

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____1979, a été engagée par le B_____ (ci-après : l'employeur) en qualité d'assistante de direction à partir du 7 juin 2013 et était, à ce titre, assurée auprès d'AXA Assurances SA (ci-après : AXA) contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels.
2. Le 22 mai 2014, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation. Selon le rapport de police du 17 juillet 2014 y relatif, l'assurée a effectué un freinage d'urgence au guidon de son motorcycle, afin d'éviter d'entrer en collision avec un véhicule qui lui avait coupé la route. Elle a dérapé sur la route mouillée et chuté au sol, se blessant grièvement. Les premiers soins ont été prodigués sur place par les ambulanciers puis l'assurée a été conduite aux Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : HUG). S'agissant des conséquences de l'accident, les policiers ont noté l'existence d'une fracture et d'une déchirure des ligaments à la cheville gauche, des douleurs à l'épaule gauche, à la hanche et au sacrum.
3. En date du 23 mai 2014, l'assurée a consulté les urgences de l'Hôpital de la Tour, où un examen clinique et des investigations radiologiques ont été réalisés. Il ressort des rapports établis les 25 et 26 août 2014 par la doctoresse C_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, les diagnostics d'entorse et de foulure du rachis cervical, d'entorse et de foulure de la cheville gauche et de lésions traumatiques superficielles multiples. La Dresse C_____ a indiqué que des radiographies avaient été effectuées le jour de l'accident aux HUG, mais que l'assurée avait quitté l'hôpital sans consultation médicale. Lors de l'auscultation du 23 mai 2014, l'intéressée relatait des céphalées, des douleurs de la nuque, de l'épaule gauche, du bassin et du sacrum, de la hanche gauche et de la cheville gauche. À l'examen, la palpation cervicale était diffusément douloureuse, avec des contractures musculaires au niveau des trapèzes, et la mobilisation de la nuque était douloureuse. L'assurée se plaignait également de douleurs sous-acromiales postérieures, malgré une mobilisation de l'épaule dans les limites de la norme. Étaient constatés une ecchymose en regard de la crête iliaque supérieure gauche avec des douleurs à la palpation du grand trochanter et de la région rétro-trochantérienne gauche, mais la mobilisation des hanches n'était pas limitée. La cheville gauche était tuméfiée avec un épanchement articulaire, une dermabrasion au niveau du coup de pied, des inversion, éversion et flexion dorsale douloureuses. La Dresse C_____ a en outre relevé que l'assurée présentait des douleurs au bassin depuis une chute à ski en hiver. L'assurée bénéficiait d'un traitement d'antalgie et d'immobilisation et son incapacité de travail avait été de 100% à compter du 23 mai 2014 et de 50% du 3 au 18 juin 2014. Le traitement pouvait être considéré comme terminé à la fin du mois de juin 2014.
4. Le 13 juin 2014, l'assurée a rempli le questionnaire pour les lésions corporelles de la Nationale Suisse, assureur du tiers responsable. S'agissant de la description des lésions, elle a noté une cheville gauche cassée, un ligament arraché, des douleurs aux cervicales, à la hanche et au bas du dos.

5. Le 25 juillet 2014, le docteur D_____, spécialiste FMH en radiologie à l'Hôpital de la Tour, a procédé à des radiographies de la cheville droite, examen ayant mis en évidence un bon alignement des axes osseux et une tuméfaction des parties molles en périphérie de la malléole externe.
6. Par rapport du 11 août 2014, la docteure E_____, spécialiste FMH en radiologie auprès de l'Hôpital de la Tour, a indiqué qu'une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la cheville gauche avait révélé un discret œdème astragalien, calcanéen et à moindre mesure du naviculaire ouvrant un diagnostic différentiel de stigmates de déminéralisation d'immobilisation, versus d'algoneurodystrophie (syndrome régional diffus type 1) et une lamelle liquidienne intra articulaire. L'épaisseur des cartilages était respectée, les tendons en place et sans particularité, la trophicité des muscles conservée et les ligaments bien visualisés.
7. Dans un rapport établi le 18 août 2014, le docteur F_____, spécialiste FMH en radiologie auprès de l'Institut de radiologie spécialisée, a conclu que l'IRM de la colonne lombaire, réalisée en raison de lombalgies invalidantes persistantes, mettait en exergue une légère discopathie non inflammatoire en L4-L5 avec une petite protrusion discale postéro-médiane non sténosante, une sacralisation bilatérale de L5 avec un disque rudimentaire en L5-S1. Il n'y avait aucune lésion osseuse.
8. Par rapport du 1^{er} décembre 2014, le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, en médecine physique et réadaptation, médecin auprès de l'Hôpital de la Tour, a indiqué suivre l'assurée depuis le 8 août 2014. Il a rappelé que sa patiente avait subi le 22 mai 2014 un traumatisme de la cheville gauche et de la colonne vertébrale. Progressivement, dans le cadre de la rééducation, l'assurée avait présenté un lâchage antalgique au niveau de la cheville droite en raison de douleurs du côté gauche, qui avait bien répondu au traitement. Actuellement, persistaient des douleurs lombaires basses prédominant au niveau de la fesse gauche, pouvant irradier au niveau de la face antérieure et postérieure de la cuisse, décrites comme continues et exacerbées par des efforts de port de charges ou des activités physiques. Suite au traitement, l'évolution était spontanément favorable au niveau des deux chevilles, mais demeuraient parfois une gêne et un manque d'endurance en fonction du terrain emprunté, principalement en raison des séquelles résiduelles de l'algodystrophie secondaire de la cheville gauche. Les différentes investigations effectuées avaient révélé la présence d'une discopathie L4-L5 et L5-S1, aggravée par rapport à un examen antérieur à l'accident, sous forme de petite hernie discale distale L5-S1 principalement du côté gauche. L'IRM de la colonne cervicale du 22 septembre 2014 révélait des discopathies étagées, avec une inversion de lordose physiologique lombaire cervicale, très probablement préexistante au traumatisme. L'assurée poursuivait un travail de physiothérapie sous forme de réentraînement musculaire et de gainage, à raison de trois séances par semaine. La situation devrait être stabilisée à un an du traumatisme.

