



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2944/2014

ATAS/559/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 juin 2019

10^{ème} Chambre

En la cause

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

recourant

contre

HELVETIA COMPAGNIE SUISSE D'ASSURANCE SA, sisw
Dufourstrasse 40, ST. GALLEN

intimée

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président ; Jean-Pierre WAVRE et Willy
KNÖPFEL, Judges assessesurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après: l'assuré), 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 ; FOSC 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.

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 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.
13. 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.
14. 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 entraient provisoirement en ligne de compte (méthode dite du diagnostic différentiel) :
- un descellement de la prothèse ;

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

15. 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 était peu probable ;
- il n'y avait pas d'évidence d'un descellement de la prothèse ;
- une fracture des inserts en céramique n'était pas démontrée ;
- il y avait 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 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.

16. Le 19 octobre 2010, l'assuré, agissant par l'entremise de son conseil, 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.
17. Par courrier du 30 novembre 2010, le docteur G_____, 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_____.
18. Dans un rapport daté du 9 décembre 2010, qui faisait suite à un examen sur dossier, le Dr G_____ 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 G_____, 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 G_____ 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 G_____ 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 G_____ 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.

19. Le 3 mars 2011, l'assureur a mise en demeure l'assuré de se faire soigner sans délai, lui rappelant que, selon le Dr B_____, le retard pris dans le traitement nuirait à l'efficacité de ce dernier, 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_____.
20. 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.
21. 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.

22. À la demande de l'assuré, le docteur H_____, 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 H_____ 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 H_____, 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 H_____ estimait que le rapport de causalité entre les lésions et la chute du 9 juillet 2009 était de plus de 75 %.

23. Le 15 août 2011, le Dr B_____ a pratiqué la seconde intervention à la hanche droite, initialement prévue le 25 mars 2010.
24. 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.
25. Le 13 décembre 2011, le Dr F_____ a pris position au sujet de l'expertise du Dr H_____. 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 H_____ présentait des lacunes ; par exemple, le Dr D_____ ne décrivait pas un drain, mais un fil de cerclage dans son rapport radiologique du 28 janvier 2010. Enfin, le Dr H_____ 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 H_____ n'était pas de nature à modifier la teneur de son propre rapport d'expertise.

26. Par décision du 11 juin 2012, l'assureur a refusé de prendre en charge « la rechute » du 20 janvier 2010.
27. 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.

28. Par décision incidente du 29 avril 2013, l'assureur a donné mandat au docteur I_____, 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.
29. Le 7 octobre 2013, le Dr I_____ 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 I_____ 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.

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 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 avait 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 I_____ 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 G_____ et H_____ 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 à 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 malades ou d'autres états ou suites d'autres accidents influençaient l'état de santé de l'assuré, le Dr I_____ 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 graisseuse 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 graisseuse du moyen et du petit fessier. L'âge et des phénomènes d'apoptose entraînent 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 H_____, le BMI était à 29.75.

Interrogé sur la survenance probable du *statu quo ante vel sine* si des maladies, des états malades ou encore d'autres états ou suites d'autres accidents avaient une influence sur l'état de santé de l'assuré, le Dr I_____ 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 I_____ 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*.

30. Par décision du 28 août 2014, l'assureur a rejeté l'opposition. Se fondant sur le rapport d'expertise du Dr I_____ 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.
31. 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.

À l'appui de ses conclusions, il a fait valoir que 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.

32. Le 18 décembre 2014, l'assureur a conclu au rejet du recours sous suite de frais et dépens, motif pris que l'assuré n'apportait aucun indice susceptible de mettre en doute le rapport d'expertise du Dr I_____.

33. Le 5 février 2015, l'assuré 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 I_____ 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, l'assuré a produit un récapitulatif de ses incapacités de travail « suite à l'intervention du 15 août 2011 pour réinsérer une déchirure traumatique tendineuse de la hanche droite ». À teneur de cette attestation que le Dr B_____ avait établie le 18 novembre 2014, l'incapacité de travail de l'assuré 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. Le Dr B_____ y précisait également que ces appréciations avaient été définies « en tenant compte du type de travail (moniteur d'auto-école indépendant), des limitations fonctionnelles et des contraintes légales liées au handicap temporaire de l'opéré ».

34. Le 30 mars 2015, l'assureur a indiqué que dans la mesure où l'assuré 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 J_____, spécialiste FMH en chirurgie. Invité par l'assureur à répondre à un questionnaire, celui-ci s'est déterminé le 24 mars 2015 de la manière suivante :

- la déchirure des tendons des petit et moyen 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 J_____, 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.
35. Par arrêt du 18 janvier 2016 (ATAS/20/2016), la chambre de céans a admis le recours, annulé la décision du 28 août 2014 et en tant que de besoin celle du 11 juin 2012 et renvoyé la cause à l'assureur pour calcul des prestations dues. Dans la mesure où ni les conclusions du Dr F_____, ni celles du Dr I_____ ne permettaient de considérer qu'il était manifeste, à la suite de l'accident du 9 juillet 2009, que les désinsertions tendineuses du moyen et du petit fessier de la hanche droite auraient été d'origine exclusivement dégénérative à compter du 1^{er} janvier 2010, il incombait à l'assureur de couvrir les suites de l'événement du 9 juillet 2009 et donc de prendre en charge les indemnités journalières et frais médicaux y relatifs au-delà du 31 décembre 2009, intérêts moratoires compris. Cependant, étant donné que les pièces versées au dossier ne permettaient pas de savoir à quelle date les différentes prestations de soins liées à l'événement du 9 juillet 2009 avaient été facturées à l'assuré et/ou si elles avaient été prises en charge provisoirement par sa caisse-maladie, il revenait à l'assureur de faire la lumière à ce sujet dans le cadre du calcul du droit aux prestations dues à l'assuré.
36. Le 11 février 2016, l'assureur a saisi la chambre de céans d'une demande d'interprétation de son arrêt du 18 janvier 2016. En tant qu'il y était mentionné, au consid. 13, que l'assureur devait à l'assuré 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, on se demandait s'il fallait comprendre que la chambre de céans estimait qu'il incombait à l'assureur de prendre en charge l'ensemble des indemnités journalières réclamées sur cette période. Si tel était effectivement le cas, cela donnait l'impression que l'assureur devait prêter pour les indemnités journalières et les frais médicaux discutés dans l'arrêt sans devoir ni pouvoir déterminer préalablement la durée de cette obligation ainsi que le retour au *statu quo sine*. En effet, l'assureur ne connaissait pas l'incapacité de travail de l'assuré pour les années 2010 à 2012. Il ne savait pas non plus si cette incapacité de travail était attestée et due à l'événement du 9 juillet 2009 puisque les éléments médicaux relatifs aux éventuelles incapacités de travail et aux frais médicaux faisaient défaut.
37. Par arrêt en interprétation ATAS/211/2016 du 14 mars 2016, la chambre de céans a admis partiellement la demande du 11 février 2016 et modifié en conséquence le dernier paragraphe du consid. 13 de l'arrêt ATAS/20/2016 comme suit :
- « [...] Les éléments 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. **Pour la période postérieure au 31 décembre 2012, des interrogations subsistent également sur le droit aux autres prestations assurées – survenance**
-

du *statu quo sine*. Aussi incombe-t-il à l'intimée de faire la lumière **sur ces questions** 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) ».

38. Le 22 février 2016, l'assureur a saisi le Tribunal fédéral d'un recours contre l'arrêt ATAS/20/2016 du 18 janvier 2016, concluant à son annulation et à ce qu'il soit dit, premièrement, que l'assureur n'avait pas à verser des intérêts moratoires sur l'ensemble des indemnités journalières tant que le droit à ces dernières n'était pas établi et, deuxièmement, que l'assureur examinerait l'étendue du droit aux prestations en se basant, si nécessaire, sur des avis médicaux complémentaires avant de pouvoir procéder au calcul des prestations dues à l'assuré. Enfin, l'assureur a requis du Tribunal fédéral qu'il sursoie à statuer sur le recours du 22 février 2016 jusqu'à ce que la chambre des assurances sociales de la Cour de justice du canton de Genève ait statué sur la demande en interprétation du 11 février 2016.
39. Le 26 avril 2016, l'assureur a interjeté recours auprès du Tribunal fédéral contre l'arrêt en interprétation ATAS/211/2016 du 14 mars 2016.
40. Par arrêt du 23 janvier 2017, le Tribunal fédéral a joint les causes 8C_148/2016 (recours contre l'arrêt du 18 janvier 2016) et 8C_281/2016 (recours contre l'arrêt en interprétation du 14 mars 2016), admis le recours en matière de droit public de l'assureur, annulé les arrêts des 18 janvier 2016 et 14 mars 2016 et renvoyé la cause à la chambre de céans pour complément d'instruction et nouveau jugement au sens des considérants.

Après avoir constaté que l'assureur ne contestait pas le point de vue de la chambre de céans selon lequel le *statu quo sine* n'était pas atteint à la fin de l'année 2009 et qu'ainsi, l'existence d'un lien de causalité entre les troubles annoncés au mois de janvier 2010 et l'accident devait être admise, le Tribunal fédéral a considéré que les renseignements médicaux versés au dossier ne permettaient pas de statuer sur le maintien éventuel du droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-accidents (remboursement des frais de traitement et indemnité journalière) jusqu'au 31 décembre 2012 pour les troubles annoncés au mois de janvier 2010. Aussi a-t-il renvoyé la cause à la chambre de céans pour nouveau jugement après instruction complémentaire sur ce point.

41. Le 14 février 2017, la chambre de céans a invité les parties à se déterminer par écrit au sujet des mesures d'instruction nécessaires, consécutivement à l'arrêt du Tribunal fédéral du 23 janvier 2018, ainsi qu'à produire d'ores et déjà toutes pièces utiles.
42. Par pli du 14 mars 2017, l'assuré a indiqué que pour établir son droit à bénéficier des différentes prestations de l'assurance-accidents obligatoire pour les années 2010 et suivantes, il entendait compléter les pièces existantes notamment par :
 - un rapport médical intermédiaire du 6 septembre 2010 à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), dans lequel le Dr B_____ indiquait

que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis son précédent rapport à l'OAI, datant du 15 janvier 2010, avec un changement dans les diagnostics, à savoir la confirmation, au printemps 2010, d'une rupture tendineuse complète à la hanche droite. Cette aggravation était devenue manifeste « au tout début de l'année 2010 » avec une incapacité de travail de 75 % depuis le 23 février 2010. L'assuré continuait de souffrir d'une instabilité partielle du bassin sur rupture-désinsertion partielle du moyen fessier et désinsertion éventuellement complète du petit fessier. Une intervention chirurgicale était prévue mais pour l'instant, sa date n'avait pas été fixée en raison d'un litige avec l'assureur-accidents. Même si cette intervention était réalisée, et avec succès, il persisterait de manière définitive des séquelles en raison du début d'atrophie graisseuse des muscles concernés. Dans l'attente de cette intervention, la capacité de travail demeurait extrêmement restreinte, s'élevant à 25 % dans l'activité de moniteur d'auto-école, respectivement à 80 % dans une autre activité purement sédentaire. Une fois l'intervention réalisée, il fallait compter trois mois environ d'arrêt de travail à compter de celle-ci. Ensuite, une reprise progressive pourrait avoir lieu.

