

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 mai 2021

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Reinberg, juge
assesseur
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

Q._____, à (...), recourante, représentée par Axa-Arag Protection
juridique, à Winterthur,

et

K._____, à (...), intimée.

Art. 16 et 36 al. 1 LAA; art. 11 OLAA

E n f a i t :

A. **a)** Q. _____ (ci-après: l'assurée), née en [...], a travaillé comme psychiatre au [...] puis au [...]. A ce titre, elle est assurée contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles selon la loi sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20) auprès de K. _____ (ci-après: K. _____ ou l'intimée).

Le 16 février 2008, l'assurée a été victime d'une chute en ski de fond. Elle a présenté à la suite de cet événement des douleurs inguinales, puis pubiennes, qui l'ont amené à consulter le Dr L. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, en juin 2008. Ce médecin a posé un diagnostic de pubalgies, et prescrit des massages décontracturant des adducteurs (cf. rapport du 28 août 2009 établi par le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique).

Sur indication du Dr L. _____, et en présence de douleurs qui persistaient au niveau inguinale, une arthrographie et une arthro-IRM de la hanche gauche ont été réalisées le 3 août 2009. Ces clichés ont mis en évidence une lésion labrale supra-latérale et antérieure à gauche. Le traitement a été conservateur avec une rémission complète dès le mois de novembre 2009. Le cas a été annoncé à K. _____ le 28 août 2009 (cf. rapport médical initial LAA signé par le Dr C. _____).

b) Par déclaration d'accident du 13 décembre 2013, l'employeur de l'assurée a annoncé une rechute de l'accident du 16 février 2008.

Dans son rapport du 29 janvier 2014, le Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'assurée avait ressenti à nouveau des douleurs sur la face antérieure de la cuisse gauche en été 2013 après avoir pratiqué du vélo avec beaucoup d'assiduité, ce qui pouvait aller dans le sens d'une réactivation

de la cicatrice labrale. Après quelques mois et sans traitement particulier, la situation s'était améliorée spontanément pour entrer en rémission ces dernières semaines. Il n'y avait pas de traitement à proposer.

Le 3 juillet 2014, à la demande de K._____, le Dr [...], spécialiste en radiologie, a transmis son rapport de radiologie du bassin de face du 25 janvier 2011, qui conclut à une possible petite arthrose débutante, surtout à droite.

Par courrier du 25 août 2014, K._____ a informé l'assurée qu'elle réglerait à bien plaisir et sans reconnaissance d'obligation la consultation du 27 janvier 2014 auprès du Dr H._____, comme moyen d'investigation.

c) Le 5 juillet 2017, l'employeur de l'assurée a annoncé une nouvelle rechute de l'accident du 16 février 2008.

Le 12 septembre 2017, le Dr T._____, spécialiste en médecine physique et de réadaptation, a indiqué que lors de la consultation du 23 décembre 2016, l'examen de la hanche montrait des mobilités strictement normales et une légère appréhension en rotation externe. Il a par ailleurs répondu comme suit aux questions de K._____ :

"1. Diagnostic ? Tendinopathie des adducteurs de la hanche gauche.

2. Evolution du cas et état actuel (subjectif et objectif) ? Favorable.

3. Des circonstances sans rapport avec l'accident jouent-elles un rôle dans l'évolution du cas ? Si oui, lesquelles ? S'agit-il d'un nouvel événement ? Je ne sais pas, il y a tellement d'accidents chez cette patiente qu'il est très difficile de s'y retrouver, en ce qui concerne notamment ses genoux et pas la hanche.

4. Des investigations ont été réalisées depuis janvier 2013 (RC, scanner, IRM, ...)? Si oui, prière de nous joindre les rapports y relatifs. Aucune investigation n'a été réalisée sur cette hanche.

5. Traitement en cours et proposition? A l'époque elle a fait de la physiothérapie qui concernait hanches et genoux.

6. Résultat de la dernière consultation effectuée? Elle concernait son genou, pas de problèmes. Elle avait un programme d'étirement sur les adducteur et pyramidal.