9. Le 16 mars 2015, le Dr G_____ a indiqué à AXA qu'il persistait une douleur et une gêne cervicale principalement à la position assise prolongée et pouvant être exacerbée par le port de charges. Le travail sur ordinateur aggravait les symptômes. Au niveau lombaire bas gauche, était relevée une douleur à la station assise prolongée ainsi qu'au décubitus latéral. S'agissant de la cheville gauche, en fonction du terrain et de son irrégularité, il existait une douleur prédominant du côté externe et par moments des lancées séquellaires de l'algodystrophie. L'assurée poursuivait son travail de renforcement de la musculature tronculaire ainsi que des inter-scapulaires. Un programme de proprioception était également entrepris.
10. Par avis du 19 mai 2015, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil d'AXA, a relevé que l'IRM de la cheville gauche du 11 août 2014 laissait suspecter un syndrome régional diffus de type 1 (maladie de Sudeck), pour lequel l'assurée était en traitement. Il existait encore, surtout au niveau de la cheville gauche, un potentiel de traitement mais le statu quo ante pouvait être fixé à une année post-traumatique, soit à la fin du mois de mai 2015.
11. Dans un rapport du 23 juin 2015, la doctoresse I_____, spécialiste FMH en radiologie à l'hôpital de la Tour, a conclu, suite à une IRM du bassin, à la présence de minimes géodes sous-chondrales de la partie antérieure du cotyle gauche, ainsi que d'un minime œdème adjacent au grand trochanter des deux côtés pouvant traduire une minime bursite pertrochantérienne. Sinon, il n'y avait pas d'anomalie de signal de l'os, pas d'épanchement coxo-fémoral significatif, pas d'anomalie significative à l'insertion des tendons des muscles moyen et petit fessier sur les grands trochanters des deux côtés.
12. Mandaté par AXA, le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a rendu un rapport d'expertise le 3 février 2016, document basé sur un examen de l'assurée le 8 janvier 2016, le dossier médical d'AXA, « quelques pièces complémentaires » et le dossier radiologique demandé aux divers instituts ayant pratiqué les examens.

L'expert a posé les diagnostics de status après un accident de la voie publique le « 22 avril 2014 » (recte 22 mai 2014), ayant entraîné une entorse avec une contusion osseuse de la cheville gauche sans déchirure ligamentaire, une contusion de la hanche gauche, une contusion lombaire et une entorse cervicale de stade II sur un status dégénératif douloureux préexistant, de cervicalgies intermittentes essentiellement sous stress professionnel liées à des troubles dégénératifs (discopathie et uncarthrose modérée) et préexistantes à l'événement accidentel, de douleurs de la hanche gauche vraisemblablement sur une tendinite proximale du droit antérieur secondaires à une mauvaise démarche post-raideur de la chaîne musculaire postérieure et à une entorse de la cheville gauche, et d'inflammation persistante à l'effort péri malléolaire externe possiblement en relation avec un CRPS (pour « complex regional pain syndrome », soit un syndrome douloureux régional complexe [SDRC]) frustré.

À l'anamnèse socio-professionnelle, le Dr J_____ a retenu que l'assurée avait présenté une incapacité de travail de 100% dès le 23 mai 2014, de 50% dès le 3 juin 2014 et de 0% dès le 19 juin 2014. Elle avait été licenciée au 31 juin 2015 et s'était inscrite à l'assurance-chômage. Une demande de prestation auprès de l'assurance-invalidité serait en cours. À l'anamnèse actuelle, l'expert a notamment relevé que l'intéressée était suivie depuis 2008 par densitométrie osseuse pour une discrète à modérée ostéopénie. À cet égard, il a résumé un rapport radiologique du 25 septembre 2008 et commenté un examen de contrôle du 12 octobre 2011. L'expert a également fait état d'une fracture du sacrum en 2010 et d'une chute à ski le 10 mars 2014 ayant engendré des douleurs persistantes au niveau du bas du dos, du sacrum et des articulations sacro-iliaques. Compte tenu des antécédents de fracture du sacrum, une IRM de contrôle avait été réalisée à l'Hôpital de la Tour le 23 avril 2014, sans qu'aucune lésion traumatique ne soit mise en évidence. Concernant les suites du sinistre du 22 mai 2014, l'expert a résumé le rapport radiologique relatif au scanner du bassin et de la cheville gauche effectué le 23 mai 2014 à l'Hôpital de la Tour et signalé que le radiologue n'avait noté aucune fracture visualisée, que ce soit au niveau du bassin ou de la cheville. Il avait en revanche décrit la présence de quelques petits arrachements corticaux de la face externe de l'astragale, évoquant un status après une entorse externe avec une tuméfaction des tissus mous d'accompagnement. L'assurée relatait avoir porté une botte-attelle au moins six semaines et s'être déplacée en charge et sans canne, ce qui avait entraîné un lâchage de la cheville droite avec une entorse. Les radiographies n'avaient rien mis en évidence et après deux-trois semaines, la situation était rentrée dans l'ordre. Par contre, concernant la cheville gauche, les douleurs avaient perduré et l'assurée avait ensuite porté une attelle plus fine. En raison d'une boiterie entraînant une mauvaise démarche, des douleurs du rachis étaient apparues et étaient devenues très intenses au mois d'août 2014, avec tout à coup un blocage matinal, raison pour laquelle une IRM avait été effectuée le 18 août 2014. Compte tenu de l'importance des douleurs et de l'absence de lésion traumatique manifeste, une infiltration épidurale en L5-S1 avait été réalisée le 28 août 2014. Depuis environ cette période, l'assurée relatait également des douleurs dans la fesse gauche, ainsi que dans le pli inguinal gauche. Après l'épisode lombaire, les cervicalgies étaient devenues plus importantes, avec une limitation de la mobilité, de sorte qu'une IRM cervicale avait été effectuée à l'Hôpital de la Tour le 22 septembre 2014. Cet examen avait permis de conclure à la présence de discrets troubles dégénératifs débutants. Les douleurs de la hanche perdurant, une IRM du bassin avait été réalisée en juin 2015. Durant l'été 2015, l'assurée avait complètement arrêté la physiothérapie et s'était mise au paddle, ce qui lui avait permis de bien renforcer sa cheville et de retrouver une mobilité physiologique, avec une nette diminution des plaintes. Elle avait l'impression que la proprioception était meilleure. En août 2015, le problème principal semblait être les douleurs coxo-fémorales gauches, raison pour laquelle une infiltration avait été pratiquée le 24 août 2015, sans franche amélioration d'après l'assurée. De

septembre à novembre 2015, l'assurée avait consulté le Dr K_____, chiropraticien, mais ceci ne l'avait pas vraiment soulagée. En raison d'une réaction allergique suite à la dernière infiltration de corticoïdes et de ses troubles digestifs, l'assurée avait décidé d'arrêter toute la médication depuis le début du mois d'octobre 2015. Seules des radiographies du pied gauche avaient été effectuées le 15 décembre 2015 pour des douleurs au 2^{ème} métatarsien. Le rapport de l'Hôpital de la Tour y relatif mentionnait une hypodensité du scaphoïde sur le cliché de face, non retrouvée sur le cliché oblique.

