

S2 21 35

JUGEMENT DU 16 JUIN 2023

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Dr Thierry Schnyder et Christophe Joris, juges ; Garance Klay, greffière

en la cause

ASSURA-BASIS SA, 1052 Le Mont-sur-Lausanne, recourante

contre

SWICA ASSURANCES SA, 8401 Winterthour, intimée

(assurance-accidents, rechute et lien de causalité)

Faits

A. A _____, né en 1963, est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels selon la LAA auprès de Swica Assurances (ci-après Swica) par le biais d'un contrat conclu par son employeur, la banque B _____.

Le 29 décembre 2012, il a été victime d'un accident. Selon la déclaration d'accident bagatelle remplie le 3 janvier 2013 par son employeur, lors d'une descente à pied, il a glissé sur la route en raison d'une plaque de glace et est tombé sur la jambe gauche (pièce 1 du dossier Swica).

A _____ a été hospitalisé du 29 décembre 2012 au 4 janvier 2013 à l'Hôpital de Sion.

Le protocole opératoire du 31 décembre 2012 du Dr C _____ indiquait une « fracture de la patella gauche type 34-C3 selon l'AO » ; l'intervention avait consisté en un « embrochage, cerclage et haubanage de la rotule gauche » (pièce 14 du dossier Swica). La Dresse D _____ a mentionné sur le rapport médical initial LAA du 15 janvier 2013 une fracture plurifragmentée de la patella gauche traitée chirurgicalement (pièce 5 du dossier Swica). Au contrôle du 30 janvier 2013, il y a été noté une persistance de signe d'épanchement intra-articulaire, un fragment externe détaché sur l'axiale de la rotule et une légère déminéralisation, en particulier de rotule (pièce 15 du dossier Swica). L'épanchement avait disparu au contrôle du 26 mars 2013, le reste du status demeurant inchangé (pièce 16 du dossier Swica).

L'assuré a été en incapacité de travail totale jusqu'au 17 février 2013, puis sa capacité de travail a été de 30% dès le 18 février, de 80% dès le 2 avril et de 100% depuis le 1^{er} mai 2013 (pièce 18 du dossier Swica).

Le 20 janvier 2014, il a été procédé à l'ablation du matériel d'amiosynthèse de la rotule gauche avec émondage patellaire gauche. Une incapacité de travail a été attestée du 20 janvier au 15 février 2014 et le cas a été pris en charge par Swica.

Une arthro CT du genou gauche du 22 octobre 2014 a révélé plusieurs fragments corticalisés. L'un d'eux, mesurant « 5 x 1,3 cm », était en situation paramédiane interne par rapport au tendon quadricipital associé à une tendinopathie du tendon quadricipital. Un deuxième fragment corticalisé était sur la ligne médiane en arrière du tendon rotulien et mesurait 1 cm (pièce 67 du dossier Swica). Le 19 janvier 2015, A _____ a

bénéficié d'une patellectomie partielle (ndr. il s'agit d'enlever une partie de la rotule) et d'un émondage péri-patellaire. Le protocole opératoire a indiqué le diagnostic d'état après fracture de la patella gauche, ossifications hétérotopiques (pièce 36 du dossier Swica).

Une radiographie (CR) du genou gauche du 21 janvier 2015 a montré une minéralisation osseuse conservée, une gonarthrose tricompartmentale modérée. Plusieurs petites opacités de tonalité calcique en position sus et sous-rotulienne étaient compatibles avec une tendinopathie calcifiée. Le radiologue a également mentionné un os fabella (pièce 37 du dossier Swica). Dans un rapport du 3 mars 2015, le Dr E _____ a retenu le diagnostic de cal osseux exubérant sur status post fracture de la patella gauche ; ce cal induisait des douleurs mécaniques invalidantes, ce qui avait justifié l'intervention susmentionnée du 19 janvier 2015 (pièce 33 du dossier Swica).

En avril 2015, l'assuré a présenté une arthrite septique du genou gauche stade II de Gächter pour laquelle il a bénéficié d'une synovectomie et d'un lavage articulaire en date du 26 avril 2015 ainsi que d'un lavage et drainage articulaire, les 29 avril et 1^{er} mai suivants (pièces 49 à 51 du dossier Swica).

Les opérations de janvier et avril/mai 2015 ont été prises en charge par Swica.

Le 22 juin 2015, le Dr F _____ a rappelé les diagnostics de fracture de la rotule gauche, ostéophytose post-traumatique de la rotule gauche et d'arthrite septique du genou gauche. L'évolution était favorable et le pronostic bon. Comme dommage permanent, il existait une arthrose post-traumatique (pièce 47 du dossier Swica).

En avril 2016, l'évolution était globalement favorable mais le patient présentait un déconditionnement musculaire du membre inférieur gauche et devait ainsi poursuivre des activités physiques comme du fitness ou du vélo (pièce 58 du dossier Swica).

Le 14 décembre 2016, l'Hôpital de Sion a indiqué à Swica que la dernière consultation de A _____ remontait au 12 avril 2016 (pièce 55 du dossier Swica).

B. Le 1^{er} février 2018, l'employeur a informé Swica d'une rechute, A _____ devant à nouveau consulter son médecin pour des douleurs qu'il corrélait à son accident du 29 décembre 2012 (pièce 60 du dossier Swica).

Le 13 février 2018, une radiographie a permis d'établir le diagnostic de *genu varum* bilatéral à prédominance gauche (angle de déviation angulaire corrigé de 7° à droite et 10° à gauche en varus ; pièce 72 du dossier Swica).

Dans un rapport du 23 février 2018, le Dr F _____ a rapporté avoir été consulté par A _____ en raison de douleurs mécaniques du genou gauche l'handicapant dans sa vie personnelle et professionnelle. Il lui avait indiqué être cadre dans une banque et se rendre régulièrement au fitness ; par ailleurs, il entretenait ses vignes et pratiquait du jardinage. Le Dr F _____ a suggéré de réaliser un arthroscanner afin d'investiguer une probable chondropathie fémoro-patellaire (pièce 65 du dossier Swica).

Le 28 novembre 2018, l'assuré a exposé à Swica qu'il n'avait pas effectué l'arthroscanner préconisé par le Dr F _____ en raison de la survenance d'autres problèmes de santé.

Le 26 août 2019, l'employeur a averti Swica que A _____ allait se faire réopérer.

