

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 mai 2022

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mmes Feusi et Gabellon, assesseures
Greffière : Mme Meylan

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourant, représenté par Me Julien Gafner, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 43 et 61 let. c LPGA

E n f a i t :

A. H._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a souffert d'une fracture per-trochantérienne comminutive et diaphysaire en ailes de papillon du fémur gauche le 11 février 2005 à la suite d'une chute à ski. Une opération (réduction à ciel ouvert et ostéosynthèse par cerclage et plaque tiers de tube au niveau du massif trochantérien, cerclage au niveau diaphysaire et clou gamma long) a eu lieu le même jour. Le cas a été pris en charge par le Q._____ (ci-après : Q._____).

Le 14 février 2010, alors qu'il skiait, l'assuré, employé en qualité de charpentier auprès de [...] depuis le 13 novembre 2006, a chuté et a souffert d'une fracture multifragmentaire du tibia droit, traitée le jour même par le Dr G._____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, par enclouage centro-médullaire du tibia et réduction ouverture du foyer de fracture. L'assuré étant en arrêt de travail dès cette date, le cas a été déclaré à la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) le 17 février 2010.

Le 21 mai 2010, l'assuré a subi une dynamisation du clou par ablation de la vis proximale.

L'assuré a subi une nouvelle intervention le 20 janvier 2011 compte tenu de la pseudarthrose du tibia et du péroné après ostéosynthèse inadéquate de la fracture médiodiaphysaire complexe de la jambe droite, réalisée par le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. A cette occasion, ce praticien a procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du tibia, à l'abord du péroné et à la décortication du tissu fibreux de la pseudarthrose du péroné, à l'abord du tibia, à la décortication et à la préparation de la pseudarthrose fibreuse du tibia ainsi qu'à une nouvelle réduction puis enclouage et vissage antéro-postérieur du tibia, vissage antéro-postérieur du péroné et greffe avec du Connexus.

Dès le 1^{er} novembre 2011, l'assuré a débuté une activité de menuisier à 50 %, en atelier, compte tenu de son incapacité de travail de 50 %, auprès de la [...], puis à 100 % dès le 9 janvier 2012.

Par rapport du 2 avril 2012 à l'attention de la CNA, le Dr S._____ a indiqué que l'assuré commençait à se plaindre de sa hanche gauche.

Le 23 mai 2012, la CNA a estimé, selon les renseignements en sa possession, que les troubles à la hanche gauche n'étaient pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident survenu le 14 février 2010 et a refusé la prise en charge de ces troubles.

Selon l'appréciation médicale du 31 janvier 2013 du Dr L._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, la symptomatologie que l'assuré ressentait au niveau de sa hanche gauche était en relation de causalité pour le moins probable avec sa fracture per-trochantérienne gauche de 2005.

L'assuré a, à nouveau, subi une intervention le 4 juillet 2013 visant à l'ablation de trois vis antéropostérieures au tibia droit.

Le 18 novembre 2013, le Dr S._____ a indiqué que l'assuré présentait une dissymétrie d'environ 2 cm qu'il compensait par 1 cm.

Le 5 mars 2014, l'assuré a débuté une activité de [...] auprès de la [...].

Le 25 octobre 2016, l'assuré a subi une ablation d'une vis proximale du tibia droit.

Une rechute a été signalée le 17 octobre 2018 à la CNA par déclaration de sinistre LAA de l'employeur le 31 janvier 2019, l'assuré ayant dû subir une ostéotomie du grand trochanter gauche compte tenu d'un ressaut symptomatique du tenseur du fascia lata sur exostose post-

traumatique, réalisée par le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (cf. protocole opératoire du 25 octobre 2018).

Par rapport du 22 janvier 2019, le Dr W._____ a rappelé qu'il y avait une inégalité de longueur des membres inférieurs d'origine post-traumatique liée à un raccourcissement essentiellement du tibia droit, d'environ 25 mm, avec une inégalité de longueur des membres inférieurs de 3 cm au total, ce qui entraînait un bassin oblique, entraînant à son tour un étirement du moyen fessier contro-latéral, à savoir celui qui occasionnait cette tendinite dont le tendon était déjà fragilisé pour des raisons post-traumatiques également suite à une extraction de clou de fémur.

Par rapport du 13 mars 2019, le Dr W._____ a conclu que l'inégalité de longueur liée au raccourcissement du tibia droit post-traumatique entraînait une décompensation de la pathologie de la hanche gauche.

Selon l'avis du 1^{er} mai 2019 du Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, la causalité naturelle entre la dernière opération et l'évènement du 14 février 2010 était « tout au plus possible ».