7. Une incapacité de travail est-elle actuellement effective en relation avec cet accident ? Non

- 8. Si oui, une reprise est prévue prochainement ?** Non
9. Quelle sera encore la durée du traitement ? Indéterminé.
10. Date de la prochaine consultation? Indéterminé.
11. Pronostic ? Favorable
Remarques: dossier très complexe..."

Le cas a été soumis au Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et par ailleurs médecin-conseil de K._____, qui a indiqué dans un compte rendu du 13 mars 2018 que le traitement du mois de septembre 2016 n'était pas en relation de causalité avec les suites de l'accident du 16 février 2008. Il se justifiait toutefois de clarifier la situation.

Le 27 avril 2018, l'assurée a transmis un historique de l'évolution de son cas, faisant en particulier savoir qu'elle avait présenté des douleurs au niveau de la fesse avec inflammation de toute la crête iliaque au printemps 2017, que le traitement par ostéopathie auprès de Mme [...] de mai à novembre 2017 avait permis aux douleurs de s'amender et qu'elle subissait actuellement une nouvelle phase inflammatoire légère avec douleurs moindres au niveau de la fesse lors de positions statiques, une discrète douleur inguinale à l'initiation du vélo et à la marche, ainsi qu'une douleur discrète au niveau du grand trochanter la nuit, ces douleurs ne nécessitant pas de consultation et de traitement autre que du stretching.

A la demande de K._____, les médecins traitants de l'assurée ont transmis les documents suivants:

- Le rapport précité du 28 août 2009 du Dr C._____ au Dr L._____, qui pose le diagnostic de lésion labrale traumatique, avec phase inflammatoire.
- Un rapport d'arthrographie, d'arthro-IRM de la hanche gauche et d'IRM du bassin du 3 août 2009 ;
- Un rapport de radiographies bassin face, hanche gauche axiale/faux profil établi par le Dr [...] le 4 septembre 2009, lequel identifie un ilot condensant d'allure banale au niveau du toit du cotyle du côté gauche, un élément modéré de

comblement osseux visible à la jonction tête et col supérieur des deux côtés. Il n'y avait pas de calcification pathologique décelable, de pincement des interlignes articulaires ou d'atteinte manifeste des articulations sacro-iliaques.

Par décision du 10 juillet 2019, K._____ a informé l'assurée que les traitements médicaux entrepris depuis le 19 juillet 2016 relevaient de l'assurance-maladie, estimant que les lésions subsistant à la hanche gauche n'étaient plus en relation de causalité avec l'événement survenu le 16 février 2008.

L'assurée, représentée par Axa-Arag Protection juridique SA, s'est opposée à cette décision par courriers des 21 août, 7 septembre et 1^{er} octobre 2019. Elle a soutenu que les douleurs présentées au niveau de la hanche gauche étaient liées à l'événement du 16 février 2008, au motif notamment qu'avant l'accident de ski de fond, elle ne présentait aucune douleur à cet endroit.

Le Dr N._____ a établi un rapport le 17 janvier 2020 dans lequel il explique que la relation causale entre l'événement du 16 février 2008 et les lésions objectivées à la hanche gauche était hautement, voire très hautement improbable. Selon lui, l'assurée présentait une pathologie labrale dégénérative, que l'événement du 16 février 2008 avait révélé. Ainsi, pour la seule torsion/contusion bénigne supputée de la hanche gauche, subie le 16 février 2008, le status quo ante/sine devait être considéré comme atteint dans les mois ou les quelques semaines qui avaient suivi. En lien avec cet avis, il a donné les explications suivantes:

"L'événement du 16 février 2008 fut responsable d'un mouvement de torsion, voire d'une contusion, de la hanche gauche. Action vulnérante de relative faible (ou moyenne) envergure, l'assurée ne cherchant pas une aide médicale d'urgence, ceci malgré (si j'ai bien compris) des activités sportives soutenues. Le bilan radiologique réalisé quelques 18 mois plus tard a donc mis en évidence une lésion labrale antéro-supérieure, associée à un épaulement tête-col du fémur (ce dernier étant présent bilatéralement).

