

GE_GERICHTE A/2944/2014 vom 18. Januar 2016

GE Cour de justice, 2016-01-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2944_2014

FR: GE_GERICHTE A/2944/2014 du 18 janvier 2016

IT: GE_GERICHTE A/2944/2014 del 18 gennaio 2016

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

À teneur de l'art. 1^{er} al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si les atteintes à la hanche droite du recourant doivent être prises en charge par l'intimée au-delà de la fin de l'année 2009.

E. 5

a/aa. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_194/2015 du 11 août 2015 consid. 3). a/bb. Le point de savoir si un acte médical est comme tel un facteur extérieur extraordinaire doit être tranché sur la base de critères médicaux objectifs. Le caractère

extraordinaire d'une telle mesure est une exigence dont la réalisation ne saurait être admise que de manière sévère. Il faut que, compte tenu des circonstances du cas concret, l'acte médical s'écarte considérablement de la pratique courante en médecine et qu'il implique de ce fait objectivement de gros risques (ATF 121 V 35 consid. 1b). Le traitement d'une maladie en soi ne donne pas droit au versement de prestations de l'assureur-accidents, mais une erreur de traitement peut, à titre exceptionnel, être constitutive d'un accident, dès lors qu'il s'agit de confusions ou de maladresses grossières et extraordinaires, voire d'un préjudice intentionnel, avec lesquels personne ne comptait ni ne devait compter. La notion d'erreur médicale ne saurait en effet être étendue à toute faute du médecin, au risque de faire jouer à l'assurance-accidents le rôle d'une assurance de la responsabilité civile des fournisseurs de prestations médicales (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 225/99 du 22 septembre 2000 consid. 9a). Et la question de l'existence d'un accident sera tranchée indépendamment du point de savoir si l'infraction aux règles de l'art dont répond le médecin entraîne une responsabilité (civile ou de droit public). Il en va de même à l'égard d'un jugement pénal éventuel sanctionnant le comportement du médecin (ATF 121 V 35 consid. 1b). Enfin, on précisera que l'indication d'une intervention chirurgicale n'est pas un critère juridiquement pertinent pour juger si un acte médical répond à la définition légale de l'accident (ATF 118 V 283 consid. 3b). Pour un résumé de la casuistique en cas d'erreur médicale, cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.3. a/cc. L'art. 6 al. 2 LAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire: fractures (let. a), des déboîtements d'articulation (let. b), des déchirures du ménisque (let. c), des déchirures de muscles (let. d), des élongations de muscles (let. e), des déchirures de tendons (let. f), des lésions de ligaments (let. g) et des lésions du tympan (let. h). Au surplus, la jurisprudence considère que les dispositions d'exception, comme l'art. 9 al. 2 OLAA qui contient une liste exhaustive, ne doivent être interprétées ni restrictivement ni extensivement, mais conformément à leur sens et à leur but, dans les limites de la règle générale. Aussi, n'est-il pas admissible d'étendre la liste des lésions corporelles assimilées à un accident en raisonnant par analogie (ATF 114 V 298 consid. 3e; arrêt du Tribunal fédéral 8C_118/2011 du 9 novembre 2011 consid. 4.3.3). La notion de lésion assimilée à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, a pour but d'atténuer en faveur de l'assuré les rigueurs résultant de la distinction opérée par le droit fédéral entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 43 consid. 2b). La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2009 du 24 février 2010 consid. 2). Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1; ATF 129 V 466 ; ATF 123 V 43 consid. 2b et les arrêts cités). En l'absence de cause extérieure -

soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA - les troubles constatés ne sont pas à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 4.2). À propos de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA, on précisera en outre qu'une déchirure tendineuse partielle suffit pour ouvrir droit aux prestations, pour autant qu'elle soit clairement établie (ATF 114 V 298 consid. 5c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_696/2009 du 12 novembre 2009 consid. 5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 221/02 du 23 septembre 2003 consid. 3.1). b. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005). b/aa. Si la situation se modifie après la clôture du cas, une révision au sens de l'art. 17 LPGA n'est pas possible, dès lors que cette disposition ne peut porter que sur des rentes en cours. La modification de la situation, en lien de causalité avec l'accident, peut être invoquée en faisant valoir une rechute ou des séquelles tardives de l'événement accidentel ayant force de chose jugée. Cette manière de procéder correspond à la demande nouvelle en matière d'assurance-invalidité (RAMA 1994 n° U 189 p. 139). b/bb. Lorsque l'assureur et l'assuré sont en désaccord au sujet de la prolongation du droit à la prise en charge de prestations qui peuvent être qualifiées d'importantes, la clôture du cas doit être signifiée au moyen d'une décision formelle (ATF 132 V 412 consid. 4). Si cette communication prend la forme d'un simple courrier, celui-ci acquiert en principe force obligatoire lorsque l'assuré ne soulève pas d'objections dans un délai d'une année (ATF 134 V 145). En revanche, lorsqu'à un moment donné, des prestations ne sont plus à l'ordre du jour, il peut aussi y avoir rechute, même lorsque l'assureur n'a pas averti l'assuré qu'il clôturait le cas et qu'il mettait fin aux prestations. Ce qui est décisif dans ce dernier cas de figure, c'est de savoir si à l'époque, on pouvait partir du principe qu'à l'avenir, la nécessité de soins et/ou d'un arrêt de travail ne se manifesterait plus. Cet examen doit avoir lieu ex ante en prenant en considération les circonstances du cas d'espèce. À cet égard, la nature de la lésion et l'évolution que celle-ci a connue jouent un rôle décisif : en présence d'un accident relativement bénin, suivi d'un processus de guérison favorable et ayant nécessité des prestations d'assurance pendant une période relativement brève, on admettra plus aisément une clôture tacite du cas qu'en présence d'un processus de guérison compliqué. En revanche, le droit aux prestations doit être examiné à la lumière de l'accident initial, et non d'une rechute, lorsqu'au cours de la période sans prestations d'assurance, l'assuré a continué à souffrir des troubles apparus

avec l'accident initial et/ou s'il existe des symptômes de pont [Brückensymptome] qui permettent de considérer les événements comme formant un tout durant la période en question (arrêt 8C_102/2008 précité consid. 4.1 et arrêt du Tribunal fédéral 8C_433/2007 du 26 août 2008 consid. 2.3 et les références).

E. 6

a. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

b. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

c. Par opposition, les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. Admettre, dans ce cadre, le retour à

un statu quo ante ou l'évolution vers un statu quo sine en se fondant sur la vraisemblance prépondérante reviendrait à éluder cette disposition de l'OLAA. On se trouverait du reste à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence de lésions assimilées à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de ces lésions (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/2006 du 10 avril 2007 consid. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2). Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêts du Tribunal fédéral 8C_347/2013 consid. 3.2 et 8C_357/2007 consid. 3.2).

E. 7

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

E. 8

a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi

en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). b/aa. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). b/bb. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). b/cc. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). b/dd. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

E. 9

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

la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante correspond à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

E. 10

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

E. 11

L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).

E. 12

a. En l'espèce, il ressort des constatations médicales faites lors de l'échographie du pli inguinal du 26 janvier 2010 que le tendon du moyen fessier se distingue par une rupture de son extrémité distale par décollement. Quant à l'IRM du 2 août 2010, elle fait état d'une désinsertion partielle antérieure du moyen fessier du côté droit et d'une désinsertion

