



POUVOIR JUDICIAIRE

A/853/2017

ATAS/51/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 janvier 2020

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE

recourant

contre

ALLIANZ SUISSE, SOCIÉTÉ D'ASSURANCES SA, sise
Richtiplatz 1, WALLISELLEN, représentée par ALLIANZ
SUISSE

intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Larissa ROBINSON-MOSER et Teresa SOARES, juges assesseurs ;

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1966, a été victime d'une fracture du tibia droit ainsi qu'une déchirure du ligament croisé antérieur du genou droit après avoir été renversé par une moto le 2 juillet 1996 et chuté alors qu'il circulait à vélo. Il avait subi une fracture du tibia, une plaie ouverte de la rotule, au membre inférieur droit et une rupture du ligament croisé antérieur, nécessitant plusieurs opérations (cf. rapport du 18 décembre 1997 du docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Les conséquences de cet événement avaient été prises en charge par Elvia Assurances, laquelle a été reprise par l'Allianz Suisse Société d'Assurances SA (ci-après : Allianz ou l'intimée) (cf. case management assessment, pièce n. 3-0001, p. 1).

2. L'assuré travaillait depuis 2002 auprès de C_____ SA en qualité de manager lorsque le 23 janvier 2014, il s'est tordu la cheville et le genou droit au bord du trottoir à Rive. Il n'a pas interrompu son travail à la suite de cet événement. (cf. déclaration d'accident du 6 février 2014).

L'assuré étant assuré contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de l'Allianz, cette dernière a pris en charge les suites de cet accident, en s'acquittant des frais médicaux.

3. Le case management assessment (p. 2) précité mentionne que, sous l'angle psychologique, le moral de l'assuré n'était pas bon. Il semblait revivre un sentiment d'être inutile, ce qu'il avait déjà vécu en 1996.
4. La radiographie de la cheville droite face et profil du 30 janvier 2014 n'a pas décelé de lésion osseuse traumatique aiguë. Il existait un os naviculaire accessoire, mesurant 10 mm de diamètre, à corrélérer avec une imagerie à résonance magnétique (IRM) de la cheville droite afin d'exclure un syndrome d'os naviculaire accessoire symptomatique. Aucun épanchement intra-articulaire ou calcification au niveau des tissus mous n'étaient présents.
5. Le 5 février 2014 ont été réalisées la radiographie du genou droit (face et profil), l'IRM du genou droit ainsi que l'IRM de la cheville droite. S'agissant du genou droit, étaient mis en évidence de multiples artéfacts métalliques ; un status après plastie du ligament croisé antérieur, probablement continu sans signe d'infiltration, ou de rétraction des fibres ligamentaires ; une discrète gonarthrose fémoro-tibiale interne et une lésion oblique au niveau de la corne antérieure du ménisque externe sans image d'une anse de seau ou de fragment méniscal libre. Quant à la cheville droite, était relevé un os naviculaire accessoire non fusionné sans signe de conflit local et la présence d'un minime kyste arthro-synovial de 6 mm de diamètre en regard de la synchondrose fibro-cartilagineuse entre l'os naviculaire et son accessoire.

6. Dans son rapport du 12 mars 2014, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, lequel avait prodigué les premiers soins le 3 février 2014, a posé le diagnostic d'entorse bénigne, après avoir constaté des douleurs de la cheville droite et du genou droit. Les lésions étaient uniquement dues à l'accident. Le traitement consistait en la prise d'anti-inflammatoires (AINS). Le traitement médical était terminé le 12 mars 2014. Aucun arrêt de travail n'était attesté.
7. Dans son rapport du 15 janvier 2015, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué qu'il s'agissait d'une chute sur le bord d'un trottoir, avec torsion de la cheville et du genou droits et a diagnostiqué une contusion du genou droit et de la cheville droite, traitée par antidouleurs et anti-inflammatoires. Les lésions étaient dues uniquement à l'accident. Le médecin n'a pas prescrit d'arrêt de travail et le traitement médical était terminé. La dernière consultation remontait au 11 mars 2014. Une intervention chirurgicale avait été effectuée au genou droit quelques années auparavant.
8. Le 6 mai 2015, le Dr E_____ a attesté une capacité de travail nulle dès cette date pour une durée indéterminée, laquelle a été prolongée à répétitions.
9. À partir de cette date, Allianz a octroyé à l'assuré des indemnités journalières.
10. L'IRM du genou droit effectuée le 13 mai 2015 a mis en évidence un status post-plastie du ligament croisé antérieur avec une plastie qui apparaissait continue mais présentant des anomalies de signal diffuses, un aspect détendu et une situation assez postérieure posant la question de son efficacité stabilisatrice. Étaient constatés un patella baja située, un discret épanchement intra-articulaire, un aspect globalement préservé du cartilage fémoro-tibial, ainsi qu'une chondropathie légère à modérée fémoro-patellaire, sans anomalie significative des ménisques ou des ligaments collatéraux. La radiographie de la cheville droite de face et profil, réalisée le même jour, a décelé un éperon calcanéen inférieur, un os trigone, une minime ébauche d'ostéophytose des pilons tibiaux antérieurs et postérieurs, une ostéophytose débutante de la partie supérieure du scaphoïde, sans anomalie de la structure osseuse ni de calcification des tissus mous. Les rapports articulaires étaient conservés.
11. Dans son rapport du 9 juin 2015, le Dr E_____ a diagnostiqué une douleur du genou droit et de la cheville droite post-traumatique et indiqué qu'il y avait une discrète amélioration depuis le contrôle du 27 mai 2015. Le pronostic était défavorable (arthrose post-traumatique). Il fallait s'attendre à une gonarthrose droite et à une arthrose de la cheville droite. L'assuré poursuivait des séances de physiothérapie ainsi que le traitement médicamenteux.
12. Le 23 décembre 2015, le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a posé le diagnostic de gonarthrose tricompartmentale du genou droit et effectué une viscosupplémentation par des infiltrations intra-articulaires.
13. Dans son rapport du 16 janvier 2016, le Dr B_____ a posé les diagnostics suivants : os scaphoïde accessoire avec douleur post-traumatique droite ;

tendinopathie fissuraire du tendon d'Achille droit. Le traitement, qui n'était pas terminé, consistait en des séances de physiothérapie et la prise d'AINS.