On rappelle que les déchirures traumatiques du labrum acétabulaire sont rares, voire rarissimes. Elles sont généralement le résultat de traumatismes à haute, voire à très haute, énergie, s'observant lors de luxations ou de subluxations de la hanche. Il s'agit, pour l'essentiel, de déchirures significatives, souvent en forme d'anse de seau (comme celles observées aux ménisques, équivalentes aussi aux lésions type Bankart pour l'épaule). Lors de telles lésions, les douleurs sont marquées (le labrum est richement innervé), immédiates, associées à une impotence fonctionnelle d'emblée, avec boiterie, pouvant parfois mimer une fracture de hanche. Les douleurs sont dues à la déchirure, et probablement aussi à l'hématome (ou hémarthrose) consécutif à la lésion « fraîche ».

La pathologie labrale dégénérative, ou d'origine micro-traumatique, est beaucoup plus fréquente. Elle est le résultat de forces anormales transmises au niveau coxo-fémoral, très souvent associées à une dysplasie. En réalité, le labrum est généralement lésé par un effet CAM répété (impingement de Ganz). Secondairement, la lésion du labrum peut s'accompagner d'une lésion localisée du cartilage de la tête fémorale et de l'acétabulum voisin, surtout lorsqu'il existe une incarceration du labrum partielle ou totale.

La relation entre le conflit fémoro-acétabulaire (CFA) et la survenue de lésions labrales, puis chondrales, à l'origine ultérieurement d'une coxarthrose, est donc bien établie.

Les causes acétabulaires de ce conflit sont la rétroversion et le cotyle profond, voire le cotyle mal couvert. Du côté fémoral, on incrimine la non-sphéricité de la périphérie de la tête fémorale, un mauvais alignement entre la tête et le col du fémur (signe d'épaulement), une antéversion limitée et un angle cervico-diaphysaire bas, situations qui peuvent générer un conflit et, par un mécanisme micro-traumatique répété, la lésion labrale.

Dans le cas de Mme Q. _____ « le mécanisme traumatique (mouvement de torsion, chute de sa hauteur) ne semble de loin pas correspondre à un mécanisme à haute énergie, générant une action vulnérante susceptible de disloquer l'articulation de la hanche et par là-même la déchirure labrale.

L'aspect relativement bénin du traumatisme est par ailleurs corroboré par une clinique initiale relativement modérée.

En outre, la lésion labrale objectivée paraît typique d'une lésion dégénérative (ou d'origine micro-traumatique), en position antéro-supérieure, s'inscrivant dans le cadre d'un effet CAM (dû à un modelé hyperostosant à la jonction tête-col du fémur).

Une pathologie similaire (épaulement tête-col fémoral) est présente à droite, semble-il un peu plus évoluée, puisqu'on évoque la présence d'une coxarthrose « radiologique »,

Signalons aussi que, du côté gauche, un autre élément pariant en faveur d'un surmenage, ou d'une prédisposition arthrogène (coxarthrose), existe, sous forme d'une formation ostéophytes péri-fovéale.

En somme, l'événement du 16 février 2008, à l'origine d'un mouvement de torsion bénin, éventuellement d'une contusion bénigne de la hanche gauche, a surtout révélé une pathologie labrale. La pathologie en question est très probablement le résultat d'un conflit antéro-externe chronique de la hanche.

Pour la seule torsion/contusion bénigne supputée de la hanche gauche, subie le 16 février 2008, le status quo ante/sine aurait dû être considéré comme atteint dans les jours ou les quelques semaines qui ont suivi (au maximum après maximum 2-3 mois)".

Par décision sur opposition du 16 juillet 2020, K._____ a maintenu sa position en indiquant qu'il n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que les troubles pour lesquels l'assurée avait consulté en décembre 2016 étaient en relation de causalité avec l'évènement survenu le 16 février 2008. Elle s'est fondée sur le rapport de son médecin-conseil pour dire que l'atteinte dont souffrait l'assurée au niveau de la hanche avait un caractère exclusivement maladif ou dégénératif.