Un rapport de radiographie du 29 octobre 2019 a révélé une atteinte dégénérative du genou gauche, principalement fémoro-tibial interne et rétro-patellaire associée à une chondrocalcinose à gauche de deux compartiments et à droite du compartiment interne ; il a décrit une chondrocalcinose au niveau des deux genoux (pièce 80 du dossier Swica).

Dans un rapport du 29 octobre 2019, le Dr F _____ a indiqué que sur les radiographies, il observait une chondrocalcinose associée à une arthrose fémoro-patellaire post-traumatique ; son patient marchait en charge selon la douleur, sans moyen de contention, ni canne anglaise ; il décrivait des douleurs mécaniques du genou avec une composante inflammatoire et insomnante, sans blocage, lâchage ou tuméfaction du genou. Au vu des douleurs et de la progression de l'arthrose post traumatique, le Dr F _____ souhaitait encore faire une arthro-IRM afin de dresser finement un bilan de la chondropathie fémoro-patellaire ainsi que d'autres compartiments du genou gauche (pièce 81 du dossier Swica).

Une arthrographie et une arthro-IRM du 21 novembre 2019 ont révélé une chondromalacie du cartilage rotulien intéressant son versant inférieur et interne ; il n'y avait pas de fissure, d'œdème sous-chondral ni de lésion cartilagineuse. La fracture de la rotule était consolidée. Il y avait des ostéophytes du pôle supérieur et inférieur de la rotule et une « fabella » postérieure. Il a posé le diagnostic d'« arthrose fémoro-patellaire du compartiment interne du genou associée à une chondromalacie patellaire » (pièce 79 du dossier Swica).

Le 3 décembre 2019, le Dr F _____ a relevé que l'arthro-IRM du 21 novembre 2019 avait montré une arthrose fémoro-patellaire ; il a indiqué qu'une arthroplastie fémoro-patellaire pourrait soulager les symptômes (pièce 118 du dossier Swica).

Par courriels des 4 et 16 décembre 2019, l'employeur a indiqué que la récente IRM avait montré qu'il s'agissait bien d'une rechute de l'ancienne opération et que son employé allait devoir mettre une moitié de prothèse en date du 29 février 2020 et qu'un arrêt de travail d'au moins 6 semaines serait délivré (pièces 82 et 86 du dossier Swica).

Dès le 16 décembre 2019, le centre de compétences LAA de Swica a repris le traitement du dossier. Il a décidé de faire examiner l'assuré par le Dr G _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et expert SIM ; son examen a été aménagé le 17 janvier 2020. Le Dr G _____ a notamment pris connaissance des pièces du dossier médical de l'assuré relatives aux suites de son accident. Le 24 janvier 2020, à la demande de Swica, le Dr F _____ lui a adressé un rapport concernant l'arthrite septique à *staphylococcus aureus*, Gächter stade II, au genou gauche (pièce 120 du dossier Swica).

A _____ a été opéré le 29 janvier 2020. Dans son protocole opératoire y relatif, le Dr F _____ a rappelé le diagnostic d'arthrose fémoro-patellaire gauche post traumatique traitée par prothèse fémoro-patellaire ; le patient a été hospitalisé du 29 janvier au 3 février 2020. Il avait été procédé à la pose d'une prothèse fémoro-patellaire cimentée Zimmer (pièces 150 et 151 du dossier Swica). Une radiographie de contrôle a été accomplie le 12 mars 2020 (pièce 152 du dossier Swica).

Par l'intermédiaire d'un courriel de Swica du 7 février 2020, le Dr G _____ a de nouveau requis un rapport plus complet de l'Hôpital de Martigny, notamment concernant les résultats de l'infectiologie et de la bactériologie ; certains rapports d'analyses ont été remis (pièces 126, 127, 131 et 132 du dossier Swica). Le 10 février 2020, le Dr F _____ a répondu ne pas avoir d'autres documents à transmettre au Dr G _____ (document 129 du dossier Swica).

Une incapacité de travail totale a été attestée depuis le 29 janvier 2020, puis à 50% du 13 au 29 mars 2020 (pièces 134 et 143 du dossier Swica).

Les 6 et 17 mars 2020, Swica a indiqué que le Dr G _____ attendait toujours qu'on lui envoie certaines images radiologiques. Une prise en charge provisoire des indemnités journalières a été requise de l'assureur-maladie du personnel de la banque B _____ et l'Hôpital de Martigny a été invité à sursoir à l'encaissement de ses traitements jusqu'à ce que le droit à des prestations LAA soit connu ; l'assuré a été invité à signer une « Convention relative à l'obligation d'avancer les prestations et de rembourser » (documents 138, 139, 142 et 146 du dossier Swica).

Le 8 avril 2020, le Dr G _____ a adressé son rapport d'expertise daté du 17 janvier 2020 à Swica. Il a relevé à titre préalable que la documentation de l'arthrite du genou de l'assuré demeurait très succincte, le Dr F _____ ayant refusé de donner suite à ses requêtes complémentaires ; il avait néanmoins pu avoir un entretien téléphonique avec ce dernier. Le Dr G _____ a constaté que l'assuré était en surpoids et souffrait d'un asthme allergique traité par corticothérapie depuis 9 ans, de sorte qu'il existait une diminution de la qualité osseuse mécanique. Les activités sportives avaient été réduites depuis l'apparition de la maladie asthmatique en 2003. Avant son opération, l'expertisé ne prenait pas de traitement antalgique – très rarement du paracétamol - et n'accomplissait pas de physiothérapie ; il appliquait du gel et du froid en cas de douleurs. Il disait souffrir du genou gauche en position assise et aux deux genoux en marchant. Les deux genoux lui faisaient également très mal la nuit. Il rapportait un genou gauche gonfle et chaud et des douleurs à droite également. Le périmètre de marche était variable, jusqu'à un kilomètre ; l'intéressé avait de la difficulté à s'occuper de ses vignes et de ses arbres et avait dès lors réduit ces activités. L'examen clinique avait montré une douleur très vive du tendon rotulien ainsi que du condyle fémoral. Le Dr G _____ a souligné le caractère bilatéral des gonalgies, non seulement de rythme mécanique, mais également de rythme inflammatoire. Les douleurs étaient situées en premier lieu au tendon rotulien, de chaque côté de la rotule, sans dépasser l'union du tiers moyen et du tiers inférieur et au condyle fémoral médial. L'examen radiographique des membres inférieurs avait montré un *genu varum* bilatéral expliquant la pathologie médicale de nature arthrosique dégénérative du compartiment fémoro-tibial interne du genou gauche, en association avec la chondrocalcinose articulaire évoluant depuis 2018. A l'aune de la vraisemblance prépondérante, le Dr G _____ a retenu une relation de causalité naturelle entre l'accident et l'arthrose fémoro-patellaire de stade II d'Iwano diagnostiquée en octobre 2019 ; il s'agissait en effet d'une conséquence tardive de la fracture patellaire. Par contre, toute causalité a été niée avec les autres pathologies, à savoir avec la gonarthrose unicomportementale interne bilatérale stade III et Kellgren et Lawrence ainsi qu'avec la chondrocalcinose articulaire aux genoux montrée par la radiographie du 13 février 2018, avec la calcification du tendon rotulien gauche, du tendon quadricipital gauche et la calcification à la face profonde du tendon rotulien gauche diagnostiquées en 2014. La symptomatologie en lien avec l'arthrose fémoro-patellaire ne dominait pas le tableau clinique. Il retenait dès lors la pathologie d'origine médicale (ndr. malade, cf. expertise page 23) comme prédominante au plan étiologique de la symptomatologie algique des deux genoux sur celle présentant un lien de causalité naturelle avec l'événement du 29 décembre 2012. Dans sa proposition thérapeutique, il a préconisé la mise en place d'un traitement antalgique simple (paracétamol et