14. Le 27 janvier 2016, Allianz a informé l'assuré de la mise sur pied d'une expertise qui aurait lieu le 19 février 2016 auprès du docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, né le 15 décembre 1928. Une copie du questionnaire soumis à l'expert était annexée et l'assuré disposait d'un délai au 12 février 2016 pour formuler d'éventuelles observations.
15. La radiographie du 2 février 2016 du genou droit a montré un status après plastie du ligament croisé antérieur, un os fabella, une irrégularité du tibia proximal au niveau antérieur sur la radiographie de profil. La structure et la morphologie osseuses ainsi que les rapports articulaires étaient conservés. L'examen du pied droit de face et de profil en charge, effectué le même jour, a décelé une épine calcanéenne et un os trigone. La structure et la morphologie osseuses ainsi que les rapports articulaires étaient conservés.
16. L'IRM de la cheville droite du 8 février 2016 a mis en évidence une tendinopathie fissuraire du tendon d'Achille. Il n'y avait pas d'argument en faveur d'un syndrome de l'os tibial externe, ni d'anomalie de signal décelable aux dépens de l'os scaphoïde.
17. Une radiographie des genoux du 19 février 2016 a conclu à l'absence d'anomalie morphologique particulière de l'interligne fémoropatellaire mais en revanche il existait une composante ostéopénique relative sur le versant patellaire comme sur le versant fémoral. La patella était en place à droite comme à gauche, de morphologie normale ; on retrouvait uniquement une trame osseuse discrètement hétérogène et probablement ostéopénique y compris sur le versant tibial. Il n'existait pas d'anomalie visible au niveau des parties molles. A noter également l'absence de calcification méniscale, ligamentaire ou cartilagineuse décelable sur ces deux incidences de profil.
18. Mandatée par l'Allianz, l'entreprise AA_____ a effectué la surveillance de l'assuré pendant un laps de temps variant entre six heures et demie et neuf heures et demie durant la semaine et environ trois heures le week-end du 28 mars au 3 avril 2016 (sept jours). Dans le rapport d'observation du 4 avril 2016, auquel étaient annexées des photographies, la société a noté que l'assuré marchait à chaque fois sans béquilles, mais qu'une légère gêne de la jambe droite était constatée le lundi 28 mars 2016. Il montait et descendait les escaliers, sans se tenir à la rambarde. Il conduisait une voiture. Le lendemain, il avait couru sur une distance de 10 m environ, sans gêne apparente. Le jeudi 31 mars 2016, il discutait avec une dame dans un restaurant et complétait une déclaration d'impôts, contre rémunération. À un moment, à l'extérieur, il s'était baissé en pliant les deux jambes pour ramasser des documents tombés par terre. Il s'était également rendu dans le club sportif Silhouette. Le vendredi 1^{er} avril 2016, l'agent a constaté que, par moments, l'assuré boitait légèrement. Le dimanche 3 avril 2016, par contre, il marchait sans boiter.

Sur cette base, l'entreprise a conclu que l'assuré parcourait au quotidien des distances à pied allant jusqu'à 2 km. Il ne roulait que quelques kilomètres par jour, soit au total 12 km pour quarante-trois minutes de conduite. Il restait régulièrement à son domicile ou sortait pour s'occuper de ses enfants ou pour rencontrer des personnes dans des bars, restaurants ou sur la voie publique. Au moins deux personnes lui avaient remis de l'argent liquide, en échange de documents.

19. Lors d'un entretien avec l'Allianz le 12 avril 2016, l'assuré a affirmé qu'il avait continué à travailler suite à l'accident, mais qu'il était en arrêt depuis le 6 mai 2015, les douleurs étant devenues insupportables. Il se plaignait de souffrir en permanence dans la jambe droite. Il ne se sentait pas bien, il avait l'impression de ne servir à rien. Il avait perdu ses amis et ne pouvait pas s'occuper de ses enfants comme auparavant. Selon son médecin, il était dépressif. Il n'était pas en mesure de marcher plus de vingt minutes ou de plier la jambe. Il pouvait en réalité se baisser, mais c'était très douloureux. Il restait à la maison, le plus souvent couché. Il marchait rarement. Il sortait pour les soins médicaux. Même sans bouger, la jambe tendue, il souffrait. Il poursuivait les séances de physiothérapie et prenait des antidouleurs et anti-inflammatoires. Il utilisait rarement les béquilles. Son médecin lui avait conseillé de ne pas les utiliser afin de ne pas perdre les muscles de la jambe. Il avait été licencié avec effet au 31 décembre 2015. Actuellement, il ne travaillait pas en raison des douleurs mais souhaitait reprendre une activité à titre indépendant un jour. Il ne pouvait plus faire de sport (tennis, foot, basket), mais nageait à la piscine du club Silhouette. Il conduisait sur de courtes périodes, dix à vingt minutes au maximum.

Le collaborateur de l'Allianz lui a ensuite présenté le rapport d'observation et indiqué que celle-ci avait mis en évidence des éléments en contradiction avec les déclarations qu'il venait de faire (courir, exercer une activité rémunérée). L'assuré a spécifié qu'il avait donné, uniquement durant la semaine de surveillance, des conseils et rempli la déclaration d'impôt de certains amis et connaissances qu'il rencontrait dans la rue ou dans des établissements publics. Selon Allianz, cette manière de procéder ressemblait plus à une relation avec un client.

20. Dans son rapport du 20 avril 2016, le Dr G_____ a résumé les pièces figurant au dossier, en lien avec le premier accident survenu le 2 juillet 1996 et celui du 23 janvier 2014. À la suite de son premier accident, l'assuré avait subi plusieurs opérations du tibia droit (y compris une ostéosynthèse) et éprouvait des douleurs persistantes au niveau rotulien. Une IRM du genou droit, réalisée en septembre 1999, montrait une rotule anormalement basse. Une IRM de novembre 2005 relevait un début d'arthrose fémoro-rotulienne.

L'assuré a déclaré que, suite à son premier accident, il avait repris son travail en 2004, qu'il avait toujours mal au genou et qu'il marchait sans cannes. Après son deuxième accident, il se plaignait de douleurs au genou droit, même au repos. Il n'était pas en mesure de marcher, courir, monter les escaliers ou se mettre à genoux. Il portait des cannes anglaises. Il ne pouvait pas rester assis très longtemps,

il devait changer de position régulièrement et dormait mal. S'agissant de la cheville droite, les douleurs étaient présentes lorsqu'il chargeait sa cheville, mais étaient supportables. Il indiquait qu'il avait perdu beaucoup de musculature, et se plaignait également de lombalgies ainsi que de nualgies, lesquelles étaient dues selon lui à la marche sur les deux cannes. Sous l'angle psychologique, son moral n'était pas bon.