- un courriel du 5 mars 2017 du Dr B_____ au conseil de l'assuré, indiquant qu'il avait toujours soutenu que la rupture tendineuse du moyen fessier – qui s'était produite lors d'une chute survenue plusieurs mois après la mise en place sans complication d'une prothèse de la hanche – constituait une authentique lésion accidentelle. En effet, les certificats délivrés initialement mentionnaient tous une incapacité de travail d'origine accidentelle. Par la suite, face au refus réitéré de l'assureur-accidents de prester, il avait été contraint de libeller autrement les certificats délivrés à l'assuré en indiquant que l'incapacité de travail était due à une maladie, de manière à permettre une prise en charge provisoire du cas par l'assurance-maladie de l'assuré. Sur le fond, ce changement d'ordre formel ne signifiait aucunement qu'il avait changé d'avis ; il persistait à affirmer que de son point de vue, les incapacités de travail que l'assuré avait connues après son accident du 9 juillet 2009 avaient pour origine unique et exclusive la chute avec rupture tendineuse qui s'était produite à cette date.
- un courriel du 9 mars 2017 du Dr B_____ au conseil de l'assuré, mentionnant que la nouvelle intervention chirurgicale qu'il avait pratiquée le 15 août 2011 avait permis une sensible amélioration de la capacité de travail de l'assuré, probablement en raison du délai excessif entre l'accident et la réparation tendineuse. Pour les années 2013 et suivantes, la capacité de travail restait diminuée de 25 % pour les raisons suivantes : il avait constaté, lors des rendez-vous médicaux, une gêne de l'assuré à rester assis sur les chaises – pourtant adéquates – du bureau de son médecin et une boiterie lors de la marche dans les couloirs et sur le parking adjacent. Cliniquement, lorsque l'assuré se tenait debout sur son seul pied droit (en soulevant le pied gauche du sol), le

Dr B_____ notait toujours une légère bascule du bassin sur la gauche (signe de Trendelenburg) témoignant d'une fonction insuffisante des structures musculotendineuses reliant le bassin au grand trochanter fémoral, lieu d'attache de ces structures. En tant que moniteur de conduite indépendant, l'assuré devait constamment entrer et sortir de son véhicule, ce qui sollicitait fortement sa hanche droite (puisque'il occupait le siège passager) ; il ne pouvait rester plus de trente à quarante-cinq minutes dans son véhicule en raison de la configuration des sièges qui imposait de fléchir la hanche au-delà de 90°, ce qui mettait les tendons réparés douloureusement sous tension. De plus, en raison de l'accident du 9 juillet 2009, l'assuré avait dû totalement renoncer aux cours de moto-école, compte tenu de son incapacité à enfourcher, maintenir en équilibre et béquiller une moto. Selon la part que cette activité – devenue impossible – représentait pour le bilan de son entreprise, l'incapacité de gain était éventuellement supérieure à 25 %.

- une décision du 7 novembre 2008 de l'OAI, octroyant rétroactivement à l'assuré un trois-quarts de rente d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2006.

Sur la base de ces éléments, l'assuré a précisé que dans la mesure où il était au bénéfice, lors de l'accident du 9 juillet 2009, d'un trois-quarts de rente d'invalidité basé sur un taux d'incapacité de 75 % dans toutes activités depuis le 1^{er} juillet 2006, il convenait de déterminer s'il pouvait prétendre, depuis la stabilisation de son état de santé, à une rente complémentaire de l'assurance-accidents ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité en plus des indemnités journalières et de la prise en charge des frais médicaux.

Pour permettre à la chambre de céans de statuer sur ces différentes questions, l'assuré demandait la mise en place d'une expertise médicale qui fût confiée à un « spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, spécialisé dans la hanche », les questions à poser à l'expert devant porter sur l'évolution de sa capacité de travail en lien avec l'accident à partir de 2010, la date de stabilisation de son état de santé, le taux d'invalidité médico-théorique à la date de stabilisation de l'état de santé ainsi que la répercussion des séquelles de l'accident sur son activité professionnelle.

43. Par courrier du 30 mars 2017, l'assureur a invité la chambre de céans à mettre en œuvre une expertise afin de déterminer l'éventuel droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-accidents (remboursement des frais de traitement et indemnités journalières) jusqu'au 31 décembre 2012 pour les troubles annoncés au mois de janvier 2010).
44. Le 29 mai 2017, la chambre de céans a adressé aux parties un projet de mission d'expertise, ajoutant qu'elle entendait en confier la réalisation au docteur K_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Les parties étaient invitées à se déterminer sur le choix de l'expert et pour formuler d'éventuelles questions complémentaires à celles mentionnées dans ledit projet.

45. Le 15 juin 2017, l'assureur a indiqué que s'il n'avait pas de modifications à soumettre à la chambre de céans au sujet des questions libellées dans la mission d'expertise, il n'en allait pas de même de la personne de l'expert proposé, celui-ci ne figurant pas sur la liste des experts certifiés SIM (Swiss Insurance Medicine). Il proposait en revanche que la chambre de céans porte son choix sur le docteur L_____ ou le docteur M_____, tous deux experts certifiés SIM.
46. Le 4 septembre 2017, l'assuré a émis des réserves au sujet du Dr L_____ et exprimé sa préférence en faveur du docteur N_____.
47. Le 20 octobre 2017, le docteur O_____, qui s'était dit prêt à accepter une mission d'expertise, a fait savoir qu'il n'était pas en mesure de traiter le cas.
48. Le 8 février 2018, le Dr L_____, expert désigné à la suite du désistement du Dr O_____, a emboîté le pas à ce dernier, contraignant la chambre de céans à se mettre en quête d'un nouvel expert.
49. Le 27 février 2018, la chambre de céans a rendu une ordonnance d'expertise et commis cette fin le docteur P_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, expert certifié SIM.
50. Le 13 juillet 2018, l'assuré s'est rendu auprès du Dr P_____ pour y être examiné et interrogé par celui-ci. Après avoir étudié le dossier de l'assuré, retracé son anamnèse, recueilli ses plaintes, procédé à son examen clinique ainsi qu'à des examens complémentaires (examen neurologique complémentaire effectué le 27 août 2018 par le docteur Q_____, neurologue FMH à Sion), l'expert a rendu ses conclusions le 10 novembre 2018, précisant qu'il retenait les diagnostics suivants :
- status après prothèse totale de la hanche à droite pour une coxarthrose en date du 6 janvier 2009 ;
 - status après contusion de la hanche droite le 9 juillet 2009 ;
 - status après désinsertion/rupture du tendon du moyen et du petit fessier droit le 9 juillet 2009 ;
 - status après retension et refixation de la partie antérieure du tendon du moyen fessier pour désinsertion le 15 août 2011 ;
 - rallongement iatrogène de 7 mm du membre inférieur droit ;
 - status après ablation d'un fragment de drain de la région du grand trochanter droit le 15 août 2011 ;
 - insuffisance du moyen fessier droit sur atrophie musculaire et dégénérescence graisseuse ;
 - coxarthrose gauche modérée ;
 - status après résection de la prostate en mai 2009 ;
 - hypercholestérolémie traitée ;

- syndrome d'apnée du sommeil appareillé ;
- état dépressif chronique traité.

Dans son appréciation du cas, le Dr P_____ a rappelé que l'assuré avait présenté une coxarthrose droite durant la première décennie des années 2000 et que le Dr B_____ avait procédé à la pose d'une prothèse totale de la hanche droite par voie latéro-trochantérienne le 6 janvier 2009, sans que l'examen préopératoire ne mette en évidence un signe de Trendelenburg traduisant généralement, si présent, une insuffisance du muscle moyen fessier. Les suites opératoires avaient été favorables, permettant une reprise des activités professionnelles et de loisirs quatre mois à partir de l'opération. À nouveau, il n'y avait pas de signe de Trendelenburg décrit immédiatement après l'intervention du 6 janvier 2009 et l'assuré confirmait, le jour de l'expertise, que la reprise d'activités physiques avait été possible (jardinage, vélo, natation), ce qui constituait un argument pour considérer la cicatrisation de la désinsertion peropératoire du tendon du muscle moyen fessier comme acquise. De plus, l'expert avait, avant l'événement accidentel du 9 juillet 2009, des éléments anamnestiques et cliniques établissant avec une forte probabilité que le tendon distal du muscle moyen fessier, inséré sur le grand trochanter, était suffisamment cicatrisé pour être considéré comme proche de la normale après un délai de six mois. Même s'il fallait reconnaître qu'il n'y avait pas d'examen radiologique tel qu'une IRM de la hanche droite pour affirmer cette guérison avec un degré de certitude proche de 100 %, il n'en demeurerait pas moins que l'absence d'éléments complémentaires radiologiques s'expliquait par le fait qu'il n'y avait aucune raison de les demander puisque l'évolution était favorable. À la suite de la chute du 9 juillet 2009, l'assuré avait consulté le groupe médical d'Onex qui avait retenu le diagnostic de contusion de la hanche. Ce même diagnostic avait été retenu initialement par le Dr B_____ qui avait poursuivi le traitement quelques jours plus tard. Progressivement, les hématomes avaient diminué et les douleurs également, permettant une reprise des activités professionnelles fin novembre 2009 alors que les activités sportives, elles, n'avaient pas été reprises en raison de l'absence de retour à l'état antérieur. L'expérience médicale montrait qu'une simple contusion guérissait généralement en quelques semaines, tout au plus en quelques mois. Connaissant parfaitement son patient, le Dr B_____ avait jugé bon, devant la persistance des douleurs et de la boiterie six mois après le traumatisme, de rechercher une lésion plus grave qu'une simple contusion de la hanche, processus au terme duquel il avait posé le diagnostic de rupture tendineuse du moyen fessier et du petit fessier dont l'origine traumatique ne faisait pas de doute selon ce médecin traitant. Selon l'expert, c'était à juste titre également que le Dr B_____ avait proposé une réparation chirurgicale en mars 2010 afin de limiter les séquelles à long terme en restituant le plus tôt et le mieux possible la fonction musculaire, de manière à freiner l'apparition des lésions dégénératives musculaires irréversibles qui étaient en train de s'installer. Compte tenu du refus de l'assureur de prendre en charge le cas au-delà du 30 novembre 2009, ce n'était que plus de deux ans après le

traumatisme que la réparation chirurgicale avait eu lieu, laps de temps durant lequel, selon la littérature, l'atrophie musculaire et la dégénérescence graisseuse s'étaient installées de manière définitive, compromettant ainsi fortement les chances d'amélioration de la boiterie. L'examen clinique du jour de l'expertise confirmait l'absence de récupération musculaire dont l'origine dégénérative par inutilisation était la plus probable, l'origine neurologique ayant pu être exclue par l'examen du Dr Q____. L'expert a ajouté que la présence d'une arthrose de la hanche, qui s'accompagnait de facto d'une insuffisance du moyen fessier mais à des degrés variables de cas en cas avait eu une répercussion clinique certainement très faible (au vu de la situation controlatérale observée le jour de l'expertise) sur la rupture du tendon du moyen fessier. Il en allait de même du rallongement iatrogène (7 mm) du membre inférieur droit et de la présence résiduelle d'un fragment de drain postopératoire au 6 janvier 2009. Il s'agissait là d'éléments mineurs participant à un état antérieur (à l'accident) qui pouvait être qualifié de mineur. Quant à la rupture tendineuse du petit fessier, elle n'aurait pas conduit à elle seule à la boiterie actuelle. L'élément majeur était bien la présence d'une rupture du tendon du moyen fessier diagnostiquée en janvier 2010. De par les éléments analysés ci-dessus, son origine dégénérative n'était pas manifeste mais tout au plus possible. Au vu des considérations anamnestiques et cliniques, de l'avis des médecins traitants, médecins-conseils et experts, de la littérature médicale, des documents médicaux et des observations faites le jour de l'expertise, le Dr P____ a retenu qu'il était vraisemblable que les lésions assimilées à un accident aient une origine traumatique ayant conduit à une aggravation déterminante d'un état antérieur à l'accident du 9 juillet 2009.