B. Par acte du 11 septembre 2020, Q._____, toujours représentée par Axa-Arag Protection juridique, a interjeté un recours à l'encontre de cette décision, en concluant à son annulation et à l'octroi des prestations LAA au-delà du 19 juillet 2016. Elle soutient que la lésion du labrum objectivée a une origine traumatique. A l'appui de son recours, elle produit un rapport du Dr C._____ du 11 septembre 2020 lequel précise qu'il n'existe aucune prédisposition anatomique suffisante de la hanche gauche pour qu'une lésion du labrum soit provoquée de manière dégénérative. Il ajoute que la lésion labrale est due avec une vraisemblance de plus de 50% à l'accident de ski de fond de 2008 du fait que le traumatisme est en adéquation avec une chute impliquant un mécanisme de torsion à ski de fond en descente, le bras de levier des skis multipliant énormément les forces en jeu sur la hanche et pouvant provoquer les lésions litigieuses. L'assurée indique encore avoir soumis son dossier à "un médecin de la [...]", selon lequel l'effet CAM dont parle le Dr N._____ pouvait éventuellement se retrouver au niveau de la hanche droite, mais pas au niveau de la hanche gauche.

Le 17 septembre 2020, l'intimée répond, en concluant au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise. Selon elle, aucun avis médical sérieux ne vient contredire les conclusions du Dr N._____, dont elle qualifie le rapport de probant. Est joint à la réponse un rapport complémentaire du 16 novembre 2020 établi par le Dr N._____, lequel maintient que le traumatisme subi le 16 février 2008 a uniquement mis en lumière une lésion labrale typiquement associée à un conflit mécanique chronique, ainsi qu'à une pré-arthrose de la hanche.

Dans sa réplique du 4 janvier 2021, la recourante a indiqué qu'elle maintenait l'argumentation développée dans son recours, tout en insistant sur le fait que même si le rapport du Dr C._____ du 11 septembre 2020 était plus bref que celui du Dr N._____, le médecin-traitant disposait de la même compétence spécialisée que le médecin-conseil, avec l'avantage de mieux connaître son dossier. Il avait directement et clairement répondu à la question clé du dossier, soit celle du lien de causalité, de sorte que la situation faisait l'objet de deux appréciations médicales spécialisées contradictoires qui imposaient la mise sur pied d'une expertise judiciaire.

Par duplique du 21 janvier 2021, l'intimée a admis que le Dr C._____ était un spécialiste, mais que cela étant, son rapport n'était pas motivé et n'était pas de nature à mettre en doute les appréciations motivées du Dr N._____. L'intimée a pour le surplus maintenu ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les

décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Selon l'art. 93 let. a LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, BLV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, composée de trois magistrats (art. 94 al. 4 LPA-VD), est compétente pour statuer.

c) En l'occurrence, déposé en temps utile, compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA) auprès du tribunal compétent et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a mis fin aux prestations d'assurance au 19 juillet 2016, singulièrement si les troubles qui sont réapparus à la suite de l'événement du 16 février 2008 et qui persistent au-delà du 19 juillet 2016 au niveau de la hanche gauche, se trouvent en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident précité.

3. Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit.

4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident

professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_649/2019 du 4 novembre 2020 consid. 6.1.1).

d) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V

293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin-conseil, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. a) En l'espèce, on rappelle que l'assurée a chuté en faisant du ski de fond le 16 février 2008. Elle a présenté dès cette date des douleurs au niveau de la hanche gauche, qui l'ont amené à consulter le Dr L._____, rhumatologue, en juin 2008. Face à des douleurs persistantes, une arthrographie et une arthro-IRM de la hanche gauche ainsi qu'une IRM du bassin ont été effectuées en août et septembre 2009, qui ont révélé une lésion labrale supra-latérales et antérieure à gauche. Le Dr C._____ a proposé d'observer l'évolution en fonction des douleurs, une intervention chirurgicale n'étant pas indiquée en l'état. Les douleurs se sont amendées dès novembre 2009. L'assurée a consulté le Dr H._____ le 29 janvier 2014 après avoir ressenti à nouveau des douleurs sur la face antérieure de la cuisse gauche en été 2013. La situation s'est améliorée spontanément. L'assurée a annoncé une nouvelle rechute le 5 juillet 2017. Elle explique dans un courrier du 28 avril 2018 qu'au printemps 2017, des douleurs fessières importantes avec inflammation de toute la crête iliaque sont apparues, qu'elle présente également une contracture des muscles moyen et grand fessier, piriforme et du tenseur fasciae latae ainsi que du couturier, engendrant une boiterie à la marche et une éviction de la position "en danseuse" lorsqu'elle fait du vélo. Elle souffre également au repos. Le cas a été soumis au médecin-conseil pour examiner s'il devait être pris en charge au titre d'une rechute de l'événement du 16 février 2008.

