



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2578/2017

ATAS/685/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 juillet 2019

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié au GRAND-LANCY, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-
DORET, INDEMNIS

recourant

contre

SWICA ASSURANCE SA, sise Römerstrasse 37,
WINTERTHUR, représentée par SWICA Assurances SA

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Maria-Esther SPEDALIERO et Christine
WEBER-FUX, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1948, travaillait en qualité de barman au service de la cafétéria B_____ Sàrl, dont il est l'associé gérant. À ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de SWICA Assurance SA (ci-après : Swica ou l'intimée).
2. Le 14 janvier 2016, l'assuré a glissé sur une plaque d'éégout enneigée et a chuté (cf. déclaration d'accident du 27 janvier 2016).
3. Le jour même, les premiers soins ont été prodigués par la Clinique et Permanence d'Onex. L'assuré a affirmé qu'il avait eu une chute mécanique sur le trottoir et qu'il éprouvait des douleurs à la hanche droite. Le médecin ayant examiné l'assuré – dont le nom n'apparaît pas sur le rapport - avait constaté que ce dernier était très algique, non mobilisable. Il avait été transporté en fauteuil roulant. Il existait une fracture de l'extrémité supérieure de la diaphyse fémorale droite à hauteur du grand trochanter, sans signe de descellement de la PTH (prothèse totale de hanche) (cf. rapport du 15 février 2016).
4. Le jour même, l'assuré a été hospitalisé aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) (cf. certificat des HUG du 18 janvier 2016), où le diagnostic de fracture périprothétique Vancouver AG-L PTH droite a été posé.
5. Swica a pris en charge les conséquences de l'événement.
6. Le 20 janvier 2016, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé à un changement de polyéthylène, à l'ablation d'un granulome de polyéthylène de la région trochantérienne et à une ostéosynthèse du grand trochanter par cerclage et haubannage (cf. compte-rendu opératoire du 25 janvier 2016).
7. L'assuré a séjourné aux HUG jusqu'au 26 janvier 2016. Dans la lettre de sortie du 28 janvier 2016, le docteur D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a noté, à titre d'antécédents, une PTH droite en 1999, une PTH gauche en 2008, effectuées par le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi qu'une spondylodèse postérieure en L4-L5 et S1. Dans l'anamnèse, le médecin a mentionné que l'assuré avait été victime d'une chute accidentelle de sa hauteur avec réception sur la hanche droite. Il n'éprouvait pas de douleur de hanche auparavant. À l'entrée, il présentait une douleur et une impotence fonctionnelle au membre inférieur droit, sans plaie ni hématome. La radiographie avait mis en évidence une fracture périprothétique Vancouver A et l'usure du polyéthylène à droite. Le scanner de la hanche, réalisé le 14 janvier 2016, avait montré une fracture périprothétique inter-trochantérienne de la hanche droite avec déplacement antérieur du petit trochanter, type A selon la classification de Vancouver. La PTH bilatérale était intègre, de position inchangée par rapport au comparatif. Les suites post-opératoires étaient favorables et l'assuré pouvait débiter la rééducation à la marche en charge partielle de 15 kg pendant six semaines.

8. Dans son certificat du 11 février 2016, le Dr C_____ a attesté une capacité de travail nulle dès la date de l'accident, prolongée à répétées reprises jusqu'au 11 décembre 2016, date à compter de laquelle la capacité de travail était partielle, mais à réévaluer (cf. certificat du docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).
9. Le rapport du visiteur des assurés de la SWICA du 27 avril 2016 mentionne qu'« en date du 14.1.2016, alors qu'il rentrait chez lui à la maison, Monsieur a glissé sur une plaque d'égout sur un trottoir à la hauteur d'un arrêt de bus (10 mètres plus loin). Il y avait de la neige au sol. Sa jambe droite est partie sur l'intérieur et Monsieur a chuté sur son côté droit. Son genou, son coude et son épaule droite ont également heurté le sol, fort heureusement sans suite. Sur place, deux personnes ont aidé l'assuré et Monsieur A_____ a contacté son épouse, laquelle l'a conduit à la clinique d'Onex chez son médecin traitant ».
10. Dans son rapport du 6 juillet 2016, le Dr C_____ a noté que l'évolution était un peu difficile avec au dernier contrôle radiologique une consolidation en cours de la fracture mais le patient continuait à avoir mal. Avec les séances de physiothérapie, l'évolution était gentiment favorable, mais il se déplaçait encore avec deux cannes et prenait des antidouleurs. La radiographie du jour révélait une rupture des cerclages d'ostéosynthèse sans ascension du grand trochanter qui avait l'air consolidée. Vu les douleurs très importantes, l'ablation des cerclages était indiquée afin de soulager l'assuré.
11. Dans le compte-rendu opératoire du 2 septembre 2016, le Dr C_____ a posé le diagnostic de pseudarthrose du grand trochanter de la hanche droite. La veille, il avait effectué une cure de pseudarthrose ainsi que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse des cerclages. Le contrôle radiologique post-opératoire montrait une bonne réduction de la fracture et un matériel d'ostéosynthèse bien en place, sans déplacement secondaire. L'assuré bénéficiait de physiothérapie pour rééducation à la marche en charge partielle de 15 kg à l'aide de deux cannes anglaises (cf. lettre de sortie des HUG du 7 septembre 2016).
12. Dans son rapport du 22 septembre 2016, le Dr E_____ a indiqué que l'assuré avait bénéficié d'une arthroplastie totale de sa hanche droite en 1999. Le 14 janvier 2016, il avait été victime d'une chute ayant entraîné une fracture périprothétique. Une révision chirurgicale et un changement de prothèse avaient été effectués aux HUG, où il avait subi une nouvelle intervention le 1^{er} septembre 2016 en raison d'une pseudarthrose du grand trochanter droit.
13. Mandaté pour une expertise, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a examiné l'assuré le 27 septembre 2016. Dans son rapport du même jour, l'expert a notamment noté dans l'anamnèse que l'assuré avait bénéficié en 1999 de l'implantation d'une prothèse totale de hanche à droite sur nécrose de la tête du fémur, ainsi que d'une prothèse à gauche en 2008 pour un motif inconnu. À l'examen clinique, le médecin a constaté

que l'étude de la marche pieds nus était impossible, l'assuré portait des cannes, lesquelles étaient nécessaires afin de soulager le montage chirurgical droit. La fonction des deux hanches était dans la limite de la norme, sous réserve de la nécessaire prudence lors de l'examen de la musculature fessière droite. Le psoas droit était algique et moins efficace.

Le Dr G_____ a ensuite étudié les documents médicaux et posé les diagnostics suivants : status post ostéonécrose de la tête fémorale droite en 1999 ; status post implantation d'une prothèse totale de hanche droite en 1999 ; status post décompensation-spondylodèse instrumentée L4/L5 et L5/S1 en 2004 sur probable pathologie discale ; status post implantation d'une prothèse totale de hanche gauche en 2004 (étiologie inconnue) ; status post chute de sa hauteur avec réception sur la hanche droite le 14 janvier 2016 ; granulome du massif trochantérien droit dans le cadre d'une prothèse de hanche modulaire et d'usure du polyéthylène prothétique (diagnostic posé à la tomodensitométrie du 14 janvier 2016) ; status post fracture périprothétique de la hanche droite de type Vancouver A, inter-trochantérienne AL et AG le 14 janvier 2016 ; status post le 20 janvier 2016 : ablation du granulome de polyéthylène de la région trochantérienne droite, ostéosynthèse du grand trochanter droit par cerclage et haubanage, changement du polyéthylène et probablement de la tête fémorale prothétique modulaire droite Stryker ; status post rupture des cerclages et non-consolidation du massif trochantérien droit ; status post ablation de cerclages et mise en place d'une plaque à reconstruction du massif trochantérien droit le 1^{er} septembre 2016 ; tabagisme actif chronique à 56 UPA.