Par décision du 7 mai 2019, la CNA a, selon les conclusions médicales précitées, refusé l'allocations de prestations pour les troubles liés à la hanche gauche. Une copie de cette décision a été adressée à A._____ (ci-après : A._____).

L'assuré s'est opposé à cette décision le 28 mai 2019, complétant son opposition le 24 juin 2019.

L'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement le 8 janvier 2020. Aux termes de cet examen, le Dr M._____ a rendu un

rapport le 13 janvier 2020 duquel il ressort qu'il existe un raccourcissement du fémur gauche de 1 cm et un raccourcissement de la jambe droite de l'ordre de 2 cm, ce qui entraîne une inégalité globale de 1 cm en défaveur de la droite. Le bassin s'équilibrait avec une planchette de 1,5 cm. Ce praticien a constaté, au regard du bilan radiologique, la présence d'une ossification au niveau du tendon conjoint entraînant une insuffisance probable du moyen fessier ; cette ossification était secondaire au traumatisme de 2005. Il a conclu que la douleur autour de la hanche gauche était secondaire à une insuffisance du moyen fessier, qui était exclusivement secondaire et conséquence du traitement de la fracture du fémur gauche de 2005.

Par décision sur opposition du 2 avril 2020, la CNA a maintenu son refus de prise en charge des troubles au niveau de la hanche gauche, en particulier l'intervention du 17 octobre 2018. Elle a estimé que les radiographies du membre inférieur gauche, antérieures à l'accident du 14 février 2010, avaient mis en évidence de légers troubles dégénératifs de la hanche gauche. Dès lors que l'intervention du 17 octobre 2018 avait consisté en la résection d'un cal osseux au niveau du fémur gauche, force était d'admettre qu'elle était secondaire au traumatisme de 2005. Copie de cette décision a été transmise à A._____.

B. Par acte du 18 mai 2020, H._____, représenté par Me Julien Gafner, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. L'assuré a conclu, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'annulation de la décision sur opposition querellée en ce sens que la CNA prenne en charge les frais liés à l'intervention médicale du 17 octobre 2018, subsidiairement, à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause auprès de la CNA pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il s'est prévalu d'une appréciation médicale erronée du Dr L._____, notamment s'agissant du raccourcissement du membre inférieur droit ainsi que de la dégénérescence arthroscopique de la coxofémorale gauche. En l'absence de coxarthrose, les douleurs ressenties au niveau de la hanche au début de l'été 2018 et l'intervention chirurgicale subséquente étaient liées à

l'évènement de 2010. Les rapports médicaux sur lesquels la CNA s'appuyait pour fonder sa décision faisaient apparaître d'importants doutes quant à leur fiabilité et à la validité des constatations qui y figuraient. Leurs conclusions étaient par ailleurs en contradiction avec l'expertise médicale détaillée produite par l'assuré. L'assuré a joint à son recours des rapports des 18 novembre 2019 et 4 mars 2020 du Prof. P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a conclu que les lésions de tendinopathie des fessiers étaient d'une part la conséquence de l'accident de ski et des multiples chirurgies engendrées, mais aussi entretenues voire aggravées par le raccourcissement du membre inférieur droit (cf. rapport du 18 novembre 2019). Il a également relevé une inégalité de longueur des membres inférieurs de 4 cm, le membre inférieur droit étant plus court que le membre inférieur gauche (cf. rapport du 4 mars 2020). A titre de mesures d'instruction, l'assuré a notamment requis l'audition de médecins et la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale.

Par réponse du 25 août 2020, la CNA a conclu au déboutement de l'assuré de toutes ses conclusions. Elle a estimé qu'à l'aune de l'avis motivé du 27 juillet 2020 du Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, il y avait lieu d'admettre que la relation de causalité entre la symptomatologie du membre inférieur gauche et la fracture de la jambe droite, faisant suite à l'évènement du 14 février 2010, était à considérer comme possible. Un lien de causalité devant être établi au degré de la vraisemblance prépondérante, laquelle faisait défaut, c'était partant à juste titre qu'elle avait refusé d'intervenir pour les troubles au niveau de la hanche gauche et en particulier pour l'intervention du 17 octobre 2018.

L'assuré a répliqué le 22 octobre 2020 et a maintenu ses conclusions, précisant que l'avis du Dr Z._____ ne convainquait pas et qu'en tenant compte des éléments objectifs, rien n'expliquait que ses conclusions soient différentes de celles du Prof. P._____. Il a joint à son écriture un rapport du 17 juin 2020 du Prof. P._____, lequel a précisé

que l'inégalité de longueur avait deux origines : un rallongement du fémur gauche et un raccourcissement du tibia droit.

La CNA a également maintenu ses conclusions par déterminations du 11 novembre 2020.

L'assuré s'est encore déterminé le 1^{er} décembre 2020.