Le Dr N._____ a répondu par la négative à cette question, retenant au terme de son rapport du 17 janvier 2020 que le lien de causalité entre l'événement du 16 février 2008 et les lésions objectivées à la hanche gauche étaient hautement, voire très hautement improbable. Il expose en effet que la lésion labrale antéro-supérieure, révélée par l'arthrographie et l'arthro-IRM de la hanche gauche réalisées en août 2009, a une origine dégénérative, qui s'inscrit dans le cadre d'un conflit fémoro-acétabulaire (CFA). Le traumatisme subi en 2008 avait uniquement mis en lumière une lésion labrale typiquement associée à un conflit mécanique chronique (CAM), ainsi qu'une pré-arthrose de la hanche. Ce constat est contredit par le Dr C._____, médecin-traitant, qui a quant à lui évoqué dès son premier rapport le diagnostic de lésion labrale

traumatique (rapport du 28 août 2009). Il a maintenu sa position dans son rapport du 11 septembre 2020, faisant remarquer que l'assurée ne présentait aucune prédisposition anatomique suffisante de la hanche gauche pour qu'une lésion du labrum soit provoquée de manière dégénérative.

Cet avis fait cependant fi des éléments du dossier, identifiés par le Dr N._____, qui mettait déjà évidence dans son rapport du 17 janvier 2020 que le conflit fémoro-acétabulaire type CAM responsable de la pathologie dégénérative s'expliquait par un modelé hyperostosant à la jonction tête-col fémur et que cette même pathologie (épaulement tête-col du fémur) était également identifiée à droite, avec une évolution cependant plus marquée, en présence d'une coxarthrose "radiologique". Le Dr N._____ avait également signalé du côté gauche la présence d'une formation ostéophytes péri-fovéale, à savoir un autre élément parlant en faveur d'un surmenage ou d'une prédisposition arthrogène. Le Dr N._____ a repris ces mêmes explications dans son rapport du 16 novembre 2020 en considérant que les éléments prédisposant à une lésion labrale étaient plus qu'évidents. Il a évoqué l'architecture coxo-fémorale particulière de l'assurée, et rappelé que l'image de l'épaulement tête-col du fémur responsable d'un effet CAM était révélatrice, la lésion labrale étant précisément située en regard de cette hyperostose chez l'assurée.

Quant à la possibilité que l'origine soit traumatique, ainsi que le plaide l'assurée et son médecin-traitant, le Dr N._____ l'a rejeté en expliquant que les déchirures traumatiques du labrum acétabulaire étaient rares, voir rarissimes, et étaient généralement le résultat de traumatismes à haute, voir à très haute énergie, s'observant lors de luxations ou de subluxations de la hanche. Lors de telles lésions, les douleurs étaient marquées (puisque la zone étaient richement innervée), immédiates et associées à une impotence fonctionnelle d'emblée, avec boiterie, pouvant parfois mimer une fracture de hanche. Pour le Dr C._____, la lésion objectivée du labrum est pourtant bien le résultat d'un traumatisme violent, avec pour origine une chute impliquant un mécanisme de torsion à

ski de fond en descente, où l'effet "bras de levier" des skis avait multiplié énormément les forces en jeu sur la hanche. Ce scénario, dont on ne retrouve la description nulle part dans le dossier, relève de l'hypothèse, et ne permet guère de prouver l'origine traumatique de la lésion. En effet, on rappelle d'une part que d'après le Dr N._____, la lésion labrale traumatique est due à des actions d'une telle énergie qu'elles sont susceptibles de provoquer une dislocation de la tête fémorale, et par là même, un étirement du labrum au-delà de son point de rupture. D'autre part, la symptomatologie qui accompagne habituellement une déchirure labrale est majeure, nécessitant une prise en charge immédiate pour réduire une éventuelle luxation et traiter la douleur. Au regard de ces éléments, la chute de l'assurée, à sa hauteur, alors qu'elle faisait du skating, - une chute en descente n'étant même pas mentionnée dans le dossier - ne correspond pas au mécanisme de haute énergie décrit par le Dr N._____. Par ailleurs, l'assurée, qui a attendu près de quatre mois pour consulter une première fois un spécialiste, lequel s'est contenté de prescrire des massages décontractants, n'a manifestement pas présenté la symptomatologie typique d'une lésion traumatique du labrum.