Après quoi, l'expert a livré son appréciation du cas. Il a relevé qu'il s'agissait d'une lésion du fémur droit et non d'une fracture du bassin. L'élément clé du dossier était la présence, dans le massif trochantérien du fémur droit, d'un volumineux granulome, dont l'origine était à mettre en relation avec la présence de la prothèse totale de hanche implantée 17 ans auparavant. Il a expliqué que le polyéthylène de la prothèse de hanche, de type modulaire – soit l'adjonction d'une pièce intermédiaire au schéma usuel de prothèse - était usé, comme le montrait l'imagerie réalisée au jour de la fracture. Le type modulaire, qui créait des frottements supplémentaires, ainsi que l'usure entraînaient la production de débris, lesquels engendraient la formation du granulome trochantérien. Celui-ci représentait une zone de faiblesse de l'os, situé au niveau du massif trochantérien, où s'inséraient des muscles très puissants nécessaires au fonctionnement de la hanche. La tomodensitométrie effectuée le jour de la chute avait mis en évidence la fracture du grand trochanter et celle du petit trochanter. Les traits de fracture entouraient la zone de faiblesse due à la présence du granulome trochantérien. Il n'existait pas d'écrasement osseux mais une séparation nette des fragments. Certes, l'assuré avait glissé sur la neige et traumatisé sa hanche droite. Il était toutefois surprenant qu'une simple chute de sa hauteur ait entraîné deux fractures concomitantes, surtout sans écrasement d'un os très fragilisé par le granulome. De plus, l'examen chirurgical d'admission n'avait pas montré d'hématome. Il était donc fort possible que ce fût la

simple traction, répétée, des muscles s'insérant sur le grand trochanter qui avaient entraîné la rupture du massif trochantérien fragilisé par le granulome trochantérien. L'incapacité musculaire, d'apparition brutale, avait alors provoqué la chute.

Selon l'expert, le mécanisme de fragilisation du fémur droit lié à la présence de la prothèse de hanche était plus important que celui induit par le traumatisme. L'opération du 20 janvier 2016 avait consisté en la fixation du massif trochantérien par cerclages et haubanage – c'était la réparation de la fracture – et en la prise en charge des lésions préexistantes, induites par la prothèse de hanche, soit l'ablation du granulome du massif trochantérien et le changement de la pièce en polyéthylène de la prothèse usée. Le rapport opératoire suggérait également le changement de la tête de la prothèse, point qui restait à confirmer. La consolidation du massif trochantérien n'avait pas eu lieu. Le tabagisme chronique était un facteur défavorable connu. La mauvaise qualité de l'os en raison de la présence du granulome était cependant le facteur prépondérant. Une pseudarthrose était apparue, avec bris des cerclages implantés en janvier 2016, nécessitant alors la seconde intervention en septembre 2016. À cette occasion, avait été réalisée l'ablation des cerclages et la mise en place d'une plaque. Cette opération étant très récente, son résultat ne pouvait pas encore être apprécié. Il convenait d'attendre la fin de l'année 2016.

L'expert a ensuite relevé qu'il ne pouvait pas se prononcer sur le statu quo sine ou ante. Le changement des composants prothétiques et le curetage du granulome avait induit une amélioration par rapport à l'état de santé existant au jour de l'accident. Il convenait de demander un rapport au chirurgien orthopédiste en fin d'année afin de pouvoir définir l'état de santé de l'assuré.

Invité à répondre au questionnaire, l'expert a mentionné que l'accident du 14 janvier 2016 n'était pas la seule et unique cause des troubles. Il s'agissait d'une cause concomitante des troubles actuels, lesquels étaient dus à l'accident d'une façon seulement possible, en raison de l'existence, au jour de l'accident, d'un granulome massif trochantérien du fémur droit. Après avoir répété comment le granulome était apparu, il a souligné que la rupture de l'os était due aux tractions répétées de la musculature sur un os affaibli. La chute était probablement secondaire à la rupture de l'os, interdisant la fonction normale de la musculature de la hanche. En outre, l'aspect des traits de fractures, entourant le granulome, était en faveur d'un arrachement de l'os autour du granulome. En cas de fracture par choc direct, un fracas osseux à type d'écrasement, ainsi qu'un hématome auraient dû se présenter, ce qui n'avait pas été le cas. Enfin, malgré une ostéosynthèse bien réalisée le 20 janvier 2016, l'os ne s'était pas consolidé, ce qui démontrait indirectement la mauvaise qualité de cet os, primum movens de la lésion.

À la question de savoir si une éventuelle aggravation d'une affection de la santé préexistante, causée par l'accident du 14 janvier 2016, pouvait être considérée comme guérie, et à celle de savoir si les troubles de la santé causés pour le moins avec une vraisemblance prépondérante par cet accident seraient, sans la survenance

de cet événement, apparu tôt au tard dans la proportion actuelle, l'expert a répondu que, selon lui, l'accident n'était pas, de façon prépondérante, à l'origine de l'aggravation de l'état de santé en date du 14 janvier 2016. Une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré était attendue. Il n'existait pas de mesures thérapeutiques à proposer en dehors de l'arrêt du tabac. Il convenait d'attendre le résultat de la dernière intervention chirurgicale. Un traitement de soutien n'était pas non plus nécessaire ; les composants usés de la prothèse de hanche droite avaient été remplacés le 20 janvier 2016.

L'expert a estimé que l'assuré ne présentait pas d'incapacité de travail dans l'activité habituelle de restaurateur/barman dans un salon de thé, en considérant l'occupation exercée jusqu'à présent de 100% en raison des causes liées à l'accident, mais une incapacité de travail du 14 janvier au 31 décembre 2016 en raison des causes liées à une maladie (l'apparition d'un granulome trochantérien suite à l'usure du polyéthylène prothétique et au caractère modulaire de la prothèse de hanche droite). La date de fin d'incapacité de travail, au jour de l'expertise, restait à confirmer. Il n'était pas recommandé d'exercer une activité actuellement. La situation était à haut risque en raison de l'échec de la première ostéosynthèse. Une nouvelle chute entraînerait des conséquences potentiellement graves. Il convenait d'attendre la consolidation osseuse suite à la seconde opération. Après guérison du massif trochantérien, étaient retenues notamment les limitations fonctionnelles suivantes en raison des causes liées à une maladie : pour les membres inférieurs, éviter de soulever, porter, pousser, tirer de façon répétitive ou fréquente des charges de plus de 15 kg ; effectuer des mouvements répétitifs ou fréquents, avec effort, de l'articulation en cause ; rester debout plusieurs heures ; pivoter sur le membre inférieur en cause ; monter fréquemment plusieurs escaliers ; marcher en terrain accidenté ou glissant ou pentu ; travailler dans une position instable (échafaudages, échelles, escaliers) ; et pour le rachis : éviter de soulever, porter, pousser, tirer de façon répétitive ou fréquente des charges de plus de 5 à 15 kg ; effectuer des mouvements répétitifs ou fréquents de flexion, extension ou de torsion de la colonne lombaire, même de faible amplitude ; monter fréquemment plusieurs escaliers ; marcher en terrain accidenté ou glissant. Enfin, il n'existait pas d'atteinte à l'intégrité des suites uniques de l'accident.

14. Dans un rapport non daté, reçu par Swica le 28 septembre 2016, le Dr C_____ a écrit que l'évolution était gentiment favorable. L'incapacité de travail totale était justifiée ; le patient éprouvait des douleurs de la hanche droite et devait se déplacer avec une canne.
15. Par courrier du 31 octobre 2016, Swica a fait savoir à l'assuré que, sur la base du rapport d'expertise - selon lequel le lien de causalité entre l'accident et l'aggravation de l'état de santé n'était que possible - il n'avait pas droit aux prestations de l'assurance-accidents pour les suites de l'événement du 14 janvier 2016. Elle a renoncé à demander la restitution des prestations allouées jusqu'au

31 octobre 2016. Dès le 1^{er} novembre 2016, la prise en charge des frais de guérison relevait de l'assurance-maladie.