complète du petit fessier du côté droit. Il ressort enfin du rapport opératoire du 15 août 2011 que le moyen et le petit fessier étaient effectivement désinsérés. En outre, il n'est pas contesté que la chute du 9 juillet 2009 a déclenché les symptômes ressentis par le recourant et que les examens pratiqués pour rechercher l'origine de ces symptômes ont mis en évidence ces désinsertions des tendons du moyen et du petit fessier. La désinsertion se définissant comme un arrachement de son point d'attache, d'un muscle, d'un tendon ou d'une membrane (cf. GARNIER/DELAMARE, Dictionnaire illustré des termes de médecine, 28^{ème} éd. 2004), les désinsertions en cause constituent des déchirures tendineuses au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA, soit des lésions assimilées à un accident. Par ailleurs, il n'est ni contestable ni contesté que l'événement du 9 juillet 2009 remplit tous les éléments constitutifs d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA. En effet, le fait de glisser et de chuter dans un escalier après avoir manqué une marche constituent des facteurs extraordinaires extérieurs résultant d'un mouvement non coordonné (RAMA 2004 n°U 502 p. 184 consid. 4.1, RAMA 1999 n°U 345 p. 422 consid. 2b). L'intimé était dès lors tenu de prendre en charge les suites de cet événement, ce qu'il a d'ailleurs fait jusqu'au retour à une capacité de travail pleine et entière le 23 novembre 2009, puisque l'origine exclusivement dégénérative des lésions n'était pas manifeste. b. Il convient à présent de déterminer si ce retour à une capacité de travail pleine et entière – synonyme de fin du versement des indemnités journalières – doit être considéré comme une clôture du cas et la reprise du traitement le 20 janvier 2010 comme une rechute. Force est de constater qu'il n'y a pas eu, dans ce bref intervalle, de décision de clôture du cas ou de communication similaire et qu'il n'est ni contestable ni contesté que le recourant ait continué à souffrir des mêmes symptômes que ceux apparus immédiatement après la chute du 9 juillet 2009, ce que confirme le traitement médical repris le 20 janvier 2010, peu de temps après une recrudescence des douleurs à la hanche. Dans ces circonstances, il convient de considérer ces événements comme formant un tout durant l'intervalle évoqué, de sorte que le droit aux prestations doit être examiné à la lumière de l'événement initial du 9 juillet 2009 et non d'une rechute. c. Se fondant sur l'avis de l'expert K_____, l'intimée a refusé de prendre en charge les prestations d'assurance à partir du 20 janvier 2010, motif pris que le statu quo sine avait été atteint fin 2009. Selon cet expert, la pathologie des fessiers était vraisemblablement antérieure à la chute et n'avait donc pas été provoquée mais tout au plus révélée par cette dernière. En réponse à l'argumentation nouvelle du recourant, développée dans sa réplique du 5 février 2015, selon laquelle le cas devait être envisagé sous l'angle de lésions corporelles assimilées à un accident, l'intimée a confié au Dr L_____ le soin de déterminer si l'on était en présence d'une déchirure des tendons au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, plus précisément si une désinsertion-réinsertion équivalait à une déchirure du tendon au sens de cette disposition et pouvait être considérée comme une séquelle tardive de la chute du 9 juillet 2009. Selon ce médecin-conseil, la désinsertion des tendons ne serait pas due à la chute du 9 juillet 2009, elle serait uniquement la conséquence du mode opératoire choisi par le Dr B_____ le 6 janvier 2009, soit la pose de la PTH « par voie postérieure ». Dans la mesure où cette appréciation médicale est la seule à ne pas mettre en balance une atteinte dégénérative d'une part et traumatique d'autre part et qu'elle est également la seule à établir une relation de causalité, qui plus est au degré de la haute vraisemblance, entre la désinsertion de la partie antérieure du moyen fessier et le mode opératoire choisi par le Dr B_____, il convient d'en apprécier d'emblée la valeur probante. Force est de relever en premier lieu que le Dr L_____ fonde son raisonnement sur des prémisses qu'on ne retrouve nulle part dans l'anamnèse. Aucun de ses confrères ne fait état