Les plaintes actuelles de l'assurée se situaient principalement au niveau de la hanche gauche et de la cheville gauche. S'agissant de la hanche, l'assurée relatait une douleur du pli inguinal et postérieure dans la fesse, lorsqu'elle essayait de courir, lorsqu'elle était assise ou lorsqu'elle essayait de faire de l'équitation, et ceci après une à deux heures. Par contre, elle n'avait pas de douleur nocturne, matinale de déverrouillage, au repos ou lors de ses déplacements habituels. Quant à la cheville, elle était asymptomatique dans la vie de tous les jours, mais si l'assurée tentait de courir, elle voyait à nouveau apparaître une tuméfaction dans la région péri malléolaire externe. En outre, depuis quelques semaines, elle ressentait une douleur au pied gauche essentiellement au niveau du 2^{ème} rayon, avec l'apparition d'une hypersensibilité depuis l'extrémité du gros orteil jusqu'à la base du premier métatarsien. En sus de ces pathologies, l'assurée signalait des douleurs modérées intermittentes cervicales, mais qui étaient actuellement considérées comme équivalentes à celles qu'elle avait avant le sinistre. À l'examen clinique, l'expert a notamment relevé que le tendon d'Achille était très court au niveau des gastrocnémiens, que la palpation du faisceau antérieur du ligament latéral externe était légèrement sensible à gauche, que l'arrière-pied debout en statique bipodal était en léger varus dû à la raideur des gastrocnémiens. La palpation des grands trochanters était légèrement sensible des deux côtés, tout comme celle du droit antérieur au niveau de l'épine iliaque antro-inférieure à gauche. L'expert a constaté une hyperlordose posturale entraînant une hypercyphose compensatoire sous-jacente et l'assurée présentait un verrouillage actif de la charnière lombo-sacrée qu'elle n'arrivait pas à mobiliser spontanément.

Dans la partie discussion de son rapport, le Dr J_____ a expliqué que l'atteinte principale au départ semblait avoir été la cheville, sous forme de petites contusions osseuses de l'arrière-pied et des parties molles, mais sans fracture significative ou atteinte ligamentaire majeure ou tendineuse. Si le CT-scan montrait quelques petits arrachements osseux de la joue externe de l'astragale, ceux-ci ne pouvaient pas être considérés comme une lésion importante puisqu'on ne les retrouvait pas sur les clichés standards et que l'IRM montrait une intégrité des ligaments. Seules des contusions osseuses modérées étaient mises en évidence. L'assurée avait été victime d'une contusion de la hanche gauche avec un hématome essentiellement dans la région trochantérienne et fessière. La colonne lombaire pouvait avoir été impactée et avait subi également une contusion, mais il se pouvait aussi que les

douleurs soient apparues secondairement sur une mauvaise démarche liées à la cheville gauche puis à l'entorse de la cheville droite qui avait nécessité de se déplacer avec des cannes anglaises. En outre, l'assurée avait vraisemblablement subi une entorse cervicale, survenue dans le cadre d'une rectitude de la partie proximale de cette zone cervicale, associée à des discrets troubles dégénératifs. L'entorse de la cheville droite avait guéri sans séquelle, mais il perdurait une tuméfaction à l'effort dans la région pré malléolaire externe de la cheville gauche. Il était cependant difficile de démontrer que cette pathologie était véritablement en relation avec un problème encore accidentel puisque les investigations n'avaient pas montré de lésion fraîche importante à ce niveau. Il y avait bien une petite hyperfixation intra-osseuse de l'arrière pied, dont le diagnostic différentiel évoqué avait été celui éventuellement de CRPS, mais qui pouvait également simplement être liée à la décharge post-contusion. En l'état actuel, la situation semblait être rentrée dans l'ordre et il n'y avait aucun signe prouvant qu'il perdurait un problème de CRPS, étant relevé que ce diagnostic avait été mentionné par le Dr G_____ trois mois après le sinistre sans jamais avoir été prouvé. Pour ces raisons, on pouvait tout à fait évoquer une mauvaise démarche d'origine multifactorielle concernant cette problématique perdurant. La raison principale était vraisemblablement le varus calcanéen constitutionnel bilatéral et la raideur de la chaîne musculaire postérieure, en particulier au niveau des gastrocnémiens. Ceci obligeait l'assurée à tricher pour passer le pas et induisait une attaque en varus calcanéen et une surcharge du bord externe, qui pouvait tout à fait entraîner une surcharge du faisceau antérieur du ligament latéral externe, voire des péroniers. Cette surcharge était cependant intermittente puisqu'elle n'était pas mise en évidence sur les diverses investigations radiologiques. Partant, concernant les plaintes actuelles de la cheville, on ne pouvait pas démontrer qu'il y avait encore une relation de causalité naturelle vraisemblable avec l'événement accidentel et un statu quo sine pouvait être défini au plus tard à la date de l'expertise. S'agissant de la hanche gauche qui était encore symptomatique en flexion et lors des efforts, le même raisonnement pouvait être appliqué. Les investigations n'avaient pas révélé d'atteinte majeure durable dans cette zone. Les petites géodes ostéo-sous-chondrales antérieures n'étaient pas inflammatoires et étaient probablement bénignes et présentes depuis longtemps. De plus, les rares inflammations modérées constatées étaient une bursite rétro-trochantérienne des deux côtés et insertionites proximales des ischio-jambiers qui allaient tout à fait dans le sens d'une mauvaise utilisation des membres inférieurs liée à la raideur postérieure. Pour ces raisons, le statu quo sine pouvait également être établi au plus tard à l'expertise. Concernant le rachis lombaire, il n'y avait plus aucune plainte franchement limitative et la situation était stabilisée. Finalement, pour ce qui était de la colonne cervicale, on constatait sur la première IRM postérieure à l'accident que l'assurée présentait manifestement une mauvaise posture à ce niveau, associée à des troubles dégénératifs chroniques préexistant à l'accident. Ce dernier avait décompensé ces pathologies, mais ne les avait pas aggravées de manière durable ou déterminante.

Les plaintes cervicales étaient de nouveau intermittentes et modérées, quasiment superposables à celles avant le sinistre. Ainsi, le statu quo sine pouvait être posé au plus tôt six mois après l'accident, au plus tard à la date de l'expertise. En l'état actuel, il n'y avait aucune lésion orthopédique objectivable qui justifiait encore une prise en charge par l'assureur-accidents. Tous ces faits étaient également étayés par la scintigraphie du 14 janvier 2016 qui confirmait l'absence de toute lésion traumatique.