16. Dans son rapport du 28 novembre 2016, adressé à Swica, le docteur H_____, médecin chef de clinique au sein du département de chirurgie des HUG, a relevé que l'assuré avait chuté sur une plaque d'égout mouillée un jour de neige occasionnant un choc suffisant pour fracturer le grand trochanter au niveau de la hanche droite. Cela constituait à son avis une cause extérieure extraordinaire pouvant entraîner l'atteinte mise en évidence lors du bilan effectué à l'entrée du patient aux HUG. Le granulome évoqué par le Dr G_____, sensé affaiblir le grand trochanter, n'était pas mentionné dans le rapport du radiologue qui avait interprété les images. À la relecture des images, la présence d'un défaut osseux ne paraissait pas absolument évidente de cette zone. En outre, une pseudarthrose d'un grand trochanter fracturé, fréquente même lors de prise en charge chirurgicale bien conduite, était tout à fait banale et ne permettait pas d'affirmer qu'il s'agissait d'une fracture pathologique et donc d'un cas maladie. Une contre-expertise était nécessaire ; les conclusions du Dr G_____ paraissaient hâtives et infondées.
17. Le 19 décembre 2016, l'assuré a, sous la plume de son conseil avocat auprès d'INDEMNIS, avocats de victime d'accidents et d'assurés privés et sociaux, demandé la reprise en charge de son cas. Il a expliqué que, selon le Dr G_____, ce n'était pas la chute qui avait causé la fracture, mais une zone de faiblesse induite par un granulome - lui-même causé par une prothèse de hanche ancienne - qui aurait provoqué la rupture de l'os, laquelle aurait entraîné la chute de l'assuré. Or, cette thèse relevait du pur postulat.
18. Dans son courrier du 22 décembre 2016, Swica a répondu au Dr H_____ que, contrairement au Dr G_____, il n'était pas en possession du dossier complet de l'assuré lorsqu'il s'était déterminé.
19. Par décision du 21 février 2017, Swica a maintenu sa position.
20. Le 21 mars 2017, l'assuré a, par l'entremise de son conseil, formé opposition. Il a répété la teneur de son courrier du 19 décembre 2016 et ajouté qu'il était dans l'attente de renseignements médicaux.
21. Le 11 avril 2017, l'assuré a transmis le rapport du 31 mars 2017 du Dr E_____. Celui-ci a relevé que l'assuré lui avait transmis les différents examens radiologiques du service d'orthopédie des HUG. Hormis des problèmes de tendinite-bursite prétrôchantérienne, l'assuré ne s'était jamais plaint de sa hanche droite. Il avait bénéficié d'une prothèse de tige non cimentée ABG II n°6, monobloc, tête 36 mm (sic) 40 (céramique). Il portait par ailleurs une prothèse totale de sa hanche gauche, du même type qu'à droite (prothèse ABGII), depuis 2005. Le granulome au niveau du massif trochantérien était effectivement dû aux débris du couple de friction entre la tête alumine (céramique) et l'insert cotyloïdien en polyéthylène. La prothèse ABGII était une tige monobloc. Contrairement à l'avis du Dr G_____, l'assuré était tombé. Il avait donc été victime d'un accident,

lequel avait causé la fracture. Lors des derniers contrôles radiologiques, il existait une zone de résorption osseuse au niveau du grand trochanter chez un patient asymptomatique. Seul un suivi régulier de cet implant, posé 18 ans auparavant, était requis. Les risques et complications liés au changement prothétique partiel ou complet n'étaient pas négligeables et la zone de résorption au niveau du grand trochanter ne présentait pas un risque majeur de rupture spontanée.

22. Par décision du 8 mai 2017, Swica a rejeté l'opposition. Elle a estimé que le rapport d'expertise, aux termes duquel les troubles actuels étaient dus à l'accident du 14 janvier 2016 d'une façon seulement possible, remplissait tous les critères posés par la jurisprudence pour se voir accorder pleine valeur probante. Le rapport du Dr E_____, qui avait suivi l'assuré en 1999 mais pas pour les suites de l'événement de janvier 2016, n'était pas susceptible de remettre en cause les conclusions motivées de l'expert.
23. Par acte du 14 juin 2017, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, recouru contre cette décision, concluant, sous suite de dépens, préalablement, à l'audition des Drs E_____ et C_____ et, si nécessaire, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, principalement, à l'annulation de la décision attaquée et à la constatation qu'il avait droit aux prestations de l'assurance-accidents en raison des suites de l'événement du 14 janvier 2016.

Le recourant a argué que l'intimée était revenue sur sa décision initiale – bien qu'il n'existât pas une décision au sens formel – d'allouer les prestations consécutives à l'accident en niant de manière rétroactive l'existence d'une relation de causalité. Ce faisant, elle avait appliqué les principes régissant la reconsidération, dont les conditions n'étaient toutefois pas remplies, puisque la thèse défendue par le Dr G_____ - selon laquelle la fracture, qui se serait produite en l'absence du moindre facteur extérieur, avait entraîné la chute, et non la chute survenue au moment où le recourant avait glissé sur une plaque d'égout enneigée qui avait provoqué la fracture - était invraisemblable. Le postulat de l'expert était d'ailleurs démenti par le Dr E_____, selon lequel le recourant avait été victime d'une chute ayant engendré la lésion. Ce spécialiste expliquait de plus que, selon les derniers contrôles radiologiques, seul un suivi de l'implant posé était requis, la zone de résorption au niveau du trochanter ne présentant pas un risque majeur de rupture spontanée. Ainsi, l'intimée n'avait pas rendu vraisemblable que l'accident ne serait pas ou plus la cause des atteintes pour lesquelles elle avait accordé des prestations jusqu'au 31 octobre 2016. Enfin, même en faisant abstraction des principes régissant la reconsidération, l'intimée n'avait pas rendu vraisemblable qu'elle était fondée à cesser le versement des prestations allouées durant plus de huit mois.

24. Dans sa réponse du 5 juillet 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a réitéré les arguments développés à l'appui de la décision litigieuse et ajouté qu'une expertise judiciaire était superflue. En outre, elle a argué que dans la mesure où elle avait renoncé à exiger les prestations allouées, elle avait la possibilité de supprimer le droit aux prestations avec effet ex nunc et pro futuro, sans devoir invoquer un

motif de révocation. Par ailleurs, les frais de traitement et l'indemnité journalière n'étant pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA – RS 830.1), les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition n'étaient pas applicables.

25. Dans sa réplique du 12 juillet 2017, le recourant a répété qu'il sollicitait l'audition des Drs E_____ et C_____ afin qu'ils fournissent toutes explications utiles quant aux constatations qu'ils avaient faites lors de son admission aux HUG et durant l'opération et qu'ils répondent tant aux suppositions du Dr G_____ qu'aux conclusions qu'il en tirait, notamment sur la question de savoir si une lésion était présente ou non par suite d'un traumatisme direct. Enfin, une expertise judiciaire s'imposerait, le cas échéant, en présence d'avis médicaux contradictoires.
26. Dans sa duplique du 15 août 2017, l'intimée a rappelé que, suite à une chute de sa hauteur sur la hanche droite, le recourant avait subi une fracture périprothétique Vancouver AG-L sur prothèse totale de la hanche droite, laquelle avait été posée en 1999 par le Dr E_____. Ce praticien avait également posé une prothèse totale de la hanche gauche en 2008. Le 20 janvier 2016, le Dr C_____ avait procédé à un changement de polyéthylène et à une ostéosynthèse du grand trochanter par cerclage et haubanage. Contrairement aux dires du recourant, ce spécialiste n'affirmait nullement l'existence d'une lésion par traumatisme. Seul le Dr E_____, qui n'avait pas suivi le recourant pour les suites de l'accident du 14 janvier 2016, affirmait que celui-ci était tombé et qu'il s'agissait donc d'un accident. Dans ces conditions, il n'était pas nécessaire d'auditionner ces médecins. Dans le cas contraire, l'intimée a également sollicité l'audition du Dr G_____.
27. Invité par la chambre de céans à répondre à des questions, dans son courrier du 12 janvier 2018, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et nouveau médecin traitant aux HUG, a rappelé que, dans le compte-opératoire du 25 janvier 2016, le diagnostic de fracture périprothétique Vancouver A avait été posé. Il a expliqué que la classification de Vancouver décrivait les fractures qui survenaient autour de prothèses totales de la hanche. La fracture de type A concernait la région trochantérienne, soit la partie haute du fémur. La fracture du recourant était de type AGL, c'était-à-dire qu'elle concernait tant le grand que le petit trochanter.

Cette fracture n'était d'origine ni malade ni dégénérative. Par définition, une fracture interrompait la continuité d'un segment osseux et survenait, en général, de façon brutale. Les fractures pouvaient survenir sur un os fragilisé notamment en cas d'ostéoporose ou de lésion cancéreuse sous-jacente. Plus rarement, la fracture pouvait survenir à la suite de micro-stress traumatique, correspondant à une fracture de fatigue, ce qui n'était pas le cas du recourant.