À l'examen clinique, le Dr G _____ a observé que la marche pieds nus, sur les talons et sur la pointe des pieds était très difficile, presque impossible sans canne. En décubitus dorsal, il n'existait pas de déviation d'axe des membres inférieurs, ni d'inégalité de longueur des membres inférieurs. L'assuré présentait une longue cicatrice, non douloureuse, d'environ 12 cm, longitudinale antérieure au niveau du genou droit. La mobilisation passive du genou était facile, sans aucun craquement intra-articulaire. Le genou ne présentait pas d'épanchement. La rotule droite était modérément mobile, le signe du rabot était négatif, non douloureux. Le signe de Smillie était douloureux, ainsi que la palpation des deux ailerons rotuliens. Il n'existait pas d'insuffisance ligamentaire latérale interne ou externe, le tiroir antérieur et le Lachmann étaient négatifs. Était par contre constatée une légère protubérance de la tubérosité tibiale antérieure, suite à l'opération effectuée. L'assuré manifestait une douleur diffuse à la palpation des interlignes interne et externe fémoro-tibiaux. Au niveau de la cheville droite, la mobilité était pratiquement symétrique avec la gauche. L'assuré ressentait des douleurs diffuses autour de la cheville, sans point précis. Le tendon d'Achille, non douloureux à la palpation, était d'épaisseur symétrique à droite par rapport à gauche. L'assuré présentait des douleurs rétro-malléolaires interne et externe. Les réflexes ostéo-tendineux rotuliens et achilléens, ainsi que l'artère tibiale antérieure et la pédieuse étaient absents à droite mais présents à gauche.

L'expert s'est ensuite prononcé sur les documents médicaux. En ce qui concernait le genou droit, l'IRM du 13 mai 2015 mettait en évidence un status après plastie du ligament croisé antérieur, lequel présentait une anomalie diffuse en continuité. Le cartilage fémoro-tibial et les ménisques étaient sans particularité. Il existait une légère chondropathie fémoro-rotulienne ainsi qu'un très discret épanchement intra-articulaire. La radiographie du 2 février 2016 montrait un status après avancement de la tubérosité tibiale. Les interlignes fémoro-tibiaux étaient réguliers à droite et à gauche sans pincement articulaire. Était constatée une légère ostéopénie de la tête tibiale, sans arthrose visible. Les radiographies de contrôle et de comparaison entre les deux genoux du 19 février 2016, réalisées à la demande de l'expert, - qui ne figurent pas dans le dossier - montraient un remaniement osseux de la partie antérieure de la tête tibiale, post-opératoire. La hauteur des deux rotules était identique. Il n'y avait pas de rotule basse, ni d'arthrose évidente. Les interlignes fémoro-rotuliens étaient symétriques à droite et à gauche.

S'agissant de la cheville droite, la radiographie du 2 février 2016 montrait un os trigone sans apparence traumatique à l'arrière de l'astragale. La structure osseuse

était sans particularité et aucune image d'arthrose tibio-tarsienne ou sous-astragalienne n'était mise en évidence.

L'expert a posé les diagnostics suivants : s'agissant du genou droit, un status après un accident survenu en 1996 ayant provoqué une fracture de la tête tibiale du côté droit ; une déchirure du ligament croisé antérieur, ayant ensuite entraîné un abaissement de la rotule ; un status après ostéosynthèse de la fracture tibiale puis ablation du matériel d'ostéosynthèse ; un status après correction chirurgicale de la rotule trop basse et un status après probable lésion du ménisque interne ; ainsi qu'un status après contusion du genou droit en 2014. En ce qui concernait la cheville droite, il a diagnostiqué un status après entorse considérée comme « bénigne », avec actuellement récupération fonctionnelle complète.

Dans le chapitre « discussion », l'expert a relevé que l'atteinte au genou droit, survenue en 1996, et ayant nécessité plusieurs interventions, avait été assez grave. La dernière opération effectuée par le Dr E_____ en avril 2007 était bien réussie. Cela dit, suite au deuxième accident, l'expert était perplexe pour les motifs suivants : il n'existait pas d'atrophie musculaire ni à la cuisse ni au mollet à droite par rapport à gauche. Si l'assuré marchait avec deux cannes depuis longtemps, une atrophie musculaire du membre inférieur droit aurait dû se manifester, ce qui n'était pas le cas ; les callosités plantaires au niveau des talons étaient identiques des deux côtés ; il n'existait pas d'épanchement dans le genou droit, ni d'enflure de la cheville droite ; le tendon d'Achille n'était pas douloureux à la palpation ; les douleurs étaient diffuses autour de la cheville ; il n'y avait pas de signe clinique d'instabilité de la cheville ni de tiroir antérieur du talon ; les radiographies comparatives des deux genoux de profil ne montraient pas de différence évidente de hauteur de la rotule droit par rapport à gauche ; les manifestations de gonarthrose sur les radiographies étaient au début ; la mobilité des deux genoux ne montrait qu'une diminution de flexion à droite d'environ 10° et la mobilité des deux chevilles était symétrique ; les réflexes ostéo-tendineux étaient absents à droite alors qu'ils étaient présents à gauche ; il y avait une diminution de la sensibilité superficielle de tout le membre supérieur droit sans forme radiculaire et les artères pédieuse et tibiale postérieures, impalpables à droite, étaient palpables à gauche. Dans ces conditions, l'expert avait pris contact avec le Dr B_____ le 23 février 2016. Celui-ci avait affirmé qu'il avait examiné l'assuré, qui s'était présenté sans cannes, à deux reprises en février 2016, la dernière fois le 12 février. Le médecin traitant avait estimé qu'il y avait vraisemblablement une exagération de la part du patient. Les deux médecins s'accordaient pour proposer à l'assurance un séjour de deux à trois semaines à la Clinique romande de réadaptation (CRR) en vue d'une évaluation sous l'angle orthopédique, rhumatismal, neurologique et psychique, et pour détermination d'une éventuelle stimulation de la part de l'assuré.

Cela dit, selon l'expert, les documents ainsi que l'examen clinique révélaient une entorse de peu d'importance. La cheville droite avait retrouvé une fonction complète. Dans son rapport du 16 janvier 2016, le Dr B_____ retenait des

diagnostics que l'expert n'avait pas mis en évidence lors de son examen clinique. Ceux-ci étaient sans rapport avec les suites de l'accident. Quant au genou droit, l'expert n'a pas retenu le diagnostic de gonarthrose, ni celui de rotule basse. Il n'a pas constaté de pincement articulaire sur les radiographies standards en charge ni de signe d'arthrose particulier au niveau rotulien.

Sur cette base, l'expert a répondu aux questions posées comme suit : l'anamnèse était confuse et difficile à objectiver du fait de l'intrication des conséquences des deux accidents. Les plaintes subjectives ne trouvaient pas avec certitude de concordance avec les constatations objectives. Le spécialiste a conclu que la causalité entre l'entorse à la cheville droite et l'accident du 23 janvier 2014 était plus que vraisemblable et la récupération fonctionnelle pratiquement totale. Il a fixé le statu quo sine à six mois post-accident. Quant au genou droit, ledit accident était survenu sur un genou ayant déjà été victime d'un premier accident en 1996, si bien qu'il s'agissait d'une péjoration d'un état antérieur avec retour au statu quo sine, au jour de l'examen, soit le 19 février 2016, dans la mesure où l'assuré avait bien récupéré lors de l'examen clinique. Le pronostic lointain était par contre mitigé en raison d'une arthrose de genou qui pourrait se développer dans un avenir plus ou moins éloigné. Enfin, il n'existait pas d'atteinte à l'intégrité au niveau de la cheville droite et l'atteinte à l'intégrité pour le genou avait déjà été accordée suite au premier accident.