Répondant aux questions, l'expert a notamment retenu, s'agissant du lien de causalité naturelle entre le sinistre assuré et les atteintes à la santé, que l'événement du « 22.04.2014 » (recte 22 mai 2014) avait surtout entraîné un problème d'entorse externe avec une contusion osseuse modérée du pied gauche, sans fracture significative ou arrachement ligamentaire. À cela s'était ajouté vraisemblablement aussi des contusions multiples de tout l'hémicorps gauche, en particulier de la région per trochantérienne et fessière puisqu'un hématome avait été constaté à l'époque. Les plaintes actuelles au niveau de la hanche gauche et de la cheville « droite », survenant essentiellement lors d'effort ou de sports, étaient vraisemblablement à mettre sur le compte d'une mauvaise utilisation de son corps en raison d'une raideur importante de la chaîne musculaire postérieure, obligeant une tricherie à la marche. Il n'était pas exclu que le petit trouble dégénératif de la hanche gauche joue également un rôle, mais il lui semblait trop modéré pour être véritablement responsable des plaintes à ce niveau. Le fait que les examens radiologiques avaient mis une fois en évidence une petite inflammation dans la région trochantérienne des deux côtés confirmait plutôt un problème de mauvaise utilisation par enroulement des hanches lié à la raideur postérieure que des séquelles traumatiques. Si on ne pouvait définir un statu quo ante, il était clair que le statu quo sine avait été retrouvé. Il pouvait être fixé au mois de novembre 2015, soit à la fin du traitement chez le Dr K_____. Au plus tard, on pouvait le prolonger jusqu'à la date de l'expertise, compte tenu du fait que la scintigraphie SPECT-CT du 14 janvier 2016 confirmait et excluait toute lésion traumatique encore présente. Compte tenu de l'importance des contusions surtout au niveau de la cheville gauche, l'incapacité de travail qui avait perduré jusqu'au 18 juin 2014 était tout à fait justifiable. Quant au traitement, des séances d'ergothérapie visant à vérifier comment l'assurée utilisait son corps pourraient être utiles, sous forme d'hygiène posturale et gestuelle, associées à un lit plantaire. Cependant, ce traitement devrait logiquement être à la charge de l'assureur maladie.

L'expert a joint un rapport relatif à la scintigraphie osseuse du 14 janvier 2016, examen s'étant révélé dans les limites de la norme aux trois phases de l'examen, sans anomalie visible sur l'ensemble du membre inférieur gauche, sans composante inflammatoire notable. Seule une discrète asymétrie d'activité en faveur de l'articulation coxo-fémorale gauche de type dégénératif simple était observée. L'ensemble du scintigramme osseux était dans les limites de la norme pour la

classe d'âge de l'assurée, sans argument en faveur d'une pathologie métabolique osseuse rapidement évolutive.

13. Dans un courrier du 10 février 2016, AXA a informé l'assurée qu'elle considérait, sur la base du rapport du Dr J_____, que ses douleurs au niveau de la cheville gauche, de la hanche gauche et des cervicales n'avaient plus de rapport avec l'accident depuis la date de l'expertise.
14. Le 1^{er} mars 2016, l'assurée a contesté la position d'AXA et lui a transmis les observations de son médecin traitant, lequel était en désaccord avec l'expert sur de nombreux points.

Dans ce rapport du 26 février 2016, le Dr G_____ a relevé que sa patiente ne souffrait pas d'une tendinite proximale du droit antérieur, mais bien plutôt d'une lésion traumatique intra articulaire de l'articulation coxofémorale gauche, décompensée par la boiterie et provoquée avec une très haute probabilité par le traumatisme. Cette lésion était responsable de la douleur dans la mesure où l'assurée avait très bien répondu à l'injection de corticoïde intra articulaire du 24 août 2015. Il a en outre contesté la « légèreté » du traumatisme au niveau de la cheville évoqué par le Dr J_____ en notant que de nombreuses fractures étaient méconnues sur les radiographies standards alors qu'elles pouvaient être retrouvées lors d'examens complémentaires. Les arrachements osseux de la joue externe de l'astragale témoignaient de l'importance du traumatisme et l'absence de lésion ligamentaire ne permettait pas d'exclure la sévérité d'une lésion. S'agissant du diagnostic de CRPS, il ne nécessitait dans la majorité des cas pas d'examens complémentaires et il survenait rarement dans les suites immédiates d'un traumatisme, un délai de trois mois post-accident étant raisonnable. Les remarques en lien avec la démarche de l'assurée relevaient tout au plus de la subjectivité de l'examineur. Aucune preuve tangible ne permettait d'exclure l'origine traumatique des géodes sous chondrales dans la mesure où l'examen avait été réalisé en juin 2015, soit longtemps après le traumatisme, raison pour laquelle les géodes n'étaient pas d'allure inflammatoire. Mais il n'était pas possible de réfuter l'origine accidentelle quant à leur présence. Puisque toutes les décompensations étaient liées au traumatisme, la prise en charge du traitement préconisé incombait à l'assureur-accidents. Concernant l'incapacité de travail, la reprise à 100% était effective au « 27.2014 » et non pas au 18 juin 2014. Le médecin traitant a conclu que sa patiente présentait au jour du rapport une symptomatologie douloureuse de la hanche gauche dont l'origine était liée à l'accident avec une certitude proche de 100%.

15. Dans un avis du 11 mars 2016, le Dr H_____ a confirmé les conclusions du Dr J_____ quant au statu quo et retenu qu'il existait manifestement des éléments de type maladif ayant une influence sur l'évolution au niveau de la hanche gauche. La scintigraphie osseuse du 14 janvier 2016 avait conclu à une légère asymétrie d'activité en faveur de l'articulation coxo-fémorale gauche de type dégénératif simple. Des petites géodes avaient également été présentées au niveau de cette

articulation. Concernant un éventuel CRPS de la cheville, il était effectivement souvent un diagnostic posé de manière clinique et on ne pouvait pas exclure totalement que l'assurée ait présenté un problème de cet ordre, mais celui-ci était résolu, de sorte que la polémique n'entraîne pas en considération

16. Par décision du 14 juin 2016, AXA a mis un terme à ses prestations avec effet au 8 janvier 2016, renonçant à exiger le remboursement des prestations déjà versées.

Copie de cette décision a été notifiée à l'assureur-maladie de l'assurée.

17. En date du 16 août 2016, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision précitée et contesté que le statu quo sine ait été atteint au 8 janvier 2016. Elle a notamment rappelé que le Dr G_____ était d'avis que les troubles dont elle souffrait étaient en lien de causalité avec l'accident assuré.