Ce dernier portait une prothèse totale de hanche droite, implantée dix-sept ans auparavant. Avec le temps, il se produisait une usure des surfaces frottantes

responsable d'une réaction à corps étrangers appelée granulome, lequel pouvait fragiliser les segments osseux ainsi que l'ancrage de la prothèse. Les fractures spontanées dans ce cadre étaient exceptionnelles. La chute dont le recourant avait été victime avec réception sur la hanche droite avait, selon le médecin, joué un rôle évident dans la survenue de la fracture, qui s'était produite sur une fragilité osseuse sous-jacente liée à l'existence de la prothèse.

28. Dans sa détermination du 19 février 2018, le recourant a considéré que le rapport du Dr I_____ confirmait de manière claire et indiscutable l'origine traumatique des atteintes à sa santé. Par conséquent, la relation de causalité entre la chute et lesdites atteintes était établie à satisfaction de droit, si bien que l'intimée n'était pas fondée à supprimer le droit aux prestations.

29. Le 26 mars 2018, l'intimé a estimé que le rapport du Dr I_____ ne permettait pas de mettre en cause les conclusions du Dr G_____ du 4 octobre 2016.

Elle a communiqué un avis du Dr G_____ du 5 mars 2018, se prononçant à la suite du rapport du Dr I_____ du 12 janvier 2018.

L'évènement du 14 janvier 2016 pouvait être reconstitué ainsi : « le sol est gelé au 14 janvier 2016 selon M. A_____. Les muscles de la hanche déploient donc une grande force pour effectuer la marche. D'autant plus que le bas de la colonne vertébrale de M. A_____ est bloqué chirurgicalement (depuis 2004) et que l'autre hanche présente également une prothèse (depuis 2004). La répétition des tractions finit par arracher le grand et le petit trochanter droits. Les muscles ne peuvent donc plus fonctionner. Ce qui entraîne la chute de M. A_____ ».

Il s'agissait d'un arrachement, classé Vancouver A G-L, par les muscles de la hanche, du massif trochantérien droit fragilisé par une lésion osseuse (granulome) induite par une prothèse totale de hanche implantée dix-sept ans auparavant dans le cadre d'un tabagisme actif poursuivi chez un assuré aux antécédents de maladie osseuse de type vasculaire. La chute était secondaire à cet arrachement osseux. La chute n'était pas responsable de l'arrachement du massif trochantérien. L'affection était d'origine malade. Il était contradictoire de dire qu'une fracture spontanée était possible tout en affirmant qu'elle n'était d'origine ni malade, ni dégénérative. Le Dr I_____ estimait que l'incapacité de travail avait débuté le 12 décembre 2016 de sorte qu'il ne retenait pas d'incapacité de travail avec l'évènement du 14 janvier 2016.

30. Le 24 avril 2018, le recourant a observé que le Dr G_____ réglait ses comptes de manière particulièrement vindicative avec le Dr I_____ et manquait de la sorte d'impartialité ; sa chute avait été provoquée par sa glissade sur une plaque d'égout enneigée et non pas par une hypothétique fracture spontanée d'origine malade.

31. Le 13 septembre 2018, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise orthopédique au docteur J_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, Hirslanden à Genève, et leur a communiqué le projet de mission d'expertise. Un délai leur a été imparti pour

qu'elles se prononcent sur une éventuelle récusation de l'expert ainsi que sur les questions libellées dans la mission d'expertise.

32. Le 24 septembre 2018, l'intimée a observé que le Dr J_____ n'était pas un expert certifié SIM.
33. Le recourant n'a pas fait d'observations.
34. Par ordonnance du 3 octobre 2018, la chambre de céans a confié l'expertise au Dr J_____.
35. Le 4 décembre 2018, le Dr J_____ a rendu son rapport d'expertise.

L'assuré se plaignait de douleurs occasionnelles au niveau de la hanche, avec boiterie. Il a posé les diagnostics de status post-PTH droite en janvier 1999 pour ostéonécrose, status post-fracture périprothétique du fémur proximal de type Vancouver A inter-trochantérienne AL et AG avec ostéosynthèse par cerclage-haubanage et changement de polyéthylène le 20 janvier 2016. Status post-ablation cerclage et mise en place d'une plaque de reconstruction du massif trochantérien droit le 1^{er} septembre 2016. L'assuré était porteur d'une prothèse totale de hanche posée le 25 janvier 1999, avec une tige non cimentée ABGII monobloc, 28 mm et une capote de type Trident non cimentée de 52 mm avec un insert en polyéthylène de 28 mm et même tête en Zirconium. L'expert a joint une copie d'un courriel du 3 décembre 2018 de l'entreprise STRYKER indiquant que la prothèse ABGII non cimentée avait été commercialisée depuis 1998 et le serait jusqu'en mars 2019.

Le Dr G_____ mentionnait un modèle erroné de prothèse, ce qui démontrait sa méconnaissance des implants ; l'assuré était porteur d'une tige monobloc et non modulaire. Les tiges modulaires qui permettaient d'adapter un col de taille différente avaient effectivement causé quelques problèmes en raison d'une corrosion excessive. Ce n'était pas le cas de la tige du recourant, tige apparue sur le marché en 1998 et vendue jusqu'en mars 2019 et non, comme l'expert l'affirmait, retirée du marché en 2008. La tige n'était donc pas en cause dans cette fracture et l'usure mise en évidence sur la radiographie était une évolution tout à fait naturelle pour une prothèse datant de dix-sept ans avec un excellent résultat. Le Dr E_____ mentionnait par erreur dans son rapport du 31 mars 2017, une tête de 36 mm alors qu'il avait implanté une tête de 28 mm, ce qui ne changeait en rien ses autres considérations.

Les limitations fonctionnelles étaient une boiterie, une limitation de la flexion de la hanche, des rotations douloureuses en fin de mouvement. La fracture qui était classique était due à la chute au-delà d'une probabilité de 50 %. Une fracture touchant de manière simultanée et autant le petit et le grand trochanter nécessitait un traumatisme avec une certaine énergie. Il fallait noter que les muscles abducteurs s'attachant au niveau du grand trochanter étaient des muscles puissants mais ne pouvant pas provoquer de façon concomitante une fracture du petit trochanter. D'autre part, la présence du granulome était confirmée par une radiographie du bassin faite le 29 septembre 2015 aux HUG, montrant bien la

présence de ce dernier. Toutefois, celui-ci était de moindre importance et se situait uniquement en zone 1 selon la classification de Gruen. Ceci était tout à fait courant, surtout avec une prothèse datant de dix-sept ans et, dans ce cas, ne représentait pas un risque fracturaire. En ce qui concernait la deuxième intervention, celle-ci était la conséquence de la première en raison d'un montage insuffisant du point de vue mécanique ayant empêché la consolidation osseuse et entraîné la rupture des cerclages. En preuve de cette affirmation, le second montage fait par une plaque avec des vis de façon plus rigide avait permis une consolidation sans difficulté de la fracture. Cela permettait aussi de renforcer le fait que le granulome présent au niveau du grand trochanter était raisonnable. En effet, en cas d'un granulome important, l'ostéosynthèse par vis aurait été impossible en raison du manque d'os. Ceci permettait également d'affirmer que lors du mécanisme, étant donné que cet os n'était pas de type coquille d'œuf, aucun écrasement de l'os n'était visible. Il s'agissait d'une fracture classique qui avait pu être réduite sans difficulté lors de la première intervention.

On ne pouvait pas parler d'état maladif préexistant. En effet, toute prothèse avec une interface céramique-polyéthylène ou métal-polyéthylène entraînait automatiquement une usure de cette prothèse et la présence d'un granulome. Il convenait cependant de relever que l'assuré avait effectué des contrôles réguliers et satisfaisants de sa hanche avec son orthopédiste traitant, notamment en 2015, et qu'il ne lui avait jamais mentionné de symptomatologie douloureuse ou évoqué un changement de prothèse nécessaire rapidement. L'accident n'avait pas décompensé un état maladif. L'usure de la prothèse aurait pu à terme engendrer une luxation nécessitant une intervention. L'intervention du 20 janvier 2016 était en lien probable avec l'accident et celle du 1^{er} septembre 2016 était une conséquence de la première.

L'incapacité de travail était totale entre le 20 janvier 2016 et trois mois après la seconde opération du 1^{er} septembre 2016, soit début décembre 2016, puis partielle.