Invité à dire si les troubles annoncés dès le 25 janvier 2010 et persistant jusqu'au 31 décembre 2012, voire au-delà, avaient un lien de causalité naturelle avec l'accident du 6 juillet 2009 (recte : 9 juillet 2009), l'expert a répondu que tel était le cas, ajoutant qu'ils perduraient encore aujourd'hui et présentaient encore et toujours un lien de causalité naturelle avec l'accident du 6 juillet 2009 (recte : 9 juillet 2009).

Interrogé sur le point de savoir si les plaintes de l'assuré depuis janvier 2010 étaient objectivées d'un point de vue somatique, l'expert a répondu par l'affirmative, précisant que tous les rapports et expertises – y compris la sienne – concouraient à le démontrer, aussi bien cliniquement que radiologiquement. Lors de son expertise, le Dr P____ n'avait pas estimé nécessaire de procéder à une nouvelle IRM de la hanche car une échographie du 6 juillet 2018 lui donnait déjà « toutes les informations utiles, nécessaires et suffisantes ».

Invité à se prononcer sur les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic, l'expert a indiqué qu'il retenait, en lien avec le status de l'assuré au 6 janvier 2009 (status après prothèse totale de la hanche à droite et coxarthrose), l'absence de port de charges au-delà de 20 kg ainsi que l'absence de marche en terrain inégal ou sur des échafaudages. S'il n'y avait aucune limitation en rapport avec le status après

contusion de la hanche droite le 9 juillet 2009, il n'en allait pas de même du status après désinsertion/rupture du tendon du moyen et du petit fessier droit survenu le même jour, ce diagnostic limitant le port de charges de plus de 5 kg, empêchant la marche en terrain inégal et la montée sur des échelles, et requérant une alternance des positions de travail (station debout et assise). À noter que les limitations fonctionnelles valables pour ce diagnostic l'étaient également pour l'insuffisance du moyen fessier droit sur atrophie musculaire et dégénérescence graisseuse.

S'agissant des conséquences sur la capacité de travail de l'assuré, l'expert a considéré que seule l'insuffisance du moyen fessier droit sur atrophie musculaire et dégénérescence graisseuse avait un effet sur la capacité de travail, la diminution de celle-ci étant évaluée à 25 %.

L'état de santé de l'assuré découlant des suites de l'accident du 9 juillet 2019 pouvait être considéré comme stabilisé. Compte tenu de l'atrophie du moyen fessier et de sa dégénérescence graisseuse, très probablement présentes le 15 août 2011, date de la seconde intervention à la hanche droite, compte tenu également des données physiopathologiques et de la latence de récupération post-opératoire de dix-huit à vingt-quatre mois après l'intervention du 15 août 2011, on pouvait retenir que le cas était stabilisé au 15 août 2013.

En raison de la persistance de l'insuffisance irréversible du muscle moyen fessier droit, il persistait une incapacité de travail de 25 % dans l'activité habituelle de moniteur d'auto-école.

Invité à dire si l'assuré souffrait, par suite de l'accident du 9 juillet 2009, d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, l'expert a répondu que selon la table 2 de la SUVA (révision 2000), intitulée « Atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres », la perte fonctionnelle totale d'un membre inférieur conduisait à une atteinte à l'intégrité de 50 %. Dans le cas particulier, la perte fonctionnelle subie par l'assuré était limitée à la marche en terrain inégal et à la position assise ou debout prolongée. L'estimation de la perte fonctionnelle du membre inférieur droit était de l'ordre de 5 à 10 %, ce qui conduisait à une atteinte à l'intégrité de 5 à 10 % de 50 %, soit 2.5 % à 5 %.

En raison des limitations fonctionnelles retenues plus haut (activité sédentaire autorisant le passage fréquent de la position assise à la position debout sans port de charges ni marche en terrain inégal seule possible), l'activité de moniteur d'auto-école était parfaitement adaptée à ces limitations. Il n'y avait pas d'autre activité envisageable permettant d'améliorer la capacité de travail. L'exigibilité dans cette profession était de 75 % et le rendement de 100 %.

L'état de santé de l'assuré était considéré comme stabilisé depuis plus de cinq ans, soit depuis le 15 août 2013, avec une atrophie et dégénérescence graisseuse du corps musculaire du moyen fessier droit. Il était peu probable qu'un quelconque traitement puisse améliorer l'état de santé de l'assuré. On pouvait certes discuter d'une intervention d'abaissement du grand trochanter permettant de retendre le

tendon et le corps musculaire du moyen fessier mais une telle intervention serait cependant lourde en termes de risques opératoires (infection, non consolidation de l'ostéotomie) avec un résultat incertain. En revanche, une à deux séries annuelles de neuf séances de physiothérapie permettraient d'entretenir l'état actuel. Il ne fallait pas oublier non plus les exercices personnels réguliers auxquels l'assuré devait se soumettre.

Invité à commenter et discuter les autres avis médicaux versés au dossier, l'expert a indiqué que l'avis du Dr J_____ ne pouvait être pris convenablement en considération puisqu'il étayait sa confirmation du *statu quo sine* sur les conséquences d'une voie d'abord postérieure qui n'était précisément pas celle qui avait été choisie lors de l'intervention du 6 janvier 2009. Quant à l'expertise du Dr F_____, elle s'avérait surprenante en tant que ce médecin ne retenait ni le diagnostic de simple contusion de la hanche ni celui de rupture des tendons des petit et moyen fessiers mais se contentait de faire état de troubles fonctionnels douloureux au niveau de la prothèse totale de la hanche droite suite à une chute avec « absence d'explication évidente à ces troubles ». Ainsi, ni l'origine dégénérative ni l'origine traumatique des troubles annoncés par l'assuré n'avaient été démontrées par cette expertise qui ne faisait par ailleurs référence à aucune publication scientifique. Le Dr P_____ a ajouté qu'il ne pouvait pas non plus suivre les conclusions de l'expert I_____, notamment pour les raisons suivantes : si l'origine dégénérative de l'atteinte du tendon du moyen fessier avait été prépondérante, il aurait été possible d'observer avec le temps, en particulier en 2018, une boiterie de la hanche gauche identique à celle de la hanche droite, ce qui n'était pas le cas. De plus, en tant que le Dr I_____ rapportait que les douleurs du grand trochanter étaient souvent liées à une pathologie du moyen fessier, il appuyait son argumentation sur le fait qu'une rupture traumatique du moyen fessier n'était pas rapportée dans la littérature. Or, selon le Dr P_____, cet argument ne tenait pas car il existait bel et bien des publications consacrées à ce type de rupture traumatique, thèse qui était confortée par deux exemples tirés de la pratique personnelle du médecin traitant de l'assuré, le Dr B_____.

En conclusion, le Dr P_____ a indiqué qu'il se ralliait à l'avis des experts G_____ et H_____, lesquels concluaient de manière similaire à l'origine traumatique de la rupture du tendon du moyen fessier et de sa dégénérescence graisseuse, cette probabilité étant de l'ordre de 75 % pour le Dr H_____ et de plus de 51 % pour le Dr G_____. Enfin, le Dr P_____ a mentionné que la décision du médecin conseil de l'assureur, basée sur l'expertise du Dr F_____, avait incité le Dr B_____ à repousser la réparation chirurgicale de la rupture du tendon du moyen fessier, intervention qui avait été planifiée pour mars 2010, soit neuf mois après le traumatisme. Si la retension/réinsertion des tendons du petit et moyen fessier avait eu lieu à cette époque – et non le 15 août 2011 –, on se serait retrouvé, aux dires de l'expert, dans des délais tout juste raisonnables pour tenter d'éviter une amyotrophie et une dégénérescence graisseuse irréversible du moyen fessier très

certainement présente le 15 août 2011. Cette « décision » avait pu jouer un rôle défavorable et délétère dans l'évolution et l'état actuel de l'assuré.

51. Le 4 décembre 2019, l'assuré a conclu à ce que l'assureur soit condamné :

- au paiement de CHF 109'923.40 avec intérêts à 5 % l'an à compter du 30 novembre 2013 (date moyenne), à titre d'indemnités journalières pour la période du 25 janvier 2010 au 15 août 2013, date de la stabilisation de son état de santé ;
- au paiement de CHF 121'930.- avec intérêts à 5 % l'an à compter du 31 janvier 2018 (date moyenne), à titre d'arriérés de rente pour la période du « 16 mars 2013 » (sic) au 30 novembre 2018 (68.5 mois). Dès lors que le gain assuré maximal s'élevait à CHF 106'800.- au moment de l'accident du 9 juillet 2009 et qu'en cas d'invalidité totale, il était possible de prétendre à une rente de 80 % de ce montant, l'assuré, dont le taux d'invalidité était de 25 %, avait droit à une rente d'invalidité mensuelle de CHF 1'780.- (CHF 106'800.- x 80 % x 25 % / 12 mois). Étant donné que le plafond de 90 % du gain assuré n'était pas atteint en cumulant cette rente – qui représentait une rente complémentaire – et la rente d'assurance-invalidité (qui était passée de CHF 1'315.- par mois en mai 2014 à CHF 1'722.- en janvier 2018), il n'y avait pas lieu de réduire la rente complémentaire LAA dont les arriérés, sur 68.5 mois, représentaient la somme de CHF 121'930.- (soit 68.5 x 1'780.-) ;
- au paiement d'une rente d'invalidité de 25 %, soit un montant de CHF 1'780.- par mois à compter du mois de décembre 2018 et pour le futur ;
- au paiement de la somme de CHF 5'340.- avec intérêts à 5 % l'an à compter du 16 août 2015, à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (soit 5 % x CHF 106'800.-) ;
- au paiement de la totalité des frais médicaux liés à l'accident depuis le 1^{er} janvier 2010, en particulier le remboursement de la quote-part et de la franchise de l'assurance-maladie de l'assuré ;

52. Par écriture du 7 janvier 2019, l'assureur a estimé que le rapport d'expertise du 10 novembre 2018 était dépourvu de valeur probante. Le Dr P_____ émettait des hypothèses allant dans le sens d'une causalité entre la chute du 9 juillet 2009 et les troubles diagnostiqués en janvier 2010. Quand l'expert employait les termes « probablement » et « forte probabilité », il émettait seulement des suppositions qui ne suffisaient pas à établir un tel lien de causalité. Envisageant également le cas sous l'angle des lésions assimilées à un accident, l'assureur a renvoyé à sa duplique du 30 mars 2015, tout en soutenant qu'il n'était pas prouvé, « au degré de la vraisemblance prépondérante requis », que la rupture du tendon du moyen fessier était une séquelle tardive de la chute du 9 juillet 2009 plutôt qu'une conséquence de la technique opératoire utilisée ayant précisément fragilisé le tendon. Interrogé sur l'évolution du taux d'incapacité de travail depuis janvier 2010, l'expert se bornait à reprendre la liste des périodes d'incapacités de travail attestées par le Dr B_____.