Elle a joint à sa missive un avis établi le 22 juin 2016 par le Dr G_____, lequel considérait que les conclusions des Drs J_____ et H_____ constituaient de simples suppositions et que ces médecins peinaient à réfuter l'origine traumatique ou la probabilité élevée de l'occurrence due à la lésion en rapport avec le traumatisme. Il maintenait que sa patiente ne présentait pas de tendinite consécutive à un déplacement sur des cannes, mais bien une lésion traumatique intrinsèque à l'articulation. Il confirmait sa conclusion quant au lien de causalité entre le traumatisme et la lésion de la hanche et relevait que l'existence de troubles dégénératifs était une condition incontournable de la biologie de l'être humain. Nier l'existence d'un traumatisme sous prétexte qu'il existait des lésions dégénératives reviendrait à refuser à toute personne de plus de 35 ans l'éventualité de séquelles traumatiques en cas d'accident puisqu'il était communément admis que toute personne de plus de cet âge présentait déjà des lésions d'allure dégénérative. Les Drs J_____ et H_____ étaient des spécialistes en chirurgie orthopédique, alors que lui pratiquait la rééducation depuis plus de 20 ans, de sorte que ces médecins n'étaient pas les plus adaptés pour proposer un traitement de réadaptation ou suggérer l'origine des douleurs sur la base d'une boiterie.

18. Par décision sur opposition du 21 novembre 2016, AXA a rejeté l'opposition de l'assurée. En substance, elle a considéré, en se fondant sur les rapports des Drs J_____ et H_____ auxquels elle attribuait une pleine valeur probante, que la relation de causalité entre le traumatisme et les plaintes pouvait être formellement exclue au 8 janvier 2016 et que les troubles de l'assurée étaient manifestement d'origine dégénérative. L'avis divergent du Dr G_____ n'était pas scientifiquement prouvé.

19. Par acte du 9 janvier 2017, l'assurée, par le biais d'un mandataire, a interjeté recours contre la décision sur opposition du 21 novembre 2016 et conclu, sous suite de dépens, préalablement, à l'audition des parties et des Drs J_____ et G_____, ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise médico-légale. Principalement, elle a conclu à l'annulation de la décision entreprise, à ce qu'il soit dit et constaté que ses troubles encore présents au niveau de la hanche gauche étaient en rapport de

causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 22 mai 2014, à ce que l'intimée soit condamnée à la prise en charge des prestations légales de l'assurance-accident. La recourante a notamment nié toute valeur probante au rapport du Dr J_____ concernant ses troubles de la hanche gauche, soulignant que ce document se limitait à relever le diagnostic de contusion lors de l'accident puis à évoquer des causes non traumatiques qui pourraient expliquer les douleurs persistantes. Le Dr J_____ se bornait à envisager une autre étiologie qui lui apparaissait possible sans expliquer pourquoi l'origine traumatique devrait être niée ou n'aurait pas une vraisemblance prépondérante. La lecture de l'expertise ne permettait pas de savoir sur quelle base l'origine traumatique des douleurs n'était pas retenue par l'expert et sur quelle base la possibilité d'une influence de la démarche de la recourante était préférée, sans constatation médicale permettant d'asseoir cette opinion. À ce propos, le Dr J_____ avait noté que la surcharge du faisceau antérieur du ligament latéral externe, voire des péroniers, engendrée par la mauvaise démarche multifactorielle, serait intermittente au vu du fait qu'elle n'avait pas été mise en évidence sur les investigations radiologiques. Ainsi la mauvaise démarche évoquée par ce médecin n'était pas confirmée par les investigations radiologiques présentes au dossier. Ses conclusions n'étaient ainsi pas motivées à satisfaction et l'appréciation de la situation médicale n'était pas claire. De plus, l'avis du Dr J_____ était remis en cause de manière circonstanciée par le Dr G_____, lequel avait retenu l'existence d'un lien de causalité entre les troubles présentés par la recourante à la hanche gauche et l'accident, dans ses rapports des 22 février et 16 juin 2016. L'appréciation de ce médecin se fondait sur des constatations médicales factuelles, à savoir les effets positifs de l'infiltration intra-articulaire sur les douleurs. Partant, le point de vue de l'intimée selon lequel un statu quo sine pouvait être fixé au 8 janvier 2016 n'était pas justifié. En outre, la recourante a relevé que le Dr H_____ avait indiqué qu'il existait manifestement des éléments de type maladif qui influençaient sur l'évolution au niveau de la hanche, admettant ainsi que l'accident revêtait un caractère causal, qui serait complété par des éléments de type maladif. Cependant, ce n'était que si les troubles étaient exclusivement dus à des causes étrangères à l'accident qu'aucune prestation n'était due et non l'inverse. Partant, un statu quo sine ne pouvait être fixé au 8 janvier 2016 et l'intimée devait continuer à accorder à la recourante les prestations légales.

20. Dans sa réponse du 7 mars 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse. En substance, elle a soutenu qu'il n'existait pas de motif de s'écarter des conclusions convaincantes de l'expert et que l'atteinte dont se prévalait la recourante n'était nullement révélée dans le dossier. Elle a rappelé, s'agissant de la hanche gauche, que les investigations avaient confirmé l'absence de toute atteinte traumatique et n'avaient mis en exergue qu'un discret trouble dégénératif. Les allégations de la recourante quant à une éventuelle origine traumatique n'étaient pas étayées. Le médecin-conseil avait confirmé que la scintigraphie osseuse de janvier 2016 et l'IRM du bassin de juin 2015 démontraient des lésions d'origine malade expliquant l'évolution des troubles de la recourante.

21. En date du 28 mars 2017, la recourante a persisté dans l'intégralité de ses conclusions. S'agissant de la valeur probante de l'expertise du Dr J_____, elle a notamment relevé que ce médecin avait indiqué que l'atteinte principale au départ semblait avoir été la cheville, ce qui était erroné puisqu'elle s'était plainte de douleurs à la hanche dans les suites immédiates de son accident. L'expert avait sous-estimé la lésion au niveau de la hanche et avait donc procédé à une mauvaise appréciation des faits. En outre, il n'avait pas énuméré les différents documents médicaux figurant au dossier en les commentant brièvement, comme l'exigeaient pourtant les lignes directrices en matière d'expertise. La recourante a en outre soutenu que ses douleurs s'étaient aggravées entre le jour de l'expertise et le jour où la décision lui avait été notifiée. Son atteinte au niveau de la hanche gauche correspondait à une déchirure du ménisque au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, comme attesté par le Dr G_____. Ce type d'atteinte était à la charge de l'assurance-accidents, pour autant qu'elle ne soit pas due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. Aucune maladie affectant sa hanche gauche n'avait été diagnostiquée. Le Dr H_____ n'avait pas précisé quelle maladie pouvait influencer l'évolution au niveau de la hanche et le Dr J_____ avait évoqué l'existence d'une tendinite, ce qui avait été expressément exclu par le Dr G_____. Ses douleurs à la hanche étaient apparues dans les suites immédiates de l'accident, ce qui tendait à prouver qu'elles n'étaient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie et devaient donc être prises en charges par l'intimée.