d'une pose de la PTH par voie postérieure. Au contraire, les Drs K_____ et J_____ mentionnent tous deux un abord chirurgical par la « voie antérolatérale » – ou désignent cette dernière par son synonyme : « voie transglutéale » (cf. à ce sujet la page internet suivante, consultée en cours de rédaction du présent arrêt : <http://www.chirurgie-toulouse.fr/index.php/hanche/les-protheses/protheses-hanche/techniques-operatoires/voie-antero-laterale>). Non content de fonder entièrement ses conclusions sur une hypothèse factuelle non étayée, le Dr L_____ peine également à convaincre de l'existence d'une désinsertion tendineuse imputable au mode opératoire mis en œuvre le 6 janvier 2009, ce d'autant qu'il ne motive pas sérieusement son appréciation et qu'il s'abstient de prendre position sur les autres rapports versés au dossier. En effet, le Dr F_____ a expressément démenti le 7 décembre 2010 avoir suggéré qu'une erreur médicale ait pu être commise par le Dr B_____, précisant que la désinsertion du tendon petit fessier était couramment pratiquée lors de la voie d'abord pour prothèse totale de la hanche. À cet égard, le Dr I_____ a même précisé que l'intervention avait été effectuée *lege artis* (pièce 51 recourant, p. 3 avant-dernier paragraphe). Quant au Dr K_____, s'il a certes indiqué que la voie d'abord antérolatérale comportait un risque d'atteinte neurologique pouvant aboutir à une dégénérescence graisseuse après environ six mois, il n'a cependant pas été jusqu'à prétendre qu'une atteinte neurologique s'était produite lors de l'intervention du 6 janvier 2009. Au contraire, il a souligné que le recourant présentait une atrophie graisseuse des deux grands fessiers, « prouvant qu'un processus chronique est présent des deux côtés » (cf. pièce 71 recourant, p. 24, avant-dernier paragraphe). Pour sa part, le Dr J_____ a estimé qu'il n'était pas impossible que « l'abord chirurgical transglutéal ait provoqué cette clinique [sic] avec un signe de Trendelenburg positif, une boiterie de Duchenne. Cependant, [le recourant] ne présentait, avant la chute, aucun signe pouvant suspecter une désinsertion du moyen et du petit fessiers » (cf. pièce 62 recourant, p. 8, dernier paragraphe). On relèvera enfin que selon les observations des Drs I_____ et J_____, l'état de cicatrisation de la fixation postopératoire devait être d'assez bonne qualité pour permettre un résultat jugé excellent et que le recourant avait repris toutes ses activités, non seulement professionnelles mais également des loisirs tels que le jardinage, la natation, le vélo et la moto (cf. pièces 51, p. 3 et 62, p. 8 recourant). Au regard de ces éléments, qui ne permettent pas de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, la réalisation d'un risque opératoire – et encore moins la commission d'une erreur médicale grossière et extraordinaire (cf. ci-dessus : consid. 5a/bb) –, un lien de causalité entre l'abord chirurgical choisi et les désinsertions tendineuses constatées plus d'un an après l'intervention litigieuse n'est pas donné non plus. Partant, il convient d'écarter l'appréciation du Dr L_____ qui s'avère dépourvue de toute valeur probante. Par conséquent, c'est à la lumière des autres rapports médicaux qu'il y a lieu de déterminer si la chute du 9 juillet 2009 déployait encore ses effets au-delà de la fin de l'année 2009. À cet égard, il ressort des conclusions des Dr F_____ et K_____ et des précisions apportées par ce dernier le 7 mars 2014 que si la causalité naturelle entre les atteintes constatées et l'événement du 9 juillet 2009 était possible, les désinsertions tendineuses avaient plus vraisemblablement une origine dégénérative, l'expert K_____ allant jusqu'à dire que la chute les avait tout au plus révélées mais ne les avait pas provoquées, tout en concédant « un doute existant » (pièce 71 recourant, p. 26). Les arguments développés par ces deux experts ne sont toutefois pas suffisants pour conduire à la négation du droit aux prestations en faveur du recourant, car la question déterminante n'est pas de savoir si les lésions subies revêtent, au degré de la vraisemblance prépondérante, une origine dégénérative – par opposition à une origine accidentelle – mais

si cette origine est exclusivement dégénérative (arrêts du Tribunal fédéral 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 5 ; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.2.1). En effet, au regard de la jurisprudence mentionnée ci-dessus au consid. 6c, il ne suffit pas, dans le cas d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, qu'une atteinte dégénérative ait vraisemblablement exercé une influence déterminante sur la survenance des lésions constatées. L'origine malade ou dégénérative des lésions doit être manifeste pour exclure toute cause accidentelle. Or, on ne peut déduire ni des conclusions du Dr F_____ ni de celles du Dr K_____ que les lésions constatées seraient imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, à l'exclusion de toute cause accidentelle, que ce soit pour la période ayant immédiatement suivi la chute du 9 juillet 2009 ou celle postérieure au 31 décembre 2009. Ainsi, la question de savoir si le recourant présentait ou non des lésions dégénératives préexistantes à l'événement accidentel du 9 juillet 2009 peut rester ouverte. Par ailleurs, le Dr K_____ ne fait état d'aucun élément qui pourrait fonder un retour au statu quo quatre, respectivement cinq mois après l'accident, si ce n'est qu'une contusion simple sur un état pathologique préexistant se guérit « logiquement » dans un délai dépassant rarement trois à quatre mois. Il indique certes que le recourant présente une atrophie graisseuse des deux grands fessiers, à droite comme à gauche. Lors de l'examen clinique du recourant, il mentionne toutefois une grande différence entre les deux hanches, le signe de Trendelenburg étant positif à droite avec présence d'une nette atrophie de la fesse droite par rapport au côté gauche et une fatigabilité plus importante et plus rapide à droite qu'à gauche en cas d'appui unipodal et ce, plus de deux ans après la seconde intervention du Dr B_____ (cf. pièce 71 recourant, p. 17). Cette circonstance ne tend donc pas à démontrer une situation de statu quo sine en ce qui concerne les lésions à la hanche droite, en tout cas pas de manière suffisante pour qu'une telle situation puisse être tenue pour clairement établie dès le 1^{er} janvier 2010. Au vu de ce qui précède, il appartient à l'intimée de prendre en charge les suites de l'événement du 9 juillet 2009 et d'allouer ses prestations au-delà du 31 décembre 2009.