Or le Tribunal fédéral, dans son arrêt de renvoi du 23 janvier 2017, avait considéré que le récapitulatif des incapacités de travail établi le 18 novembre 2014 par le Dr B_____ n'était d'aucun secours pour juger du maintien éventuel d'un lien de causalité. Selon l'assureur, il appartenait à l'expert de discuter et de se déterminer par rapport à la durée et aux taux de l'incapacité de travail attestée, ce qu'il n'avait pas fait. De plus, on ne pouvait suivre la position de l'expert consistant à retenir une incapacité de travail de 25 % dans la profession habituelle de l'assuré, celle de moniteur d'auto-école. Enfin, l'assureur n'était en aucun cas responsable de l'amyotrophie et de la dégénérescence graisseuse au niveau du moyen fessier de l'assuré, évolution qui était à mettre sur le compte de l'attitude adoptée par ce dernier.

53. Dans ses observations du 14 janvier 2019, l'assureur a soutenu que la chambre de céans n'avait pas à entrer en matière sur la question de savoir si, pour les années 2013 et suivantes, se posait la question de l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de la part de l'assureur LAA, la question déterminante étant de savoir si les troubles annoncés au mois de janvier 2010 et persistant jusqu'au 31 décembre 2012 (voire au-delà) étaient en lien de causalité naturelle avec l'accident du 9 juillet 2009, respectivement, dans l'affirmative, s'ils l'avaient été jusqu'à la fin de la période litigieuse (voire au-delà), et sinon, jusqu'à quand ils l'avaient été.
54. Par pli du 23 janvier 2019, l'assuré a estimé que ses conclusions relatives à la rente d'invalidité et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'excédaient pas l'objet du litige, celui-ci n'étant pas limité à la période du jour de l'accident jusqu'au 31 décembre 2012. Étant donné que l'expert avait été interrogé non seulement sur l'incapacité de travail de l'assuré depuis la stabilisation du cas – question pertinente pour la fixation de la rente d'invalidité – mais aussi sur l'existence d'une atteinte importante et durable à l'intégrité physique de l'assuré, question déterminante pour la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la chambre de céans devait trancher ces questions qui avaient été dûment instruites et qui étaient, à présent, en état d'être jugées.
55. Le 15 février 2019, l'assureur a fait valoir qu'il existait certes des situations dans lesquelles la suspension des indemnités journalières et le droit à la rente étaient des questions si étroitement liées qu'il fallait partir du principe qu'il s'agissait d'un seul objet du litige. Cependant, dans le cas d'espèce, il en allait différemment puisque l'assureur n'avait pas rendu de décision octroyant ou refusant le droit à une rente. De plus, il n'avait même pas examiné cette question à ce jour puisqu'actuellement, c'était le moment de la fin des prestations (indemnités journalières et traitement médical) qui était litigieux.
56. Par courrier du « 23 janvier 2019 » (sic), posté le 8 février 2019, l'assuré a soutenu derechef qu'on ne pouvait se prononcer sur son droit à des indemnités journalières sans statuer simultanément sur son droit à la rente.

-
57. Le 24 avril 2019, la chambre de céans a invité l'expert P_____ à bien vouloir arrêter un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) précis en lieu et place de la fourchette de 2.5 % à 5 % mentionnée dans le rapport d'expertise.
58. Par complément d'expertise du 26 avril 2019, le Dr P_____ a arrêté le taux d'IPAI à 4 %. Attendu que la perte totale d'un membre inférieur donnait droit à une IPAI de 50 %, que l'ensemble des muscles fessiers (grand, moyen et petit fessier) représentaient 40 % de la fonction musculaire d'un membre inférieur, que le muscle moyen fessier représentait 40 % de la force musculaire de l'ensemble des muscles fessiers du membre inférieur, que dans le cas de l'assuré, l'atteinte du moyen fessier provoquait une perte de 50 % de ses performances normales, le taux d'IPAI s'élevait ainsi à 4 % ($40 \% \times 50 \% = 20 \% ; 40 \% \times 20 \% = 8 \% ; 50 \% \times 8 \% = 4 \%$).
59. Le 14 mai 2019, l'assuré a soutenu que le taux d'IPAI devait, à son sens, être arrondi à 5 %. En effet, la gêne ressentie était comparable à d'autres gênes fonctionnelles des articulations, listées à la table 2 de la SUVA, qui donnaient toujours droit à une IPAI d'au moins 5 %. Cette gêne pouvait également être comparée à une arthrose moyenne, dégénérescence qui donnait également droit à une IPAI d'au moins 5 % selon la table 5 de la SUVA.
60. Le 17 mai 2019, l'assureur a fait savoir qu'en tant que le Dr P_____ fixait le taux d'IPAI à 4 %, il rejoignait sur ce point l'avis de l'expert. Dans la mesure où ce taux n'atteignait pas le degré minimal requis de 5 %, l'assuré n'avait pas droit au versement d'une IPAI.
61. Par pli du 24 mai 2019, la chambre de céans a informé les parties que la suite de la procédure était réservée.

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), 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. Il convient de déterminer l'objet du litige.
 - a. Dans l'arrêt de renvoi 8C_148/2016, 8C_281/2016 du 23 janvier 2017, le Tribunal fédéral a constaté que l'assureur ne contestait pas le point de vue de la juridiction précédente selon lequel le *statu quo sine* n'était pas atteint à la fin de l'année 2009, de sorte que l'existence d'un lien de causalité entre les troubles annoncés au mois de janvier 2010 et l'accident devait être admise (cf. consid. 6.3). Le Tribunal fédéral a toutefois considéré qu'en tant que le Dr B_____ se

contentait d'attester de périodes d'incapacité de travail dans son certificat récapitulatif établi le 18 novembre 2014, cette attestation n'était d'aucun secours pour juger du maintien éventuel d'un lien de causalité entre l'accident et les troubles persistant jusqu'au 31 décembre 2012 et qu'il en allait de même des rapports d'expertise des Drs H_____, F_____ et I_____, situation qui rendait inéluctable une instruction complémentaire aux fins de statuer sur le maintien éventuel du droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-accidents (remboursement des frais de traitement et indemnités journalières) jusqu'au 31 décembre 2012.

b. Dans son écriture du 7 janvier 2019 (point a), l'assureur conteste le lien de causalité naturelle entre les troubles annoncés dès le 25 janvier 2010 et l'accident du 9 juillet 2009.

c. Les arrêts du Tribunal fédéral acquièrent force de chose jugée le jour où ils sont prononcés (art. 61 de la loi sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 ; RS 173.110 - LTF; cf. aussi art. 38 de la loi fédérale du 16 décembre 1943 d'organisation judiciaire, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2006 ; aOJ). Ils sont revêtus de la force matérielle ou autorité de chose jugée, ce qui signifie que le jugement lie les parties à la procédure ainsi que les autorités qui y ont pris part. En principe, seul le dispositif du jugement est revêtu de l'autorité de chose jugée. Toutefois, lorsque le dispositif se réfère expressément aux considérants, ceux-ci acquièrent eux-mêmes la force matérielle (ATF 112 Ia 353 consid. 3c/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_741/2010 du 12 mai 2011 consid. 2.1).

Lorsque le Tribunal fédéral rend un jugement dont le dispositif prévoit que la décision attaquée est annulée et l'affaire renvoyée à l'autorité intimée pour qu'elle statue à nouveau dans le sens des considérants, cette dernière est liée par la motivation juridique de l'arrêt de renvoi. Ce principe, qui était exprimé en matière civile à l'art. 66 al. 1 aOJ, est applicable même en l'absence de texte et vaut, partant, dans la procédure administrative en général (ATF 117 V 237 consid. 2a) ; la jurisprudence du Tribunal fédéral y relative (rendue en rapport avec l'art. 66 al. 1 aOJ) reste applicable sous l'empire de la LTF (arrêt 4A_71/2007 du 19 octobre 2007, consid. 2.1 et 2.2). L'autorité inférieure est dès lors tenue de fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit de l'arrêt du Tribunal fédéral. Elle voit donc sa latitude de jugement limitée par les motifs du jugement de renvoi, en ce sens qu'elle est liée par ce qui a été déjà définitivement tranché par le Tribunal fédéral ainsi que par les constatations de fait qui n'ont pas été critiquées devant ce dernier (cf. ATF 131 III 91 consid. 5.2 p. 94 ; 120 V 233 consid. 1a p. 237 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_741/2010 du 12 mai 2011 consid. 2.1). La règle doit toutefois s'apprécier à la lumière du principe selon lequel le Tribunal fédéral n'examine que les griefs dûment formulés devant lui. L'autorité précédente ne viole donc pas l'autorité de l'arrêt du Tribunal fédéral si elle fonde sa nouvelle décision sur un motif différent et non examiné dans son jugement précédent et au sujet duquel le Tribunal fédéral n'a pas eu l'occasion de s'exprimer

(ATF 112 Ia 353 consid. 3c ; Jean-Maurice FRÉSARD in Commentaire de la LTF, 2^{ème} éd. 2014, ad art. 61 LTF, n. 16).

Quant aux parties, elles ne peuvent pas faire valoir, dans un recours contre la nouvelle décision cantonale, des moyens que le Tribunal fédéral avait expressément rejetés dans l'arrêt de renvoi (ATF 133 III 201 consid. 4.2) ou qu'il n'avait pas eu à examiner, faute pour les parties de les avoir invoqués dans la première procédure de recours, alors qu'elles pouvaient – et devaient – le faire (ATF 111 II 94 consid. 2 ; arrêts du Tribunal fédéral 5A_139/2013 du 31 juillet 2013 consid. 3.1 et 4A_278/2012 du 26 septembre 2012, consid. 1.2 non publié in ATF 138 III 669 ; arrêt du Tribunal fédéral 5A_585/2013 du 27 novembre 2013 consid. 2).

Il résulte de ce qui précède qu'en l'espèce, la question du lien de causalité entre les troubles annoncés en janvier 2010 et l'accident du 9 juillet 2009 a été définitivement tranchée par le Tribunal fédéral. Par conséquent, la question litigieuse – dont dépend le maintien du droit de l'assuré à des prestations d'assurance – est de déterminer si ce lien de causalité s'est maintenu jusqu'au 31 décembre 2012 (voire au-delà), et sinon, jusqu'à quand (*statu quo sine vel ante*).

3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident du 9 juillet 2009 est survenu avant cette date, le droit de l'assuré aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales concernées par ladite modification seront donc citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 (ci-après : aLAA, respectivement aOLAA).
4. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA). L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGGA), il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident; il s'éteint notamment dès qu'une rente d'invalidité est versée (art. 16 al. 2 LAA). Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 aLAA).
5. a. 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).

b. Par opposition, les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 aOLAA 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). Ainsi, la question à résoudre au préalable 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).

Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 aOLAA 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 aOLAA, 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).

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

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

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

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 ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écartier d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des

conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

b/cc. 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/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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

7. 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).

8. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).
9. a. En l'espèce, le rapport d'expertise judiciaire du 10 novembre 2018 confirme ce qui n'était plus contesté par l'assureur lorsque celui-ci a recouru au Tribunal fédéral les 22 février et 26 avril 2016, à savoir que le *statu quo sine* n'était pas atteint à la fin de l'année 2009, de sorte que l'existence d'un lien de causalité entre les troubles annoncés au mois de janvier 2010 et l'accident du 9 juillet 2009 devait être admise. Ce rapport se détermine également (par l'affirmative) sur le point jugé lacunaire par le Tribunal fédéral dans son arrêt de renvoi 8C_148/2016, 8C_281/2016 du 23 janvier 2017, à savoir le maintien de ce lien de causalité jusqu'au 31 décembre 2012 – et même à ce jour, la rupture du tendon du moyen fessier étant à l'origine d'une atrophie et dégénérescence graisseuse irréversible du corps musculaire du moyen fessier droit, entraînant une incapacité de travail durable de 25 %.

Fondée sur l'ensemble du dossier, retraçant une anamnèse fouillée et tenant compte des plaintes de l'assuré, cette expertise comporte un status objectif détaillé et nuancé ainsi que des conclusions convaincantes sur le maintien du lien de causalité entre les troubles annoncés dès le 25 janvier 2010 (soit la rupture des tendons des petit et moyen fessiers à droite) et l'accident du 9 juillet 2009, la persistance de ce lien se traduisant notamment, sous l'angle des soins, par la nécessité de se soumettre à une nouvelle intervention chirurgicale le 15 août 2011 (qui avait pour objet la retension/réinsertion des tendons des petit et moyen fessier à droite) et de suivre une à deux séries annuelles de neuf séances de physiothérapie pour entretenir l'état actuel et, sous l'angle de la capacité de travail, par une diminution de celle-ci

à 50 % du 25 janvier 2010 au 22 février 2010, à 75 % du 23 février 2010 au 14 août 2011, à 100 % du 15 août 2011 au 31 décembre 2011, de 50 % du 1^{er} janvier 2012 au 15 août 2012 et de 25 % du 16 août 2012 à ce jour.

b. Dans un premier moyen, l'assureur conteste le lien de causalité naturelle entre les troubles annoncés dès le 25 janvier 2010 et l'accident du 9 juillet 2009, motif pris que des examens complémentaires réalisés avant la chute du 9 juillet 2009 feraient défaut et que le Dr P_____ n'émettrait que des hypothèses allant dans le sens d'une causalité entre la chute du 9 juillet 2009 et les troubles annoncés dès le 25 janvier 2010, ce qui ne suffirait pour l'appréciation d'un lien de causalité. De plus, l'expérience médicale tendrait à démontrer qu'une contusion simple de la hanche – diagnostic initialement posé – guérirait généralement en quelques semaines.

En argumentant de la sorte, l'assureur oublie qu'en ne contestant pas, devant le Tribunal fédéral, que *le statu quo sine* n'était pas atteint le 31 décembre 2009, la question du lien de causalité entre les troubles annoncés au mois de janvier 2010 et l'accident du 9 juillet 2009 a été tranchée (par l'affirmative) de manière définitive (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_148/2016, 8C_281/2016 du 23 janvier 2017 consid. 6.3). Il n'en va pas de même du point de savoir si entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2012 (voire au-delà) et, dans l'affirmative, à quel moment précis, une (hypothétique) origine exclusivement malade ou dégénérative des troubles annoncés au mois de janvier 2010 peut être tenue pour manifeste (cf. ci-dessus : consid. 5b). Pour répondre à cette question, le rapport d'expertise du 20 septembre 2010 du Dr F_____ n'est d'aucune utilité puisqu'il ne démontre ni l'origine dégénérative ni l'origine traumatique des troubles annoncés par l'assuré, pas plus qu'il ne fait référence à la moindre publication scientifique (cf. rapport d'expertise du Dr P_____, p. 31). En revanche, si l'on se réfère au rapport d'expertise du 16 octobre 2013 du Dr I_____, selon lequel une contusion simple guérit au bout de quatre à six semaines et, en cas d'état pathologique préexistant, au terme de trois à quatre mois, on serait en présence d'une aggravation passagère d'un état malade ou dégénératif qui aurait pris fin le 31 décembre 2009, soit après quatre mois et vingt-et-un jours. Cela dit, le Dr I_____ n'explique pas les raisons de ce délai de guérison particulièrement long (au regard de ses propres critères) qu'il retient pour les suites d'une contusion. Or, ce délai serait en définitive plus long encore puisque le Tribunal fédéral a jugé que le *statu quo sine* n'était pas atteint le 31 décembre 2009. On rappellera par ailleurs que bien que l'expert I_____ soit d'avis que l'accident du 9 juillet 2009 a tout au plus révélé les lésions tendineuses des fessiers sans les avoir provoquées, ce médecin n'a jamais été jusqu'à affirmer qu'il était manifeste, à la suite de l'accident du 9 juillet 2009, que les ruptures tendineuses du moyen et du petit fessier à la hanche droite étaient d'origine exclusivement dégénérative ou malade à compter du 1^{er} janvier 2010, ce qui aurait été déterminant pour la survenance d'un *statu quo sine* au 31 décembre 2009 (cf. les arrêts du Tribunal fédéral 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 5 et

8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 5 ; cf. ég. l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.2.1). Il reste donc à déterminer si une telle évolution exclusivement dégénérative est devenue manifeste par la suite. À cet égard, le Dr P_____ démontre de manière convaincante qu'il n'en est rien. En effet, le Dr I_____ ne met pas suffisamment en avant tous les éléments anamnestiques – qu'il rappelle pourtant avec force détails – qui auraient dû le conduire à admettre le caractère vraisemblablement traumatique des lésions survenues le 9 juillet 2009. Selon le Dr P_____, le Dr I_____ constate en effet que l'assuré a bénéficié d'une opération de la prostate début mai 2009, intervention nécessitant une position dite gynécologique, ce qui veut dire que la hanche est fléchiée en direction du tronc aux alentours de 90° avec une rotation externe. Et le Dr P_____ d'observer que si cette opération de la prostate avait pu avoir lieu quatre mois après la pose de la prothèse totale de la hanche le 6 janvier 2009, c'était le signe que l'évolution consécutive à cette intervention à la hanche était favorable. En second lieu, le Dr I_____ ne tient pas compte du délai de six mois entre la pose de la prothèse de la hanche et l'accident du 9 juillet 2009, période au cours de laquelle l'évolution était toujours favorable. L'expert P_____ en veut également pour preuve un test de Trendelenburg négatif trois mois avant l'intervention à la hanche droite ainsi que des séances de physiothérapie de tonification des fessiers qui avaient débuté quatre mois après cette opération, ce qui montrait que la réinsertion était guérie ; sans quoi, ce type de rééducation n'aurait pas été entrepris. En troisième lieu, le Dr I_____ évoque la possibilité d'une atteinte neurologique après la mise en place de la prothèse totale de la hanche du 6 janvier 2009. Cependant, cet expert n'exploite pas cette éventualité et renonce à un examen neurologique qui, selon le Dr P_____, lui aurait permis d'exclure – en partie du moins –, l'origine dégénérative de l'atteinte du moyen fessier. En quatrième lieu, l'expert I_____ mentionne avoir relevé une atrophie des muscles grands fessiers des deux côtés pour étayer un processus dégénératif bilatéral. Or, selon le Dr P_____, cette atrophie bilatérale des grands fessiers, relativement banale et le plus souvent liée à l'âge, n'intervient aucunement dans la boiterie de Duchenne et le signe de Trendelenburg, ce signe traduisant généralement, si présent, une insuffisance du muscle moyen fessier. Dans la mesure où les signes de Duchenne et de Trendelenburg étaient absents à la hanche gauche lors de l'examen de l'assuré par le Dr P_____ le 13 juillet 2018, ce dernier en conclut qu'on ne saurait donc retenir l'atrophie des grands fessiers comme un élément corroborant l'atteinte dégénérative du moyen fessier, atteinte qui, aux dires du Dr I_____, devrait être bilatérale, par analogie avec l'atteinte du grand fessier, ce qu'elle n'était pas, de l'avis même de l'expert I_____ (cf. rapport d'expertise du 16 octobre 2013 du Dr I_____, mentionnant, en page 17, un « signe de Trendelenburg [...] positif à droite avec présence d'une nette atrophie de la fesse droite par rapport au côté gauche » et, en page 24, une atrophie graisseuse du moyen et du petit fessier « qui ne semblait pas être présente à gauche »). De plus, selon l'expert P_____, dans l'hypothèse où l'origine dégénérative de l'atteinte du

moyen fessier aurait été prépondérante, il aurait été possible d'observer avec le temps, en particulier en 2018, une boiterie de la hanche gauche identique à celle de la hanche droite, ce qui n'était pas le cas. Enfin, l'expert P_____ souligne, références scientifiques à l'appui, que contrairement à ce qu'affirme son confrère, le Dr I_____, le phénomène de rupture traumatique du moyen fessier est bel et bien rapporté dans la littérature et corroboré par deux cas tirés de la pratique du Dr B_____.

À la lumière de ces éléments, on ne saurait suivre l'assureur en tant qu'il soutient, qui plus est sans se fonder sur le moindre avis médical, que le Dr P_____ ne ferait qu'émettre des suppositions sur l'origine traumatique des lésions tendineuses des petit et moyen fessiers et l'accident du 9 juillet 2009. C'est au contraire l'explication alternative, soutenue par l'expert I_____ (contusion simple guérissant dans un délai dépassant rarement trois à quatre mois en cas d'état pathologique simple) qui peine encore plus à convaincre à mesure que cet accident apparaît lointain, ceci valant à plus forte raison pour la période postérieure au 31 décembre 2009. Comme le relève précisément le Dr P_____, rejoignant en cela le Dr I_____, l'expérience médicale montre qu'une simple contusion guérit généralement en quelques semaines et tout au plus en quelques mois, raison pour laquelle le Dr B_____ avait jugé bon, devant la persistance des douleurs et de la boiterie six mois après le traumatisme, de rechercher (avec succès) une lésion plus grave qu'une simple contusion de hanche, soit une rupture tendineuse du petit et moyen fessier à la hanche droite dont l'origine vraisemblablement traumatique est démontrée de manière convaincante par le Dr P_____, via un raisonnement bien documenté s'articulant autour de trois axes, le premier étant l'état antérieur à l'accident du 9 juillet 2009, qualifié de mineur, le second l'évolution favorable de la hanche droite à la suite de l'intervention du 6 janvier 2009 et le troisième l'absence, du côté gauche, d'une atrophie graisseuse des moyen et petit fessiers ainsi que des signes de Trendelenburg et Duchenne en 2013 (cf. rapport d'expertise du 16 octobre 2013 du Dr I_____, p. 17 et 24) comme en 2018 (cf. rapport d'expertise du Dr P_____, p. 10). On soulignera enfin que le Dr P_____ explique de manière claire que lien de causalité entre les troubles annoncés dès le 25 janvier 2010 et l'accident du 9 juillet 2009 s'est maintenu jusqu'au 31 décembre 2012 – et qu'il perdure même à ce jour, la rupture du tendon du moyen fessier étant à l'origine d'une atrophie et dégénérescence graisseuse irréversible du corps musculaire du moyen fessier droit, entraînant une incapacité de travail durable de 25 %.

c. Dans un second moyen, l'assureur fait valoir qu'il ne serait pas prouvé, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que la rupture du tendon du moyen fessier serait une séquelle tardive de la chute du 9 juillet 2009 plutôt qu'une conséquence de la technique opératoire. À cet égard, il se réfère à l'appréciation du 24 mars 2015 de son médecin-conseil, le Dr J_____ et à sa duplique du 30 mars 2015.