La recourante a produit les pièces suivantes :

- un courriel du Dr G_____ du 21 mars 2017 aux termes duquel la lésion traumatique intra articulaire de l'articulation coxo-fémorale gauche pouvait être assimilée à une déchirure de ménisque ; la mauvaise foi des médecins-conseils et expert tendait à le réfuter, mais de manière objective, l'atteinte décrite correspondait à une atteinte méniscale ;
- des certificats d'arrêt de travail émis par l'Hôpital de la Tour attestant d'une incapacité de travail à 100% du 23 mai au 2 juin 2014, 50% du 3 juin au 17 juin 2014, 50% du 10 au 30 juin 2014, 100% du 23 au 29 juillet 2014, 50% du 30 juillet au 10 août, 100% du 11 au 12 août 2014, 50% du 13 au 28 août 2014, 100% le 29 août 2014, 20% du 22 septembre au 12 octobre 2014, 50% du 13 au 19 octobre 2014, 20% du 20 octobre au 13 novembre 2014.

22. Par écriture du 19 avril 2017, l'intimée a également maintenu toutes ses conclusions. S'agissant en particulier de la hanche gauche, l'expert n'avait pas ignoré les plaintes de la recourante et avait clairement mis en exergue le fait que le sinistre assuré avait eu pour seule conséquence une contusion de cette articulation. Toutes les investigations qui avaient été faites n'avaient pas révélé d'atteinte majeure durable dans cette zone, seul un discret trouble dégénératif simple avait été retenu. L'appréciation des documents par l'expert ne pouvait être qualifiée de manifestement inexacte ou d'arbitraire puisque l'expert avait discuté les pièces

principales du dossier et que son analyse s'attardait longuement sur l'examen des documents indispensables pour l'expertise. Il n'existait aucun élément déterminant permettant de douter du bien-fondé de l'avis de l'expert

23. Le 20 décembre 2017, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise au docteur L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en leur impartissant un délai pour se déterminer sur l'expert et les questions à lui soumettre.
24. La recourante ne s'est pas opposée à la désignation de l'expert et a proposé d'ajouter deux questions à la mission d'expertise.
25. L'intimée n'a pas formulé d'objections contre l'expert désigné et les questions posées.

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 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) 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).

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 est survenu avant cette date, le droit de la recourante 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.
4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3 1^{ère} phrase LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA).

Compte tenu de la suspension du délai et du report précités, le recours du lundi 9 janvier 2017 contre la décision du 21 novembre 2016, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B LPA).

5. Le litige porte sur le droit de l'intimée de mettre un terme aux prestations accordées à la recourante avec effet au 8 janvier 2016, singulièrement sur l'existence d'un rapport de causalité entre les troubles présentés à la hanche gauche et l'accident assuré au-delà de cette date.
6. 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 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).

7. 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).

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.

8. 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).

S'il s'agit d'un accident sans lésions structurelles au squelette, il y a lieu de considérer que la chronicisation des plaintes doit être de plus en plus attribuée à d'autres factures (étrangers à l'accident). Des plaintes consécutives à une simple contusion durant longtemps doivent en effet souvent être attribuées à un trouble de l'adaptation ou de graves perturbations (Fehlentwicklung) (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 60/02 du 18 septembre 2002 et ses références).

En présence d'une boiterie ou d'un raccourcissement de la jambe, on ne peut nier le lien avec les douleurs, en cas de mauvais point d'appui, sans examen du cas concret et en se référant seulement aux études scientifiques. En effet, il existe des cas où il est prouvé qu'un mauvais point d'appui dû à un accident peut entraîner des douleurs lombaires comme cela a été jugé à plusieurs reprises par le Tribunal fédéral des assurances (voir RAMA 2003 n° U 38/01 p. 337 consid. 5.5.2).

9. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 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 des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

10. Si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lorsqu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA 2000 n° U 363 p. 45 consid. 2). Toutefois, dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 264 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 (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2).
11. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit 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).

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. À 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).

b. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b).

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).

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).

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. 3b/cc).

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 ; 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_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

12. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

13. En l'espèce, l'intimée considère, sur la base du rapport d'expertise du Dr J_____ et des appréciations du Dr H_____, que les atteintes à la santé présentées par la recourante ne sont plus en rapport de causalité naturelle avec le sinistre assuré à partir du 8 janvier 2016 et qu'elles sont manifestement d'origine dégénérative.

La recourante quant à elle soutient que les troubles encore présents au niveau de sa hanche gauche sont en relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel du 22 mai 2014. Elle conteste la valeur probante des rapports précités et leur oppose les avis du Dr G_____.

14. Il convient donc d'examiner la valeur probante de ces documents.

15. En ce qui concerne le rapport d'expertise du 3 février 2016, le Dr J_____ a pris en considération les plaintes de la recourante, présenté des anamnèses détaillées et procédé à des examens approfondis. S'il n'a pas énuméré les documents en sa possession, il n'en demeure pas moins que ceux-ci sont facilement identifiables dès lors que l'expert les a expressément cités dans l'anamnèse et dans la partie de son rapport dévolue à l'interprétation du dossier radiologique.

En revanche, il n'est pas possible de considérer que l'expert a rendu ses conclusions en pleine connaissance de cause, bien qu'il ait tenté de compléter le dossier lacunaire de l'intimée en sollicitant des pièces complémentaires et en recueillant des informations détaillées auprès de la recourante. À cet égard, il est relevé que le Dr J_____ semble avoir été en mesure de consulter l'IRM de la colonne lombaire du 23 avril 2014, le scanner du bassin et de la cheville gauche du

23 mai 2014, l'IRM cervicale du 22 septembre 2014, les rapports relatifs à l'infiltration lombaire du 28 août 2014 et à l'infiltration de la hanche du 24 août 2015, les radiographies du pied gauche du 15 décembre 2015, documents qui n'ont pas été produits dans le cadre de la présente procédure et qui ne sont vraisemblablement pas en possession de l'intimée. Cependant, certains examens n'ont été ni résumés ni commentés, en particulier les premiers examens radiologiques réalisés aux HUG le jour du sinistre, de sorte que tout porte à croire que leurs résultats n'étaient pas connus de l'expert. De même, le dossier communiqué au Dr J_____ ne contient aucun rapport du docteur M_____, médecin consulté par la recourante dans les suites de l'accident et qui a attesté d'une incapacité de travail, ni du chiropraticien qui a suivi l'intéressée à l'automne 2015. Le manque d'instruction de la part de l'intimée entraîne en outre des constatations inexactes puisque les périodes d'incapacité de travail retenues par l'expert correspondent à celles mentionnées dans les rapports de la Dresse C_____ des 25 et 26 août 2014, lesquels apparaissent toutefois incomplets eu égard aux certificats produits par la recourante à l'appui de son écriture du 28 mars 2017.