La juge instructrice a invité les parties à se déterminer sur une éventuelle substitution de motifs pour défaut de communication des décision et décision sur opposition au Q._____, ce que les parties ont fait les 25 et 27 janvier 2021. La CNA a notamment indiqué que le Q._____ n'avait pas alloué ses prestations pour le cas d'accident du 11 février 2005 en tant qu'assureur-accidents. L'assuré étant assuré auprès d'A._____ pour l'assurance-maladie de base lors de l'annonce de rechute, la décision et la décision sur opposition avaient été valablement adressées à l'assureur-maladie compétent.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36], art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 2 LPGA et art. 1 de l'Ordonnance sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour

assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus (COVID-19) [RS 173.110.4]) 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 l'existence d'une rechute et le droit du recourant aux prestations corollaires, singulièrement sur le rapport de causalité entre l'accident de février 2010 et l'atteinte à la hanche gauche.

3. Il convient tout d'abord d'examiner l'éventuelle substitution de motifs.

a) L'art. 59 LPGA prévoit que quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. En vertu de l'art. 49 al. 4 LPGA, l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire. Cet autre assureur dispose alors des mêmes voies de droit que l'assuré. La jurisprudence a précisé qu'un assureur est touché par une décision rendue par un autre assureur, lorsqu'il se trouve dans un rapport particulier et spécialement étroit avec l'objet du litige et que, partant, ses intérêts de fait ou de droit sont particulièrement affectés par la décision (ATF 132 V 74 consid. 3.1).

b) En l'espèce, il est constant que la CNA n'a pas communiqué un exemplaire de la décision du 7 mai 2019 ni de la décision sur opposition du 2 avril 2020 au Q._____. L'intimée soutient qu'elle a procédé de la sorte dans la mesure où le Q._____ était un assureur-maladie en 2005 et que le recourant est désormais assuré auprès d'A._____, assurance-maladie ayant reçu une copie de la décision litigieuse. La qualité du Q._____ est douteuse, l'intimée n'ayant produit qu'une notice téléphonique pour démontrer que cet assureur serait intervenu en qualité d'assureur-maladie en 2005. Il conviendra dès lors à l'intimée de réclamer de plus amples informations à cet assureur (cf. étant toutefois rappelé l'art. 100 al. 3 OLAA [ordonnance sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Cela étant, la question d'une éventuelle violation

de l'art. 49 al. 4 LPGA souffre exceptionnellement de rester indéfinie, le recours devant quoi qu'il en soit être admis, ainsi qu'on le verra.

4. a) Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident du 14 février 2010 est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance pour la rechute de cet événement est soumis à l'ancien droit (ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388] ; TF 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.

b) Selon 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.

c) 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. 3.1)

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

e) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou 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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est

manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

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

5. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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).

b) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPG (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5).

6. a) En l'occurrence, il est établi que l'évènement du 14 février 2010 est constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPG ; l'intimée ne le conteste d'ailleurs pas. Est par contre litigieuse la question

du lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident assuré et les atteintes à la santé dont le recourant se plaint à sa hanche gauche. Se fondant sur l'avis du Prof. P._____, le recourant fait valoir que tel est bien le cas, puisque ce spécialiste a indiqué que les atteintes du recourant étaient la conséquence, d'une part, de l'accident de ski et, d'autre part, des multiples chirurgies engendrées, mais aussi entretenues voire aggravées par le raccourcissement du membre inférieur droit. A tout le moins soutient-il que les conclusions du Dr Z._____ ne sont pas suffisamment probantes pour trancher valablement la question litigieuse et qu'il convient d'instruire plus avant, par le biais d'une expertise.

b) Le service médical de l'intimée soutient que l'introduction du clou fémoral nécessaire lors d'une ostéosynthèse puis les manipulations lors de l'extraction de ce clou ne peuvent être réalisées sans répercussions au niveau de l'appareil musculo-tendineux fessier et en particulier au niveau du moyen fessier. Par ailleurs, il existe une surlongueur de 15 mm du fémur gauche par rapport au fémur droit. Le praticien ne disposait pas d'éléments qui permettaient de définir si cette longueur était de nature traumatique. Quoiqu'il en soit, ces observations étaient à elles seules suffisantes pour expliquer la symptomatologie douloureuse de la hanche gauche. S'il était en principe d'accord avec l'appréciation du Prof. P._____, il ne pouvait toutefois pas affirmer que la tendinopathie des fessiers était d'une part la conséquence de l'accident de ski avec de multiples chirurgies, entretenue voire aggravée par le raccourcissement du membre inférieur droit. Le Dr Z._____ a donc conclu que les altérations du fémur gauche (arthrose de la hanche, remaniement post-traumatique de la région trochantérienne avec insuffisance partielle du moyen fessier, calcifications ectopiques, remaniement post-traumatique de la diaphyse fémorale) étaient malades (coxarthrose), soit la conséquence de la fracture du fémur gauche survenue en 2005. Le raccourcissement de la jambe droite ne suffisait pas à lui seul à expliquer les symptômes douloureux émanant de la hanche gauche.