Cette position ne saurait être suivie. Comme le relève l'expert P_____, l'avis du Dr J_____ ne peut être pris convenablement en considération puisqu'il étaye sa confirmation du *statu quo sine* sur les conséquences d'une voie d'abord postérieure « sans relation avec le sujet qui concerne [l'assuré] » (cf. rapport d'expertise, p. 30). En outre, l'assureur oublie que c'est précisément pour écarter l'éventualité d'une lésion du nerf glutéal supérieur – qui innerve le muscle moyen fessier et aurait pu être lésé par la voie d'abord latéro-trochantérienne choisie pour l'opération du 6 janvier 2009 – que l'expert P_____ a confié au Dr Q_____ le soin de pratiquer un examen neurologique dont les conclusions ne mettent en évidence aucun signe de dénervation, ni aigu, ni chronique du nerf glutéal supérieur.

d. Dans un troisième moyen, l'assureur estime ne pas être responsable de l'amyotrophie et de la dégénérescence graisseuse – qualifiée d'irréversible par l'expert – ni, par voie de conséquence, de l'incapacité de travail de 25 % (du 16 août 2012 à ce jour) qui serait, selon l'assureur, à mettre sur le compte de l'attitude adoptée par l'assuré.

Selon l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés.

Cette disposition vise à sanctionner l'assuré qui ne respecte pas certaines obligations, en l'occurrence celles de se soumettre à un traitement ou à une mesure de réinsertion après la survenance du risque assuré. Par « traitement », il faut entendre les traitements médicaux, soit toute mesure diagnostique ou thérapeutique, ambulatoire ou stationnaire, de même que des soins de longue durée, dont on peut raisonnablement espérer, au stade la vraisemblance prépondérante, une amélioration de l'état de santé de la personne assurée et, par conséquent, de sa capacité de travail (Anne-Sylvie DUPONT, *in* Commentaire Romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, p. 311, n. 50 ss ad art. 21 LPGA).

L'art. 61 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202) concrétise et précise, pour ce qui est de l'assurance-accidents, les conséquences d'un refus de l'assuré. Il prévoit – conformément d'ailleurs à un principe général du droit de la responsabilité civile (cf. ATF 130 III 182 consid. 5.5.1 ; arrêt Du Tribunal fédéral 4C.83/2006 du 26 juin 2006, JdT 2006 I p. 475, consid. 4; Pascal PICHONNAZ, *Le devoir du lésé de diminuer son dommage*, *in* La fixation de l'indemnité, colloque de l'Université de Fribourg, Berne 2004, p. 120) – de faire supporter à l'assuré la part du dommage dont il est personnellement responsable (ATF 134 V 189 consid. 2.1). Sous le titre « Refus

d'un traitement ou d'une mesure de réadaptation exigibles », cette disposition a en effet la teneur suivante:

« Si l'assuré se soustrait à un traitement ou à une mesure de réadaptation auxquels on peut raisonnablement exiger qu'il se soumette, il n'a droit qu'aux prestations qui auraient probablement dû être allouées si ladite mesure avait produit le résultat escompté. »

Il est à relever que l'art. 61 OLAA n'a pas de portée propre mais qu'il doit être mis en relation avec l'art. 21 al. 4 LPGA: son application présuppose une sommation en bonne et due forme, assortie d'un délai de réflexion convenable (ATF 134 V 189 consid. 2.2 et les références).

À l'égard de l'assuré, l'assureur répond comme de la sienne propre d'une erreur ou d'une omission du médecin traitant. Dès lors, lorsque le médecin omet d'informer l'assureur d'un éventuel refus de l'assuré de se soumettre à une opération plus ou moins urgente et raisonnablement exigible, avec le risque d'aggravation que ce refus peut comporter, cette omission n'est pas opposable à l'assuré dans sa relation avec l'assureur: si l'omission a pour conséquence d'empêcher l'assureur de mettre en œuvre en temps opportun la procédure prévue par l'art. 21 al. 4 LPGA, c'est ce dernier qui en assume la responsabilité et non l'assuré (ATF 134 V 189 consid. 3.3).

Avant de prononcer une sanction, l'assureur social doit adresser à la personne assurée « une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable » (art. 21 al. 4 LPGA). Cela implique, outre le délai de réflexion convenable, que l'assureur invite l'assuré à se conformer à son obligation de réduire le dommage (dans la mesure raisonnablement exigible), qu'il lui indique de manière précise ce qui est attendu de sa part et qu'il l'avertisse des conséquences qu'entraînerait un refus d'adopter le comportement requis (cf. ATF 122 V 218 consid. 4b; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3^{ème} éd. 2015, p. 327 n. 136 ad art. 21 LPGA).

En l'espèce, la question de savoir s'il était raisonnablement exigible, de la part de l'assuré, qu'il se soumette plus tôt, à ses frais, respectivement à ceux de sa caisse maladie, à l'opération finalement pratiquée le 15 août 2011 peut rester indécis pour deux raisons au moins. Premièrement, l'expert considère uniquement que le fait d'avoir repoussé cette intervention « a pu jouer un rôle défavorable et délétère dans l'évolution et l'état actuel de l'assuré » (cf. rapport du Dr P_____, p. 34). Or, le fait que cette influence ait été simplement possible n'équivaut pas à affirmer qu'il serait établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, qu'elle aurait joué un rôle prépondérant, cette seconde hypothèse étant déterminante (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_525/2009 du 18 mai 2010 consid. 3.1). Deuxièmement, le courrier de l'assureur du 3 mars 2011, mettant l'assuré en demeure de se faire soigner sans délai et l'avertissant qu'un retard pris dans le traitement pourrait nuire à son efficacité ne satisfait pas aux réquisits formels de l'art. 21 al. 4 LPGA. Il est vrai que ce courrier mentionne également que l'assuré « supportera

malheureusement les éventuelles conséquences de son obligation de limiter le dommage ». Toutefois, le rappel de ce principe général est lacunaire dans la mesure où il n'est pas complété par la menace d'éventuelles sanctions (réduction ou suppression des prestations d'assurance concernées) que l'assureur aurait prises en cas d'inobservation du comportement requis. De plus, le délai de réflexion devant obligatoirement précéder le prononcé d'une telle sanction fait également défaut. Par conséquent, même en admettant que le report au 15 août 2011 de l'opération initialement prévue le 25 mars 2010 ait joué un rôle défavorable et délétère dans l'évolution et l'état actuel de l'assuré, l'assureur ne saurait valablement réduire ou refuser ses prestations de ce chef.

e. L'assureur fait en outre valoir que lors de l'examen neurologique du 28 août 2018, le Dr Q_____ a constaté une démarche sans boiterie alors que de son côté, le Dr P_____ mentionne une boiterie du membre inférieur droit de type Duchenne qui s'améliore après quelques pas sans toutefois disparaître. Il en découlerait une « incohérence dans les constatations de l'expert ». Ce point de vue n'apparaît guère pertinent. L'assureur oublie en effet que le Dr Q_____, qui n'est pas un spécialiste en traumatologie de l'appareil locomoteur mais un neurologue, n'a pas été mandaté par l'expert P_____ pour une seconde opinion sur les observations cliniques effectuées mais pour déterminer s'il était possible d'exclure une origine neurogène des douleurs et de l'insuffisance fonctionnelle glutéale droite (cf. rapport du Dr P_____, p. 20 et rapport du Dr Q_____, p. 2), question à laquelle le Dr Q_____ a répondu par l'affirmative.

f. L'assureur relève enfin que l'expert est d'avis que l'insuffisance du moyen fessier droit sur atrophie musculaire et dégénérescence graisseuse diminue de 25 % la capacité de travail actuelle de l'assuré. Il fait cependant grief au Dr P_____, en tant qu'il était invité à se prononcer sur l'évolution du taux d'incapacité depuis janvier 2010, de dresser une simple liste des périodes d'incapacité de travail par ailleurs prescrites par le Dr B_____. Dans la mesure où le Tribunal fédéral estimait dans son arrêt de renvoi 8C_148/2016, 8C_281/2016 du 23 janvier 2017 « que dans son certificat récapitulatif établi en 2014, le Dr B_____ se [contentait] d'attester de périodes d'incapacité de travail, de sorte que cette attestation n'était d'aucun secours pour juger du maintien éventuel d'un lien de causalité entre l'accident et les troubles persistant jusqu'au 31 décembre 2012 » (cf. consid. 6.5 de l'arrêt précité), on ne saurait, selon l'assureur, se fonder sur de simples certificats d'incapacité de travail délivrés par le médecin traitant. Selon l'assureur, il incombait à l'expert de se déterminer sur la durée et le taux d'incapacité de travail attestés et, cas échéant, de motiver sa position.

L'avis de l'assureur mérite d'être nuancé. En effet, ce n'est pas parce que les périodes d'incapacités de travail, mentionnées dans le récapitulatif du 18 novembre 2014, ont été attestées par le médecin traitant de l'assuré, le Dr B_____, qu'elles étaient dépourvues de valeur probante mais bien parce qu'à l'époque où le Tribunal fédéral a examiné le droit aux prestations d'assurance pour la période s'étendant

jusqu'au 31 décembre 2012, le maintien du lien de causalité jusqu'à cette date n'était pas établi à satisfaction de droit, d'où la nécessité d'une instruction complémentaire sur ce point précis – désormais tranché par l'affirmative (cf. ci-dessus : consid. 9a à c). En second lieu, on rappellera que c'est en cas de rapports médicaux contradictoires qu'il importe que le rapport sur lequel le juge se fonde ait fait l'objet d'une étude fouillée sur le(s) point(s) litigieux (cf. ci-dessus : consid. 6a). En l'espèce toutefois, des avis médicaux contradictoires n'ont pas été exprimés sur l'incapacité de travail de l'assuré, celle-ci n'ayant jamais été contestée comme telle au moyen d'un avis médical dissident. On peut tout au plus relever une contradiction – aisément surmontable – dans les certificats d'arrêts de travail délivrés par le Dr B_____ lui-même : comme ce médecin l'explique dans son courriel du 5 mars 2017 au conseil de l'assuré, les certificats initiaux étaient tous « libellés en incapacité de travail accident », ce qui ressort notamment de la feuille-accident LAA couvrant les consultations données par le Dr B_____ entre le 20 janvier 2010 et le 14 avril 2010 et attestant d'une incapacité de 50 % à partir du 25 janvier 2010, passée à 75 % à partir du 23 février 2010 (cf. pièce 16 assuré). C'était seulement par la suite, en raison du refus réitéré de l'assureur de prendre en charge le cas que le Dr B_____ s'était vu « contraint de [...] libeller [les certificats] en maladie [...] faute de quoi [l'assuré] n'aurait obtenu ni la prise en charge de ses frais médicaux ni ses indemnités journalières », ce qui ne changeait rien au fait que « les incapacités de travail survenues après la chute [avaient] pour origine unique et exclusive l'accident avec rupture tendineuse qui nous occupe » (courriel du 5 mars 2017 du Dr B_____ ; pièce 81 assuré). On notera également que dans son rapport intermédiaire du 6 septembre 2010 à l'OAI, le Dr B_____ motive l'incapacité de travail de 50 % apparue le 25 janvier 2010 et s'étant aggravée à 75 % dès le 23 février 2010 par le fait que l'assuré continuait de souffrir d'une instabilité partielle du bassin, sur rupture-désinsertion partielle du moyen fessier et éventuellement complète du petit fessier, ajoutant qu'une intervention chirurgicale était certes prévue mais que d'ici là, la capacité de travail demeurait extrêmement restreinte (cf. pièce 80, p. 2 assuré). Dans le même sens, l'expert P_____ mentionne que « début janvier 2010 [l'assuré] consulte à nouveau le Dr B_____ en raison de la persistance et de l'aggravation des douleurs avec la reprise des activités, associées à une boiterie et une faiblesse de la hanche droite » (cf. rapport d'expertise, p. 19). S'agissant de l'incapacité de travail complète que l'assuré a connue à la suite de la seconde intervention chirurgicale (période du 15 août 2011 au 31 décembre 2011), le Dr B_____ motive son appréciation « en tenant compte du type de travail (moniteur d'auto-école indépendant), des limitations fonctionnelles et des contraintes [...] liées au handicap temporaire de l'opéré » (pièce 77 assuré). Cette même motivation est également avancée pour l'incapacité de travail de 50 % (période du 1^{er} janvier 2012 au 15 août 2012) et l'incapacité de travail de 25 % (période du 16 août 2012 au 31 décembre 2012 ; pièce 77 assuré). Pour cette dernière période, le Dr B_____ explique en outre dans un courriel du 9 mars 2016 au conseil de l'assuré que si ce dernier n'a jamais