21. Par courrier du 29 avril 2016, Allianz a fait part de la décision qu'elle entendait prendre. Se basant notamment sur le rapport d'expertise et le rapport d'observation, elle a annoncé la fin de la prise en charge des frais médicaux et des indemnités journalières à six mois post-accident s'agissant de la cheville droite, soit au 22 juillet 2014, et au 19 février 2016 pour le genou. Elle a également exigé le remboursement des indemnités journalières versées à tort du 20 février au 31 mars 2016. Une copie du rapport d'expertise était jointe à cette communication.
22. Par courrier du 20 mai 2016, l'assuré a relevé qu'il souffrait quotidiennement de son genou droit et de sa cheville et qu'il avait perdu beaucoup de musculature. Sur les conseils de son médecin traitant, il avait essayé de marcher parfois sans cannes pour remuscler sa jambe droite. Il ne pouvait marcher que pendant trente à quarante minutes, après quoi les douleurs devenaient trop fortes. Il a contesté l'intégralité du rapport d'expertise. Un séjour à la CRR paraissait nécessaire avant le prononcé d'une décision.

En annexe figuraient les documents suivants :

- l'attestation du 4 mai 2016 du Dr B_____, aux termes de laquelle les périmètres musculaires constatées étaient les suivantes : cuisse droite (41/45,5 et 51 cm) ; cuisse gauche (42/47 et 52 cm) ; mollet droit : 38 cm ; mollet gauche : 39,5 cm ;
- le rapport du 9 mai 2016 de la doctoresse H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, aux termes duquel le recourant avait déclaré qu'il

avait toujours travaillé durant vingt-quatre ans sans aucun arrêt de travail jusqu'à l'accident professionnel en 1996 nécessitant cinq interventions au niveau du genou droit entre 1996 et 2008. Il se plaignait de fortes douleurs au niveau de la cheville droite liées à une entorse survenue le 23 janvier 2014. Depuis ces deux accidents, il éprouvait de fortes douleurs pulsatives persistantes à la jambe droite l'empêchant de réaliser ses activités de la vie quotidienne. Il était frustré de ne plus pouvoir danser ou d'effectuer du sport. Son avenir professionnel était une préoccupation excessive. Ces deux accidents avaient perturbé sa santé, sa vie professionnelle, sociale, familiale et financière et il en souffrait beaucoup. Son sommeil était perturbé, il se sentait très fatigué, épuisé et en échec dans la vie en général. Il craignait de ne plus retrouver sa force, sa santé physique et psychique stable. Il se plaignait d'oppression à la poitrine, de sensation d'étouffement avec souffle coupé et des céphalées de tension persistantes. Il évoquait des scénarios de suicide qui le déstabilisaient. Il était bouleversé, déçu et découragé par le refus de son assurance-accidents de prendre en charge son traitement. Il se sentait incompris dans sa souffrance psychique. La spécialiste a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.3) et une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0). L'assuré poursuivait un traitement psychotrope (Zoloft) et sa souffrance psychologique était liée aux deux accidents ;

- le certificat d'arrêt de travail total, établi le 26 avril 2016 par la Dresse H_____, pour une durée indéterminée dès cette date, ainsi que celui signé par le Dr B_____ le 4 mai 2016, attestant une capacité de travail nulle dès le 11 mai 2016 pour un mois.
23. Par décision du 27 mai 2016, Allianz a repris la teneur de son courrier du 29 avril 2016 et ajouté que l'événement du 23 janvier 2014 devait être considéré comme un accident léger, si bien que la causalité adéquate n'était pas remplie entre cet événement et l'épisode dépressif actuel.
 24. Le 21 juin 2016, l'assuré a, par l'entremise de son conseil, formé opposition, contestant la valeur probante de l'expertise. Le Dr G_____, retraité, et éloigné de la pratique, effectuait, comme unique activité, des expertises médicales pour le compte d'assureurs. Une telle dépendance économique ne permettait pas de se prévaloir d'une impartialité. En outre, sa désignation était intervenue en violation des principes jurisprudentiels (ATF 138 V 318). Sur le fond, l'expertise était manifestement en contradiction avec les éléments figurant au dossier, notamment en lien avec une prétendue absence d'atrophie musculaire, alors que le Dr B_____ avait mis en évidence une telle atteinte. Le rapport d'observation manquait également de toute objectivité et le détective n'avait à l'évidence pas la compétence pour se prononcer sur les limitations dont souffrait l'assuré. Enfin, cette surveillance ne dispensait pas Allianz de procéder à une observation à la CRR.
 25. Le 27 juin 2016, Allianz a transmis à l'assuré une copie du dossier médical, ainsi que celle du rapport d'observation et du résumé de l'entretien du 12 avril 2016.

26. Le 14 novembre 2016, l'assuré a maintenu son opposition, arguant que la surveillance était illégale et ne saurait servir de moyen de preuve. Il a répété qu'il contestait les conclusions du rapport d'expertise, réalisé par un médecin, âgé de plus de 80 ans, ayant obtenu son diplôme en 1954.
27. À une date non spécifiée, Allianz a reçu les pièces suivantes :
- une copie du rapport de la scintigraphie osseuse planaire du 9 juin 2016, effectuée à la demande du Dr B_____, sur suspicion d'algoneurodystrophie du membre inférieur droit, laquelle a toutefois été exclue. En revanche, était relevée une suspicion d'enthésopathie discrète de la tubérosité tibiale gauche ;
 - une échographie de la cheville droite, des radiographies du pied droit de face, de profil et en oblique du 6 septembre 2016, concluant que la cheville et le pied droit étaient sans particularité ;
 - le rapport du 29 décembre 2016 du Dr B_____, selon lequel la situation n'avait pas changé depuis le 19 février 2016. L'assuré se plaignait encore de gonalgies droite et de douleurs à la cheville droite. Le traitement antalgique actuel ne le soulageait que partiellement. Le médecin était d'accord avec les conclusions du Dr G_____, à l'exception des mensurations musculaires, qui montraient une amyotrophie à la cuisse droite. Le statu quo sine était atteint, s'agissant de la cheville droite, le 22 juillet 2014. La restitution était pratiquement complète. Quant au genou droit, le statu quo sine était fixé au 19 février 2016 pour l'aggravation d'un état antérieur suite à l'accident de 1996. Selon le médecin traitant, les plaintes de son patient au genou droit étaient actuellement en rapport avec l'accident de 1996 et non plus celui de 2014. Enfin, la capacité de travail était nulle dans l'activité de garçon d'office, exercée lors de l'accident en 1996. Par contre, une exigibilité pourrait être retenue dans une activité adaptée en fonction des limitations fonctionnelles à définir.
28. Le 4 janvier 2017, Allianz a communiqué ces pièces à l'assuré et lui a accordé un délai au 23 janvier 2017 pour formuler ses éventuelles observations.
29. Le 13 janvier 2017, la consultation initiale - laboratoire du sommeil des HUG, a attesté de plaintes du recourant de réveils nocturnes depuis 1996, entraînant de la fatigue et un manque de concentration ; une polysomnographie était agendée.
30. Sans réponse de l'assuré, par décision du 8 février 2017, Allianz a rejeté l'opposition. Elle a argué que le grief tiré de la violation du droit d'être entendu était infondé. Elle lui avait transmis le 27 janvier 2016 la copie du mandat d'expertise, y compris le questionnaire, et lui avait imparti un délai au 12 février 2016 pour formuler ses éventuels commentaires. Ainsi, l'assuré avait été informé du choix de l'expert et des questions soumises. Or, il ne s'était pas manifesté. En outre, il n'existait aucun motif de récusation valable à l'endroit de l'expert, retraité, qui effectuerait comme seule activité lucrative des expertises pour les assureurs. Quant au fond, le rapport d'expertise devait se voir reconnaître une pleine force probante. L'expert avait pris connaissance du dossier médical, procédé à un examen