Il contestait les affirmations du Dr G_____, soit que l'assuré présentait un volumineux granulome, un arrachement des grand et petit trochanters du fémur, dû à la répétition des tractions, qu'il n'y avait pas de causalité entre la chute et la fracture et que la fracture due à une chute autour d'une prothèse était rare. Le Dr G_____ montrait une tendance à vouloir accabler l'assuré dans son argumentation directe pour une origine malade du cas. En effet, il mettait le tabagisme du patient au premier plan en l'évoquant comme une cause de l'ostéonécrose, ce qui représentait une considération personnelle de ce médecin. Les ostéonécroses de la tête du fémur comprenaient de nombreuses autres étiologies dont certaines étaient encore inconnues. Néanmoins, il réaffirmait que le tabagisme représentait une cause de non consolidation de la fracture après la première intervention. Le Dr G_____ faisait référence à une prothèse en mentionnant un modèle erroné qui ne correspondait pas à la prothèse implantée chez l'assuré, et interprétait les soucis causés par les prothèses à cône modulaire, qui présentaient

soit une fracture de l'implant au niveau de son col, soit une corrosion avec des débris métal-métal, causant une réaction allergique et créant une atteinte plutôt tissulaire qu'osseuse.

Il fallait savoir que, dans le cadre d'une fragilité osseuse, les patients ressentent souvent et rapidement une symptomatologie douloureuse avant que la fracture ne survienne, ce qui n'était pas du tout le cas de l'assuré.

La fracture de l'assuré était consolidée. Il ne convenait pas de faire d'autres traitements qu'une physiothérapie d'entretien avec renforcement musculaire. Une éventuelle ablation de plaque d'ostéosynthèse pourrait être envisagée afin de diminuer les douleurs restantes au niveau de ce fémur. Cependant, cette intervention pouvait entraîner une fragilisation secondaire du grand trochanter qu'il convenait d'évaluer en fonction de la gêne résiduelle avec son maintien.

36. Le 8 janvier 2019, le recourant a observé que le rapport d'expertise judiciaire était probant et a persisté dans ses conclusions.
37. Le 18 février 2019, l'intimée a considéré que l'expertise judiciaire n'avait pas de valeur probante, en soulignant qu'aucune pièce du dossier de l'assuré n'était résumée, qu'on ne lisait pas une anamnèse exhaustive de l'assuré, que les diagnostics étaient incomplets (absence de la notion de prothèse totale de hanche controlatérale, de la spondylodèse et du tabagisme chronique ancien persistant et non chiffré), qu'aucun des résultats de l'examen clinique n'était présenté, que la nécessaire analyse exhaustive de l'imagerie n'était pas effectuée, que l'expert ne répondait pas à la question concernant l'atteinte à l'intégrité en raison de son manque de formation en tant que médecin expert et que son rapport ne respectait pas les lignes directrices de réalisation d'expertise édictées par Swiss Insurance Medicine (SIM).

Par ailleurs, la prothèse posée était de type modulaire et non monobloc ; l'expert admettait un état antérieur ; un granulome n'apparaissait pas automatiquement à la suite de la pose d'une prothèse et l'os était grandement fragilisé par le granulome et par le tabagisme du recourant.

Elle a communiqué un avis du Dr G_____ du 17 janvier 2019, selon lequel l'expert indiquait un modèle erroné de prothèse monobloc alors qu'il s'agissait d'une prothèse modulaire Striker ABG II. Le Dr E_____ avait indiqué un essai avec un col neutre, terme qui impliquait que l'orientation du col pouvait être choisie ; le diamètre était de 28 mm et non pas de 36mm comme indiqué à tort par le Dr E_____ par la suite (en mars 2017) et il était en céramique et non pas en Zirconium comme indiqué également à tort par le Dr E_____. Il avait utilisé les données faites par le Dr E_____ dans son rapport, fiable, du 27 janvier 1999, rédigé deux jours après l'intervention. L'expert s'était à tort basé sur le fait que la prothèse implantée était de type monobloc. L'expert avait requis de la firme STRYKER des informations sur une prothèse monobloc, ce qui empêchait d'obtenir des informations sur des prothèses modulaires. L'expert excluait à tort la présence d'un

état antérieur, alors même que le Dr E_____ l'admettait en relevant, le 31 mars 2017, une zone de résorption osseuse au niveau du grand trochanter lors des derniers contrôles et en affirmant la nécessité de suivre le granulome. L'expert se contredisait en admettant un état maladif antérieur tout en le niant ensuite. Il ne justifiait pas le lien de causalité probable entre l'accident et l'intervention du 20 janvier 2016.

Contrairement à l'avis de l'expert, une prothèse de la hanche n'entraînait pas automatiquement la présence d'un granulome. Il n'était pas impossible que les douleurs soient en rapport avec le granulome, la zone étant proche de la tendino-bursite constatée par le chirurgien traitant. L'expert se contredisait en niant un volumineux granulome, puis en parlant de petite résorption et encore d'une zone de faiblesse, laquelle nécessitait, selon lui, un traumatisme avec une moins grande énergie. Ainsi, il abandonnait sa théorie de la chute qui aurait entraîné la fracture. L'expert reprenait son argumentation en admettant que toutes les fractures péri-prothétiques n'étaient pas toutes liées à une chute. L'expert critiquait à tort la première intervention du 20 janvier 2016, laquelle aurait nécessité la seconde opération du 1^{er} septembre 2016, en n'analysant pas le travail du chirurgien traitant, en particulier de la contrainte de prise en charge chirurgicale du granulome.

L'expert omettait de parler de l'important tabagisme de l'assuré qui fragilisait grandement le fémur. L'expert n'indiquait pas si l'incapacité de travail relevait de la maladie ou de l'accident. Le Dr H_____ remettait en question la présence d'un granulome alors que celui-ci était avéré. Il était étonnant que les Drs H_____ et E_____ se prononcent sur des questions asséculogiques. L'expert affirmait de façon erronée que les patients ressentaient, en cas de fragilité osseuse, une symptomatologie douloureuse avant que la fracture ne survienne.

L'expert n'avait pas suivi les lignes directives de Swissortho et de la SIM. Les pièces du dossier n'étaient pas résumées et les plaintes non recueillies, l'anamnèse et les diagnostics étaient incomplets, il manquait les résultats de l'examen clinique, une analyse de l'imagerie, une motivation des réponses aux questions et le rapport d'expertise contenait des contradictions ; ses propres conclusions devaient être confirmées.

38. A la demande de la chambre de céans, le Dr G_____ a indiqué le 18 mars 2019 qu'il avait mentionné dans son expertise qu'il était « expert judiciaire près du Tribunal de Genève (Genève) » car il avait déjà été mandaté par la chambre de céans, le Tribunal civil et le Tribunal de première instance, soit qu'il était souvent mandaté en tant qu'expert par les juridictions genevoises.
39. A la demande de la chambre de céans, le Dr E_____ a donné des renseignements le 2 avril 2019. La prothèse droite qu'il avait mise en place en 1999 était bien une prothèse monobloc, laquelle était remplacée dès cette année (mars 2019) mais n'avait jamais fait l'objet de problème particulier ; il ne s'agissait pas d'une prothèse STRYKE ABG II de type modulaire. La tige modulaire avait entraîné des

problèmes de corrosion et avait été retirée du marché, ce qui n'était pas le cas de celle posée chez l'assuré en 1999 qui était une tige ABG II monobloc. La tête prothétique était en céramique, le zirconium étant une sorte de céramique. Il existait trois modèles de têtes fémorales, soit court, moyen (ou neutre) et long ; le col neutre n'impliquait pas qu'il s'agirait d'une prothèse de type modulaire. A la hanche gauche de l'assuré, une prothèse tige ABG II monobloc, tête céramique 36 mm, courte avait été posée ; elle avait été remplacée sur le marché en mars 2019 par une autre tige.

40. Le 12 avril 2019, le recourant a observé que la mention expert judiciaire près du Tribunal de Genève était de nature à tromper le public et les destinataires des rapports du Dr G____, dès lors que ce titre n'existait pas, ce qui contrevenait à l'art. 40 let. d LPMed ; un signalement à la commission de surveillance des professionnels de la santé et du droit des patients apparaissait dès lors justifié. L'expert s'était avec raison fondé sur l'existence d'une prothèse de type monobloc, contrairement à l'avis du Dr G____ et les remarques de celui-ci ne visaient qu'à défendre envers et contre tout, sa propre thèse, invraisemblable.
41. Le 29 avril 2019, l'intimée a indiqué que, selon un avis, joint, du Dr G____ du 19 avril 2019, celui-ci confirmait ses conclusions.