recupéré une capacité de travail totale, c'est probablement en raison du délai excessif entre l'accident et la réparation tendineuse. Le Dr B_____ motive en outre ce maintien durable de l'incapacité de travail de l'assuré à hauteur de 25 % pour les années 2013 et suivantes en indiquant avoir constaté une gêne de l'assuré à rester sur une chaise – même adéquate –, une boiterie lors de la marche, une légère bascule du bassin sur la gauche (signe de Trendelenburg), signifiant une fonction insuffisante des structures musculo-tendineuses reliant le bassin au grand trochanter fémoral, lieu d'attache de ces structures. Le Dr B_____ ajoute que l'assuré doit constamment entrer et sortir du côté droit de son véhicule d'auto-école en sollicitant fortement, lors de ces mouvements, sa hanche droite et qu'il ne peut rester assis plus de trente à quarante-cinq minutes dans son véhicule, la position dans la voiture imposant de fléchir la hanche au-delà de 90°, ce qui met les tendons réparés douloureusement sous tension. Enfin, le Dr B_____ précise que son appréciation de l'incapacité de travail de 25 % ne tient pas compte des cours de moto-école auxquels il a dû totalement renoncer en raison des séquelles laissées par l'accident du 9 juillet 2009 (cf. pièce 82 assuré).

Au vu de ce qui précède, l'évolution de la capacité de travail retenue par le Dr B_____ pour l'ensemble des périodes évoquée apparaît cohérente et bien motivée par les seules conséquences de l'accident du 9 juillet 2009. Comme cette évolution en tant que telle n'est contestée par aucun avis médical dissident, le fait que le Dr P_____, en connaissance de l'ensemble du dossier, la fasse sienne et s'y réfère (cf. rapport d'expertise, points 4, 14.7 et 14.12.1) constitue un motif supplémentaire pour que la chambre de céans s'y tienne en vue de fixer la quotité des indemnités journalières dues entre le 25 janvier 2010 et le 15 août 2013, date de la stabilisation du cas.

g. Dans un ultime moyen, l'assureur soutient qu'on ne saurait suivre la position de l'expert au point 4.6 de son rapport, en tant qu'il retient une incapacité de travail de 25 % dans l'activité habituelle de l'assuré. Dans la mesure où l'assureur se borne à vouloir substituer sa propre appréciation, qui plus est non motivée, à celle de l'expert, la chambre de céans ne voit pas de raison de s'écarter de cette dernière.

h. En conclusion, les arguments avancés par l'assureur ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise du 10 novembre 2018 du Dr P_____, corroborées par les expertises des Drs G_____ et H_____ sur la question du lien de causalité entre les lésions tendineuses des petit et moyen fessiers à la hanche droite et la chute du 9 juillet 2009. Pour les raisons évoquées ci-dessus (cf. consid. 9b), il convient d'écarter les conclusions non convaincantes et, partant, dénuées de valeur probante des rapports d'expertise des Drs F_____ et I_____. Par conséquent, la chambre de céans s'en tiendra aux conclusions de l'expert P_____, aux termes desquelles le lien de causalité entre l'accident du 9 juillet 2009 et les troubles annoncés dès le 25 janvier 2010 s'est maintenu non seulement jusqu'au 31 décembre 2012 mais également jusqu'à ce jour.

10. a. Aux termes de l'art. 10 al. 1 let. a et b LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, notamment : au traitement ambulatoire dispensé par le médecin ou, sur prescription de ce dernier, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin.

Le traitement médical au sens de l'art. 10 LAA appartient, selon la jurisprudence fédérale, aux prestations temporaires (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et 133 V 57 consid. 6.6 et 6.7). Le traitement médical au sens de cette disposition tend notamment à permettre à l'assuré de retourner le plus vite possible à son travail (voir MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 274).

Selon l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travail (art. 6 LPG) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2).

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPG), à 80 % gain assuré.

Pour les personnes exerçant une activité indépendante assurées à titre facultatif (cf. art. 4 LAA), le montant du gain assuré est convenu entre l'assureur et l'assuré à la conclusion du contrat (cf. art. 138 OLAA).

Selon l'art. 19 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (al. 1). Le droit à la rente s'éteint lorsque celle-ci est remplacée en totalité par une indemnité en capital, lorsqu'elle est rachetée ou lorsque l'assuré décède (al. 2).

De jurisprudence constante, il découle de l'art. 19 al. 1 LAA que lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, il convient de mettre un terme à la prise en charge du traitement médical et des indemnités journalières et le droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité doivent être alors examinés (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_142/2017 du 7 septembre 2017 consid. 4).

- b. Étant donné qu'en l'espèce, le lien de causalité entre l'accident du 9 juillet 2009 et les troubles annoncés dès le 25 janvier 2010 s'est maintenu non seulement jusqu'au 31 décembre 2012 mais aussi jusqu'à ce jour, il incombera à l'assureur de prendre à sa charge l'incapacité de travail ayant découlé de cet événement à raison de 50 % du 25 janvier 2010 au 22 février 2010, de 75 % du 23 février 2010 au 14 août 2011, de 100 % du 15 août 2011 au 31 décembre 2011, de 50 % du

1^{er} janvier 2012 au 15 août 2012 et de 25 % du 16 août 2012 au 15 août 2013, date de la stabilisation de l'état de santé de l'assuré.

En tenant compte d'un gain assuré de CHF 106'800.- (cf. pièce 78 assuré) et d'indemnités journalières s'élevant à 80 % de celui-ci, le montant de chaque indemnité s'élève à CHF 234.10 par jour (soit CHF 106'800.- / 365 x 80 %) en cas d'incapacité de travail complète, respectivement CHF 175.60 pour une incapacité de travail de 75 %, CHF 117.05 pour une incapacité de travail de 50 % et CHF 58.55 pour une incapacité de travail de 25 %.

Le montant des indemnités journalières dues à l'assuré s'établit donc comme suit :

Période	Nombre de jours	Taux d'incapacité	Montant de l'indemnité journalière	Total
25/01/10 au 22/02/10	29	50 %	CHF 117.05	CHF 3'394.45
23/02/10 au 14/08/11	532	75 %	CHF 175.60	CHF 93'419.20
15/08/11 au 31/12/11	138	100 %	CHF 234.10	CHF 32'305.80
01/01/12 au 15/08/12	228	50 %	CHF 117.05	CHF 26'687.40
16/08/12 au 15/08/13	365	25 %	CHF 58.55	CHF 21'370.75
				CHF 177'177.60

Dans son écriture du 4 décembre 2018, les conclusions de l'assuré en matière d'indemnités journalières correspondent à une prétention de CHF 109'929.40. Cela s'explique par une erreur dans le décompte du nombre de jours compris entre le 23 février 2010 et le 14 août 2011 (173 au lieu de 532 jours) ainsi qu'entre le 15 août 2011 et le 31 décembre 2011 (120 au lieu de 138 jours). Le juge n'étant pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. d LPGA), il convient de fixer le montant des indemnités journalières dues à l'assuré à CHF 177'177.60.

L'assureur devra également rembourser à l'assuré, sous déduction des prestations déjà prises en charge par l'assurance-maladie de celui-ci (cf. art. 71 LPGA), les frais médicaux liés à l'accident et encourus du 1^{er} janvier 2010 au 15 août 2013, en particulier la part de ces frais (quote-part et franchise) assumée personnellement par l'assuré.

11. a. L'assuré conclut, pour le surplus, à ce que les indemnités journalières dues portent intérêt à 5 % l'an à partir du 30 novembre 2013, son droit ayant pris naissance à la date moyenne du 30 novembre 2011.

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 collaborer, qui est réglée aux art. 28 LPGA et 42 al. 2 et 3 LPGA, est remplie lorsque la personne assurée s'en acquitte entièrement et que d'éventuels retards de la procédure ne sont pas de son fait (FF 1999 IV 4168, 4226). Toute violation de l'obligation de collaborer n'est cependant pas pertinente sous l'angle de l'art. 26 al. 2 LPGA. Seules entrent en considération les violations de cette obligation qui ont pour effet de retarder la procédure (Ueli KIESER, op. cit. p. 414, n. 55 ad art. 26 LPGA et les références), ce qui n'est pas le cas lorsqu'un assuré se borne à former opposition ou à recourir contre une décision de l'assureur social ; il fait alors simplement usage d'un droit de procédure (cf. Sylvie PÉTREMAND, *in* Commentaire Romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, n. 41 ad art. 26 LPGA).

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, op. cit. n. 49 ad art. 26 LPGA).

b. En l'occurrence, le droit aux indemnités journalières est né le 25 janvier 2010 et l'assuré a fait valoir pour la première fois son droit aux prestations le 19 octobre 2010. Force est également de constater qu'aucune violation de l'obligation de collaborer (au sens précisé plus haut) ne saurait lui être reprochée. 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'assureur doit à l'assuré un intérêt moratoire de 5 % l'an dès le 1^{er} janvier 2012 soit le premier jour du mois durant lequel le délai de vingt-quatre mois à compter de la naissance du droit avait expiré et ce, pour l'ensemble des indemnités journalières courues entre le 25 janvier 2010 et le 31 décembre 2011 (ATF 133 V 9 précité ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_257/2009 du 24 avril 2009 ; Sylvie PÉTREMAND, op. cit. p. 406, n. 35 ad art. 26 LPGA). 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).