clinique fouillé, pris contact avec le médecin traitant et motivé ses conclusions. Aucun médecin n'avait apporté d'objections à ses conclusions. Ainsi, il y avait lieu de confirmer la décision du 27 mai 2016.

31. Le 9 mars 2017, un résumé de polysomnographie du laboratoire du sommeil des HUG a conclu à un diagnostic de syndrome d'hypopnées obstructives du sommeil de degré moyen à sévère et une prise en charge par CPAP prévue dès le 1^{er} avril.
32. Par acte du 13 mars 2017, l'assuré a recouru contre cette décision auprès de la chambre de céans. Il a allégué que son état de santé ne s'était pas amélioré. Il éprouvait encore des douleurs au genou. Il concluait au versement des indemnités journalières. Ayant pris un rendez-vous avec le Dr E_____ le 13 mars 2017, ainsi qu'avec la Clinique de la Colline le 21 mars 2017, il a sollicité l'octroi d'un délai supplémentaire pour transmettre les rapports médicaux.

Le recourant a en outre joint le certificat du Dr E_____ du 13 mars 2017, attestant une incapacité de travail totale depuis le 6 mai 2015 pour une durée indéterminée.

33. Le 24 mars 2017, le recourant a versé au dossier le rapport du 23 mars 2017, signé par la doctoresse I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Elle a noté que l'assuré avait eu une entorse sévère de son pied droit entraînant un traumatisme d'un point fibreux au niveau de son os accessoire du naviculaire. Il avait continué à travailler jusqu'à ce que la situation devînt intolérable en mai 2015, nécessitant un arrêt de travail. Il avait ensuite été licencié. Les douleurs demeuraient au niveau de l'os surnuméraire ainsi que du tendon du jambier supérieur. L'assuré avait pris des antalgiques et suivi des séances de physiothérapie. Il avait développé une tendinite au niveau du tendon d'Achille suite à un raccourcissement de la chaîne postérieure. Le médecin a proposé un support plantaire pendant quatre à six mois afin que le tendon se mette au repos et guérisse. En cas d'échec de ce traitement, une excision de l'os accessoire et une réinsertion du jambier postérieur associée à un allongement de la chaîne postérieure selon Strayer pourrait être envisagée. Sur le plan assécurologique, il s'agissait d'une synostose d'un os naviculaire accessoire traumatisé, soit des séquelles de l'accident survenu en janvier 2014.

Sur la base de ce document, le recourant a conclu à la reprise en charge de son cas.

34. Dans son avis du 13 avril 2017, le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin-conseil, a examiné les pièces au dossier, et considéré que les éléments anamnestiques n'étaient pas compatibles avec le diagnostic d'entorse grave. Les médecins n'avaient pas constaté d'épanchement ou d'hématome péri-malléolaire et le recourant n'avait pas fait mention de tels symptômes. Lors de la première consultation, soit quatorze jours après son entorse, il n'existait d'ailleurs aucune impotence fonctionnelle ni la nécessité à se déplacer avec des béquilles. Il convenait de retenir, à l'instar du Dr D_____, une entorse bénigne de la cheville droite, ce d'autant que l'IRM du 5 février 2014 confirmait l'absence de lésion

ligamentaire sévère. S'agissant de l'os naviculaire, les examens radiologiques ne mettaient en évidence aucune anomalie de signal ni de conflit, ce qui permettait de conclure à l'absence de traumatisme récent. Il n'y avait aucun œdème de la médullaire de l'os naviculaire ou de son accessoire, ni de lésion associée au niveau de l'insertion du tendon du muscle tibial postérieur sur l'os naviculaire. Le médecin-conseil a conclu que la synchondrose était de découverte fortuite sur l'examen IRM et que cette région n'avait pas été traumatisée lors de l'événement, en l'absence de données concluantes en ce sens sur l'IRM. Compte tenu de la profession de comptable, exercée en position assise et ne nécessitant que des déplacements ponctuels, sans port de charge, une reprise de l'activité professionnelle était possible un mois après le traumatisme et les séances de rééducation étaient habituellement poursuivies pendant un à deux mois. L'accident avait déstabilisé de façon temporaire un état antérieur au niveau de la cheville et du pied droit. Trois mois au plus tard, on pouvait considérer que l'événement avait cessé ses effets délétères. Le statu quo sine était donc fixé au 25 avril 2014.

35. Le 2 mai 2017, le recourant a transmis les pièces suivantes :

- un rapport du 16 mars 2017 du Dr E_____, aux termes duquel le recourant souffrait nuit et jour de douleur touchant son genou droit de part et d'autre de la rotule et à l'intérieur du genou. Au niveau de la cheville droite, il mentionnait une douleur au niveau du scaphoïde tarsien puis irradiant postérieurement pour revenir du côté externe du pied jusqu'à la base des orteils. Il ne décrivait pas d'œdème au niveau du genou ou de la cheville droite. À l'examen clinique, le spécialiste a observé que le recourant marchait avec une boiterie du membre inférieur droit. Le genou droit était sec et stable, la rotule pouvait être mobilisée sans douleur. Comparée au côté gauche, sa hauteur semblait correcte. L'amplitude articulaire était un peu diminuée. Les signes méniscaux étaient négatifs. La cheville droite était stable et sa mobilité était normale. La palpation de la région interne au niveau du scaphoïde tarsien était sensible. Le tendon d'Achille n'avait pas augmenté de volume mais sa palpation était un peu sensible. Il n'existait pas d'autre anomalie constatée au niveau du pied et de l'avant-pied ;
- une facture du 28 avril 2017, établie par Daniel Robert Orthopédie SA, relative à l'achat du support plantaire, acquittée par le recourant ;
- un certificat du Dr E_____ du 2 mai 2017, attestant une capacité de travail nulle dès le 13 mars 2017 pour une durée indéterminée.