E. 13

La recourante conclut, pour le surplus, au paiement d'intérêts moratoires de 5% l'an depuis la date d'exigibilité de chaque prestation. L'art. 26 al. 2 LPGA prévoit que des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de vingt-quatre mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré a fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. Le taux de l'intérêt moratoire est de 5% par an (art. 7 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 11 septembre 2002 – OPGA ; RS 830.11). L'intérêt moratoire est calculé par mois sur les prestations dont le droit est échu jusqu'à la fin du mois précédent. Il est dû dès le premier jour du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire a pris naissance et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (art. 7 al. 2 OPGA). L'obligation de payer des intérêts moratoires commence vingt-quatre mois après la naissance du droit en tant que tel pour l'ensemble des prestations courues jusque-là, et non pas seulement deux ans après l'exigibilité de chaque prestation (ATF 133 V 9, consid. 3.6). Le délai de vingt-quatre mois à compter de la naissance du droit équivaut à une prescription minimale. Ainsi, lorsque des prestations sont versées plus de douze mois après que l'assuré a fait valoir son droit, des intérêts moratoires ne sont pas dus si en même temps, un délai d'au moins vingt-quatre mois ne s'est pas écoulé depuis la naissance du droit (Ueli

KIESER, ATSG-Kommentar, 3^{ème} éd. 2015, n. 49 ad art. 26 LPGa). L'obligation de verser des intérêts moratoires est liée à l'existence d'une prestation principale et a, par conséquent, un caractère accessoire. Puisque les autres conditions énumérées à l'art. 26 al. 2 LPGa doivent être remplies, le droit à des intérêts moratoires doit être qualifié de relation juridique spécifique. Sous réserve d'une extension de l'objet de la contestation, elle ne peut être examinée dans la procédure de recours de première instance que si l'administration a statué sur cette question (objet de la contestation) et que sa décision a été attaquée sur ce point (objet du litige ; ATF 125 V 413 ; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 73/05 du 13 septembre 2006, consid. 7.1). En l'espèce, bien que l'intimée n'ait pas statué sur ce point, il y a lieu d'étendre l'objet de la contestation à cette question, puisque, d'une part, l'obligation de verser des intérêts moratoires est en relation étroite avec le droit aux prestations, de sorte qu'on peut parler d'un même ensemble de faits, et d'autre part, l'intimée a eu la possibilité de s'exprimer à ce sujet dans ses écritures (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 493/05 du 22 décembre 2005, consid. 5), dès lors qu'il s'agissait de l'une des conclusions du recourant. En l'occurrence, le droit aux indemnités journalières est né le 25 janvier 2010 et le recourant a fait valoir pour la première fois son droit aux prestations le 19 octobre 2010. Dans la mesure où le délai relatif de douze mois était déjà échu avant celui de vingt-quatre mois à compter de la naissance du droit, l'intimée doit au recourant un intérêt moratoire de 5% l'an dès le 25 janvier 2012 sur l'ensemble des indemnités journalières dues entre le 25 janvier 2010 et le 24 janvier 2012 (cf. ATF 133 V 9 précité). Quant aux indemnités journalières subséquentes, elles portent également intérêt à 5% l'an, mais celui-ci doit être calculé « par mois sur les prestations dont le droit est échu jusqu'à la fin du mois précédent » (art. 7 al. 2 OPGA). Les mêmes principes s'appliquent mutatis mutandis aux frais médicaux (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_707/2011 du 20 février 2012 consid. 5), sous réserve que la caisse-maladie du recourant n'ait pas pris provisoirement en charge le cas et que de ce fait, les prestations soient versées rétroactivement à cette dernière (art. 26 al. 4 let. a LPGa). Les éléments versés au dossier ne permettent toutefois pas de connaître à quelle date les différentes prestations de soins liées à l'événement du 9 juillet 2009 ont été facturées au recourant et/ou si elles ont été prises en charge par cette caisse-maladie. Aussi incombe-t-il à l'intimée de faire la lumière à ce sujet dans le cadre du calcul du droit aux prestations revenant au recourant, au besoin avec le concours de celui-ci (art. 28 al. 2 et 43 al. 3 LPGa).

E. 14

Au vu de ce qui précède, le recours est admis au sens des considérants et la décision du 28 août 2014 annulée. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGa). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.