En outre, la chambre de céans est d'avis que les points litigieux importants du dossier n'ont pas fait l'objet d'une étude circonstanciée. En ce qui concerne plus particulièrement les troubles présentés à la hanche gauche, l'expert a retenu le diagnostic de douleurs « vraisemblablement » sur une tendinite proximale du droit antérieur, « secondaires » à une mauvaise démarche post-raideur de la chaîne musculaire postérieure et à une entorse de la cheville gauche. Il a exposé que la colonne lombaire avait subi une contusion et « pouvait » avoir été impactée, ajoutant qu'il se « pouvait » également que les douleurs soient apparues secondairement à une mauvaise démarche. Il a indiqué que c'était environ depuis le mois d'août 2014 que la recourante relatait des douleurs dans la fesse gauche et dans le pli inguinal gauche, et a conclu que la démarche de la recourante entraînait une surcharge du faisceau antérieur du ligament latéral, voire des péroniers.

La chambre de céans observera tout d'abord que l'argumentation de l'expert repose sur des suppositions et qu'il n'a pas justifié les motifs pour lesquels il ne retenait en définitive pas que la colonne lombaire ait été « impactée » lors du sinistre. À ce propos, il sied de relever une divergence notable entre les avis du Dr J_____ et du Dr G_____ puisque le premier a considéré qu'il n'y avait pas de modification de l'état du rachis lombaire entre l'IRM de contrôle du 23 avril 2014 réalisée après la chute à ski et celle du 18 août 2014, alors que le médecin traitant a indiqué, dans son rapport du 1^{er} décembre 2014, que les discopathies L4-L5 et L5-S1 observées lors de l'IRM du 18 août 2014 étaient aggravées par rapport à l'examen antérieur, sous la forme d'une petite hernie discale distale L5-S1. L'expert n'a toutefois pas commenté ce désaccord. De plus, le Dr J_____ a lui-même relevé que la surcharge du faisceau antérieur du ligament latéral n'avait été mise en évidence sur aucun examen. Une telle surcharge du

ligament latéral, voire des péroniers, n'a d'ailleurs été retenue par aucun autre spécialiste et est fermement contestée par le médecin traitant de la recourante. Il sera ensuite rappelé que la recourante a immédiatement signalé des douleurs au niveau du bassin et de la hanche, comme en attestent les rapports de la Dresse C_____ des 25 et 26 août 2014, confirmés par le rapport de police du 17 juillet 2014 et le questionnaire adressé à la Nationale Suisse le 13 juin 2014, de sorte que ses doléances ne datent pas du mois d'août 2014, contrairement à ce qui est mentionné dans l'expertise. Cela étant, quand bien même les développements du Dr J_____ quant à la mauvaise démarche seraient fondés, ils ne permettraient pas encore de tirer des conclusions quant au rapport de causalité entre l'événement accidentel du 22 mai 2014 et les troubles présentés au-delà du 8 janvier 2016. En effet, l'expert a estimé que la mauvaise démarche était d'origine multifactorielle, faisant référence à un varus calcanéen constitutionnel bilatéral et à la raideur de la chaîne musculaire postérieure, mais également aux suites de l'accident puisqu'il a évoqué un lien avec les troubles de la cheville gauche, l'entorse de la cheville droite et l'utilisation de cannes anglaises.

Il sied également de relever que le Dr J_____ a considéré qu'il n'y avait aucune lésion orthopédique objectivable qui justifiait encore une prise en charge par l'assureur-accident. La scintigraphie n'avait révélé qu'une discrète asymétrie de l'activité en défaveur de l'articulation coxo-fémorale gauche de type dégénératif, et il n'était pas exclu que ce petit trouble dégénératif joue également un rôle dans les plaintes actuelles. Toutefois, ce trouble lui semblait trop modéré pour être véritablement responsable des plaintes. De plus, les examens radiologiques avaient mis une fois en évidence une petite inflammation dans la région trochantérienne des deux côtés, ce qui confirmait plutôt un problème lié à une raideur.

L'appréciation de l'expert est insuffisamment motivée, étant rappelé que de petites géodes ostéo-chondrales ont été observées au niveau du cotyle gauche. Elles ont été considérées par l'expert comme « probablement » bénignes et présentes depuis longtemps, sans que celui-ci ne développe son argumentation. Il n'a en particulier pas exposé si ces géodes relevaient d'un état maladif préexistant, si elles avaient été aggravées ou étaient apparues suite à l'accident, si elles pouvaient expliquer, du moins en partie, les plaintes de la recourante. De surcroît, il a noté, à l'examen du scanner du bassin du 23 mai 2014, la « présence de quelques petits noyaux denses banaux à la partie antérieure du cotyle fémoral sans autre anomalie significative de la structure osseuse », mais a omis de préciser si ces « noyaux », visualisés le lendemain de l'accident, correspondaient aux « géodes » constatées à l'IRM du mois de juin 2015. Si tel était le cas, il aurait été utile de comparer les deux examens pour en tirer des conclusions sur une éventuelle évolution de l'atteinte. Rien dans l'argumentation de l'expert ne permet d'exclure une origine accidentelle desdites géodes (voire des « noyaux »), comme le soutient le Dr G_____. De plus, l'expert n'a pas expliqué en quoi consistait l'atteinte dégénérative de l'articulation

coxo-fémorale gauche, de sorte que ses conclusions, au demeurant hésitantes, quant à leur impact sur les plaintes ne sauraient en l'état être suivies.

La chambre de céans constatera encore que le rapport d'expertise mentionne des facteurs étrangers à l'accident du 22 mai 2014 puisqu'il fait état d'une fracture du sacrum en 2010 et d'une nouvelle contusion sacro-lombaire suite à un traumatisme à ski en mars 2014, lequel avait engendré des douleurs persistantes au niveau du bas du dos, du sacrum et des articulations sacro-iliaques, et avait justifié une IRM un mois avant le sinistre assuré. L'expert n'a toutefois pas exposé si ces événements antérieurs avaient contribué à la survenance des atteintes et jouaient un rôle dans la symptomatologie présentée par la recourante.

Eu égard à tout ce qui précède, les conclusions de l'expert relatives au diagnostic de douleurs de la hanche gauche, vraisemblablement sur une tendinite proximale du droit antérieur, et au retour au statu quo sine au jour de son expertise n'emportent pas la conviction de la chambre de céans.