36. Le 8 mai 2017, le recourant a proposé l'audition des Drs I_____ et E_____. Il a ajouté que la problématique à la base de son incapacité de travail totale n'était pas directement l'atteinte au membre inférieur droit (rotule, tendon, etc.) mais les lancements douloureux, chroniques, systématiques et incessants causés par ces affections.

37. Dans sa réponse du 22 mai 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a relevé, en ce qui concernait les plaintes au niveau du genou, que tant le Dr G_____ que le Dr B_____, médecin traitant, considéraient que lesdites plaintes n'étaient plus en lien avec l'accident, mais avec un état antérieur. Le recourant n'avait à cet égard apporté aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré par l'expert. Ainsi, c'était à juste titre que le statu quo avait été fixé au 16 février 2016 (recte : 19). S'agissant des plaintes au niveau du pied droit, la Dresse I_____ faisait état d'une entorse sévère, alors que l'expert et le médecin traitant retenaient une entorse bénigne. Se référant à l'avis du médecin-conseil, l'intimée a estimé que le diagnostic d'entorse sévère devait être écarté. L'atteinte à l'os naviculaire était une découverte fortuite de la synchondrose dudit os qui aurait désormais atteint le niveau de synostose. Ainsi, c'était à bon droit que le statu quo avait été fixé au 22 juillet 2014. Enfin, la décision du 27 mai 2016 était définitive et exécutoire s'agissant de l'éventuel lien de causalité entre l'accident et les plaintes d'ordre psychique, relevées par la Dresse H_____, puisque le recourant n'avait pas soulevé cet argument dans son opposition, alors que ladite décision niait expressément un tel rapport de causalité. De surcroît, selon l'intimée, la jurisprudence n'admettait pas la causalité adéquate en cas d'accidents insignifiants. Ainsi, il n'était pas nécessaire de se déterminer quant à une éventuelle relation de causalité naturelle.

38. Le 26 juin 2017, le recourant a versé au dossier les pièces suivantes :

- un rapport du 21 juin 2016 de la Dresse H_____, dont la teneur était identique à celui du 9 mai 2016. La spécialiste a spécifié que la souffrance psychologique était liée à l'accident survenu en 2014. Les douleurs physiques restreignaient les activités quotidiennes du recourant et entraînaient des répercussions sur son état psychique.

Sur la base de ces documents, le recourant a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause pour nouvelle expertise.

- une prescription de physiothérapie, signée le 6 juin 2017 par la Dresse I_____.
- un rapport du 12 juin 2017 de la Dresse I_____, aux termes duquel le recourant avait acquis des semelles orthopédiques qu'il portait depuis environ un mois. Dans six mois, la situation serait réévaluée, et en l'absence de guérison, une prise en charge chirurgicale allait lui être proposée.

39. Dans sa réplique du 25 juillet 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions et conclu, subsidiairement, à son audition, ainsi qu'à celle des Drs I_____, B_____, G_____ et E_____. Il a contesté toute valeur probante au rapport d'expertise, celui-ci n'ayant pas retenu les douleurs qu'il ressentait. Il remettait également en cause la compétence et l'impartialité du Dr G_____. Son médecin traitant avait en effet mis en évidence une amyotrophie que l'expert n'avait même pas été capable de déceler. Il trouvait indigne qu'un expert, incapable de trouver la source d'une

douleur, s'en remet à l'affabulation du patient et persiste à maintenir le diagnostic qu'il posait lorsqu'une consœur avait trouvé l'origine de la douleur. Conformément aux conseils de son médecin traitant, il essayait d'éviter au maximum l'utilisation des cannes. Outre cela, la surveillance, qui portait atteinte à sa vie privée, ne reflétait pas la réalité, puisqu'elle ne s'étalait que sur quelques jours. La douleur était de temps à autre moindre, et en dépit de cette douleur, il s'imposait trente à quarante minutes de marche par jour pour se rendre au sauna du fitness ou chez ses médecins. Il avait également rempli, à la demande de quelques connaissances, quatre déclarations d'impôt contre une petite rémunération, et ne comprenait pas pourquoi le fait d'accomplir ces prestations dans la rue ou dans un bistro serait étrange aux yeux de l'intimée. La fin de la prise en charge du traitement avait empiré ses douleurs. Il n'avait pas les moyens financiers pour s'acquitter des soins primaires et encore moins pour assumer le coût d'une intervention chirurgicale. Ces ennuis de santé avaient précipité son licenciement.

40. Dans son courrier du 8 août 2017, l'intimée a relevé que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt 9C_806/2016 du 14 juillet 2017), compte tenu de l'intérêt public prépondérant à empêcher les abus dans l'assurance, un rapport d'observation, y compris les photographies et la vidéo, pouvait être pris en considération dans l'appréciation des preuves. Elle a estimé que, dans le cas d'espèce, il y avait lieu de prendre en compte le rapport d'observation du 4 avril 2016, dans la mesure où le recourant se déplaçait sans gêne sur de grandes distances et avait une activité lucrative, alors qu'il alléguait une totale incapacité de travail, l'impossibilité de marcher plus de vingt minutes ou de plier le genou.
41. Un rapport du centre ambulatoire de pneumologie des HUG du 31 août 2017 a mentionné un très bon effet du CPAP sur les apnées.
42. Le 4 décembre 2017, la chambre de céans a entendu les parties en comparution personnelle. À cette occasion, le recourant a déclaré qu'en 1996, lorsqu'il était employé polyvalent à la K_____, il avait été renversé par une moto alors qu'il circulait à vélo. Il avait subi quatre à cinq opérations au genou et au tibia (qui avait été vissé), notamment une plastie des ligaments croisés. Il avait touché des indemnités de l'assurance-invalidité, laquelle lui avait également financé une formation chez C_____, où il a collaboré dès 2003 comme employé polyvalent (coursier, chauffeur de la famille, comptabilité). Une nouvelle opération avait eu lieu en 2007, effectuée par le Dr E_____, au niveau du genou, au cours de laquelle la rotule avait été remontée, ce qui avait occasionné un arrêt de travail de trois mois. Ensuite, il avait repris le travail jusqu'en 2015. Depuis l'accident de 1996, il avait toujours eu des limitations et des douleurs, traitées depuis lors par du Ponstan et du Dafalgan. Il pouvait marcher lentement mais ne pouvait pas courir. Depuis l'opération de 2007, les douleurs avaient diminué mais il avait gardé des limitations à la marche et à la course.