Dans cet avis, le Dr G____ indique que l'innommable tentative d'INDEMNIS, qui lui avait adressé un cadeau, ne modifiait en rien ses conclusions. Il ne déterminait pas d'élément lui permettant de choisir entre les deux formulations du Dr E____ « essai à l'aide du col court et moyen, col neutre Zirconium 28mm » (rapport opératoire du 25 janvier 1999) et « il existe trois modèles différents (court, moyen ou neutre et longues, tête plus ou moins profonde) » (courrier du 2 avril 2019). Il a répété que le granulome trochantérien était un fait acquis qui constituait un état maladif antérieur qui avait fragilisé l'os, lequel s'était rompu comme il l'avait démontré dans son travail. Aucun élément ne permettait de réfuter ses conclusions.

42. Le 4 juillet 2019, la chambre de céans a requis de l'intimée qu'elle indique si elle maintenait, au vu du rapport du Dr E____ du 2 avril 2019 et de l'expertise judiciaire, que le recourant était porteur d'une prothèse modulaire et non pas monobloc et qu'elle précise la teneur de la contradiction qu'elle invoquait, en se fondant sur l'avis du Dr G____, entre les rapports du Dr E____ des 25 janvier 1999 et 2 avril 2019 permettant d'affirmer que la prothèse du recourant ne serait pas de type monobloc.
43. Le 15 juillet 2019, l'intimée a répondu en se référant au rapport du Dr G____ du 19 avril 2019.
44. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre

des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 LPGA relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident du 14 janvier 2016 est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

3. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si l'atteinte à la santé du recourant est due à l'événement du 14 janvier 2016.
5. a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La notion d'accident se décompose ainsi 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 de l'atteinte; 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; arrêt du Tribunal fédéral 8C_194/2015 du 11 août 2015 consid. 3).
b. Suivant la définition même de l'accident, 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. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède 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 129 V 402 consid. 2.1). Pour des lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (arrêt du Tribunal fédéral U.499/00 du 12 septembre 2001 consid. 2). Il n'y a pas d'accident, au sens de ce qui précède, lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs maladifs préexistants, car c'est alors une cause interne qui agit, tandis que la cause extérieure - souvent anodine - ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 136 consid. 3b).

c. Selon la jurisprudence, le critère du facteur extraordinaire extérieur peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel d'un mouvement corporel est influencé par un empêchement «non programmé», lié à l'environnement extérieur. Dans le cas d'un tel mouvement non coordonné, l'existence du facteur extérieur doit être admise, parce que le facteur extérieur - la modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1). On peut ainsi retenir à titre d'exemples de facteurs extérieurs extraordinaires le fait de trébucher, de glisser ou de se heurter à un objet (RAMA 2004 n. U 502 p. 184 consid. 4.1 ; RAMA 1999 n. U 345 p. 422 consid. 2b).

6. a. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral U.351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

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 condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre

médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

c. Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

7. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n. U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n. U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n. U 363 p. 46).
8. 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 tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n. U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n. U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

9. a. L'art. 6 al. 2 LAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire: des fractures (let. a), des déboîtements d'articulation (let. b), des déchirures du ménisque (let. c), des déchirures de muscles (let. d), des élongations de muscles (let. e), des déchirures de tendons (let. f), des lésions de ligaments (let. g) et des lésions du tympan (let. h).

b. La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1; ATF 129 V 466; 123 V 43 consid. 2b). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (arrêt du Tribunal fédéral 8C_698/2007 du 27 octobre 2008, consid. 4.2). En revanche, en l'absence d'une cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance -, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés seront manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, de sorte qu'il appartiendra à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (ATF 129 V 468 consid.4 ; ATF 123 V 44 consid. 2b ; ATF 116 V 147 consid. 2c). La notion de cause extérieure suppose qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas notamment lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs ; ATF 129 V 466 consid. 4.2.2).

c. Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffit que l'événement assuré soit en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Un état dégénératif ou morbide antérieur n'exclut pas l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, lorsque celle-ci est causée ou aggravée par un événement accidentel. Il faut cependant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont

souffre l'assuré (voir ATF 123 V 43 consid. 2b ; ATF 116 V 145 consid. 6c ; ATF 114 V 301 consid. 3c).

d. Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un *statu quo ante* ou à un *statu quo sine* est établi. Toutefois, de telles lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un *statu quo sine*. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 et les références citées).

e. Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêt précité, *ibidem*).

10. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher 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.

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

e. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

f. Une expertise sur pièces n'apporte pas d'élément décisif s'agissant d'une atteinte à la santé psychique, dont les effets sur la capacité de travail impliquent un examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 455/06 du 22 janvier 2007 consid. 6.2). Les expertises psychiatriques sur dossier ne sont admissibles qu'à titre exceptionnel, et seulement lorsque l'intéressé a déjà fait l'objet d'une ou plusieurs expertises, lesquelles doivent de surcroît être récentes et qu'aucune modification essentielle (identité du tableau clinique) n'est intervenue depuis. Une expertise sur dossier peut aussi être envisagée lorsque la personne à examiner n'est que difficilement atteignable ou refuse de se soumettre à l'examen. C'est à l'expert de déterminer si son mandat est réalisable dans de telles conditions (ATF 127 I 54 consid. 2f).

g. Un rapport du SMR (art. 49 al. 3 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1).

h. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351

consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

i. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4).

11. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57

consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).

12. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
13. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n. U 344 p. 418 consid. 3).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n. U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). 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 (arrêts du Tribunal fédéral U.359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2 ; U.389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U.222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3).

14. En l'occurrence, la chambre de céans a requis la réalisation d'une expertise judiciaire.

Fondé sur un examen clinique du recourant, l'analyse des bilans radiologiques, comprenant une anamnèse, la description des circonstances de l'accident, les plaintes du recourant, des diagnostics et limitations fonctionnelles clairs, une motivation étayée du lien de causalité entre les atteintes et l'accident et une description motivée de la capacité de travail du recourant, ainsi qu'une analyse des rapports médicaux des Drs G____, H____, E____ et I____, le rapport d'expertise judiciaire du 4 décembre 2018 répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

Il ressort de ce rapport que le recourant, après avoir chuté le 14 janvier 2016 sur la hanche droite (chute due à une glissade sur une plaque d'égout enneigée), a présenté une fracture périprothétique du fémur proximal (de type Vancouver A intradermique AL et AG). Avant l'accident, le recourant travaillait, sans douleur, comme garçon de buffet et avait été suivi en 2015 par le Dr E____ pour une fracture dorsale et douleur à l'épaule droite, sans plainte au niveau de la hanche. La prothèse posée en janvier 1999 avait donné lieu à des contrôles réguliers et satisfaisants de la hanche, de sorte qu'on ne pouvait parler, en l'absence de symptomatologie douloureuse et sans nécessité d'un changement de prothèse, d'état maladif préexistant (même si toute la prothèse s'usait et entraînait la présence d'un granulome).

La fracture était due à la chute du 14 janvier 2016 qui avait entraîné l'ostéosynthèse du 20 janvier 2016 et l'intervention du 1^{er} septembre 2016 (plaque de reconstruction du massif trochantérien), celle-ci étant elle-même une conséquence de l'intervention du 20 janvier 2016 (la consolidation osseuse n'ayant pas eu lieu, avec rupture des cerclages). La capacité de travail était nulle du 14 janvier 2016 au 30 novembre 2016. En principe, dès le 1^{er} décembre 2016, une reprise de travail partielle était possible.

15. Les critiques émises par l'intimée ne sont pas à même de remettre en cause la force probante de l'expertise judiciaire. L'intimée se rallie à cet égard aux rapports du Dr G_____.

Il convient de rappeler que la chambre de céans, dans son ordonnance d'expertise du 3 octobre 2018, a écarté la valeur probante de l'expertise du Dr G_____ du

27 septembre 2016 et l'avis subséquent de celui-ci du 5 mars 2018 en relevant ce qui suit :

« La chambre de céans constate que les avis du Dr G_____ ne peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante, en particulier l'appréciation et les conclusions du rapport d'expertise et de son complément.