Par conséquent, le droit de l'assuré à un intérêt moratoire sur les indemnités journalières qui lui sont dues se présente comme suit :

Période	Nombre de jours	Taux d'incapacité	Montant de l'indemnité journalière	Total
25/01/10 au 31/12/11	29	50 %	CHF 117.05	CHF 129'119.45 avec intérêts à 5 % l'an à compter du 1 ^{er} janvier 2012
	532	75 %	CHF 175.60	
	138	100 %	CHF 234.10	
01/01/12 au 15/08/12	228	50 %	CHF 117.05	CHF 26'687.40 avec intérêts à 5 % l'an à compter du 16 mai 2012 (terme moyen)
16/08/12 au 15/08/13	365	25 %	CHF 58.55	CHF 21'370.75 avec intérêts à 5 % l'an à compter du 1 ^{er} mars 2013 (terme moyen)
				CHF 177'177.60

12. Selon l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 OLAA).

D'après l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 29). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité,

mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 p. 230 et les références). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (Jean-Maurice FRÉSARD, Margit MOSER-SZELESS, *L'assurance-accidents obligatoire in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR)*, 3^{ème} éd. 2016 n. 311). En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1; 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 n° U 514 p. 415, U 134/03, consid. 5.2; RAMA 2000 n° U 362 p. 41).

Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel – anatomique ou fonctionnel –, mental ou psychique (cf. Alfred MAURER, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, 1985, p. 414). La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (SVR 2009 UV n° 27 p. 97, 8C_459/2008, consid. 2.3; voir également Thomas FREI, *Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung*, 1998, p. 41). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *op. cit.* n. 317).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b; ATF 124 V 209 consid. 4a/bb; ATF 113 V 218 consid. 2a) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2).

La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc; 116 V 156 consid. 3a p. 157; RAMA 1998 no U 296 p. 235, U 245/96, consid. 2a).

Selon la table 2 de la SUVA (révision 2000), traitant de l'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs, la perte fonctionnelle totale d'un membre inférieur conduit à une atteinte à l'intégrité de 50 %.

Dans un premier temps, l'expert P_____ a considéré que dans le cas de l'assuré, la perte fonctionnelle était limitée à la marche en terrain inégal et à la position assise ou à la station debout prolongée. La perte fonctionnelle du membre inférieur droit étant de l'ordre de 5 % à 10 %, cela conduisait à une atteinte à l'intégrité de 5 % à 10 % de 50 %, soit de 2.5 % à 5 %. Par complément d'expertise du 26 avril 2019, le Dr P_____ a fixé ce taux à 4 %.

Dès lors que la gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales, une fourchette comprise entre 2.5 % et 5 % est problématique dans la mesure où cela revient à conférer au juge le soin d'évaluer lui-même ce taux à 5 %, et donc de décider du principe même de l'octroi d'une IPAI sur la base de critères médicaux qu'il n'a pas vocation à appliquer (dans le même sens : arrêt du Tribunal 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 6.3). Pour les mêmes raisons, on ne saurait suivre l'avis personnel de l'assuré en tant qu'il estime que la gêne ressentie mériterait que l'IPAI soit arrondie à 5 %, au motif qu'elle serait comparable aux gênes fonctionnelles des articulations ou à une arthrose moyenne. Par opposition, le complément d'expertise du 26 avril 2019 motive l'IPAI de 4 % sur la base de constatations médicales, soit en quantifiant la part assumée par un muscle moyen fessier valide dans la fonction musculaire du membre inférieur droit (8 %) et en évaluant à 50 % la diminution de la fonctionnalité de ce muscle, d'où une atteinte à l'intégrité s'élevant à 4 %. Dès lors que ce raisonnement apparaît limpide et bien motivé, et que le recourant ne fait pas valoir d'élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré par l'expert, la chambre de céans s'en tiendra à la seconde appréciation de ce dernier, qui revient à dénier tout droit à une IPAI au recourant.

13. a. L'assuré conclut enfin à l'octroi d'une rente d'invalidité, à compter du 16 mars 2013, s'élevant à CHF 1'780.- par mois (CHF 106'800.- x 80 % x 25 % / 12 mois).

Selon la jurisprudence, la fin du droit aux prestations temporaires et la clôture du cas avec examen du droit à la rente et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité sont des questions à ce point liées qu'il faut partir du principe qu'elles relèvent du même objet du litige. Lorsque le droit à la rente est litigieux, la décision de clore le cas ne peut pas entrer en force séparément puisque la naissance d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents dépend notamment de la stabilisation de l'état de santé de l'assuré (cf. ATF 144 V 354 consid 4.2).

Lorsque – comme c'est le cas en l'espèce – l'assuré est assuré à titre facultatif (cf. art. 4 et 5 LAA), le gain assuré convenu par les parties (cf. art. 138 OLAA) ne peut pas servir de base pour la détermination du revenu hypothétique sans invalidité. Est déterminant le revenu que l'assuré aurait été en mesure de réaliser

compte tenu de ses aptitudes professionnelles et des circonstances personnelles. Lorsque le revenu hypothétique sans invalidité d'un indépendant est soumis à de fortes variations survenant à assez brève échéance, il convient de se référer au revenu moyen réalisé par celui-ci sur une période relativement longue et non sur le revenu réalisé immédiatement avant l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 78/01 du 18 septembre 2002 consid. 3.3; Marco CHEVALIER *in*: Marc HÜRZELER, Ueli KIESER (éd.), *Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG*, p. 84 n. 28 ad art. 5 LAA). Pour déterminer le revenu sans invalidité provenant d'une activité indépendante, il convient en principe de se fonder sur le résultat d'exploitation, composé du produit de l'activité indépendante moins les charges (arrêt du Tribunal fédéral 9C_502/2014 du 5 septembre 2014).

b. La chambre de céans constate qu'en l'espèce, le dossier ne comporte aucune information sur le résultat d'exploitation de l'auto-école de l'assuré. Il est vrai que dans sa décision d'octroi d'une rente d'invalidité du 7 novembre 2008 (pièce 83 assuré), l'OAI, jugeant le résultat d'exploitation de l'entreprise peu représentatif du revenu sans invalidité, n'avait pas tenu compte de ce résultat et préféré évaluer le taux d'invalidité de l'assuré selon la méthode extraordinaire, soit en déterminant les revenus avec et sans invalidité au moyen des salaires statistiques de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) et en procédant au surplus à une enquête sur l'activité indépendante. Quoi qu'il en soit, la chambre de céans ne saurait reprendre à son compte les résultats de cette enquête en y substituant, pour chaque champ d'activité (direction, entretien, cours de conduite, cours théoriques), le taux d'incapacité de travail de 25 % retenu par l'expert P_____ car il en résulterait une appréciation médico-théorique de l'incapacité de travail et de gain de l'assuré (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 323/04 du 30 août 2005 consid. 4.1 et 4.2).

Compte tenu de ce qui précède, la cause n'est pas en état d'être jugée s'agissant du droit de l'assuré à une rente d'invalidité ; une instruction complémentaire sur le résultat d'exploitation de l'auto-école s'avère nécessaire, ainsi qu'un raisonnement sur les motifs commandant éventuellement de s'en écarter, par exemple au profit de la méthode extraordinaire. Pour le surplus, contrairement à l'état de fait visé par l'ATF 144 V 354 précité, le droit à la rente n'a pas fait l'objet, en l'espèce, d'une décision à ce jour. Il ressort en effet de la décision attaquée que l'objet de la contestation est circonscrit à la fin des prestations temporaires (indemnités journalières et traitement médical). Ce dernier point étant désormais tranché, en ce sens que le cas est stabilisé au 15 août 2013 et qu'il incombe à l'assureur de prendre en charge les indemnités journalières et le traitement médical jusqu'à cette date dans la mesure fixée par les considérants qui précèdent, la cause sera renvoyée à l'assureur en vue de l'examen du droit de l'assuré à une rente d'invalidité à compter du 16 août 2013, tenant compte du taux d'incapacité de travail de 25 % dans l'activité habituelle de moniteur d'auto-école, celle-ci étant considérée, par l'expert,

comme parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. Dans ce cadre précis, l'assureur devra rendre une décision sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité.

14. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision sur opposition du 28 août 2014 annulée et la cause renvoyée pour instruction au sens des considérants, et nouvelle décision.

Dans son arrêt du ATAS/20/2016 du 18 janvier 2016, la chambre de céans avait alloué une indemnité de CHF 3'000.- à titre de dépens. En annulant cet arrêt et en renvoyant la cause pour instruction à la chambre de céans, le Tribunal fédéral a également annulé celui-ci sur les dépens (cf. Bernard CORBOZ, in Commentaire de la LTF, 2^{ème} éd. 2014, p. 590, n. 48 ad art. 68 de la loi sur le Tribunal fédéral (LTF ; RS 173.110))

L'assuré obtenant gain de cause et étant représenté, une indemnité de CHF 5'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, soit CHF 3'000.- pour l'activité déployée avant l'arrêt ATAS/20/2016 du 18 janvier 2016, compte tenu du nombre d'écritures ainsi que de la complexité de l'affaire et de la pertinence des écritures produites, puis CHF 2'000.- pour l'activité déployée après le renvoi de la cause par le Tribunal fédéral (art. 89H al. 3 LPA et art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – RS E 5 10.03]) (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

15. Les frais de l'expertise judiciaire de CHF 14'700.- selon la facture du 10 novembre 2018 du Dr P_____, sont mis à la charge de l'assureur. Dans ses arrêts antérieurs (notamment ATF 127 V 196), le Tribunal fédéral a rappelé la règle de la gratuité de la procédure devant le tribunal cantonal des assurances et son exception – témérité ou légèreté d'une partie au procès – prévues par le droit fédéral (art. 61 let. a LPGA). Puis, à l'ATF 137 V 210, en jugeant que l'expertise judiciaire est la règle au lieu du renvoi à l'administration pour instruction complémentaire, il a précisé que les coûts de l'expertise judiciaire peuvent être mis à la charge de l'assureur social lorsque les mesures d'instruction sont indispensables pour l'appréciation du droit ou sont comprises dans les prestations octroyées après coup au sens de l'art. 45 al. 1 LPGA. (consid. 4.4.2).

En l'espèce, il s'est avéré indispensable de pouvoir se fonder sur le rapport d'expertise du Dr P_____ pour statuer sur la prise en charge, par l'assureur, des prestations temporaires dues après le 31 décembre 2009, ainsi que sur l'absence de droit à une IPAI. Par conséquent, les coûts de l'expertise ordonnée doivent être mis à la charge de l'assureur (cf. art. 45 al. 1 LPGA).

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

Statuant au fond :

1. Admet partiellement le recours au sens des considérants.
2. Annule la décision sur opposition du 28 août 2014.
3. Condamne Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances SA à payer à l'assuré :
 - CHF 129'119.45 avec intérêts à 5 % l'an à compter du 1^{er} janvier 2012 ;
 - CHF 26'687.40 avec intérêts à 5 % l'an à compter du 16 mai 2012 ;
 - CHF 21'370.75 avec intérêts à 5 % l'an à compter du 1^{er} mars 2013.
4. Condamne Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances SA à rembourser à l'assuré, sous déduction des prestations déjà prises en charge par l'assurance-maladie de celui-ci, les frais médicaux liés à l'accident et encourus du 1^{er} janvier 2010 au 15 août 2013, en particulier la part de ces frais (quote-part et franchise) assumée personnellement par l'assuré.
5. Renvoie la cause à Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances SA pour instruction au sens des considérants, et nouvelle décision.
6. Met les frais de l'expertise judiciaire de CHF 14'700.- selon la facture du 10 novembre 2018 du Dr P_____, à la charge de Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances SA.
7. Condamne Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances SA à verser à l'assuré une indemnité de procédure de CHF 5'000.-, à titre de dépens.
8. Dit que la procédure est gratuite.
9. 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