savoir si le recourant peut prétendre à des prestations de la part de l'intimée en raison des troubles qu'il présente à la hanche droite et au rachis lombaire.

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.

L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire.

b) Par facteur extérieur, il faut comprendre une cause externe et non interne au corps humain (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1). Par ailleurs,

il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Il est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 134 V 72 consid. 4.1.1 et 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 ; STÉPHANIE PERRENOUD, *in* ANNE-SYLVE DUPONT/MARGIT MOSER-SZELESS [édit.], *Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n. 25 ad art. 4 LPG*). L'existence d'un facteur extérieur extraordinaire générant un risque de lésion accru doit être admise lorsqu'un geste quotidien représente une sollicitation du corps plus élevée que ce qui est physiologiquement normal ou psychologiquement contrôlé (JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, *L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3^e éd., Bâle 2016, n. 88 p. 922*). Il en va ainsi notamment lors d'un « mouvement non coordonné », à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de trébucher, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute ; le facteur extérieur constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 3.1).

c) A la lumière des explications contenues dans la déclaration d'accident du 17 décembre 2018, dans le rapport médical du Dr V. _____ du 20 décembre 2018, dans le questionnaire rempli à la demande de l'intimée au mois de février 2019, ou encore dans le rapport de visite du 18 mars 2019, on constate que le traumatisme est survenu alors que le recourant s'était accroupi (flexion rapide depuis la position debout) pour ramasser un morceau de bois sur son lieu de travail. Le claquement / craquement ou déchirement ressenti est survenu dans une situation d'utilisation courante de son genou droit, sans mention d'un phénomène

extérieur qui aurait influencé le déroulement du mouvement. En d'autres termes, le recourant n'a rien fait d'autre que l'action rapide de passer de la position debout à celle accroupie, changement de position brusque qui lui a causé un traumatisme. L'événement en question ne s'est pas déroulé dans des conditions sortant de l'ordinaire excédant le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (cf. consid. 3b supra). Ce n'est qu'au stade de la procédure d'opposition que le recourant fait état d'une chute dans le déroulement de l'événement survenu le 12 décembre 2018. Or il convient en l'espèce de privilégier les premières déclarations du recourant, lesquelles sont sensées représenter une version plus exacte des faits, exempte de réflexions concernant leurs possibles conséquences juridiques (ATF 121 V 45 consid. 2a). Il y a en particulier lieu de s'étonner de l'absence de notion de chute de la part du recourant dans ses premières déclarations, alors même qu'il s'agit d'éléments qui ne sauraient être considérés comme secondaires dans le déroulement d'un accident. Dans ces conditions, il y a lieu de s'en tenir à la description de l'événement telle que formulée en premier lieu par le recourant.

d) Au final, les circonstances qui ont entraîné l'atteinte à la santé ne relèvent pas d'un accident au sens juridique du terme, faute du caractère extraordinaire du facteur extérieur dommageable.

4. a) En l'absence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA, il y a lieu d'examiner si les lésions subies ne constitueraient pas des lésions assimilées à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; résumé dans la RSAS 1/2020 p. 33 ss ; TF 8C_459/2019 du 11 septembre 2020 consid. 5.1).

b) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance-accidents alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie: les fractures (let. a) ; les déboîtements d'articulations (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c) ; les déchirures de muscles (let. d) ;

les élongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; les lésions du tympan (let. h). Lorsqu'une telle lésion est constatée à la suite d'un événement même banal, l'assurance-accidents est en principe tenue de prester ; la preuve que l'atteinte a été causée par un facteur extérieur extraordinaire, au sens de l'art. 4 LPGA, n'est pas nécessaire. L'assurance-accidents est toutefois libérée de son obligation de prester s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la lésion est due à plus de 50 % à une atteinte malade ou dégénérative (ATF 146 V 51 consid. 8.6 ; TF 8C_13/2021 du 6 septembre 2021 consid. 2.2).

c) En l'espèce, il n'est pas contesté par l'intimée que les troubles du genou droit (déchirure partielle touchant environ 20 % des fibres du tendon quadricipital proche de son insertion sur la rotule) devaient être pris en charge au titre de lésion assimilée à un accident.

d) Indépendamment de la question de savoir si les troubles de la hanche droite et au rachis lombaire sont apparus dans les suites immédiates du traumatisme survenu le 12 décembre 2018 - laquelle peut demeurer indécise -, il convient de constater que les troubles évoqués (la contusion de la hanche droite, la hanche droite à ressaut, les troubles dégénératifs / malades bilatéraux débutants [coxarthrose débutante] des deux hanches, la suspicion de conflit fémoro-acétabulaire des deux hanches, l'arthropathie dégénérative des deux articulations sacro-iliaques et les troubles lombaires [lombalgies et lombosciatalgies]) ne figurent pas dans la liste des atteintes mentionnées à l'art. 6 al. 2 LAA (appréciation médicale du 28 septembre 2021 du Dr W. _____, p. 3 ss).

Pour ce motif, les compléments d'instruction requis par le recourant s'avèrent inutiles, si bien que tant la requête d'expertise que la requête d'audition du Dr F. _____ en qualité de témoin doivent être rejetées (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

e) Au surplus, le Dr W._____, médecin-conseil de l'intimée, a, sur la base de son analyse des radiographies versées au dossier – analyse qui n'a pas été remise en cause par un autre médecin au cours de la procédure –, émis l'hypothèse que les troubles à la hanche droite avaient très vraisemblablement une origine dégénérative (en raison notamment de la présence d'une pathologie bilatérale [appréciation médicale du 28 septembre 2021 du Dr W._____, p. 3]).

Quant aux troubles lombaires, il n'y a aucun élément au dossier qui permet de rattacher leur survenance à l'événement traumatique du 12 décembre 2018. Ces troubles sont mentionnés la première fois lors de la visite à domicile du 15 mars 2019 effectuée par l'inspecteur des sinistres de l'intimée (rapport de visite du 18 mars 2019, p. 1), soit trois mois après la survenance de l'événement. Dans le rapport médical du Dr V._____ du 20 décembre 2018 et dans le questionnaire rempli par le recourant à la demande de l'intimée au mois de février 2019, il n'est d'ailleurs pas fait état de tels troubles.

f) De manière plus générale, il convient de rappeler que le seul fait que le recourant ait été complètement asymptotique avant son traumatisme ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec un quelconque 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).

g) Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a refusé de prêter pour les troubles de la hanche et au rachis lombaire.

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

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Me Julien Lanfranconi peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 23 février 2023, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'646 fr. 20, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

d) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

**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 15 décembre 2020 par B._____ SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Julien Lanfranconi, conseil du recourant, est arrêtée à 2'646 fr. 20 (deux mille six cent quarante-six francs et vingt centimes), débours et TVA compris.

- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Julien Lanfranconi (pour Z._____),
- B._____ SA,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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 :