Le Dr G_____ débute son appréciation par l'affirmation que l'élément clé du dossier est la présence dans le massif trochantérien du fémur d'un volumineux granulome. Ce faisant, il minimise un autre élément clé du dossier qui est l'accident du 14 janvier 2016, soit la glissade sur une plaque d'égout enneigée suivie d'une chute du recourant de sa hauteur, avec réception sur la hanche droite (déclaration d'accident du 27 janvier 2016 et lettre de sortie des HUG du 28 janvier 2016).

A cet égard, lors de l'entretien avec un inspecteur de l'intimée, le recourant a précisé qu'alors qu'il rentrait chez lui, il avait glissé sur une plaque d'égout enneigée, sa jambe droite était partie sur l'intérieur et il avait chuté sur le côté droit (rapport du visiteur des assurés du 27 avril 2016). Or, l'accident est admis par l'intimé dans la version telle que susdécrite. Il est également admis dans un premier temps par le Dr G_____ (expertise G_____ du 4 octobre 2016 p. 2 et 15). L'expert s'évertue cependant à démontrer un rôle exclusif joué par l'état maladif antérieur, soit un granulome ; il émet à cet égard l'hypothèse que la simple traction répétée des muscles s'insérant sur le grand trochanter a entraîné la rupture du massif trochantérien fragilisé par le granulome trochantérien et que l'incapacité musculaire d'apparition brutale a entraîné la chute (expertise G_____ du 4 octobre 2016 p. 15, 17 et 19). Pour étayer sa thèse, le Dr G_____ donne ensuite une autre version de l'accident du 14 janvier 2016, en expliquant, dans son complément d'expertise, que le sol étant gelé, les muscles de la hanche du recourant déploient une grande force pour effectuer la marche, d'autant plus que le bas de la colonne vertébrale du recourant est bloqué chirurgicalement et que l'autre hanche présente une prothèse ; la répétition des tractions finit ainsi par arracher le grand et le petit trochanter droits, les muscles ne peuvent plus fonctionner, entraînant la chute du recourant. Or, cette description ne correspond pas à celle que le Dr G_____ a lui-même admise dans l'anamnèse en relatant que le recourant a chuté de sa hauteur sur le sol enneigé en se réceptionnant sur le côté droit (expertise du 4 octobre 2016 p. 2). Le sol gelé est un ajout du Dr G_____, le recourant n'ayant jamais déclaré une chute sur de la glace. Cet ajout permet au Dr G_____ de souligner que l'absence d'hématome n'est pas compatible avec un traumatisme direct par la glace qui aurait brisé l'os autour de la prothèse (complément d'expertise G_____ p. 4). Au demeurant, l'explication du mécanisme accidentel par le Dr G_____ est une hypothèse qui ne tient pas compte des éléments au dossier.

Il est au contraire admis par les médecins-traitant que le recourant présentait une fragilité des segments osseux et de l'ancrage de la prothèse, due au granulome, de sorte que la chute, telle que décrite par le recourant, sans entraîner d'hématome, pouvait être de nature à causer une fracture (rapports du Dr I_____ du 12 janvier

2018 et du Dr E_____ du 31 mars 2017). Le Dr H_____ estime même que le choc était suffisant pour fracturer le grand trochanter au niveau de la hanche, sans affaiblissement de ce dernier par un granulome, lequel n'était pas absolument évident (rapport du Dr H_____ du 28 novembre 2016).

De surcroît, les médecins-traitant du recourant ne donnent pas la même importance que le Dr G_____ à l'état maladif antérieur ; selon le Dr H_____, un défaut osseux dans la zone concernée n'était pas absolument évident (rapport H_____ du 28 novembre 2016) ; le Dr E_____ a relevé que la zone de résorption au niveau du trochanter ne présentait pas un risque majeur de rupture spontanée et cela nonobstant la présence d'un granulome (rapport E_____ du 31 mars 2017) ; quant au Dr I_____, il a considéré que le recourant n'avait pas pu être victime d'une fracture de fatigue, soit une fracture survenant à la suite de micro-stress traumatiques, de sorte qu'il excluait son origine malade (rapport I_____ du 12 janvier 2018).

Dans son complément d'expertise, d'ailleurs curieusement requis par l'intimé en dehors de tout acte d'instruction de la part de la chambre de céans, le Dr G_____ a confirmé son appréciation, après avoir pris connaissance du rapport du Dr I_____ du 12 janvier 2018. Il a derechef considéré que le recourant présentait un volumineux granulome du massif trochantérien, lequel était indolore et, après l'accident, un arrachement des deux massifs osseux. Il a affirmé que la fracture due à une chute autour d'une prothèse était rare, sans explication convaincante et que si tel avait été le cas, la cavité du massif trochantérien aurait été éclatée ou écrasée ; enfin, l'échec de la première opération démontrait la fragilité osseuse préexistante (complément d'expertise G_____ p. 4).

Le Dr G_____ s'emploie ensuite à relever des incohérences et contradictions majeures dans le rapport du Dr I_____ et fait une interprétation volontairement erronée de ce rapport (« le Dr I_____ ne retient pas d'incapacité de travail en causalité avec l'évènement du 14 janvier 2016 », « il reprend ainsi les conclusions de mon travail, ce à quoi on ne peut que souscrire », « il affirme ainsi clairement l'origine malade à l'origine de l'évènement du 14 janvier 2016 », « émaillé de contradictions, en l'absence de toute argumentation et sans critique aucune de mon expertise, je ne lis, dans le travail présenté, aucun élément pouvant demander une modification de mes conclusions »).

A cet égard, on peut et on doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert doit faire preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire

toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise doit être rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (voir à ce sujet JACQUES MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss, ainsi que FRANÇOIS PAYCHÈRE, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, in L'expertise médicale, 2002, p. 11 ss et 133 ss ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2009 du 2 février 2010). L'expert doit s'efforcer de décrire les phénomènes qu'il constate par rapport à un état standard des connaissances médicales, sans vider des querelles de spécialistes par-dessus la tête des juges et des parties (cf. arrêt 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.3; FRANÇOIS PAYCHÈRE, Le juge et l'expert – op. cit p. 143 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_543/2014 du 30 mars 2015).

En l'occurrence, le Dr G_____ a usé de tournures ironiques inappropriées dans le cadre de son expertise, qui sont propres à susciter des doutes quant à son objectivité et son impartialité. Par ailleurs, il a construit une version de l'accident étayant son explication non accidentelle de l'atteinte à la santé du recourant. La crédibilité de l'expertise en est ébranlée. Dans ces conditions et compte tenu des avis médicaux des médecins-traitant du recourant en grande partie divergents de ceux du Dr G_____, une expertise judiciaire est nécessaire ».

16. La chambre de céans constate que les rapports du Dr G_____ des 17 janvier et 19 avril 2019, rendus postérieurement au rapport d'expertise judiciaire, n'ont pas plus de valeur probante.

En effet, le Dr G_____ maintient ses conclusions, soit que la prothèse posée en 1999 par le Dr E_____ est de type modulaire Stryker ABG II (rapports des 17 janvier 2019 p. 2 et 19 avril 2019 p. 1 et 2). Il confirme ainsi les conclusions prises dans son expertise, soit que la prothèse modulaire a entraîné des frottements supplémentaires produisant des débris entraînant eux-mêmes la formation du granulome trochantérien, soit une faiblesse osseuse ; c'est selon lui la traction répétée par la musculature sur un os affaibli qui a causé la rupture de l'os, avant la chute ; il s'agit de l'apparition d'un volumineux granulome trochantérien en raison d'une usure du polyéthylène prothétique et du caractère modulaire de la prothèse de hanche droite (rapport d'expertise du 27 septembre 2016 p. 19 - 20). Il confirme aussi que la prothèse modulaire a été retirée du marché en 2008 et qu'elle est connue pour fragiliser tout particulièrement le fémur et le bassin, une pièce très usée libérant des particules en abondance, de sorte que la prothèse présentait tous les facteurs de risque de voir l'os du fémur très fragilisé (rapport du 5 mars 2018 p. 2). Certes, le Dr G_____ mentionne, rapidement, dans son rapport du 19 avril 2019, que l'os aurait été fragilisé par le frottement même si celui-ci n'avait eu lieu qu'entre la tête de la prothèse et l'insert cotyloïdien, de telle sorte que l'os était prêt à se rompre. Il semble ainsi considérer, sans être toutefois clair, que la fragilisation

de l'os aurait pu avoir lieu de la même manière en présence d'une prothèse monobloc que modulaire. Il se réfère néanmoins pour l'essentiel à la démonstration de son expertise, laquelle met en avant la présence d'un volumineux granulome du massif trochantérien, expliqué par une prothèse modulaire défectueuse.