physiothérapie aux deux membres inférieurs) ; la prise en charge des calcifications et du rhumatisme à pyrophosphate de calcium lésant les deux genoux représentait également une option thérapeutique. Il n'existait pas d'incapacité de travail dans la profession habituelle, laquelle respectait les limitations fonctionnelles de « classe 2 » retenues par l'expert. En conclusion, le degré de vraisemblance de la relation de causalité naturelle entre l'accident de 2012 et les troubles constatés n'était que possible. En effet, d'autres causes étaient possibles, autres que l'arthrose fémoro-patellaire gauche ; or, ces autres causes, de nature malade, entraient raisonnablement en considération, et ce, de façon prépondérante (document 156 du dossier Swica).

En date du 26 mai 2020, le Dr G _____ a apporté les précisions suivantes : « Les lésions accidentelles (fracture de la rotule gauche, calcifications péri-patellaires gauches qui ont finalement conduit à une patellectomie partielle et émondage péri-patellaire le 19 janvier 2015 et au diagnostic d'arthrose fémoro-patellaire gauche stade II d'Iwano le 29 octobre 2019 peuvent être complètement différenciées des affections médicales (calcification du tendon quadricipital et du tendon rotulien gauches, calcification à la face profonde du tendon rotulien gauche, *genu varum* bilatéral à prédominance gauche, chondrocalcinose du genou gauche, gonarthrose unicompartimentale interne bilatérale stade III de Kellgren et Lawrence) car elles ne se trouvent pas au même endroit du genou, c'est-à-dire pas dans le même compartiment. La pose de la prothèse cette année découle de l'état malade. L'assuré souffre d'un trouble du métabolisme qui entraîne des dépôts de calcium *intra* articulaires. La preuve est que la chondrocalcinose se retrouve aussi au genou droit » (pièce 202 du dossier Swica).

Par courrier du 1^{er} juillet 2020, se référant aux conclusions du Dr G _____, Swica a communiqué à son assuré qu'il allait refuser de prendre en charge les suites de la gonarthrose gauche unicompartimentale interne bilatérale stade III de Kellgren et Lawrence ayant nécessité la pose de la prothèse le 29 janvier 2020 (pièce 164 du dossier Swica). Le 6 juillet 2020, l'assuré a exprimé son désaccord avec les conclusions de Swica. Par courrier du 29 juillet 2020, l'assuré a encore souligné les bienfaits ayant résulté de son opération dans sa vie quotidienne ou dans la pratique d'exercices physiques.

Swica a maintenu sa position par décision du 12 août 2020 (pièce 179 du dossier Swica).

L'assuré, représenté par Me Stéphanie Künzi, a formé opposition contre cette décision en date du 14 septembre 2020. A son sens, contrairement à ce qu'avait retenu Swica, l'expert n'avait nullement posé que c'était l'affection sans lien avec l'accident qui avait

nécessité la pose de la prothèse le 29 janvier 2020 ; respectivement, il était d'avis que l'expert ne s'était pas prononcé sur la nécessité de poser une prothèse pour traiter l'arthrose fémoro-patellaire. Les bienfaits de l'intervention ont à nouveau été soulignés. L'assuré a conclu à la prise en charge de l'opération du 29 janvier 2020 et de l'incapacité de travail y relative, subsidiairement à l'aménagement d'un complément d'expertise (pièce 198 du dossier Swica).

Le 22 septembre 2020, Swica a transmis à Me Künzi une copie de l'annotation au rapport d'expertise du Dr G _____ du 26 mai 2020 qu'elle avait omis de verser au dossier. La mandataire a été invité à se déterminer à son propos.

Assura-Basis SA (ci-après Assura) a également formé opposition contre la décision de Swica par écriture du 22 septembre 2020. Elle a relevé avoir soumis le dossier à son médecin-conseil (MC), le Dr H _____, chirurgien, lequel était d'avis que la fracture de la patella avait entraîné des modifications structurelles au niveau de l'articulation fémoro-patellaire du genou gauche et que celles-ci étaient responsables du développement de l'arthrose dans ce compartiment. Assura en déduisait que la pose d'une prothèse fémoro-patellaire était dès lors une conséquence de l'arthrose fémoro-patellaire post-traumatique (pièce 207 du dossier Swica).

Assura a joint le « formulaire de préavis du MC » daté du 17 septembre 2020. Le médecin-conseil y mentionnait que la gonarthrose gauche unicompartimentale interne bilatérale stade III de Kellgren et Lawrence ne pouvait pas être imputée, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'accident du 29 décembre 2012. Il n'a par contre pas répondu à la question tendant à savoir si l'intervention était motivée par cette gonarthrose unicompartimentale interne et, dans l'affirmative, dans quelle mesure. L'arthrite septique du genou gauche avait pu être imputée à l'accident, mais cette infection ne déployait plus d'effet auprès le 24 juin 2019 (date de la fin des prestations de la Swica), soit sans lien avec l'intervention de janvier 2020. L'arthrose fémoro-patellaire gauche de stade II d'Iwano pouvait également être imputée, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'accident de décembre 2012 ; il a répété que la fracture avait entraîné des modifications structurelles au niveau de l'articulation fémoro-patellaire, responsable du développement de l'arthrose fémoro-patellaire. Selon le médecin-conseil, l'intervention du 29 janvier 2020 (prothèse fémoro-patellaire) était en relation de causalité naturelle, au degré de la vraisemblance prépondérante, avec l'accident du 29 décembre 2012 ; il s'agissait du traitement chirurgical de l'arthrose fémoro-patellaire. Il a néanmoins reconnu qu'avant l'intervention l'assuré ne nécessitait pas de traitement de soutien afin de maintenir son état de santé ; son seul traitement

consistant en la prise de Paracétamol, de façon rare (pièce 206 du dossier Swica). Le 14 octobre 2020, le médecin-conseil d'Assura a ajouté que si l'assuré présentait une gonarthrose interne (compartiment fémoro-tibial interne) aux deux genoux, il n'y avait par contre pas, à sa connaissance (cf. en particulier l'expertise du Dr G _____), de gonarthrose fémoro-patellaire à droite. Il a par ailleurs confirmé le lien de causalité entre l'arthrite septique et l'accident dans la mesure où cette infection était survenue à un peu plus de trois mois après l'intervention y relative (pièce 2010 du dossier Swica).

L'assuré a maintenu son opposition par prise de position du 19 octobre 2020 (pièce 213 du dossier Swica)

L'avis du médecin-conseil d'Assura a été soumis au Dr G _____, lequel a pris position en date du 26 novembre 2020. Il a relevé que le Dr H _____ s'était rangé à son avis s'agissant de l'absence de lien de causalité entre la gonarthrose gauche unicompartimentale interne bilatérale stade III de Kellgren et Lawrence et l'accident du 29 décembre 2012. S'agissant de l'arthrite septique, le Dr H _____ avait en toute hypothèse posé que cette lésion ne déployait plus d'effet au-delà du 24 juin 2019 (date de la fin des prestations par la Swica). Avec le Dr H _____, il a confirmé l'existence d'un lien de causalité entre l'arthrose fémoro-patellaire gauche et l'accident du 29 décembre 2012. Le Dr G _____ a pris note que son confrère affirmait indirectement que l'arthrose fémoro-patellaire gauche était seule responsable de la symptomatologie clinique de l'assuré et s'opposait ainsi à sa propre évaluation de la répartition étiologique causale des troubles (p. 17 de l'expertise). Le Dr H _____ n'avait par contre pas pris position sur le rôle respectif de la gonarthrose unicompartimentale interne ni de l'arthrite septique ; il n'avait ainsi pas fourni d'arguments à l'appui de sa réponse. En particulier, les rôles joués respectivement par l'arthrose unicompartimentale interne bilatérale stade III de Kellgren et Lawrence, par l'arthrite septique, mais également par la calcification du tendon quadricipital et du tendon rotulien à gauche (07.01.2014), la calcification à la face profonde du tendon rotulien gauche (17.04.2014), le *genu varum* et la chondrocalcinose articulaire du genou gauche, n'avaient pas été examinés. Enfin, de façon plus générale, les douleurs au genou controlatéral n'avaient pas été étudiées. Par ailleurs, le Dr H _____ n'avait pas examiné les arguments s'opposant à la pose d'une prothèse fémoro-patellaire – qui reste un geste chirurgical rare - chez cet assuré qui (ndr. avant l'intervention) travaillait pourtant toujours à plein temps, s'occupait encore de ses arbres et de sa vigne, activités nécessitant l'usage de la rotule, le tout en l'absence de traitement contre la douleur. En

conclusion, le Dr G _____ a estimé qu'il n'y avait pas de motifs remettant en cause ses conclusions (pièce 220 du dossier Swica).

Le rapport complémentaire du Dr G _____ a été transmis aux parties pour avis. Par courrier du 19 janvier 2021, l'assuré a maintenu son opposition. Assura ne s'est pas déterminée dans le délai imparti.

Les griefs de l'assuré et d'Assura ont été rejetés par décision sur opposition du 26 février 2021. Swica a souligné que le Dr G _____ avait relevé l'existence d'un état antérieur. Selon le spécialiste, la corticothérapie suivie depuis 9 ans avait induit une diminution de la qualité osseuse et l'assuré souffrait par ailleurs d'affections de nature médicale sans lien de causalité naturelle avec l'accident, à savoir : « une calcification du tendon quadricipital et du tendon rotulien gauche diagnostiquée le 7 janvier 2014, une calcification à la face profonde du tendon rotulien gauche diagnostiquée le 17 avril 2014, un *genu varum* bilatéral à prédominance gauche diagnostiquée le 13 février 2018, une chondrocalcinose articulaire au genou gauche, une gonarthrose gauche unicompartimentale interne bilatérale stade III de Kellgren et Lawrence et une chondrocalcinose du genou droit ». La justification de l'implantation d'une prothèse dans le présent cas a par ailleurs été mise en doute chez cet assuré arrivant encore accomplir ses activités et ne suivant pas de traitement médicamenteux ou physiothérapeutique. Il a été ajouté que l'arthrose fémoro-patellaire n'avait été diagnostiquée qu'en date du 29 octobre 2019 (radiographie et rapport du Dr F _____ du même jour) et n'était que de stade II, donc débutante. D'autres affections étaient par contre plus anciennes (2014) et, surtout, il souffrait d'une gonarthrose unicompartimentale interne bilatérale de grade III, soit une arthrose avancée, et de chondrocalcinoses aux deux genoux diagnostiquées en février 2018. Swica a dès lors confirmé son refus d'intervenir pour les traitements prodigués depuis le 24 juin 2019 ainsi que pour l'intervention du 29 janvier 2020.

Le Dr H _____ a une nouvelle fois pris position dans un avis du 8 mars 2021. Il a rappelé qu'un arthro CT du 22 octobre 2014 avait mis en évidence, entre autre, une arthrose fémoro-patellaire ; une patellectomie partielle et un émondage péri-patellaire avait été accompli le 19 janvier 2015 et l'arthrite septique avait nécessité des lavages en avril 2015. Il a souligné que le Dr G _____ avait également admis un lien de causalité naturel entre l'accident et l'arthrose fémoro-patellaire de stade II et avait même fixé une atteinte à l'intégrité y relative de 5% comprenant un risque d'évolution avec mise en place d'une endoprothèse. Selon le Dr H _____, le fait que le patient présentait d'autres pathologies, en particulier au niveau de ses genoux (arthrose fémoro-tibiale

interne bilatérale sur *genu varum* bilatéral et chondrocalcinose bilatérale), ne changeait rien au fait que la modification architecturale de la rotule consécutive à sa fracture du 29 décembre 2012 était bien en relation de causalité pour le moins probable avec l'arthrose fémoro-patellaire développée par la suite. Le Dr H _____ a souligné que ce type d'arthrose n'existait pas au genou droit et que la mise en place d'une prothèse fémoro-patellaire n'avait pas d'autre indication que celle de l'arthrose fémoro-patellaire (pièce 237 du dossier Swica).

Le 25 avril 2021, le Dr G _____ a notamment exprimé que la notion de « modification architecturale » mise en avant par le Dr H _____ n'était ni un terme d'orthopédie, ni un diagnostic médical. Son confrère avait suggéré une modification de l'architecture de la rotule et de son articulation avec le fémur. Or, cette notion n'était pas décrite ; on ne savait pas en quoi elle consistait et elle n'était pas datée. Il estimait que la « relation de causalité naturelle entre l'événement considéré et l'implantation de la prothèse fémoro-patellaire n'était pas discutée » par son confrère. Il relevait néanmoins la prudence dont avait fait montre ce dernier ; il n'avait pas retenu une relation de causalité certaine mais avait retenu une force « pour le moins probable ». Il estimait que le dernier rapport de son confrère ne fournissait toujours pas d'argument propre à modifier ses conclusions (pièce 238 du dossier Swica).

B. Assura-Basis SA a interjeté recours céans en date du 26 mars 2021. En substance, se prévalant des conclusions de son médecin-conseil, elle a conclu à l'annulation de la décision sur opposition contestée et à ce que Swica soit appelée à prendre en charge les suites de l'accident du 29 décembre 2020 au-delà du 24 juin 2019. En particulier, elle estimait que le lien de causalité entre la pose de la prothèse fémoro-patellaire en date du 29 janvier 2020 et l'accident du 29 décembre 2012 avait été établi au degré de la vraisemblance prépondérante probable.

Swica a conclu au rejet du recours par mémoire-réponse du 7 mai 2021 en s'appuyant sur les conclusions du Dr G _____. Elle a notamment souligné que le Dr H _____, ne disposait d'aucune qualification en chirurgie orthopédique et traumatologie, contrairement au Dr G _____ ; par ailleurs, le médecin-conseil n'avait procédé à aucun examen personnel de l'assuré. Swica a par ailleurs répété que, selon le Dr G _____, la symptomatologie en lien avec l'arthrose fémoro-patellaire gauche ne dominait pas le tableau clinique et rappelé les autres pathologies dont souffrait l'intéressé.

Répliquant le 28 mai 2021, Assura a maintenu ses conclusions. Elle s'est prévaluée d'un nouveau rapport du Dr H _____ du 17 mai 2021 joint à son écriture (cf. *infra*). Elle a conclu qu'il n'était pas contesté que l'assuré présentait une gonarthrose bilatérale et que, au niveau du genou gauche, l'arthrose fémoro-patellaire était multifactorielle, un de ces facteurs étant la fracture de la rotule du 29 décembre 2012. Il existait donc à son sens un lien de causalité pour le moins partiel entre cette arthrose fémoro-patellaire et l'événement accidentel, ce qui impliquait un lien de causalité entre l'accident et la mise en place de la prothèse fémoro-patellaire le 29 janvier 2020. Bien que l'indication à la mise en place d'une prothèse fémoro-patellaire n'ait pas été indiquée par le Dr G _____, elle avait fait partie des moyens thérapeutiques à disposition du médecin-traitant et devait dès lors être prise en charge par l'intimée.

Dans son courriel du 17 mai 2021, le Dr H _____ a relevé que s'il n'avait pas examiné le patient, il avait pu se faire une idée de sa situation à l'aune de l'expertise du Dr G _____ et de son anamnèse. Il a rappelé les plaintes rapportées dans cette dernière ainsi que les constatations radiologiques montrant une arthrose fémoro-patellaire. Il a répété qu'il n'y avait pas d'autre indication à la mise en place d'une prothèse que l'arthrose fémoro-patellaire et que l'indication opératoire était posée en fonction du bilan radiologique et de la symptomatologie douloureuse du patient. Contrairement au Dr G _____, le Dr H _____ était d'avis que la mise en place d'une prothèse fémoro-patellaire telle que préconisée par le Dr F _____, était ici tout à fait légitime et faisait partie de l'arsenal thérapeutique à disposition dans le cas de l'intéressé.

Dupliquant le 9 juillet 2021, Swica a maintenu ses conclusions en se référant à une nouvelle prise de position du Dr G _____. Elle a répété que le Dr H _____ n'avait pas pris position sur une série de points relevés par le Dr G _____ et que l'intervention du 29 janvier 2020 n'était pas justifiée dans le cas de cet assuré, étant rappelé qu'une prothèse fémoro-patellaire était raisonnablement implantée pour diminuer un traitement contre la douleur, rendre une pleine capacité de travail et une bonne mobilité à la rotule. Elle s'est référé aux informations sises sur le sites des HUG (liens actuels : <https://www.hug.ch/chirurgie-orthopedique-traumatologie-appareil/prothese-totale-genou>).

Dans son avis orthopédique du 4 juillet 2021, le Dr G _____ a relevé que son confrère n'avait toujours pas pris position sur les éléments suivants : l'absence du moindre traitement contre la douleur, une quelconque incapacité de travail, l'arrêt du travail des vignes, une asymétrie de mobilité des rotules, un énoncé du stade de gravité

de l'arthrose fémoro-patellaire et l'absence de tous les autres diagnostics énoncés par le Dr G _____. En outre, on ignorait quel type de prothèse (unicompartimentale ou pluricompartimentale/prothèse totale), il s'agissait. Le Dr G _____ a ajouté que le traitement qu'il avait préconisé s'appliquait également pour l'arthrose du genou non lésé par l'accident, notamment à la chondrocalcinose (cf. p. 14. et 15 de son expertise). L'indication de l'intervention opératoire, jugée légitime par le Dr H _____, n'avait pas été étayée d'un point de vue orthopédique. Le Dr G _____ concluait comme suit : « L'argumentation du médecin-conseil s'articule en deux temps. D'une part, est effectué un choix étrenci des données de mon travail. Ce qui entraîne un syllogisme en raison de prémisses insuffisantes. D'autre part, par la seule justification, de la " légitimité " de l'implantation d'une prothèse. Affirmation non soutenue par une argumentation de nature orthopédique ».

La recourante s'est déterminée en date du 23 juillet 2021. Elle a indiqué que, selon avis de son médecin-conseil, le Dr G _____ se concentrait sur la question de l'indication médicale de l'opération et non sur celle du lien de causalité, pour le moins partiel, entre l'accident et l'intervention. Or, l'opération litigieuse faisait, selon le Dr H _____, partie des solutions thérapeutiques appropriées et légitimes.

Le 24 août 2021, le Tribunal a invité A _____ à faire valoir son droit d'être entendu sur les écritures des parties en sa qualité de tiers intéressé. Le 9 septembre suivant, il a répondu ne pas avoir d'observations particulières à faire valoir.

L'échange d'écritures a été clos le 17 septembre 2021.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

Remis à la poste le 26 mars 2021, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 26 février précédent, a été interjeté dans le délai légal de trente jours (60 LPGA) et devant l'autorité compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58

LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit de A _____ à des prestations de l'assurance-accidents en lien avec son accident du 29 décembre 2012 pour les frais médicaux encourus dans le cadre de la rechute annoncée par son employeur en date du 1^{er} février 2018, en particulier les frais pour les traitements prodigués depuis le 24 juin 2019 ainsi que pour l'intervention chirurgicale du 29 janvier 2020.

2.1 En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA, RS 832.20]). 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 (art. 4 LPGA). L'assurance-accidents obligatoire n'alloue des prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 c. 3.1 et 3.2; SVR 2012 UV n° 2 c. 3.1).

2.2 Tout événement est une cause au sens de la causalité naturelle, lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière ou au même moment. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 c. 3.1, 119 V 335 c. 1; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.1). Pour admettre un lien de causalité naturelle, il suffit que l'accident en question représente une cause partielle d'une atteinte à la santé déterminée (ATF 134 V 109 c. 9.5, 123 V 43 c. 2b; SVR 2009 UV n° 3 c. 8.3).

En vertu de l'article 36 alinéa 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 ou le décès n'est que partiellement imputable à l'accident. Si un accident aggrave ou même révèle une prédisposition malade, l'assureur-accidents peut refuser ses prestations uniquement si l'accident ne représente pas la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, à savoir lorsque cette dernière ne procède plus que, et exclusivement, de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas

si l'assuré recouvre un état (maladif) de santé soit tel qu'il existait juste avant l'accident (*statu quo ante*), soit tel qu'il serait advenu tôt ou tard, fatalement, en fonction de l'évolution de la prédisposition malade (*statu quo sine*; SVR 2016 UV n° 18 c. 2.1.1, 2011 UV n° 4 c. 3.2; RAMA 1994 p. 326 c. 3b). De même qu'en ce qui concerne l'existence du lien de causalité naturelle à la base de l'obligation de prestations, la cessation de l'influence causale des origines accidentelles d'une atteinte à la santé doit être établie avec une vraisemblance prépondérante, degré de preuve usuel en droit des assurances sociales (ATF 138 V 218). La simple possibilité d'une disparition totale des effets d'un accident ne suffit pas. Comme il s'agit là d'un fait susceptible de supprimer le droit aux prestations, le fardeau de la preuve en incombe – contrairement à la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle fondant l'obligation de prêter – non pas à la personne assurée, mais à l'assureur-accidents (SVR 2011 UV n° 4 c. 3.2).

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 129 V 177, consid. 3.1 et les références citées ; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009, consid. 3.1). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008, consid. 3.1 et les références citées).

2.3 En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, le paiement d'indemnités journalières (art. 11 OLAA; pour les titulaires d'une rente de l'assurance-accidents : art. 21 LAA). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, 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 p. 138; 118 V 293 consid. 2c p. 296).

En cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident (SVR 2019 UV n° 27 c. 4.2, 2016 UV n° 18 c. 2.2.2; TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 c. 3.2). A cet égard, la jurisprudence considère que

plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (cf. SVR 2016 n° UV 18 p. 55 consid. 2.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_796/2013 du 30 septembre 2014 consid. 3.2). 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* » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 sv., 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 (arrêt 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 125 V 456, consid. 5a et les références citées, 129 V 177 précité, consid. 3.2 ; arrêt 8C_710/2008 du 28 avril 2009, consid. 2). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (arrêt 8C_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.1 in fine et les références citées).

2.4 L'autorité compétente 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 (arrêt 8C_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-1472/2012 du 24 mars 2014 consid. 7.1.1 et C-6844/2011 du 5 juin 2013 consid. 7.1). Elle peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 125 V 351 consid. 3a ; SVR 2007 IV n° 31 p 111 [I 455/06] consid. 4.1). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt 9C_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 3.3). En particulier, une expertise sera mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5618/2012 précité consid. 7). Le cas échéant, l'autorité peut par ailleurs renoncer à l'administration d'une preuve, si elle acquiert la conviction, au terme d'une appréciation

anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3. ; 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc).

Les rapports et expertises émanant de médecins internes aux assureurs ont valeur probante pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de façon compréhensible, soient dépourvus de contradictions et qu'il n'existe pas d'indices contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il en va de même lorsqu'un médecin est appelé de façon répétée à effectuer des expertises pour le compte d'une assurance (SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4). Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité. Eu égard à l'importance considérable qu'un tel rapport médical a en matière de droit des assurances sociales, il convient de poser des exigences sévères s'agissant de l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 c. 3b/ee). Si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a néanmoins 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'article 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées).

Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve objectivement et indépendamment de leur origine décider si les pièces à disposition permettent de procéder à une appréciation fiable des prétentions litigieuses. En présence de rapports médicaux contradictoires, il ne peut notamment pas trancher le litige sans apprécier toutes les pièces médicales et exposer les motifs pour lesquels il se fonde sur un avis médical plutôt que sur un autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant de savoir si cet acte est complet compte tenu des droits contestés, s'il est fondé sur des examens approfondis en tous points, s'il tient compte des affections dont se plaint l'intéressé, s'il a été établi en connaissance de l'anamnèse, si l'exposé du contexte médical est cohérent, voire si l'appréciation de la situation médicale est claire, et si les conclusions de l'expert sont dûment motivées. N'est donc en soi déterminante pour la valeur probante d'un moyen de preuve ni la provenance d'une prise de position reçue ou demandée par le biais d'un mandat ni sa désignation en tant que rapport ou expertise. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète et approfondie, elle ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés

dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions (ATF 125 V 351 ; arrêt 9C_543/2011 du 19 janvier 2012 consid. 2.3.1).

3. En l'espèce, il n'est pas contesté que l'événement du 29 décembre 2012 remplit les conditions d'un accident et que ses suites ont été prises en charge par Swica. Est par contre litigieuse la prise en charge par l'assurance des lésions au genou gauche de l'assuré à partir la rechute annoncée le 1^{er} février 2018.

L'intimée s'est fondée sur les rapports du Dr G _____, mandaté pour une expertise. Il sied dès lors de vérifier la valeur probante des conclusions de ce dernier et d'examiner si ces dernières sont mises en doute par des avis médicaux contraires d'une valeur probante prépondérante.

Le Dr G _____ est une spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et expert SIM. Il dispose dès lors d'une compétence reconnue pour se déterminer sur des pathologies au genou. Il a rendu ses conclusions après avoir procédé à un examen personnel de l'assuré en date du 17 janvier 2020 et en ayant notamment pris connaissance des pièces du dossier médical de l'assuré relatives aux suites de son accident, y compris les documents radiologiques (expertise p. 12ss). Il a par ailleurs requis des renseignements complémentaires et eu un entretien téléphonique avec le Dr F _____, médecin traitant, lequel a peu collaboré s'agissant de la question de l'arthrite sceptique. Dans le respect des réquisits jurisprudentiels, force est de constater que l'expert a tenu compte des affections dont se plaignait l'assuré (expertise p. 3-4 et p. 7-8), son rapport a été établi en connaissance de l'anamnèse tant personnel que médical (expertise p. 2-3), son exposé du contexte médical est cohérent, son appréciation de la situation médicale est claire ses conclusions ont été dûment motivées.

Lors de son examen, il a notamment relevé que l'expertisé ne prenait aucun antalgique, disant traiter ses douleurs avec du gel et du froid et, très rarement, du Paracétamol. Il n'avait pas besoin d'une aide à la marche et pouvait encore se déplacer sur un périmètre variable de l'ordre d'un kilomètre, étant limité par des « gonalgies bilatérales à prédominance gauche ». Ses deux genoux étaient douloureux à la marche, mais également la nuit. Il pouvait toujours travailler ses vignes et ses arbres, mais moins qu'auparavant. L'expert a procédé à un examen approfondi du genou gauche (expertise p. 8-9). Il a rapporté dans les conclusions de son examen que les gonalgies étaient bilatérales, non seulement mécaniques mais également de rythme inflammatoire. Selon l'expert, un travail en position assise restait possible, de même que des activités

agricoles légères, sans aucun traitement antalgique médicamenteux ou physiothérapeutique.

Dans son analyse de la causalité naturelle, l'expert a posé que les étiologies responsables de ce syndrome douloureux de rythme mécanique, mais également inflammatoire, étaient multiples. La chondrocalcinose articulaire, pathologie malade, lésait les ménisques, imprimant son propre rythme algique aux deux genoux. La calcification du tendon rotulien gauche entraînait également des douleurs, de même que la calcification située à la face profonde de ce tendon ; ses calcifications étaient de nature médicale et non accidentelle. Il existait par ailleurs un *genu varum* bilatéral expliquant la pathologie médicale de nature arthrosique dégénérative du compartiment fémoro-tibial interne du genou gauche en association avec la chondrocalcinose, ce qui conduisait à poser le diagnostic de gonarthrose unicompartmentale interne bilatérale stade III de Kellgren et Lawrence. Aucun lien de causalité naturelle n'existait entre cette gonarthrose et l'accident, de même qu'entre la chondrocalcinose, la calcification du tendon rotulien gauche, du tendon quadricipital gauche et de la face profonde du tendon rotulien gauche et l'accident.

Il existait par contre également une arthrose de stade II d'Iwano entre la rotule fracturée en 2012 et la trochlée fémorale gauche ; pour cette dernière atteinte la causalité naturelle était retenue au degré de la vraisemblance prépondérante étant précisé qu'il s'agissait d'une conséquence tardive de la fracture patellaire. Il existait des limitations fonctionnelles pour partie en lien de causalité avec l'accident, mais également en lien avec des pathologies de nature médicale. L'expert a dès lors procédé à une répartition étiologique causale des troubles présents lors de son évaluation et a conclu que la symptomatologie en lien avec l'arthrose fémoro-patellaire gauche ne dominait pas le tableau clinique. Les pathologies d'origine médicale prédominaient au plan étiologique de la symptomatologie algique. L'accident du 29 décembre 2012 était ainsi une cause des troubles constatés mais ne concernait que l'articulation fémoro-patellaire du genou gauche stade II d'Iwano, par l'apparition d'une complication tardive, à type d'arthrose, des fractures du cartilage de la rotule lors de l'accident. Néanmoins l'accident n'était pas la seule cause des troubles et n'expliquait pas les autres diagnostics au genou gauche. Le degré de vraisemblance de la relation de causalité naturelle entre l'accident du 29 décembre 2012 et les troubles constatés était possible mais ne revêtait pas une vraisemblance prépondérante ; les autres causes possibles, de nature médicale, entraient en considération de façon prépondérante (expertise p. 23).

Au plan thérapeutique, l'expert a déconseillé une intervention chirurgicale et préconisé la mise en place d'un traitement antalgique simple et de séances de physiothérapie, avec par ailleurs une prise en charge des calcifications et du rhumatisme à pyrophosphate de calcium. Sans intervention, la capacité de travail demeurait pleine et entière dans la profession habituelle. Une liste des limitations fonctionnelles de classe 2 (restrictions modérées) a été dressée en fin d'expertise. Un taux d'atteinte à l'intégrité de 5% a été retenu par l'expert en raison non pas de l'état du genou de l'expertisé au moment de son évaluation mais d'une éventuelle future aggravation prévisible de l'arthrose fémoro-patellaire, avec un bon résultat d'une endoprothèse. Au jour de son évaluation, l'expert n'a ainsi nullement posé la nécessité d'une endoprothèse en raison de l'arthrose fémoro-patellaire ; au contraire, à ce stade, il a préconisé un traitement purement conservateur (cf. *supra*).