En 2014, son pied avait glissé de la hauteur du trottoir et il avait subi une grave entorse qui avait entraîné des douleurs au genou et à la cheville droite, en

particulier les douleurs du genou droit s'étaient aggravées. Des antidouleurs avaient été prescrits mais la situation s'était aggravée, tant au niveau du genou que de la cheville. Il avait continué à travailler pendant plus d'une année en prenant des antidouleurs. Comme les douleurs perduraient, il avait consulté le Dr E_____ qui lui avait prescrit un arrêt de travail, et indiqué qu'il devait se reposer. Ce médecin avait également pratiqué une infiltration au niveau du genou, sans effet positif. Il lui avait expliqué que le cartilage du genou, qui devrait être lisse, était irrégulier en raison des conséquences du premier accident, étant précisé que le deuxième accident avait aggravé la situation. Cette irrégularité créait des douleurs à chaque mouvement. Le praticien avait estimé qu'une prothèse était nécessaire mais prématurée en raison de son âge. Le recourant avait reçu la visite d'une personne de l'ALLIANZ chez lui, lequel lui avait conseillé néanmoins de mettre une prothèse malgré son âge. Le recourant était en train de réfléchir à une éventuelle opération. Il devait toutefois d'abord soigner son pied, c'est-à-dire les conséquences de l'entorse de la cheville car il avait une excroissance de l'os. Suite à l'entorse, une inflammation s'était créée dans cette zone et l'os appuyait sur un tendon, ce qui engendrait des douleurs. Il portait une semelle spéciale depuis six mois et devait revoir la Dresse I_____ qui proposait une opération du pied.

Le recourant avait été licencié pour le 31 décembre 2015. Il ne se sentait pas capable de travailler pour des raisons tant physique que psychique. Il avait fait beaucoup d'effort pour garder son emploi. Les séquelles physiques qu'il subissait actuellement étaient dues pour le genou à son premier accident, aggravé par le deuxième accident, et pour le pied au deuxième accident. La Dresse I_____, spécialiste du pied, avait découvert le problème du pied et prescrit de la physiothérapie. Pour le genou, il était suivi par le Dr E_____, lequel lui avait toutefois dit de soigner d'abord son pied avant de revenir vers lui pour le genou.

L'expertise chez le Dr G_____ s'était mal passée. Il trouvait d'abord que le médecin était très âgé. Ensuite, ce dernier avait mesuré l'épaisseur de ses jambes à plusieurs endroits, mais pas aux mêmes endroits sur les deux jambes, si bien que la mesure était erronée. Il avait donc conclu de façon totalement fautive que sa jambe droite était plus épaisse que la jambe gauche. Le recourant lui avait également montré le problème du pied, mais l'expert lui avait tout de suite répondu que tout allait bien, y compris pour le genou. Le recourant avait été examiné environ une heure, il avait l'impression que l'expert ne l'écoutait pas.

Le recourant avait utilisé les cannes en raison des douleurs au pied. Il s'était rendu avec des cannes dans les locaux de l'ALLIANZ pour un entretien après le rapport de surveillance. Par la suite, à une date dont le recourant ne se souvenait plus, le Dr B_____ lui avait déconseillé d'utiliser les cannes, car cela affaiblissait la jambe droite. Après son arrêt de travail de 2015, le recourant ne sortait quasiment plus, hormis pour faire un hammam ou un sauna (le chaud lui faisait du bien). Sa psychiatre, qui lui prescrivait un traitement antidépresseur, lui avait conseillé de sortir au moins une fois par jour.

Le recourant a ajouté qu'il détenait le fonds de commerce d'un restaurant, le L_____, lequel était mis en gérance depuis 2014. Avant 2010, étant solvable, il avait été inscrit comme garant et titulaire du bail avec le gérant du restaurant. Il ne touchait pas de revenu. Depuis 2010, il possédait seul le bail de ce restaurant, dont il avait dû payer toutes les dettes, car le gérant n'avait pas payé ce qu'il devait. Son patron, M. M_____, lui avait prêté de l'argent afin qu'il puisse payer lesdites dettes. Il essayait de vendre le restaurant et récupérer son argent, en vain. Il faisait l'objet d'une poursuite, initiée par son ex-employeur. Un jour où il se trouvait au restaurant, on lui avait remis une pièce comptable pour qu'il la transmette au comptable du restaurant, Monsieur N_____. Ce jour-là, le détective de l'ALLIANZ l'avait filmé. Le recourant a souligné qu'il n'effectuait aucun travail pour le restaurant qu'il avait mis en gérance. Avant, il s'occupait de la comptabilité du restaurant. Depuis qu'il n'était plus en mesure de le faire, il avait mandaté M. N_____. Le recourant ne connaissait pas l'adresse précise de ce dernier, qui était un compatriote, une connaissance.

Quant au représentant de l'ALLIANZ, il a spécifié que la décision litigieuse mettait fin définitivement aux prestations de l'assurance en relation avec les conséquences de l'accident de 2014. Les éventuelles rechutes de l'accident de 1996 n'avaient pas fait l'objet de la présente procédure. La décision comprenait cependant le constat qu'il n'existait pas d'incapacité de travail due tant à l'accident de 2014 qu'à celui de 1996. La décision n'était pas parfaite et peu précise concernant les conséquences de l'un ou l'autre accident. Elle portait en particulier sur l'aggravation de l'état antérieur du genou droit, étant relevé que le statu quo ante était survenu au 19 février 2016. En ce qui concernant la cheville, les conséquences des lésions étaient terminées au 22 juillet 2014. Dans la mesure où l'aggravation de l'état antérieur du genou droit avait été évaluée, la décision portait également sur les conséquences de l'accident de 1996. Il a ajouté que le Dr G_____ était à la retraite. Suite aux conclusions de l'expert, et après réception du rapport de surveillance, qui démontrait que le recourant pouvait se mouvoir mieux que ce qu'il affirmait, ALLIANZ avait renoncé au séjour à la CRR.