L'avis du Dr C._____ n'est pas suffisamment pertinent et crédible pour mettre en doute les conclusions du Dr N._____. En effet, il conteste la présence de prédispositions anatomiques pourtant révélées par les rapports de radiologie dont il a eu connaissance, il se fonde sur un scénario d'accident qui n'est pas avéré pour rendre plausible l'hypothèse d'une chute à haute énergie, et enfin il ne conteste pas l'avis du Dr N._____ lorsque celui-ci explique qu'une lésion traumatique du labrum génère une symptomatologie intense que l'assurée n'a manifestement pas éprouvé. Si le Dr C._____ a certes donné une réponse sans équivoque à la question de savoir si l'accident du 16 février 2008 était en lien avec les douleurs annoncées en 2016, force est toutefois de constater que ses explications sont sommaires, peu motivées et ne résistent pas aux explications documentés, détaillées et contextualisées proposées par le Dr N._____.

Quant au Dr T._____, qui a été consulté par l'assurée en décembre 2016, il ne s'est pas prononcé sur l'origine de la pathologie, se contentant de retenir un diagnostic de tendinopathie des adducteurs de la hanche gauche. On ne revient par ailleurs pas sur les conclusions du "médecin de la Chaux-de-Fonds", mentionnées dans l'acte de recours du 11 septembre 2020, puisque son avis, même informel, n'est pas produit, son nom n'étant même pas précisé en cours d'instruction. En définitive, il n'y a aucun motif de s'écarter des constatations du Dr N._____, qui sont posées au terme de deux rapports probants. Ce médecin a procédé à une étude circonstanciée de la question de la causalité entre les lésions objectivées et l'événement du 16 février 2008. On retiendra comme lui que l'assurée a subi une torsion/contusion en 2008 responsable d'un hématome voire d'un œdème post-contusionnel, et que ce traumatisme a eu pour effet de révéler une pathologie labrable, qui est très probablement le résultat d'un conflit antéro-externe chronique de la hanche.

b) Bien que cela ne ressorte pas expressément des pièces au dossier, il semble que K._____ a pris en charge les frais d'investigation et de traitement de juin 2008 à novembre 2009. L'intimée a également pris en charge, à bien plaisir et sans reconnaissance d'obligation, les frais du Dr H._____, consulté le 29 janvier 2014. En admettant de prêter à l'époque, l'intimée avait expressément mentionné qu'elle prenait les frais à sa charge à titre de frais d'instruction. Au vu des conclusions du Dr N._____, il faut admettre que le status quo ante/sine était atteint quelques mois après l'événement du 16 février 2008 pour la seule torsion/contusion bénigne supputée de la hanche gauche. En effet, le Dr N._____ a considéré que ce délai était largement suffisant pour la résolution d'un hématome. Au-delà de cette limite, le cursus de la hanche gauche a été régi par la maladie dégénérative coxofémorale, pathologie qui peut, selon le Dr N._____, sans autre rendre compte des plaintes durables, déjà en 2009, et en 2014. Dans ce contexte, il n'y a pas lieu d'admettre un lien de causalité entre les troubles annoncés à titre de rechute en juillet 2017 et la chute dont la recourante a été victime en février 2008.

c) En définitive, il convient de retenir qu'en refusant de reconnaître l'existence d'un lien de causalité entre l'atteinte dont souffre la recourante au niveau de la hanche gauche et l'événement de 2008 ou d'admettre une rechute ou des séquelles tardives de l'accident de 2008, l'intimée n'a pas violé le droit fédéral.

6. Vu l'issue de la procédure, la mise en œuvre de l'expertise requise par la recourante n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent sur les éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

7. Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition litigieuse.

La procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, ni d'allouer de dépens au vu de l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 16 juillet 2020 par K._____ est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Axa-Arag Protection juridique (pour Q. _____),
- K. _____,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière: