



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2944/2014

ATAS/20/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 janvier 2016

10^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié au GRAND-LANCY, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître BRUCHEZ
Christian

recourant

contre

HELVETIA COMPAGNIE SUISSE D'ASSURANCES SA, sise
Dufourstrasse 40, 9001 SAINT-GALL

intimée

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Georges ZUFFEREY et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né le _____ 1949, exerce la profession de moniteur d'auto-école indépendant. À ce titre, il est assuré pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de Compagnie d'Assurances Nationale Suisse SA, devenue, le 30 avril 2015, Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances SA, suite à la fusion par absorption de la première par la seconde (ci-après : l'assureur ou l'intimé ; FOOSC du 5 mai 2015).
2. Il a subi une intervention chirurgicale le 6 janvier 2009, soit une arthroplastie totale de la hanche droite, pratiquée par le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.
3. Le 9 juillet 2009, alors qu'il se trouvait dans les locaux de son auto-école, l'assuré est tombé sur le flanc droit après avoir glissé et manqué une marche d'escalier.
4. Pris en charge par le groupe médical d'Onex le lendemain de cet événement, l'assuré s'est vu délivrer un arrêt de travail complet du 10 au 22 juillet 2009, prolongé du 23 juillet au 3 août 2009.
5. Le 13 août 2009, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne, a posé le diagnostic de contusion de la hanche droite.
6. Le 18 septembre 2009, le Dr B_____ a indiqué que l'affection actuelle n'était pas liée à la mise en place de la prothèse de la hanche droite mais à l'événement du 9 juillet 2009. En effet, l'assuré avait repris complètement son travail après l'intervention du 6 janvier 2009. Sur le plan anamnestique, le Dr B_____ a mentionné que la chute dans les escaliers, survenue six mois plus tard, avait provoqué un choc direct sur le bassin et la hanche droite. L'évolution actuelle était lentement favorable. On observait une régression des hématomes et une amélioration de la mobilité. Les bilans radiologiques n'avaient pas mis en évidence de modifications prothétiques. Une reprise du travail était prévue à 75% le 21 septembre 2009, puis vraisemblablement à 100% courant octobre.
7. Dans deux feuilles-accident LAA relatives à l'événement du 9 juillet 2009, le Dr B_____ a fait état d'une prolongation de l'incapacité de travail de 25% jusqu'au 22 novembre 2009 et d'une capacité de travail pleine et entière à partir du 23 novembre 2009. Une incapacité de travail était toutefois réapparue, d'abord à 50% le 25 janvier 2010, puis à 75% à partir du 23 février 2010.
8. Le 26 janvier 2010, le docteur D_____, radiologue, a effectué une échographie du pli inguinal droit de l'assuré. Il notait la présence d'une grosse hernie inguino-crurale. Par ailleurs, le tendon du moyen fessier se distinguait par une rupture de son extrémité distale par décollement, mais son insertion supérieure était restée intacte. Le grand fessier était marqué par une certaine amyotrophie et une involution graisseuse.
9. Dans un rapport daté du 17 février 2010, le Dr B_____ a posé le diagnostic de rupture-désinsertion du tendon du moyen fessier, ajoutant qu'une opération de

réinsertion de celui-ci était prévue le 25 mars 2010. Sur le plan de l'évolution, il notait la persistance d'une boiterie et d'un signe de Trendelenburg.

10. Le 11 mars 2010, le Dr B_____ a complété ses observations antérieures en évoquant une rupture des insertions du tendon du moyen fessier à la hanche droite dans un contexte d'arthroplastie totale. Invité à dire si, compte tenu de l'état préexistant et de l'accident du 9 juillet 2009, la rechute de janvier 2010 était, selon le principe de vraisemblance prépondérante, en lien avec l'événement accidentel, le Dr B_____ a répondu que la décompensation de la rupture des insertions tendineuses était liée à l'accident. En effet, il n'avait pas noté d'instabilité entre le moment de la mise en place de la prothèse, le 6 janvier 2009, et la date de de l'accident.

L'incapacité de travail dans l'activité habituelle était de 50% depuis le 25 janvier 2010, avant une aggravation à 75% à compter du 23 février 2010. Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr B_____ a estimé que la question était « pour l'instant abstraite ».

11. Invité à dire si la problématique constatée dès janvier 2010 concernait l'accident de juillet 2009, le docteur E_____, médecin-conseil de l'assureur et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a répondu le 18 mars 2010 que lorsqu'une prothèse de la hanche est posée, les muscles sont désinsérés du trochanter, puis suturés après la pose. Il n'était pas rare que ces muscles lâchent spontanément. Dans le cas concret en revanche, il y avait eu une chute en juillet 2009. Après avoir recouvré pleinement sa capacité de travail en novembre 2009, l'assuré avait connu un nouvel arrêt de travail en janvier 2010. En l'état, il n'était pas possible de dire s'il s'agissait d'une aggravation.
12. Le 19 mars 2010, l'assureur et le Dr E_____ se sont entretenus au téléphone. Malgré l'obtention de pièces complémentaires pour l'étude du cas, ce dernier avait de la peine à se prononcer sur la causalité, « même si la lésion [semblait] être une suite de l'événement de juillet 2009 ». Il préférerait que l'assureur mît en œuvre une expertise médicale, précisant qu'il ne souhaitait pas être impliqué dans ce processus.
13. Le 22 mars 2010, l'assureur a informé l'assuré de sa décision de le soumettre à une expertise et de confier celle-ci au docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.
14. Par courrier du 26 mai 2010, l'assureur s'est dit surpris d'apprendre que l'assuré n'avait pas encore subi l'intervention chirurgicale prévue, tout en attirant son attention sur le fait qu'il ne pouvait pas retarder son traitement dans l'attente d'une décision de sa part.
15. Le 21 juin 2010, le Dr F_____ a rendu un rapport intermédiaire d'expertise. Il y a diagnostiqué des troubles fonctionnels douloureux au niveau de la hanche droite suite à une chute. La fonction actuelle de la hanche droite n'était pas celle que l'on pouvait attendre dix-huit mois après l'insertion d'une prothèse totale. Dans l'attente

d'un bilan radiologique plus récent, de meilleure qualité, et d'examen complémentaires, il ne lui était pas possible, en l'état, de se prononcer sur les questions de causalité. La situation actuelle était néanmoins caractérisée par une hanche douloureuse et une altération de l'état général qui ne s'expliquait pas par une rupture isolée du tendon. Quatre hypothèses entraînaient provisoirement en ligne de compte (méthode dite du diagnostic différentiel) :

- un descellement de la prothèse ;
- une fracture des inserts en céramique ;
- la désinsertion du tendon suspectée ;
- une infection de la prothèse.

16. Le 5 juillet 2010, le docteur G_____, radiologue, a procédé à une échographie de la hanche droite. Ce faisant, il a mis en évidence une structure hyperéchogène, formée par deux lignes parallèles, précisant que cette image avait été interprétée comme la présence de fils chirurgicaux lors de l'échographie du 26 janvier 2010,

Regrettant de n'avoir à disposition que le rapport de l'échographie du 26 janvier 2010 et non les images, le Dr G_____ a ajouté que la structure mise en évidence ouvrait un diagnostic différentiel entre des fils chirurgicaux mais également la présence d'un petit fragment de drain chirurgical resté en place. Pour le reste, le tendon du petit fessier semblait continu. En revanche, le tendon antérieur du moyen fessier montrait un aspect irrégulier, hypoéchogène, compatible avec un status post-traumatique. Toutefois, le Dr G_____ ne pouvait affirmer ni exclure la présence d'une déchirure de ce tendon. Quant au tendon postérieur, il était continu et montrait de discrets signes de tendinopathie « pré-insertionnelle ».

17. Le 2 août 2010, le docteur H_____, spécialiste FMH en radiologie, a effectué des radiographies et IRM du bassin et de la hanche droite. Dans un rapport subséquent, du 6 août 2010, il a indiqué que les radiographies ne révélaient pas d'altération manifeste de la structure osseuse et que la prothèse était en bonne position, sans résorption manifeste autour de celle-ci. En revanche, il existait une discrète coxarthrose du côté gauche et une arthrose sacro-iliaque bilatérale. Les données IRM, qui illustraient un « status post mise en place de PTH » (prothèse totale de la hanche) du côté droit avec involution graisseuse et atrophie essentiellement antérieure du corps charnu, étaient compatibles avec une désinsertion partielle antérieure du moyen fessier. Du côté droit également, une désinsertion complète du petit fessier avait pu être mise en évidence, doublée d'une involution graisseuse et d'une atrophie accompagnée d'une rétraction musculaire.

18. Le 20 septembre 2010, le Dr F_____ a rendu son rapport d'expertise final. Les divers examens réalisés récemment aboutissaient aux conclusions suivantes :

- une infection est peu probable ;
- il n'y a pas d'évidence d'un descellement de la prothèse ;

- une fracture des inserts en céramique n'est pas démontrée ;
- il y a désinsertion et « rétractation » (recte : rétraction) du petit fessier ainsi qu'une anomalie antérieure du tendon moyen fessier.

« Heureusement pour [l'assuré] », la probabilité de complications graves telles que des fractures d'implants, le descellement des pièces prothétiques ou l'infection n'étaient pas au premier plan suite aux examens réalisés. Ceux-ci avaient montré qu'il existait une anomalie du tendon moyen fessier ainsi qu'une désinsertion du petit fessier. Ce type d'anomalie n'était pas rare en présence d'une coxarthrose. Il pouvait donc préexister à l'insertion d'une prothèse totale de la hanche. D'autre part, lors de ce type d'opération, il n'était pas rare de procéder à une section du tendon petit fessier, ceci « pour faciliter la voie d'abord ». La présence d'anomalies de ces tendons actuellement ne signifiait donc pas qu'elles eussent été causées par la chute. D'autre part, lorsque de telles lésions étaient isolées, elles n'étaient en principe pas à l'origine d'une symptomatologie importante. En ce qui concerne le tendon moyen fessier, sa désinsertion n'était pas complète selon l'IRM. Ceci permettait de relativiser l'efficacité prévisible d'une réparation de ce tendon. Quant au rôle éventuel de la hernie inguinale – décrite par le Dr D_____ – dans la symptomatologie douloureuse, il méritait d'être étudié.

Invité à dire si chacun des diagnostics relevés était en relation de causalité naturelle avec l'accident et selon quelle probabilité, le Dr F_____ a indiqué :

- prothèse totale de la hanche droite : « non » ; la pose de la PTH était antérieure à l'accident ;
- troubles fonctionnels douloureux de la hanche droite : « possible » ; l'expert n'avait actuellement pas d'explication à l'intensité décrite de ces troubles par un élément diagnostic clairement traumatique.

Interrogé sur le lien de causalité naturelle entre le traitement médical repris le 20 janvier 2010 et l'accident du 9 juillet 2009, le Dr F_____ s'est déterminé comme suit :

- selon les éléments diagnostics réunis actuellement : « non » ; la situation était celle d'une contusion de la hanche droite. Pour un tel diagnostic, les cinq mois d'évolution jusqu'à fin novembre 2009 paraissaient suffisants pour que l'accident ne déploie plus ses effets délétères.

Invité à dire si parallèlement aux suites de l'accident du 9 juillet 2009, d'autres maladies, états maladifs ou encore d'autres états ou suites d'autres accidents, influençaient l'état de santé de l'assuré, le Dr F_____ a répondu par l'affirmative en mentionnant la prothèse totale de la hanche droite et, éventuellement, la hernie inguinale droite.

Interrogé sur la survenance probable du *statu quo ante* ou *sine* dans l'éventualité où des maladies, des états maladifs ou encore d'autres états ou suites d'autres accidents avaient une influence sur l'état de santé de l'assuré, le Dr F_____ était

d'avis, sur la base des éléments d'appréciation disponibles, que les effets délétères de l'accident de juillet 2009 étaient terminés au plus tard à fin novembre 2009.

19. Le 12 octobre 2010, le Dr B_____ a fait part de ses remarques au sujet du rapport d'expertise du Dr F_____. De son point de vue, une désinsertion tendineuse persistante paraissait peu compatible avec l'état de guérison ressenti par l'assuré quelques mois après l'arthroplastie totale de la hanche droite, pratiquée le 6 janvier 2009. Manifestement, la chute avait décompensé une situation qui était celle d'une récupération complète. Toutefois, les examens complémentaires ayant mené au diagnostic n'avaient été effectués que plusieurs mois après la chute, ce qui rendait l'appréciation délicate. Le Dr B_____ a également suggéré de mettre sur pied une contre-expertise.
20. Le 19 octobre 2010, l'assuré, agissant par l'entremise de son conseil, s'est adressé à l'assureur en soulignant que sa hanche ne lui procurait plus de souci ni de douleurs quelques mois après l'opération du 6 janvier 2009, raison pour laquelle il avait pu reprendre son activité professionnelle à plein temps au début du mois de mai 2009. Du reste, cela n'avait pas échappé au Dr F_____ qui avait mentionné également les suites favorables de cette opération. Après l'accident du 9 juillet 2009, des bilans radiologiques avaient été effectués. Ceux-ci avaient montré que sa prothèse était parfaitement en place et que ses problèmes de santé après la chute dans les escaliers du 9 juillet 2009 « n'étaient pas en relation avec cette dernière ». En revanche, il importait de souligner qu'aucune échographie n'avait été effectuée à ce moment-là. Alors que sa hanche droite le faisait toujours souffrir, c'était sous la pression de l'assureur qu'il avait repris son activité professionnelle à 100% en novembre 2009 en pensant que la pause de Noël lui permettrait de récupérer définitivement. Hélas, il n'en fut rien. Aussi avait-il consulté à nouveau le Dr B_____ en janvier 2010. Ce dernier avait fait procéder à une échographie qui avait mis en évidence les séquelles d'une rupture par décollement de l'extrémité distale du moyen fessier après PTH. À ce jour, il souffrait toujours de la déchirure de ce tendon et sa boiterie persistait. Force était donc d'admettre qu'il n'avait jamais retrouvé, après l'accident du 9 juillet 2009, un état de santé correspondant à son état de santé antérieur à l'accident. De plus, l'état de sa hanche droite avait été attentivement examiné avant l'opération du 6 janvier 2009. Il en résultait que ses problèmes de tendon n'étaient pas présents au moment de ladite opération. Après celle-ci, il avait récupéré pleinement et entièrement en mai 2009. Force était donc d'admettre que les atteintes à la santé étaient apparues du fait de la chute du 9 juillet 2009.

Il découlait de ces éléments que l'expertise du Dr F_____ était critiquable en ce qu'elle affirmait que les problèmes de tendon étaient déjà présents avant l'opération de prothèse totale de la hanche. De même, elle n'était pas crédible lorsqu'elle laissait entendre que ces atteintes pouvaient être consécutives à l'opération chirurgicale elle-même, attendu que rien dans le dossier ne permettait d'envisager une faute médicale.

En conséquence, l'assuré a invité l'assureur à bien vouloir prendre en charge l'intégralité des séquelles de l'accident du 9 juillet 2009 y compris celles actuelles.

20. Le 23 novembre 2010, l'assureur a informé l'assuré qu'il avait transmis au Dr F_____ une copie de son courrier du 19 octobre 2010. Au passage, il a contesté toute pression de sa part pour que la reprise du travail s'effectuât à 100% en novembre 2009.
21. Par courrier du 30 novembre 2010, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a informé le conseil de l'assuré que ce dernier l'avait contacté en vue d'effectuer une contre-expertise, ajoutant qu'il se réservait d'accepter le mandat proposé une fois nanti de renseignements complémentaires de la part des Drs B_____ et D_____.
22. Le 7 décembre 2010, le Dr F_____ s'est déterminé sur le courrier de l'assuré du 19 octobre 2010. Contrairement à ce que ce dernier alléguait, il n'avait jamais affirmé que « les problèmes de tendon » fussent déjà présents avant l'opération de prothèse totale de la hanche. Il avait effectivement fait état d'une « anomalie antérieure du tendon moyen fessier », mais le qualificatif « antérieur », dans ce cas, concernait l'anatomie du tendon et non l'évolution dans le temps.

D'autre part, il n'avait jamais suggéré qu'une erreur médicale ait pu être commise par le Dr B_____. Au contraire, il avait indiqué que la désinsertion du tendon petit fessier était couramment pratiquée lors de la « voie d'abord » pour prothèse totale de la hanche.

23. Dans un rapport daté du 9 décembre 2010, qui faisait suite à un examen sur dossier, le Dr I_____ a souligné que les précisions apportées à l'anamnèse préopératoire étaient importantes pour déterminer la présence d'un état antérieur éventuel concernant la morphologie antérieure ou la pathologie des fessiers. À ce propos, le Dr B_____ lui avait rapporté avoir noté, trois mois avant la pose de la prothèse, que le signe de Trendelenburg était négatif à droite, ce qui indiquait la présence de fessiers fonctionnels. Quant à l'intervention du 6 janvier 2009, le Dr B_____ indiquait avoir effectué un abord chirurgical entre moyen et petit fessier. Ceci correspondait à une désinsertion de l'attache de ces muscles sur le trochanter, qui étaient, en fin d'opération, refixés par trois ou quatre points transosseux, comme mentionné dans le rapport opératoire.

Selon le Dr I_____, il était impossible de se prononcer sur la question du lien de causalité avec un indice de confiance suffisant et le cas litigieux se situait parfaitement dans cette « zone grise ». Il retenait néanmoins trois éléments qui accréditaient l'absence de lésion préexistante des moyen et petit fessiers, avec une vraisemblance de plus de 50% :

- l'absence de signe de Trendelenburg avant l'opération, ce qui indiquait cliniquement des tendons et muscles fonctionnels ;

- après une période de récupération de quelques mois, l'assuré avait pu reprendre les activités telles que jardinage, natation, vélo et moto, avec un résultat jugé excellent tant par lui-même que par son médecin ;
- les lésions ou anomalies des moyen et petit fessiers, décrites comme non rares par le Dr F_____ dans les cas de coxarthrose, étaient en fait relativement rares dans la littérature médicale : de 1.6% pour la revue de 513 hanches, à 10% maximum selon une étude effectuée en France.

S'agissant de la deuxième hypothèse émise par le Dr F_____ – celle d'une modification ou d'une section du petit fessier lors de l'intervention –, le Dr I_____ estimait que ceci était « vraisemblable, et même normal » et ne mettait aucunement en doute les compétences du chirurgien. En effet, le geste chirurgical impliquait de sectionner préalablement les tendons des petit et moyen fessiers à ras l'os trochantérien, puis de réparer cette désinsertion en fin d'opération par plusieurs points à travers l'os. En l'occurrence, ceci avait été effectué conformément aux règles de l'art.

Même s'il n'était pas possible de connaître l'état de cicatrisation de cette fixation postopératoire, le Dr I_____ partait du principe que cette cicatrisation devait être d'assez bonne qualité pour permettre un résultat jugé excellent ; le cas échéant, s'il y avait eu une déficience des fessiers, la boiterie de Duchenne aurait alors été présente.

La contusion de la hanche droite lors de la chute s'était accompagnée de troubles fonctionnels dont l'origine la plus vraisemblable était une lésion des moyen et petit fessiers. La boiterie de Duchenne et la bascule du bassin à l'appui monopodal (signe de Trendelenburg), objectivés à l'examen clinique du Dr F_____, allaient dans ce sens.

Toutefois, si les examens radiologiques, échographiques et IRM étaient compatibles avec le diagnostic de lésion traumatique, ils ne permettaient pas d'exclure une atteinte dégénérative. La dégénérescence graisseuse avec une involution musculaire et rétraction du petit fessier observée à l'IRM du 2 août 2010 correspondait à une atteinte de plus de six mois d'évolution, soit d'avant février 2010. Il n'était donc pas possible de dater précisément le début de cette pathologie.

Quant à la présence d'un fragment de drain de Redon dans la zone trochantérienne – complication rare consistant dans la rupture de ce drain lors de son retrait un ou deux jours après l'opération –, il pouvait jouer un rôle dans la symptomatologie douloureuse et inflammatoire.

À la question de savoir si une rupture spontanée du « tendon pathologique » se serait produite dans la même période sans la chute, il n'était pas possible d'y répondre avec certitude mais probablement par la négative. Cette réponse ne pouvait se baser sur des éléments radiologiques. En effet, les examens pertinents (US et IRM) avaient tous été effectués plus de six mois après la chute, et ne permettaient pas ainsi de dater la lésion avec précision. Il n'y avait que les éléments

anamnestiques et cliniques qui permettaient d'admettre que la chute était vraisemblablement à l'origine des troubles fonctionnels observés, soit par déchirure de tendons sains, soit par aggravation déterminante et durable d'un état antérieur présent en juillet 2009.

En conclusion, le Dr I_____ retenait un rapport de causalité de plus de 50% entre les lésions des fessiers et la chute du 9 juillet 2009. Enfin, il estimait qu'un nouvel examen de l'assuré et/ou de nouvelles investigations n'apporteraient rien de plus à cette discussion.

24. Par courrier du 23 décembre 2010 à l'assureur, l'assuré a soutenu que le courrier du 7 décembre 2010 du Dr F_____ ne laissait la place qu'à une seule conclusion, soit l'obligation de l'assureur de prendre en charge l'intégralité des séquelles de son accident du 9 juillet 2009. En effet, le Dr F_____ confirmait que l'assuré ne souffrait d'aucun problème de tendon avant l'opération de prothèse totale de la hanche. De même, il confirmait qu'il était exclu d'envisager une quelconque erreur médicale.

Force était donc d'admettre que la chute du 9 juillet 2009 avait décompensé une situation qui était celle d'une récupération complète – constat confirmé par le Dr I_____. Aussi a-t-il mis une fois de plus l'assureur en demeure de prendre en charge l'intégralité des séquelles de l'accident du 9 juillet 2009, en particulier les frais inhérents à l'opération chirurgicale, initialement prévue pour le 25 mars 2010.

25. Dans un rapport du 22 décembre 2010, le Dr B_____ a indiqué qu'il partageait dans les grandes lignes les conclusions du rapport du Dr I_____. Il tenait toutefois à ajouter deux « remarques personnelles pertinentes » à l'appréciation du cas et à l'intervention envisagée :

- il peinait à imaginer que le petit fragment de drain rompu et resté en place ait pu provoquer une inflammation suffisamment importante pour provoquer une rupture tendineuse, car l'assuré n'avait aucune douleur à la pression locale dans les mois qui avaient suivi l'intervention du 6 janvier 2009 ; ceci constituait un argument en défaveur d'une inflammation chronique. Par ailleurs, le matériau inerte qui constituait ce drain était employé dans d'autres applications médicales et parfois laissé à demeure (pièce de renfort artériel par ex.).
- après la découverte de la rupture tendineuse, il avait rapidement proposé la réinsertion du tendon en sachant qu'un tendon désinséré entraînait inéluctablement, à long terme, une atrophie puis une dégénérescence graisseuse du muscle auquel il se rattachait. Toutefois, les circonstances asséurologiques n'avaient pas permis de pratiquer la réparation dans un délai optimal.

26. Le 3 mars 2011, l'assureur a sommé l'assuré de se faire soigner sans délai, lui rappelant que, selon le Dr B_____, le retard pris dans le traitement pourrait lui être préjudiciable, et ajoutant que l'intervention serait, quoi qu'il en soit, prise en charge par l'assureur LAMal. Il a ajouté qu'il reprendrait contact sitôt qu'il serait en possession de conclusions complémentaires demandées au Dr F_____.

27. Le 4 mars 2011, l'assuré a saisi la chambre de céans d'une requête de mesures provisionnelles urgentes visant la mise sur pied d'une expertise médicale judiciaire, afin de déterminer s'il existait ou non un rapport de causalité, avec une vraisemblance supérieure à 50%, entre sa chute du 9 juillet 2009 et les lésions tendino-musculaires des moyen et petit fessiers à droite. Selon l'assuré, les mesures provisionnelles requises se justifiaient parce qu'elles visaient une mesure d'instruction qui lui permettrait de faire valoir ses prétentions contre l'assureur, et qu'il craignait que l'intervention prévue fasse disparaître l'état pathologique dont il deviendrait alors extrêmement difficile de déterminer la cause.

28. Interpellé par l'assureur suite au dépôt de la requête précitée, le Dr F_____ a indiqué par courriel du 16 mars 2011 que les craintes exprimées par l'assuré étaient infondées. Les examens qui pouvaient être effectués dans ce cas l'avaient été et leur répétition actuelle ou future apporterait éventuellement des renseignements sur l'évolution de la situation. Toutefois, aucun examen paraclinique n'était susceptible d'apporter la preuve de l'origine des lésions constatées. Les examens versés au dossier montraient qu'il existait des anomalies mais, réalisés « à distance de l'événement », soit six mois pour la première échographie, ils n'étaient pas susceptibles de déterminer l'origine de la lésion. Si une intervention était réalisée, elle serait de nature à apporter éventuellement des précisions sur l'origine des douleurs dont l'assuré se plaignait, par exemple en cas de découverte d'anomalies qui n'auraient pas été décelées via les examens paracliniques.

Évoquant le rapport du Dr I_____, le Dr F_____ a relevé que, selon son confrère, la répétition des examens n'apporterait rien à la discussion. Aussi était-il d'accord avec le Dr I_____ sur ce point, ajoutant que ce médecin avait également mis en exergue les difficultés liées à l'analyse d'un lien de causalité sous l'angle de la vraisemblance prépondérante. Sur le fond en revanche, le Dr F_____ constatait qu'en partant de données identiques, ses conclusions et celles du Dr I_____ divergeaient.

En conclusion, si une intervention chirurgicale était réalisée actuellement, elle ne ferait pas disparaître les preuves mais apporterait plutôt des éléments supplémentaires d'appréciation.

29. Par arrêt ATAS/561/2011 du 31 mai 2011, la chambre de céans a déclaré irrecevable la requête en mesures provisionnelles urgentes et rejeté le recours pour déni de justice.

Non contesté, cet arrêt est entré en force.

30. À la demande de l'assuré, le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique a réalisé une expertise sur la base d'une anamnèse, d'un examen clinique effectué le 15 juillet 2011, de l'étude du dossier administratif et médical et du dossier radiologique produit par l'assuré.

Dans son rapport transmis le 23 septembre 2011 à l'assureur, le Dr J_____ a posé les diagnostics de prothèse totale de la hanche droite pour coxarthrose et de

désinsertion post-traumatique du moyen et du petit fessiers dans le contexte d'une prothèse totale de la hanche droite mise par voie transglutéale.

Le Dr F_____ avait posé le diagnostic de contusion de la hanche droite et selon lui, les troubles fonctionnels douloureux de la hanche droite n'avaient qu'une possible relation avec l'accident du 9 juillet 2009. De l'avis du Dr J_____, on ne pouvait pas poser ce diagnostic avec certitude. La première raison était que l'assuré ne présentait pas de boiterie de Duchenne et de signe de Trendelenburg en post-opératoire. Cet examen avait été confirmé par le Dr B_____ et transcrit dans ses observations. De plus, l'assuré avait repris toutes ses activités, non seulement professionnelles, mais également des activités de loisirs telles que natation, vélo et moto.

Le bilan radiologique – radiographies, échographies et IRM – n'avait été effectué qu'une demi-année après le traumatisme et il était difficile de dater la désinsertion avec précision. Il n'était pas impossible que l'abord chirurgical transglutéal « ait provoqué cette clinique » avec un signe de Trendelenburg positif et une boiterie de Duchenne. Cependant, l'assuré ne présentait, avant la chute, aucun signe permettant de suspecter une désinsertion des moyen et petit fessiers. Quant au fragment du drain de Redon, il était probablement un facteur irritatif mais il ne pouvait provoquer une rupture consécutive à une enthésopathie d'irritation chronique.

L'anamnèse et l'examen clinique effectués par le Dr B_____ permettaient de dire que la chute avait été vraisemblablement à l'origine des troubles fonctionnels observés.

Sur la base de ces éléments, le Dr J_____ estimait que le rapport de causalité entre les lésions et la chute du 9 juillet 2009 était de plus de 75%.

31. Le 15 août 2011, le Dr B_____ a pratiqué la seconde intervention à la hanche droite, initialement prévue le 25 mars 2010.
32. Le 23 septembre 2011, l'assureur a reçu le rapport opératoire du Dr B_____ du 15 août 2011. Le diagnostic posé par ce praticien était celui de « désinsertion du moyen et du petit fessier, symptomatique » et l'intervention avait pour objet une retension/réinsertion de ces deux tendons.
33. Le 13 décembre 2011, le Dr F_____ a pris position au sujet de l'expertise du Dr J_____. L'anamnèse n'était pas correcte. En effet, il était erroné d'affirmer que l'assuré avait repris son travail à 25% au mois de janvier 2010. De plus, l'analyse du dossier radiologique par le Dr J_____ présentait des lacunes ; par exemple, le Dr D_____ ne décrivait pas un drain, mais fil de cerclage dans son rapport radiologique du 28 janvier 2010. Enfin, le Dr J_____ accordait une certaine importance au signe de Trendelenburg qui serait positif. Toutefois, on n'en trouvait aucune trace dans le résumé de l'examen clinique.

En conclusion, le Dr F_____ estimait que le rapport non daté du Dr J_____ n'était pas de nature à modifier la teneur de son propre rapport d'expertise.

34. Le 3 avril 2012, le Dr F_____ a examiné le rapport opératoire du Dr B_____ du 15 août 2011 ainsi qu'une photographie transmise par ce chirurgien. Selon le Dr F_____, ce rapport décrivait les lésions présentes, déjà partiellement révélées par les examens radiologiques antérieurs – échographie du Dr G_____ du 5 juillet 2010 et IRM du Dr H_____ du 2 août 2010. Toutefois, le fait que les lésions aient été confirmées par l'exploration chirurgicale n'avait en soi pas d'influence sur l'appréciation de la causalité naturelle entre l'accident et la présence de celles-ci. En l'occurrence, il n'y avait pas d'éléments nouveaux qui portaient à croire que les lésions étaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien avec l'événement assuré du 9 juillet 2009.
35. Par décision du 11 juin 2012, l'assureur a refusé de prendre en charge « la rechute » du 20 janvier 2010.
36. Le 12 juillet 2012, l'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision, concluant à son annulation et à la prise en charge intégrale de l'événement du 9 juillet 2009 et de ses suites, y compris au-delà 20 janvier 2010. Il résultait des éléments recueillis que l'événement du 9 juillet 2009 avait une cause accidentelle. À l'exception des Drs E_____ et F_____, l'ensemble des médecins qui s'étaient prononcés sur son cas avaient retenu que les lésions tendineuses litigieuses avaient été causées par la chute du 9 juillet 2009. Une rupture spontanée était décrite comme peu probable. L'échographie effectuée six mois après l'événement avait mis en évidence les lésions en question. Il n'y avait donc jamais eu de récupération complète et la présente affaire ne s'inscrivait pas dans un contexte de guérison et de rechute, mais dans un cas d'interruption prématurée des prestations d'assurance alors même qu'il n'était pas guéri.
37. Par décision incidente du 29 avril 2013, l'assureur a donné mandat au docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, de procéder à une expertise médicale dans le cadre du sinistre du 9 juillet 2009. Non contestée, cette décision est entrée en force.
38. Le 7 octobre 2013, le Dr K_____ a reçu et examiné l'assuré. Il a rendu son rapport d'expertise le 16 octobre 2013. Après avoir relaté les éléments médicaux du dossier, retracé l'anamnèse et recueilli les déclarations et plaintes de l'assuré, il a posé les diagnostics suivants :
- status après PTH droite non cimentée pour coxarthrose invalidante mise en place le 6 janvier 2009 ;
 - status après contusion de la hanche et de la cuisse droite sur chute le 9 juillet 2009 ;
 - status après mise en évidence d'une atrophie graisseuse des trois fessiers droits, avec rétraction tendineuse du tendon du petit fessier et distension du tendon antérieur du moyen fessier droit aux divers examens échographiques, radiologiques et IRM à partir du 26 janvier 2010 ;

- status après retension du tendon du moyen fessier et réinsertion du tendon du petit fessier après exploration de la hanche droite le 15 août 2011 ;
- atrophie persistante de la fesse droite entraînant une légère boiterie de Duchenne et une impression de faiblesse musculaire à la charge du membre inférieur droit ;
- atrophie graisseuse du grand fessier gauche.

Dans la discussion subséquente, le Dr K_____ a jugé important de « rediscuter certaines évidences » à propos du syndrome douloureux du grand trochanter avant d'envisager le problème de causalité naturelle entre les atrophies graisseuses des fessiers, surtout droits, avec l'événement du 9 juillet 2009. Selon diverses études, ce syndrome survenait sur une friction entre les tendons, les bourses et le grand trochanter. Une chute pouvait provoquer des douleurs, mais il s'agissait en général plutôt d'une bursite trochantérienne et non d'une déchirure tendineuse. Dans la recherche médicale, des phénomènes d'apoptose étaient de plus en plus décrits. Ceux-ci entraînaient des pertes de substance qui pouvaient induire des rétractations tendineuses – essentiellement du petit et dans une moindre mesure du moyen fessier – et aboutir à des atrophies graisseuses. Comme une étude l'avait démontré, lorsqu'une telle évolution survenait dans le cadre d'une évolution chronique, la dégénérescence graisseuse apparaissait assez tardivement. Il fallait au moins deux ans pour qu'elle se développe. Cependant, dans le cadre d'une éventuelle lésion nerveuse motrice, cette atrophie graisseuse pouvait être beaucoup plus précoce.

Dans le cas concret, l'assuré présentait une atrophie graisseuse des deux grands fessiers, prouvant qu'un processus chronique était présent des deux côtés. Il existait cependant une grande différence entre les deux fesses, puisqu'une atrophie graisseuse du moyen et du petit fessier avait été objectivée à droite et ne semblait pas présente à gauche.

Comme l'avaient mentionné ses confrères et experts qui s'étaient penchés sur le cas de l'assuré, cette atteinte pouvait être la conséquence d'un processus chronique au long cours, lié à la coxarthrose droite. Pour les Drs I_____ et J_____, le seul argument contre une telle évolution était l'absence, d'après le Dr B_____, d'un signe de Duchenne ou de Trendelenburg en préopératoire, avant la mise en place de la PTH, et immédiatement après l'opération. Selon le Dr K_____, ceci paraissait surprenant, car en cas de coxarthrose invalidante avec douleurs au repos et nocturnes, il était rarissime de ne pas retrouver d'atrophie des fessiers au stade préopératoire. De plus, compte tenu de la voie d'abord chirurgicale choisie entre le moyen et le petit fessier, qui nécessitait une désinsertion partielle et réinsertion en fin d'opération, il était surprenant qu'immédiatement après l'opération, aucune insuffisance des fessiers ne fût présente. Cette voie d'abord antéro-latérale était connue pour entraîner, comme complication, la persistance d'une boiterie de Duchenne et d'un Trendelenburg positif liés à une atteinte d'un rameau neurologique innervant le petit et surtout le moyen fessier. En revanche, une lésion

sous forme de déchirure traumatique du petit et/ou du moyen fessier sur une simple contusion latérale n'était pas rapportée dans la littérature.

En l'occurrence, l'atrophie graisseuse des deux grands fessiers, la coxarthrose droite évoluant depuis une dizaine d'années – et qui s'était fortement aggravée depuis 2008 – ainsi que la surcharge pondérale de l'assuré étaient des facteurs non négligeables que l'on ne pouvait exclure uniquement sur une impression clinique d'absence de Duchenne ou de Trendelenburg immédiatement avant et après l'opération. On ne pouvait pas non plus banaliser le risque opératoire, à savoir qu'une lésion nerveuse fût survenue lors de la désinsertion partielle du petit et moyen fessier. En revanche, l'oubli d'un petit bout de drain de Redon ne jouait probablement aucun rôle ou un rôle trop modeste pour influencer l'atteinte des fessiers.

En conclusion, la causalité naturelle entre les atteintes constatées des fessiers et l'événement du 9 juillet 2009 n'était pas vraisemblable. Cet événement pouvait tout au plus avoir révélé ces lésions mais il ne les avait pas provoquées.

C'est pourquoi, vu le doute existant, les conclusions du Dr F_____ lui paraissaient correctes, même si les explications que ce dernier avaient fournies n'étaient « peut-être pas tout à fait complètes pour justifier sa position ».

Invité à se prononcer sur le lien de causalité naturelle de chacun des diagnostics retenus avec l'accident et du degré de probabilité, le Dr K_____ a indiqué que la coxarthrose droite était préexistante à l'événement du 9 juillet 2009 et qu'elle avait d'ailleurs déjà nécessité la mise en place d'une prothèse de la hanche.

S'agissant de l'atrophie graisseuse des fessiers droits ainsi que du grand fessier gauche, les Drs I_____ et J_____ estimaient que le seul critère justifiant la causalité entre cette atrophie et l'événement du 9 juillet 2009 était lié à la « soi-disant absence » d'un signe de Trendelenburg et d'une boiterie de Duchenne immédiatement avant et après l'opération. Toutefois, l'absence de ces deux signes lui paraissait surprenante. Et même si ceux-ci avaient été effectivement absents, cela ne prouvait pas que les lésions mises en évidence au niveau du petit et du moyen fessier droit fussent liées à la chute du 9 juillet 2009. En effet, les phénomènes d'atrophie graisseuse étaient une pathologie apparaissant au long cours et les derniers travaux montraient qu'en général, il fallait une évolution d'au moins deux ans. Si ces atrophies survenaient plus précocement, soit après environ six mois, cela était souvent dû une atteinte neurologique « mais qui serait plus d'ordre chirurgical », un choc simple sur le versant externe de la hanche n'était pas connu pour entraîner une lésion neurologique. En conséquence, la relation de causalité naturelle entre l'atrophie graisseuse des fessiers droits ainsi que du grand fessier gauche avec l'événement du 9 juillet 2009 n'était pas vraisemblable. Pour les mêmes raisons, le lien de causalité naturelle entre l'accident du 9 juillet 2009 et le traitement repris à partir du 20 janvier 2010 n'était pas vraisemblable non plus.

Invité à dire si parallèlement aux suites de l'accident du 9 juillet 2009, d'autres maladies, états maladifs ou d'autres états ou suites d'autres accidents influençaient l'état de santé de l'assuré, le Dr K_____ a répondu que la problématique de la coxarthrose bilatérale plus marquée à droite avait entraîné depuis longtemps une mauvaise démarche puisque l'assuré présentait une atrophie grasseuse des deux grands fessiers. Dans ces conditions, on pouvait aussi admettre que l'importance de l'arthrose droite pût avoir induit en plus une atrophie grasseuse du moyen et du petit fessier. L'âge et des phénomènes d'apoptose entraient également en ligne de compte puisqu'à partir de la quatrième décennie, un syndrome douloureux du grand trochanter constituait une pathologie fréquente. La surcharge pondérale était aussi un facteur qui pouvait être responsable, d'autant plus qu'à l'époque de l'expertise du Dr J_____, le BMI était à 29.75.

Interrogé sur la survenance probable du *statu quo ante vel sine* si des maladies, des états maladifs ou encore d'autres états ou suites d'autres accidents avaient une influence sur l'état de santé de l'assuré, le Dr K_____ a répondu que logiquement, une contusion simple se guérissait dans un laps de temps compris entre quatre et six semaines. Sur un état pathologique préexistant, ce délai pouvait être rallongé mais dépassait rarement trois à quatre mois. En conséquence, dans la mesure où l'accident était survenu le 9 juillet 2009, il était logique de s'attendre à ce que ce *statu quo sine* fût atteint fin 2009. C'est pourquoi, à partir de la reprise des consultations le 20 février 2010 (recte : 20 janvier 2010), la prise en charge devait être assurée par l'assurance-maladie.

Pour le surplus, le Dr K_____ a considéré qu'on ne pouvait plus attendre d'un quelconque traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré. Quant à l'incapacité de travail réapparue le 20 janvier 2010, elle n'était plus à la charge de l'assureur compte tenu de la survenance antérieure du *statu quo sine*.

39. Le 19 novembre 2013, l'assureur a transmis le rapport du Dr K_____ à l'assuré en lui impartissant un délai pour formuler d'éventuelles remarques.
40. Le 7 janvier 2014, le Dr B_____ a fait remarquer que même si l'expert K_____ affirmait qu'une lésion sous forme de déchirure traumatique du petit et/ou du moyen fessier sur une simple contusion latérale n'était pas rapportée dans la littérature, il était pour sa part en mesure de relater deux situations tirées de sa pratique personnelle qui contredisaient l'expert. De surcroît, en tant que l'expert écrivait que l'assuré présentait une atrophie grasseuse du moyen et petit fessiers droits qui pouvait être la conséquence d'un processus chronique au long cours lié à la coxarthrose droite, le Dr B_____ estimait que cette atrophie pouvait tout aussi bien être la conséquence de l'accident avec décollement traumatique. À cet égard, il rappelait que les examens radiologiques décisifs avaient été réalisés plusieurs mois après la chute, laissant le temps à l'atrophie de s'installer. Enfin, pour « rectifier » les propos de l'expert, le Dr B_____ affirmait ne pas avoir fait état de l'absence de signe de Duchenne ou de Trendelenburg « en postopératoire immédiat ». Puisque

les tests destinés à observer ces signes mettaient en forte tension les muscles réinsérés, il s'interdisait de les pratiquer en postopératoire avant deux à trois mois, compte tenu du risque d'une désinsertion des abducteurs.

41. Commentant à son tour l'expertise du Dr K_____ le 10 janvier 2014, le Dr J_____ a cité trois sources, les deux premières relatant le cas d'une déchirure traumatique du moyen fessier sur simple contusion latérale, respectivement la possibilité générale d'une rupture traumatique des fessiers (9 patients sur 29 examinés), la troisième attestant qu'un signe de Trendelenburg était présent uniquement en cas de faiblesse ou de déchirure du tendon du moyen fessier. Ainsi, en l'absence d'atteinte, un signe de Trendelenburg ne pouvait être présent.

Quant aux risques liés à la voie d'abord antérolatérale, le Dr J_____ admettait avec le Dr K_____ que ce mode opératoire pouvait provoquer une boiterie de Duchenne et un signe de Trendelenburg consécutifs à une atteinte du rameau neurologique du nerf glutéal. Cependant, en cas de reconstruction correcte, et surtout, de technique chirurgicale précise sans atteinte du rameau neurologique, il était possible d'obtenir une déambulation sans boiterie. Enfin, il était évident qu'une dégénérescence graisseuse musculaire, en particulier du moyen fessier, se manifestait par des signes cliniques. Force était donc de conclure qu'en l'absence de signe de Trendelenburg et de boiterie de Duchenne, une atteinte des fessiers était rarement présente.

42. Le 7 mars 2014, le Dr K_____ a pris position sur l'avis du Dr B_____ du 7 janvier 2014 et celui du Dr J_____ du 10 janvier 2014.

S'agissant des deux exemples tirés de la pratique du Dr B_____, le Dr K_____ a déclaré qu'il pouvait admettre que des traumatismes puissent engendrer une désinsertion des petits et moyens fessiers, mais il était vraisemblable selon lui que ces atteintes musculo-tendineuses soient survenues dans le cadre de lésions déjà dégénératives. Toutefois, la situation de l'assuré se présentait sous un jour un peu différent. En effet, le problème n'avait jamais été de contester la chute, mais de déterminer si cette dernière était responsable – ou non – des lésions des fessiers ou si elle n'avait fait que les révéler. Concernant cette dernière hypothèse, l'expert K_____ renvoyait à ses développements précédents sur les phénomènes d'apoptose et de pertes de substance dans la région du grand trochanter, mises en évidence avec ou sans impact fonctionnel.

Faisant remarquer que le Dr B_____, dans son avis du 7 janvier 2014, indiquait ne pas tester la présence d'éventuels signes de Duchenne et de Trendelenburg immédiatement après l'opération, mais seulement deux à trois mois après celle-ci, le Dr K_____ en déduisait qu'il n'y avait donc pas de preuve médicale qu'en postopératoire, l'assuré avait récupéré une fonctionnalité normale de ses fessiers. En conséquence, ce fait ne permettait pas d'exclure que cette pathologie fût préexistante à la chute dans les escaliers.

Pour répondre au courrier du Dr J_____ du 10 janvier 2014, le Dr K_____ admettait que dans de rares cas, une lésion traumatique des fessiers pût survenir dans la région du grand trochanter. Il admettait également que le signe de Trendelenburg était présent uniquement en cas de faiblesse ou de déchirure du tendon du moyen fessier. Il notait toutefois « avec satisfaction » que le Dr J_____ admettait qu'une éventuelle dégénérescence graisseuse musculaire, en particulier du moyen fessier, aboutissait à des signes cliniques. Finalement, il pouvait admettre que sur un collectif de patients présentant une rupture des tendons des fessiers, on retrouvait dans certains cas une étiologie traumatique. Cependant, comme c'était également le cas pour les pathologies de la coiffe des rotateurs, il était toujours plus facile pour un patient de rattacher le début d'un problème médical à un événement soudain qu'à une pathologie qui s'était développée progressivement.

Le problème dans le dossier de l'assuré était d'essayer de définir si l'événement accidentel avait provoqué ou révélé la lésion des fessiers. Le seul argument probant en faveur de la première hypothèse n'était pas cliniquement le fait que l'assuré ait ou n'ait pas présenté de signe de Trendelenburg positif en post-opératoire puisque le Dr B_____ avait reconnu le 7 janvier 2014 qu'il n'avait pas effectué pareil test.

Ceci impliquait que le seul autre fait probant pour départager les deux hypothèses était la présence à l'IRM, environ six mois après l'accident du 9 juillet 2009, d'une atrophie musculaire avec dégénérescence graisseuse. Comme il l'avait signalé dans le rapport d'expertise, si une atrophie musculaire pouvait survenir assez rapidement, une dégénérescence graisseuse nécessitait une évolution beaucoup plus longue, soit d'au minimum deux ans à trois ans, voire plus.

Il avait également mentionné qu'une atrophie graisseuse pouvait survenir plus rapidement après quelques mois, mais alors dans le cadre d'une lésion neurologique entraînant l'apparition brutale d'une non-fonctionnalité de la musculature en relation avec le nerf. Ce type de lésion pouvait éventuellement se produire lors de la mise en place de la prothèse « en relation avec la voie d'abord », mais non sur une simple contusion du grand trochanter.

En conséquence, même si l'examen radiologique n'avait été effectué que six mois plus tard, le fait qu'une atrophie graisseuse fût présente lui permettait d'affirmer que la pathologie des fessiers était vraisemblablement plus ancienne et n'avait donc pas été provoquée par la chute, mais tout au plus révélée par cette dernière. Dans ces conditions, les courriers des Drs B_____ et J_____, datés respectivement du 7 et 10 janvier 2014 n'apportaient, selon lui, aucun nouvel élément pertinent.

En conséquence, le Dr K_____ maintenait que le lien de causalité entre la chute du 9 juillet 2009 et la lésion des fessiers n'était pas vraisemblable.

43. Par décision du 28 août 2014, l'assureur a rejeté l'opposition. Se fondant sur le rapport d'expertise du Dr K_____ du 16 octobre 2013, il a confirmé son refus de prendre en charge la reprise du traitement dès le 20 janvier 2010 en considérant que le *statu quo sine* était intervenu fin 2009.

44. Par acte du 29 septembre 2014, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours, concluant, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise et, principalement, à l'annulation de la décision entreprise et à ce qu'il soit dit et constaté qu'il avait toujours droit aux prestations légales et contractuelles d'assurance postérieurement au 31 décembre 2009, celles-ci portant intérêts à 5% l'an à compter de la date d'exigibilité de chaque prestation, le tout avec suite de dépens.

Les troubles dont il souffrait à la hanche droite à partir de janvier 2010 ainsi que l'incapacité de travail y relative étaient en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 9 juillet 2009. À cet égard, il y avait lieu de se fonder sur les rapports des Drs B_____, I_____ et J_____ et non sur ceux des médecins mandatés par l'intimée. Même si ce lien de causalité était simplement possible pour le Dr F_____ et pas vraisemblable pour le Dr K_____, les conclusions de l'un et l'autre étaient sérieusement mises en doute par les prises de position du médecin traitant et de deux experts privés.

45. Le 18 décembre 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours sous suite de frais et dépens.

Le recourant ne démontrait pas en quoi l'avis objectif du médecin conseil de l'intimée et du Dr K_____ devaient être écartés au profit de l'avis de son médecin-traitant et de ses experts privés. Il n'apportait aucun indice susceptible de mettre en doute leur objectivité et n'indiquait pas en quoi leurs observations étaient entachées d'erreurs ou de lacunes. Partant, il convenait également de rejeter la demande de mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

46. Le 5 février 2015, le recourant s'est référé à ses précédentes écritures pour les questions de causalité entre les manifestations de sa pathologie des fessiers et l'accident du 9 juillet 2009. Pour le surplus, il a soutenu que son cas devait être analysé sous l'angle des lésions corporelles assimilées à un accident. La liste de celles-ci, dressée par le législateur, mentionnait notamment les déchirures de tendons. En l'espèce, il était clairement établi qu'il avait souffert d'une déchirure des tendons des petit et moyen fessiers, diagnostiquée en janvier 2010, qui avait fait l'objet d'une intervention chirurgicale le 15 août 2011. Les symptômes relatifs à ces lésions étaient apparus avec la chute du 9 juillet 2009. Étant donné que les Drs F_____ et K_____ étaient restés vagues quant aux causes possibles de ces lésions, force était de constater que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'était pas clairement établie. En conséquence, il n'était pas possible d'admettre, en l'état, que *le statu quo ante* ou *sine* fût déjà atteint.

En outre, le recourant a produit un récapitulatif de ses incapacités de travail suite à l'intervention du 15 août 2011. À teneur d'une attestation établie le 18 novembre 2014 par le Dr B_____, l'incapacité de travail du recourant avait été complète du 15 août 2011 au 31 décembre 2011, avant de diminuer à 50% du 1^{er} janvier au 15 août 2012, respectivement à 25% du 16 août au 31 décembre 2012.

47. Le 30 mars 2015, l'intimée a indiqué que dans la mesure où le recourant soutenait nouvellement que l'événement du 9 juillet 2009 devait être analysé sous l'angle de lésions assimilées à un accident, elle avait soumis l'intégralité du dossier à son médecin-conseil, le docteur L_____, spécialiste FMH en chirurgie. Invité par l'intimée à répondre à un questionnaire, celui-ci s'est déterminé le 24 mars 2015 de la manière suivante :

- la déchirure des tendons des petits et moyens fessiers n'était pas, de manière hautement vraisemblable, due à un accident ; elle était due, au même degré de vraisemblance, à l'opération de mise en place d'une prothèse totale de la hanche. Cette constatation se basait sur l'expérience pratique de plusieurs années et sur les données ressortant de la littérature. Dans le cas concret, l'on n'était pas en présence d'une lésion assimilée à un accident. Il s'agissait uniquement de la conséquence d'un processus médical pour la pose d'une PTH, d'un risque inhérent à la méthode de pose choisie par le Dr B_____.
- une désinsertion-réinsertion n'équivalait pas à une déchirure du tendon. Du point de vue du Dr L_____, une déchirure se caractérisait par sa survenance involontaire alors que la désinsertion-réinsertion était volontaire en ce sens qu'elle découlait de la pose de la PTH « par voie postérieure ».
- la désinsertion du tendon et sa réinsertion ne pouvait en aucun cas être considérée comme une séquelle tardive de la chute du 9 juillet 2009. La désinsertion du tendon et sa réinsertion étaient dues uniquement à la mise en place de la PTH par voie postérieure.

Le 31 mars 2015, une copie de ce courrier a été transmise au recourant et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

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

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

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur la question de savoir si les atteintes à la hanche droite du recourant doivent être prises en charge par l'intimée au-delà de la fin de l'année 2009.
5. a/aa. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_194/2015 du 11 août 2015 consid. 3).

a/bb. Le point de savoir si un acte médical est comme tel un facteur extérieur extraordinaire doit être tranché sur la base de critères médicaux objectifs. Le caractère extraordinaire d'une telle mesure est une exigence dont la réalisation ne saurait être admise que de manière sévère. Il faut que, compte tenu des circonstances du cas concret, l'acte médical s'écarte considérablement de la pratique courante en médecine et qu'il implique de ce fait objectivement de gros risques (ATF 121 V 35 consid. 1b). Le traitement d'une maladie en soi ne donne pas droit au versement de prestations de l'assureur-accidents, mais une erreur de traitement peut, à titre exceptionnel, être constitutive d'un accident, dès lors qu'il s'agit de confusions ou de maladroites grossières et extraordinaires, voire d'un préjudice intentionnel, avec lesquels personne ne comptait ni ne devait compter. La notion d'erreur médicale ne saurait en effet être étendue à toute faute du médecin, au risque de faire jouer à l'assurance-accidents le rôle d'une assurance de la responsabilité civile des fournisseurs de prestations médicales (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 225/99 du 22 septembre 2000 consid. 9a). Et la question de l'existence d'un accident sera tranchée indépendamment du point de savoir si l'infraction aux règles de l'art dont répond le médecin entraîne une responsabilité (civile ou de droit public). Il en va de même à l'égard d'un jugement pénal éventuel sanctionnant le comportement du médecin (ATF 121 V 35 consid. 1b). Enfin, on précisera que l'indication d'une intervention chirurgicale n'est pas un critère juridiquement pertinent pour juger si un acte médical répond à la définition légale de l'accident (ATF 118 V 283 consid. 3b). Pour un résumé de la casuistique en cas d'erreur médicale, cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.3.

a/cc. L'art. 6 al. 2 LAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident.

Aux termes de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire: fractures (let. a), des déboîtements d'articulation (let. b), des déchirures du ménisque (let. c), des déchirures de muscles (let. d), des élongations de muscles (let. e), des déchirures de tendons (let. f), des lésions de ligaments (let. g) et des lésions du tympan (let. h). Au surplus, la jurisprudence considère que les dispositions d'exception, comme l'art. 9 al. 2 OLAA qui contient une liste exhaustive, ne doivent être interprétées ni restrictivement ni extensivement, mais conformément à leur sens et à leur but, dans les limites de la règle générale. Aussi, n'est-il pas admissible d'étendre la liste des lésions corporelles assimilées à un accident en raisonnant par analogie (ATF 114 V 298 consid. 3e; arrêt du Tribunal fédéral 8C_118/2011 du 9 novembre 2011 consid. 4.3.3). La notion de lésion assimilée à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, a pour but d'atténuer en faveur de l'assuré les rigueurs résultant de la distinction opérée par le droit fédéral entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 43 consid. 2b). La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2009 du 24 février 2010 consid. 2). Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1; ATF 129 V 466; ATF 123 V 43 consid. 2b et les arrêts cités). En l'absence de cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA - les troubles constatés ne sont pas à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 4.2).

À propos de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA, on précisera en outre qu'une déchirure tendineuse partielle suffit pour ouvrir droit aux prestations, pour autant qu'elle soit clairement établie (ATF 114 V 298 consid. 5c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_696/2009 du 12 novembre 2009 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 221/02 du 23 septembre 2003 consid. 3.1).

b. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate

avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites 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. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. 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 296 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005).

b/aa. Si la situation se modifie après la clôture du cas, une révision au sens de l'art. 17 LPGA n'est pas possible, dès lors que cette disposition ne peut porter que sur des rentes en cours. La modification de la situation, en lien de causalité avec l'accident, peut être invoquée en faisant valoir une rechute ou des séquelles tardives de l'événement accidentel ayant force de chose jugée. Cette manière de procéder correspond à la demande nouvelle en matière d'assurance-invalidité (RAMA 1994 n° U 189 p. 139).

b/bb. Lorsque l'assureur et l'assuré sont en désaccord au sujet de la prolongation du droit à la prise en charge de prestations qui peuvent être qualifiées d'importantes, la clôture du cas doit être signifiée au moyen d'une décision formelle (ATF 132 V 412 consid. 4). Si cette communication prend la forme d'un simple courrier, celui-ci acquiert en principe force obligatoire lorsque l'assuré ne soulève pas d'objections dans un délai d'une année (ATF 134 V 145). En revanche, lorsqu'à un moment donné, des prestations ne sont plus à l'ordre du jour, il peut aussi y avoir rechute, même lorsque l'assureur n'a pas averti l'assuré qu'il clôturait le cas et qu'il mettait fin aux prestations. Ce qui est décisif dans ce dernier cas de figure, c'est de savoir si à l'époque, on pouvait partir du principe qu'à l'avenir, la nécessité de soins et/ou d'un arrêt de travail ne se manifesteraient plus. Cet examen doit avoir lieu *ex ante* en prenant en considération les circonstances du cas d'espèce. À cet égard, la nature de la lésion et l'évolution que celle-ci a connue jouent un rôle décisif : en présence d'un accident relativement bénin, suivi d'un processus de guérison favorable et ayant nécessité des prestations d'assurance pendant une période relativement brève, on admettra plus aisément une clôture tacite du cas qu'en présence d'un processus de guérison compliqué. En revanche, le droit aux prestations doit être examiné à la lumière de l'accident initial, et non d'une rechute, lorsqu'au cours de la période sans prestations d'assurance, l'assuré a continué à souffrir des troubles apparus avec l'accident initial et/ou s'il existe des symptômes de pont [Brückensymptome]

qui permettent de considérer les événements comme formant un tout durant la période en question (arrêt 8C_102/2008 précité consid. 4.1 et arrêt du Tribunal fédéral 8C_433/2007 du 26 août 2008 consid. 2.3 et les références).

6. a. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette 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 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 ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

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

- b. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident

(arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

c. Par opposition, les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. Admettre, dans ce cadre, le retour à un *statu quo ante* ou l'évolution vers un *statu quo sine* en se fondant sur la vraisemblance prépondérante reviendrait à éluder cette disposition de l'OLAA. On se trouverait du reste à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence de lésions assimilées à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de ces lésions (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/2006 du 10 avril 2007 consid. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2).

Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêts du Tribunal fédéral 8C_347/2013 consid. 3.2 et 8C_357/2007 consid. 3.2).

7. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

-
8. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

b/aa. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

b/bb. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant

donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

b/cc. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

b/dd. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

9. a. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

b. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante correspond à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal

fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

10. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).
11. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet *ex nunc et pro futuro* à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).
12. a. En l'espèce, il ressort des constatations médicales faites lors de l'échographie du pli inguinal du 26 janvier 2010 que le tendon du moyen fessier se distingue par une rupture de son extrémité distale par décollement. Quant à l'IRM du 2 août 2010, elle fait état d'une désinsertion partielle antérieure du moyen fessier du côté droit et d'une désinsertion complète du petit fessier du côté droit. Il ressort enfin du rapport opératoire du 15 août 2011 que le moyen et le petit fessier étaient effectivement désinsérés. En outre, il n'est pas contesté que la chute du 9 juillet 2009 a déclenché les symptômes ressentis par le recourant et que les examens pratiqués pour rechercher l'origine de ces symptômes ont mis en évidence ces désinsertions des tendons du moyen et du petit fessier. La désinsertion se définissant comme un arrachement de son point d'attache, d'un muscle, d'un tendon ou d'une membrane (cf. GARNIER/DELAMARE, Dictionnaire illustré des termes de médecine,

28^{ème} éd. 2004), les désinsertions en cause constituent des déchirures tendineuses au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA, soit des lésions assimilées à un accident.

Par ailleurs, il n'est ni contestable ni contesté que l'événement du 9 juillet 2009 remplit tous les éléments constitutifs d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA. En effet, le fait de glisser et de chuter dans un escalier après avoir manqué une marche constituent des facteurs extraordinaires extérieurs résultant d'un mouvement non coordonné (RAMA 2004 n°U 502 p. 184 consid. 4.1, RAMA 1999 n°U 345 p. 422 consid. 2b). L'intimé était dès lors tenu de prendre en charge les suites de cet événement, ce qu'il a d'ailleurs fait jusqu'au retour à une capacité de travail pleine et entière le 23 novembre 2009, puisque l'origine exclusivement dégénérative des lésions n'était pas manifeste.

b. Il convient à présent de déterminer si ce retour à une capacité de travail pleine et entière – synonyme de fin du versement des indemnités journalières – doit être considéré comme une clôture du cas et la reprise du traitement le 20 janvier 2010 comme une rechute.

Force est de constater qu'il n'y a pas eu, dans ce bref intervalle, de décision de clôture du cas ou de communication similaire et qu'il n'est ni contestable ni contesté que le recourant ait continué à souffrir des mêmes symptômes que ceux apparus immédiatement après la chute du 9 juillet 2009, ce que confirme le traitement médical repris le 20 janvier 2010, peu de temps après une recrudescence des douleurs à la hanche. Dans ces circonstances, il convient de considérer ces événements comme formant un tout durant l'intervalle évoqué, de sorte que le droit aux prestations doit être examiné à la lumière de l'événement initial du 9 juillet 2009 et non d'une rechute.

c. Se fondant sur l'avis de l'expert K_____, l'intimée a refusé de prendre en charge les prestations d'assurance à partir du 20 janvier 2010, motif pris que le *statu quo sine* avait été atteint fin 2009. Selon cet expert, la pathologie des fessiers était vraisemblablement antérieure à la chute et n'avait donc pas été provoquée mais tout au plus révélée par cette dernière.

En réponse à l'argumentation nouvelle du recourant, développée dans sa réplique du 5 février 2015, selon laquelle le cas devait être envisagé sous l'angle de lésions corporelles assimilées à un accident, l'intimée a confié au Dr L_____ le soin de déterminer si l'on était en présence d'une déchirure des tendons au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, plus précisément si une désinsertion-réinsertion équivalait à une déchirure du tendon au sens de cette disposition et pouvait être considérée comme une séquelle tardive de la chute du 9 juillet 2009.

Selon ce médecin-conseil, la désinsertion des tendons ne serait pas due à la chute du 9 juillet 2009, elle serait uniquement la conséquence du mode opératoire choisi par le Dr B_____ le 6 janvier 2009, soit la pose de la PTH « par voie postérieure ».

Dans la mesure où cette appréciation médicale est la seule à ne pas mettre en balance une atteinte dégénérative d'une part et traumatique d'autre part et qu'elle est également la seule à établir une relation de causalité, qui plus est au degré de la haute vraisemblance, entre la désinsertion de la partie antérieure du moyen fessier et le mode opératoire choisi par le Dr B_____, il convient d'en apprécier d'emblée la valeur probante.

Force est de relever en premier lieu que le Dr L_____ fonde son raisonnement sur des prémisses qu'on ne retrouve nulle part dans l'anamnèse. Aucun de ses confrères ne fait état d'une pose de la PTH par voie postérieure. Au contraire, les Drs K_____ et J_____ mentionnent tous deux un abord chirurgical par la « voie antérolatérale » – ou désignent cette dernière par son synonyme : « voie transglutéale » (cf. à ce sujet la page internet suivante, consultée en cours de rédaction du présent arrêt : <http://www.chirurgie-toulouse.fr/index.php/hanche/les-protheses/protheses-hanche/techniques-operatoires/voie-antero-laterale>).

Non content de fonder entièrement ses conclusions sur une hypothèse factuelle non étayée, le Dr L_____ peine également à convaincre de l'existence d'une désinsertion tendineuse imputable au mode opératoire mis en œuvre le 6 janvier 2009, ce d'autant qu'il ne motive pas sérieusement son appréciation et qu'il s'abstient de prendre position sur les autres rapports versés au dossier. En effet, le Dr F_____ a expressément démenti le 7 décembre 2010 avoir suggéré qu'une erreur médicale ait pu être commise par le Dr B_____, précisant que la désinsertion du tendon petit fessier était couramment pratiquée lors de la voie d'abord pour prothèse totale de la hanche. À cet égard, le Dr I_____ a même précisé que l'intervention avait été effectuée *lege artis* (pièce 51 recourant, p. 3 avant-dernier paragraphe). Quant au Dr K_____, s'il a certes indiqué que la voie d'abord antérolatérale comportait un risque d'atteinte neurologique pouvant aboutir à une dégénérescence graisseuse après environ six mois, il n'a cependant pas été jusqu'à prétendre qu'une atteinte neurologique s'était produite lors de l'intervention du 6 janvier 2009. Au contraire, il a souligné que le recourant présentait une atrophie graisseuse des deux grands fessiers, « prouvant qu'un processus chronique est présent des deux côtés » (cf. pièce 71 recourant, p. 24, avant-dernier paragraphe). Pour sa part, le Dr J_____ a estimé qu'il n'était pas impossible que « l'abord chirurgical transglutéal ait provoqué cette clinique [sic] avec un signe de Trendelenburg positif, une boiterie de Duchenne. Cependant, [le recourant] ne présentait, avant la chute, aucun signe pouvant suspecter une désinsertion du moyen et du petit fessiers » (cf. pièce 62 recourant, p. 8, dernier paragraphe). On relèvera enfin que selon les observations des Drs I_____ et J_____, l'état de cicatrisation de la fixation postopératoire devait être d'assez bonne qualité pour permettre un résultat jugé excellent et que le recourant avait repris toutes ses activités, non seulement professionnelles mais également des loisirs tels que le jardinage, la natation, le vélo et la moto (cf. pièces 51, p. 3 et 62, p. 8 recourant).

Au regard de ces éléments, qui ne permettent pas de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, la réalisation d'un risque opératoire – et encore moins la commission d'une erreur médicale grossière et extraordinaire (cf. ci-dessus : consid. 5a/bb) –, un lien de causalité entre l'abord chirurgical choisi et les désinsertions tendineuses constatées plus d'un an après l'intervention litigieuse n'est pas donné non plus. Partant, il convient d'écarter l'appréciation du Dr L_____ qui s'avère dépourvue de toute valeur probante.

Par conséquent, c'est à la lumière des autres rapports médicaux qu'il y a lieu de déterminer si la chute du 9 juillet 2009 déployait encore ses effets au-delà de la fin de l'année 2009. À cet égard, il ressort des conclusions des Dr F_____ et K_____ et des précisions apportées par ce dernier le 7 mars 2014 que si la causalité naturelle entre les atteintes constatées et l'événement du 9 juillet 2009 était possible, les désinsertions tendineuses avaient plus vraisemblablement une origine dégénérative, l'expert K_____ allant jusqu'à dire que la chute les avait tout au plus révélées mais ne les avait pas provoquées, tout en concédant « un doute existant » (pièce 71 recourant, p. 26).

Les arguments développés par ces deux experts ne sont toutefois pas suffisants pour conduire à la négation du droit aux prestations en faveur du recourant, car la question déterminante n'est pas de savoir si les lésions subies revêtent, au degré de la vraisemblance prépondérante, une origine dégénérative – par opposition à une origine accidentelle – mais si cette origine est exclusivement dégénérative (arrêts du Tribunal fédéral 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 5 ; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.2.1).

En effet, au regard de la jurisprudence mentionnée ci-dessus au consid. 6c, il ne suffit pas, dans le cas d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, qu'une atteinte dégénérative ait vraisemblablement exercé une influence déterminante sur la survenance des lésions constatées. L'origine malade ou dégénérative des lésions doit être manifeste pour exclure toute cause accidentelle. Or, on ne peut déduire ni des conclusions du Dr F_____ ni de celles du Dr K_____ que les lésions constatées seraient imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, à l'exclusion de toute cause accidentelle, que ce soit pour la période ayant immédiatement suivi la chute du 9 juillet 2009 ou celle postérieure au 31 décembre 2009. Ainsi, la question de savoir si le recourant présentait ou non des lésions dégénératives préexistantes à l'événement accidentel du 9 juillet 2009 peut rester ouverte. Par ailleurs, le Dr K_____ ne fait état d'aucun élément qui pourrait fonder un retour *au statu quo* quatre, respectivement cinq mois après l'accident, si ce n'est qu'une contusion simple sur un état pathologique préexistant se guérit « logiquement » dans un délai dépassant rarement trois à quatre mois. Il indique certes que le recourant présente une atrophie graisseuse des deux grands fessiers, à droite comme à gauche. Lors de l'examen clinique du recourant, il mentionne toutefois une grande différence entre les deux hanches, le signe de

Trendelenburg étant positif à droite avec présence d'une nette atrophie de la fesse droite par rapport au côté gauche et une fatigabilité plus importante et plus rapide à droite qu'à gauche en cas d'appui unipodal et ce, plus de deux ans après la seconde intervention du Dr B_____ (cf. pièce 71 recourant, p. 17). Cette circonstance ne tend donc pas à démontrer une situation de *statu quo sine* en ce qui concerne les lésions à la hanche droite, en tout cas pas de manière suffisante pour qu'une telle situation puisse être tenue pour clairement établie dès le 1^{er} janvier 2010.

Au vu de ce qui précède, il appartient à l'intimée de prendre en charge les suites de l'événement du 9 juillet 2009 et d'allouer ses prestations au-delà du 31 décembre 2009.

13. La recourante conclut, pour le surplus, au paiement d'intérêts moratoires de 5% l'an depuis la date d'exigibilité de chaque prestation.

L'art. 26 al. 2 LPGA prévoit que des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de vingt-quatre mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré a fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. Le taux de l'intérêt moratoire est de 5% par an (art. 7 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 11 septembre 2002 – OPGA ; RS 830.11).

L'intérêt moratoire est calculé par mois sur les prestations dont le droit est échu jusqu'à la fin du mois précédent. Il est dû dès le premier jour du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire a pris naissance et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (art. 7 al. 2 OPGA).

L'obligation de payer des intérêts moratoires commence vingt-quatre mois après la naissance du droit en tant que tel pour l'ensemble des prestations courues jusque-là, et non pas seulement deux ans après l'exigibilité de chaque prestation (ATF 133 V 9, consid. 3.6).

Le délai de vingt-quatre mois à compter de la naissance du droit équivaut à une prescription minimale. Ainsi, lorsque des prestations sont versées plus de douze mois après que l'assuré a fait valoir son droit, des intérêts moratoires ne sont pas dus si en même temps, un délai d'au moins vingt-quatre mois ne s'est pas écoulé depuis la naissance du droit (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3^{ème} éd. 2015, n. 49 ad art. 26 LPGA).

L'obligation de verser des intérêts moratoires est liée à l'existence d'une prestation principale et a, par conséquent, un caractère accessoire. Puisque les autres conditions énumérées à l'art. 26 al. 2 LPGA doivent être remplies, le droit à des intérêts moratoires doit être qualifié de relation juridique spécifique. Sous réserve d'une extension de l'objet de la contestation, elle ne peut être examinée dans la procédure de recours de première instance que si l'administration a statué sur cette question (objet de la contestation) et que sa décision a été attaquée sur ce point

(objet du litige ; ATF 125 V 413 ; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 73/05 du 13 septembre 2006, consid. 7.1).

En l'espèce, bien que l'intimée n'ait pas statué sur ce point, il y a lieu d'étendre l'objet de la contestation à cette question, puisque, d'une part, l'obligation de verser des intérêts moratoires est en relation étroite avec le droit aux prestations, de sorte qu'on peut parler d'un même ensemble de faits, et d'autre part, l'intimée a eu la possibilité de s'exprimer à ce sujet dans ses écritures (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 493/05 du 22 décembre 2005, consid. 5), dès lors qu'il s'agissait de l'une des conclusions du recourant.

En l'occurrence, le droit aux indemnités journalières est né le 25 janvier 2010 et le recourant a fait valoir pour la première fois son droit aux prestations le 19 octobre 2010. Dans la mesure où le délai relatif de douze mois était déjà échu avant celui de vingt-quatre mois à compter de la naissance du droit, l'intimée doit au recourant un intérêt moratoire de 5% l'an dès le 25 janvier 2012 sur l'ensemble des indemnités journalières dues entre le 25 janvier 2010 et le 24 janvier 2012 (cf. ATF 133 V 9 précité). Quant aux indemnités journalières subséquentes, elles portent également intérêt à 5% l'an, mais celui-ci doit être calculé « par mois sur les prestations dont le droit est échu jusqu'à la fin du mois précédent » (art. 7 al. 2 OPGA).

Les mêmes principes s'appliquent *mutatis mutandis* aux frais médicaux (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_707/2011 du 20 février 2012 consid. 5), sous réserve que la caisse-maladie du recourant n'ait pas pris provisoirement en charge le cas et que de ce fait, les prestations soient versées rétroactivement à cette dernière (art. 26 al. 4 let. a LPGA). Les éléments versés au dossier ne permettent toutefois pas de connaître à quelle date les différentes prestations de soins liées à l'événement du 9 juillet 2009 ont été facturées au recourant et/ou si elles ont été prises en charge par cette caisse-maladie. Aussi incombe-t-il à l'intimée de faire la lumière à ce sujet dans le cadre du calcul du droit aux prestations revenant au recourant, au besoin avec le concours de celui-ci (art. 28 al. 2 et 43 al. 3 LPGA).

14. Au vu de ce qui précède, le recours est admis au sens des considérants et la décision du 28 août 2014 annulée.

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet au sens des considérants.
3. Annule la décision du 28 août 2014 et en tant que de besoin celle du 11 juin 2012.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour calcul des prestations dues.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité à titre de dépens fixée à CHF 3'000.-
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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