Or, l'expert J_____ et le Dr E_____, chirurgien traitant, ont exposé que la prothèse posée en 1999 (et celle posée en 2005) est de type monobloc et non pas modulaire, laquelle n'a, en particulier, pas été retirée du marché, et que le granulome n'est pas volumineux. Le Dr G_____ a ainsi maintenu ses conclusions de façon incompréhensible, en arguant d'une soi-disant contradiction entre le rapport du Dr E_____ du 25 janvier 1999 et celui du 2 avril 2019. A cet égard, le rapport opératoire du 27 janvier 1999 du Dr E_____ indique qu'a été mis en place un col neutre zirconium 28 mm après avoir effectué un essai avec les cols courts et moyens, et celui du 2 avril 2019 précise qu'il s'agit d'une tige monobloc et confirme que la tête est en céramique, le Zirconium étant une sorte de céramique. Le Dr E_____ précise que le col neutre n'implique pas, contrairement à l'avis du Dr G_____, dont l'expert J_____ souligne qu'il montre une méconnaissance des implants (expertise judiciaire p. 7), qu'il s'agisse d'une prothèse de type modulaire (rapport du Dr E_____ du 2 avril 2019). Le Dr E_____ confirme également que la tige modulaire a été retirée du marché en raison de problèmes de corrosion mais qu'une telle tige n'a pas été posée chez le recourant. Or, le Dr G_____, suite aux renseignements fournis par le Dr E_____, maintient toutes ses conclusions, en relevant qu'il ne peut choisir entre les deux « formulations » du Dr E_____, ce qui n'est pas pertinent, vu que quel que soit la qualification de la largeur de la tête en Zirconium (courte, moyenne ou neutre ou encore longue), celle-ci s'insère dans une tige monobloc en non pas modulaire ; par ailleurs, le Dr G_____ ne retire pas son affirmation selon laquelle le Dr E_____ se trompe en mentionnant que la prothèse est en céramique alors qu'elle est en Zirconium (rapport du Dr G_____ du 17 janvier 2019 p. 3), et cela malgré les précisions du Dr E_____ selon lesquelles le Zirconium est une sorte de céramique.

Ce faisant, le Dr G_____ a failli aux règles élémentaires imposées à un médecin-expert, dont la mission est d'éclairer l'administration et la chambre de céans sur la réalité médicale des faits, alors qu'il s'emploie à maintenir, à tout prix et contre l'évidence, une hypothèse qu'il a construite dès le départ dans son rapport d'expertise du 27 septembre 2016, soit que le recourant a été victime d'une prothèse modulaire défectueuse et retirée du marché en 2008, ayant causé des débris en importance et l'apparition d'un volumineux granulome, lequel est la cause de la fracture subie le 14 janvier 2016, survenue avant la chute du recourant.

Sollicitée par la chambre de céans pour savoir quelle hypothèse elle admettait, soit la pose en 1999 d'une prothèse monobloc ou modulaire, l'intimée s'est bornée à renvoyer au rapport, comme on l'a vu peu explicite, du Dr G_____. Ce faisant, elle ne fournit aucun argument permettant d'asseoir sa position, ni de reconnaître une valeur probante à l'avis de son expert.

Pour le reste, il convient de constater que même si la prothèse de la hanche posée en 1999 et la présence d'un granulome devaient être qualifiés d'état maladif antérieur, il n'en demeure pas moins que l'expert judiciaire a clairement expliqué que le granulome, de moindre importance et se situant uniquement en zone 1, ne représentait pas un risque fracturaire (expertise judiciaire p. 3) et qu'il pouvait affirmer que le granulome était raisonnable car l'ostéosynthèse par vis qui avait été pratiquée aurait été impossible en présence d'un granulome important (expertise judiciaire p. 4). Aussi, la fracture était-elle due à l'accident au-delà d'une probabilité de 50 % (expertise judiciaire p. 4).

Le Dr G_____ estime encore que la mise en place d'un cerclage en janvier 2016 met en évidence le fait que l'os était grandement fragilisé car incapable de supporter les vis (rapport du Dr G_____ du 17 janvier 2019 p. 8). Or, l'expert judiciaire a expliqué que le « montage insuffisant de manière mécanique » survenu après l'intervention de janvier 2016 était courant, de sorte qu'il était plutôt recommandé de mettre en place des plaques de reconstruction, ce qui n'était pas toujours fait car celles-ci étaient proéminentes et épaisses et pouvaient gêner, après consolidation, le patient dans ses mouvements (expertise judiciaire p. 5). L'absence de pose de plaque de reconstruction lors de la première intervention n'a ainsi pas été motivée par la présence d'un os grandement fragilisé, ce d'autant que, cas échéant, cette pose de plaque n'aurait pas été possible lors de la deuxième opération.

Enfin, le Dr G_____ estime que l'expert judiciaire n'a pas respecté les directives pour la réalisation des expertises de Swissortho et de la SIM. Outre que la mission d'expertise ne s'y référait pas, le rapport d'expertise est suffisamment motivé, comme expliqué ci-avant, pour qu'il soit considéré comme probant.

17. Au demeurant, l'expert judiciaire a motivé de façon convaincante que c'était la chute et non pas un état maladif antérieur qui a causé la fracture, elle-même à l'origine des deux interventions chirurgicales des 20 janvier 2016 et 1^{er} septembre 2016 et de l'incapacité de travail subie par le recourant, telle que constatée par l'expert judiciaire.

Partant, l'accident et ses suites sont à la charge de l'intimée.

18. a. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise font partie des frais de procédure (cf. SVR 2013 IV n° 1 p. 1 [9C_13/2012] consid. 3; consid. 3 non publié aux ATF 139 V 225 de l'arrêt 8C_984/2012 du 6 juin 2013). Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures; à défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement.

Dans un arrêt ATF 137 V 210, le Tribunal fédéral a considéré que lorsque le tribunal cantonal des assurances (respectivement le Tribunal administratif fédéral) constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même une expertise en oeuvre (consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Dans ce cas, les coûts de l'expertise

ordonnée par le tribunal auprès du COMAI peuvent être mis à la charge de l'assurance-invalidité (consid. 4.4.2). Dans la mesure où, en principe, les mêmes règles de procédure, à savoir les art. 43 à 49 LPGA, sont applicables à l'instruction de la demande aussi bien en matière d'assurance-invalidité que dans le domaine de l'assurance-accidents, les principes jurisprudentiels régissant la prise en charge des frais d'expertise du COMAI par les offices de l'assurance-invalidité valent également par analogie lorsque le tribunal cantonal juge un complément d'instruction nécessaire et ordonne la mise en oeuvre d'une expertise au lieu de renvoyer la cause à l'assureur-accidents. Les frais d'expertise peuvent ainsi être mis à la charge de l'assureur-accidents lorsque les résultats de l'instruction mise en oeuvre dans la procédure administrative n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme indispensables, mais qu'un tel renvoi apparaît peu opportun au regard du principe de l'égalité des armes (ATF 139 V 225 consid. 4.3 p. 226).

Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres termes, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en oeuvre une expertise judiciaire. En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux exigences jurisprudentielles, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 consid. 4.4 p. 502 et les références).

b. En l'occurrence, les résultats de l'instruction mise en oeuvre par l'intimée, soit l'expertise du Dr G _____, n'ayant pas de valeur probante, les frais de l'expertise judiciaire que la chambre de céans a dû diligenter, au montant de CHF 4'200.-, seront mis à la charge de l'intimée.

19. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que l'intimée doit prendre en charge les suites de l'accident du 14 janvier 2016, dans le sens des considérants.

Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 4'000.- sera accordée au recourant à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimée.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimée du 8 mai 2017.
4. Dit que l'intimée doit prendre en charge les suites de l'accident du 14 janvier 2016, dans le sens des considérants.
5. Met les frais de l'expertise judiciaire de CHF 4'200.- à la charge de l'intimée.
6. Alloue une indemnité de CHF 4'000.- au recourant, à la charge de l'intimée.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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