16. En ce qui concerne les avis du Dr H_____, singulièrement celui du 11 mars 2016, il se limite, en ce qui concerne la hanche gauche, à reprendre les conclusions de la scintigraphie du 14 janvier 2016 et à rappeler l'existence de petites géodes, de sorte qu'il n'est pas probant.
17. Enfin, les rapports du Dr G_____ ne contiennent pas d'anamnèse détaillée, ne font pas état d'exams complets et leurs conclusions sont insuffisamment motivées.

En effet, le médecin traitant a contesté l'existence d'une tendinite proximale du droit antérieur et considéré que sa patiente souffrait d'une lésion traumatique intra articulaire de l'articulation coxo-fémorale gauche, décompensée par la boiterie et provoquée avec une très haute probabilité par le traumatisme, sans livrer la moindre précision sur la nature d'une telle lésion traumatique.

En outre, le Dr G_____ n'a pas indiqué les éléments lui permettant de considérer que les géodes sous-chondrales seraient d'origine traumatique, et non pas dégénératives, sa seule argumentation consistant à affirmer qu'il n'était pas possible de réfuter l'origine accidentelle quant à leur présence.

En ce qui concerne l'injection corticoïde intra articulaire du 24 août 2015, les parties n'ont produit aucune pièce y relative. Il ressort uniquement du rapport d'expertise du Dr J_____ que la recourante a déclaré que l'injection n'avait pas apporté de franche amélioration et qu'elle a signalé une réaction allergique. Il n'apparaît donc pas que la recourante aurait « très bien répondu » à l'injection, comme retenu par le Dr G_____.

Enfin, dans son courriel du 21 mars 2017, le médecin traitant a mentionné que la lésion traumatique dont souffrait la recourante pouvait être assimilée à une « déchirure du ménisque », affirmation dénuée de toute explication mais qui paraît se référer au labrum, lequel est un anneau de fibrocartilages à l'instar du ménisque. Or, aucune atteinte du labrum n'a été constatée ni même évoquée, de sorte que ce

nouvel avis du médecin traitant apporte plus de confusion que d'éclaircissement quant à la nature exacte des lésions qu'il estime avérées. Pour le surplus, la chambre de céans rappellera que notre Haute cour a expressément jugé que la notion de déchirure du ménisque ne saurait être étendue par analogie à d'autres points du corps ayant la même fonction et la même nature que le ménisque, en particulier le labrum acétabulaire de la hanche (arrêt du Tribunal fédéral 8C_118/2011 du 9 novembre 2011).

18. Partant, il apparaît que la décision attaquée repose sur une instruction manifestement insuffisante qui ne permet pas à la chambre de céans de se prononcer sur le retour à un statu quo avec la vraisemblance prépondérante valant en la matière.
19. Une instruction complémentaire s'avère ainsi nécessaire afin de clarifier les troubles dont souffre la recourante au niveau de la hanche gauche et déterminer si des facteurs étrangers à l'accident assuré (maladifs, dégénératifs, accidentels, autres) ont contribué, avec le sinistre en question, à ces atteintes, cas échéant dans quelle mesure. Il conviendra également d'examiner si les éventuels facteurs étrangers sont devenus ou deviendront, à partir d'un moment déterminé, avec un degré de vraisemblance prépondérante, les seules causes influentes sur l'état de santé (*statu quo sine* ou *statu quo ante* atteint).
20. Il y a donc lieu d'ordonner une expertise orthopédique, laquelle sera confiée au docteur XXX.

Ce dernier sera invité à déterminer, lors de l'examen de la recourante, s'il est nécessaire de la soumettre à un examen rhumatologique ou à un autre spécialiste et, dans l'affirmative, à en informer la chambre de céans afin qu'elle puisse ordonner une expertise complémentaire.

Les questions complémentaires requises par la recourante seront intégrées à la mission d'expertise.

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

Statuant préparatoirement :

1. Ordonne une expertise orthopédique et commet à cette fin le docteur L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, GHOL, Hôpital de N_____.
2. Dit que l'expert aura pour mission d'examiner et d'entendre la recourante, après avoir pris connaissance de son dossier (y compris le dossier radiologique), et l'avoir complété, si nécessaire, en requérant tous les éléments utiles, en s'entourant de l'avis de tiers et en requérant au besoin des examens supplémentaires. Il est en particulier invité à prendre contact avec le Dr G_____ pour discuter du cas.
3. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes :
 - a. Anamnèse détaillée.
 - b. Données subjectives de la recourante.
 - c. Constatations objectives.
 - d. Diagnostic(s) précis.
 - e. Indiquer depuis quand ces atteintes sont présentes chez la recourante et comment elles ont évolué.
 - f. Décrire leur évolution avant l'accident du 22 mai 2014 et après.
 - g. Dire si la ou les lésions de la hanche gauche de la recourante est/sont imputable(s) à l'événement accidentel du 22 mai 2014 et, si oui, lesquelles.
 - h. L'accident du 22 mai 2014 est-il la cause unique ou une cause partielle (condition sine qua non) des atteintes à la hanche gauche ?
 - i. Plus précisément, le lien de causalité est-il seulement possible (moins de 50% dû à l'accident), probable (plus de 50% dû à l'accident) ou certain (100% dû à l'accident) ?
 - j. Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 22 mai 2014 qui ont contribué, avec ledit accident, à la survenance de ces atteintes ?
 - k. La recourante présente-t-elle des atteintes dégénératives préexistantes de la hanche gauche ?
 - l. Dans l'affirmative, quelles sont ces atteintes et quel est leur degré de gravité ? Veuillez détailler et motiver votre réponse.
 - m. L'accident du 22 mai 2014 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon intervenu sans cet événement ?

- n. À partir de quand les facteurs étrangers sont-ils devenus, ou deviennent-ils, au degré de la vraisemblance prépondérante (plus de 50%), les seules causes influant sur l'état de santé de la recourante (statu quo sine ou statu quo ante atteint) ?
 - o. Commenter et discuter le rapport d'expertise du Dr J_____ du 3 février 2016.
 - p. Commenter et discuter les rapports du Dr G_____ des 1^{er} décembre 2014, 16 mars 2015, 26 février et 22 juin 2016 ainsi que son courriel du 21 mars 2017.
 - q. Commenter et discuter les rapports du Dr H_____ des 19 mai 2015 et 11 mars 2016.
 - r. Si l'expert s'écarte des appréciations et conclusions des médecins précités sur la question des diagnostics et/ou du statu quo sine ou ante, veuillez en indiquer les raisons et motiver la réponse.
 - s. Formuler un pronostic global.
 - t. Faire toute remarque utile et proposition.
- 4. Invite l'expert à déposer dans les meilleurs délais un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
 - 5. Réserve le sort des frais.
 - 6. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le