c) Il ressort des éléments versés au dossier que le recourant a souffert d'une pseudarthrose du tibia et du péroné droit après une ostéosynthèse inadéquate à la suite de son accident du 14 février 2010. Le Dr S. _____ a alors constaté un raccourcissement du membre inférieur droit et relaté que le recourant commençait à se plaindre de douleurs à sa hanche gauche. S'il est exact que l'IRM [imagerie par résonance magnétique] réalisée le 29 mars 2012 relate que le recourant présentait une coxarthrose débutante à gauche, le Dr W. _____ a néanmoins posé le diagnostic de tendinite du moyen fessier post-traumatique (cf. rapport du 24 juillet 2019), l'inégalité de longueur liée au raccourcissement du tibia post-traumatique entraînant une décompensation de la pathologie de la hanche gauche (cf. rapports des 22 janvier et 13 mars 2019). Ce point de vue a été rejoint par le Prof. P. _____ qui a par ailleurs indiqué qu'il n'y avait pas de dégénérescence arthroscopique de la coxo-fémorale gauche (cf. rapport du 18 novembre 2019). C'est le lieu de relever qu'il est étonnant que le médecin d'arrondissement de l'intimée, le Dr N. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ait été d'accord avec la prise en charge d'orthèses plantaires car « à l'examen RX, on voit que cette fracture a pu engendrer un raccourcissement du MI droit » (cf. avis du 4 janvier 2012) avant que le Dr L. _____ contredise cette appréciation (cf. avis du 8 décembre 2011). Selon le Prof. P. _____, le raccourcissement a entraîné une décompensation au niveau de la hanche gauche, ce qui était logique compte tenu de la modification des appuis et de l'équilibre postural et ce malgré la compensation dans le chaussage. Le fait qu'il existe une inégalité de longueur marquée au niveau des membres inférieurs, estimée à 4 cm, ne permettait pas un fonctionnement optimal du moyen fessier (cf. rapports des 18 novembre 2019, 4 mars et 17 juin 2020).

d) Les conclusions du service médical de l'intimée - assénées de manière péremptoire et contredites par le chirurgien traitant du recourant - peinent à convaincre la Cour de céans, dès lors qu'elles ne sont guère étayées sur le plan médical. Elles reviennent à soutenir que le raccourcissement du membre inférieur droit n'a aucune conséquence sur les douleurs à la hanche gauche du recourant. Or, pour pouvoir retenir une

telle conclusion, il faudrait que soit établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les douleurs à la hanche gauche ont une origine antérieure à l'évènement traumatique du 14 février 2010, ce qui ne ressort pas du dossier. A cet égard, il convient de rappeler que c'est à l'assurance-accidents qu'incombe la preuve libératoire que les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (cf. TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). Dans cette optique, l'intimée avait l'obligation d'instruire d'office les éléments médicaux déterminants pour la résolution du cas (art. 43 al. 1 LPGA) et ne pouvait pas se contenter, eu égard à la problématique notoirement complexe de la genèse d'une lésion de la hanche gauche, des avis médicaux très peu motivés de son médecin-conseil - qui ne sauraient constituer une preuve libératoire au sens de la jurisprudence - pour refuser la prise en charge des lésions constatées à la suite de l'évènement traumatique. Quant au point de vue exposé le Prof. P._____, il ne saurait non plus suffire à retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité naturelle entre l'évènement traumatique et les lésions présentées par le recourant.

e) Au vu des circonstances énumérées ci-avant, l'instruction menée par l'intimée doit donc être considérée comme lacunaire et ne satisfaisant pas aux exigences de l'art. 43 al. 1 LPGA.

7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimée est lacunaire - ce dont l'autorité devait se rendre compte au moment où elle a statué - et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Une expertise devra dès lors être mise en œuvre laquelle comprendra à tout le moins des volets rhumatologique et / ou orthopédique. Les renseignements à recueillir au préalable s'agissant des atteintes antérieures à l'accident, et de la décompensation que cet événement aura pu entraîner sur celles-ci, devraient permettre de délimiter les disciplines médicales indispensables à l'expertise.

8. a) En définitive, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 82a LPGA).

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée qui succombe.

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 2 avril 2020 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à H. _____ à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Julien Gafner (pour H. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Q. _____ (n° client : [...]),
- 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 :