Dans son rapport complémentaire du 26 mai 2020, le Dr G _____ a encore précisé que les lésions accidentelles pouvaient être complètement différenciées des affections médicales (calcification du tendon quadricipital et du tendon rotulien gauches, calcification à la face profonde du tendon rotulien gauche, *genu varum* bilatéral à prédominance gauche, chondrocalcinose du genou gauche, gonarthrose unicompartimentale interne bilatérale stade III de Kellgren et Lawrence) car elles ne se trouvaient pas au même endroit dans le genou, c'est-à-dire pas dans le même compartiment. La pose de la prothèse découlait de l'état maladif. L'assuré souffrait d'un trouble du métabolisme qui entraînait des dépôts de calcium intra articulaires. La preuve en était que la chondrocalcinose se retrouvait aussi au genou droit.

Après examen de ces éléments, la Cour constate que l'expertise fouillée et dûment motivée du Dr G _____, qui nie l'existence d'un lien de causalité naturelle établi au degré de la vraisemblance prépondérante entre les plaintes rapportées depuis la rechute et l'accident ainsi que la nécessité d'une intervention chirurgicale en lien avec les seules séquelles de l'accident, remplit pleinement les réquisits posés par la jurisprudence en matière de valeur probante des rapports médicaux. Elle emporte la conviction de la Cour. Son expertise n'est mise en doute par aucun avis médical contraire d'une valeur probante prépondérante. Les rapports radiologiques ont effectivement mis en évidence les multiples atteintes soulignées par l'expert ainsi que le *genu varum*. Le Dr F _____ a certes mentionné une arthrose fémoro-patellaire et préconisé une arthroplastie ; il n'a toutefois pas pris position sur le rôle des nombreuses autres pathologies touchant le genou gauche du patient. De même, dans ces nombreux rapports, le médecin-conseil de la recourante a confirmé l'existence de cette arthrose

fémoro-patellaire en lien de causalité naturelle avec l'accident – point qui n'a pas été contesté par l'expert – mais n'a pas exposé dans quelle mesure les autres atteintes ne jouaient pas un rôle prépondérant sur les plaintes de l'assuré au moment des faits déterminants (2018 à 2020). Le Dr H _____ a ainsi notamment mentionné que la gonarthrose gauche unicompartmentale interne bilatérale stade III de Kellgren et Lawrence ne pouvait pas être imputée, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'accident du 29 décembre 2012 (préavis du 17 septembre 2020). Le médecin-conseil, qui ne dispose effectivement d'aucune qualification en chirurgie orthopédique et traumatologie, n'a par contre pas répondu à la question tendant à savoir si l'intervention était motivée par cette gonarthrose unicompartmentale interne et, dans l'affirmative, dans quelle mesure. Par voie de conséquence, le Dr H _____ n'a pas fourni d'élément permettant de retenir que, contrairement aux arguments développés par le Dr G _____, l'arthrose fémoro-patellaire gauche était responsable de manière déterminante de la symptomatologie algique de l'intéressé, en particulier à l'aune des autres atteintes malades dont souffraient ce dernier.

S'agissant de l'arthrite septique à *staphylococcus aureus*, Gächter stade II, il ressort du dossier que l'assuré a bénéficié d'une synovectomie et d'un lavage articulaire en date du 26 avril 2015 et d'un lavage et drainage articulaire, les 29 avril et 1^{er} mai suivant (pièces 49 à 51 du dossier Swica). Il n'a pas été fait état de complications par la suite. Cette atteinte a dès lors été traitée en 2015 et était dès lors sans incidence au moment de la rechute annoncée en 2018 et, en particulier, lors de l'intervention de janvier 2020, seules de précautions ayant dû être prises afin de prévenir la survenance d'une nouvelle infection (antibiothérapie préventive). Cela a dû être admis par le médecin-conseil dans son préavis du 17 septembre 2020.

Par ailleurs, au plan thérapeutique, le médecin-conseil a également relevé qu'en janvier 2020, l'assuré ne nécessitait pas de traitement de soutien afin de maintenir son état de santé, son seul traitement consistant en la rare prise de Paracétamol, ce qui corrobore les réserves émises par le Dr G _____ quant à la nécessité de procéder à la pose d'une prothèse du fait du stade de l'arthrose fémoro-patellaire en janvier 2020 déjà chez cet assuré qui arrivait encore à accomplir ses activités et, en particulier, à accomplir son travail. En effet, comme l'a relevé l'intimée, il ressort des données des HUG (cf. *supra*), qu'« avant d'envisager une opération, il est conseillé d'essayer des traitements médicaux : adaptation des activités, antidouleurs, physiothérapie, infiltrations de corticoïdes, etc », démarches préalables non accomplies en l'occurrence.

Au vu de ces éléments, la Cour ne saurait faire grief à l'intimée d'avoir, sur la base de l'expertise du Dr G _____, retenu que l'assuré présentait un état antérieur avec un genou gauche présentant, outre les effets d'une corticothérapie, de nombreuses atteintes malades sans lien avec l'accident de décembre 2012 et antérieures au diagnostic d'arthrose fémoro-patellaire posé pour la première fois en octobre 2019, atteintes malades expliquant de manière déterminante les nouvelles plaintes. Contrairement à ce que souhaiterait la recourante, on ne pouvait ainsi considérer que l'accident de 2012 constituait la condition *sine qua non* des troubles annoncés dès 2018 et, en particulier, de l'implantation d'une prothèse de genou en janvier 2020. Partant, une obligation de prise charge par l'intimée des maux invoqués au titre de rechutes/séquelles tardives devait effectivement être niée.

4. C'est donc à bon droit que Swica, dans sa décision sur opposition du 26 février 2021, a confirmé (à l'instar de sa décision initiale) son refus de prendre en charge des traitements en lien avec les douleurs aux genoux (en particulier gauche) signalées en février 2018, respectivement depuis le 24 juin 2019, Swica déclarant dans sa réponse (p. 15) avoir renoncé à réclamer le remboursement des prestations versées à tort. Le recours s'avère donc mal fondé et doit être rejeté.

5.1 Il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 61 let. a LPGA).

5.2 Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. a et g LPGA; ATF 127 V 205 c. 3a, 126 V 143), ni à l'intimée chargée d'une tâche de droit public (art. 91 al. 3 LPJA).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 16 juin 2023