Le recourant a déposé les deux pièces suivantes :

- un rapport du 1^{er} décembre 2017 de la Dresse H_____, dans lequel elle posait les mêmes diagnostics que ceux retenus précédemment. Elle a noté que le recourant se plaignait de fortes douleurs pulsatives persistantes au niveau du genou droit, de la cheville droite et de pied droit l'empêchant d'effectuer ses activités de la vie quotidienne depuis l'accident du 23 janvier 2014. En dépit des séances de physiothérapie et du traitement antalgique, ses douleurs s'aggravaient et il boitait. Il était gêné par les remarques des gens sur sa façon de marcher. Il était très triste de ne plus pouvoir danser, pratiquer du sport ou faire les activités qu'il appréciait. Son avenir professionnel était une préoccupation excessive pour lui. Cet accident avait perturbé sa santé physique et mentale, ainsi que sa vie professionnelle, sociale, familiale et financière. Il en souffrait beaucoup. Il

indiquait être distrait, inattentif et déconcentré. Le sommeil était toujours perturbé et il se sentait toujours très fatigué, épuisé et en échec dans la vie en général. Il avait très peur de ne plus retrouver sa force, sa santé physique et psychique stable. Il se plaignait d'oppression à la poitrine, de sensation d'étouffement avec souffle coupé et des céphalées de tension persistantes. Il était en colère et se sentait nerveux. Déçu par tout le monde, il ne voulait plus voir personne. Il peinait à prendre des décisions et des responsabilités. Tout lui paraissait comme des montagnes insurmontables. Il exprimait un sentiment de culpabilité important et avait l'impression d'être puni, tout en pensant qu'il ne l'avait pas mérité. Il évoquait des scénarios de suicide. Il souffrait d'une blessure narcissique avec un sentiment de dévalorisation et d'inutilité dans une impasse sans repères. Il se sentait mortifié et honteux. La souffrance psychologique actuelle était liée à l'accident du 23 janvier 2014. Le traitement actuel comprenait du Zoloft, le matin, et du Trittico au coucher. La thérapie avait pour but d'atténuer ses plaintes sur son état et de l'aider à sortir de chez lui pour consolider et améliorer ses compétences relationnelles pour avoir une meilleure qualité de vie.

- un certificat du même jour, établi par la Dresse H_____, attestant une incapacité de travail totale depuis le 25 février 2016 pour une durée indéterminée.
43. À la demande de la chambre de céans, le 21 décembre 2017, l'office de l'assurance-invalidité (OAI) a transmis le dossier du recourant, dont notamment les pièces suivantes :
- le rapport du Dr B_____ du 6 octobre 1998, aux termes duquel un dommage permanent, soit un syndrome douloureux rotulien persistant, était à craindre. Il était toutefois trop tôt pour déterminer une atteinte à l'intégrité définitive. Une activité professionnelle pourrait être exigible si le patient pouvait bénéficier d'un travail en position assise ou une alternance de position assise et debout sans port de charge et avec des déplacements limités ;
 - le rapport de la gendarmerie du 3 juillet 1996 relatif à l'accident de la circulation de la veille, lors duquel un scootériste, qui avait déclaré circuler à une vitesse d'environ 40 km/h, à l'intérieur d'une localité où la vitesse était limitée à 50 km/h, avait dépassé le recourant, cycliste, par la droite sans garder une distance latérale suffisante, provoquant la chute des deux usagers ;
 - la communication de l'OAI du 23 octobre 2002, informant le recourant de la prise en charge d'un reclassement professionnel en tant qu'employé de « back office » du 1^{er} octobre au 31 décembre 2002, par des cours à l'IFAGE et au Wall Street Institute. La mesure a été prolongée du 1^{er} janvier 2003 au 30 juin 2004 par un stage pratique en tant qu'employé administratif/aide-comptable au sein de l'entreprise C_____ SA. Au terme de ce stage, le recourant a été engagé à plein

temps dans cette société (cf. décision de l'OAI du 8 février 2005 afférente à la réussite des mesures professionnelles, excluant le droit à une rente) ;

- la nouvelle demande de prestations AI, déposée le 13 octobre 2015, dans laquelle le recourant indiquait avoir eu plusieurs opérations au genou qui était « abîmé » suite à un accident. L'atteinte existait depuis le 6 mai 2015 ;
- l'avis du service médical régional de l'OAI (SMR) du 29 juin 2016, préconisant une expertise rhumato-psychiatrique pour faire le point sur toutes les plaintes alléguées ;
- la troisième demande de prestations AI, déposée le 11 octobre 2017, dans laquelle le recourant invoquait des atteintes à la santé d'ordre psychiatrique ;
- le courrier de l'OAI du 12 octobre 2017, rappelant au recourant que la demande du 13 octobre 2015 était encore à l'étude, de sorte qu'une nouvelle demande de prestations n'avait pas lieu d'être.

44. Le 7 décembre 2017, la Dresse I_____ a certifié une incapacité de travail totale du recourant du 7 décembre 2017 au 6 janvier 2018.
45. Le 4 janvier 2018, une scintigraphie osseuse avec SPECT-CT a conclu à une absence de foyer hyper-fixant pathologique sur le pied droit.
46. Le 4 janvier 2018, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de confier une expertise orthopédique au Professeur O_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, et psychiatrique au docteur P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
47. Le 25 janvier 2018, la Dresse I_____ a attesté de douleurs sur l'os naviculaire et sur le trajet du jambier postérieur nécessitant une physiothérapie. Au SPECT-CT de janvier 2018, il n'y avait pas de synostose traumatisée, ni de foyer hyper-fixant pathologique au niveau du pied droit.
48. Dans un rapport non daté, le Dr E_____ a attesté d'un syndrome douloureux du genou et de la cheville droite gênant l'assuré à la charge et dans ses déplacements. Le bilan clinique et d'imagerie permettait d'identifier différents problèmes au niveau du genou droit : Un état cicatriciel de l'os au niveau fémoral et tibial sur le trajet du ligament croisé antérieur reconstruit. Une chondropathie fémoro-patellaire et fémoro-tibia interne. Un discret abaissement de la rotule.
49. Le 26 janvier 2018, le recourant a confirmé la mission d'expertise et indiqué qu'il n'avait pas de motif de récusation à l'encontre des experts.
50. Le 31 janvier 2018, l'intimée a récusé le Dr P_____ et contesté la nécessité d'une expertise psychiatrique, vu l'absence de lien de causalité adéquate entre les éventuelles atteintes psychiques et l'accident.
51. Le 21 février 2018, la chambre de céans a informé l'intimée que, contrairement aux allégations de celle-ci, il n'existait aucune raison pertinente justifiant la récusation

du Dr P_____ mais qu'afin de respecter le choix consensuel de l'expert, principe dont le Tribunal fédéral avait confirmé l'importance, l'expertise psychiatrique serait confiée à la doctoresse Q_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, à Genève.

52. Les 26 février et 5 mars 2018, les parties ont indiqué qu'elles n'avaient pas de motif de récusation à l'encontre de la Dresse Q_____.

53. Le 15 mars 2018, l'intimée a communiqué des pièces complémentaires déjà au dossier ainsi que les pièces suivantes :

- Un rapport du 13 décembre 2017 de la dresse I_____ attestant d'une entorse sévère en janvier 2014 suite à une chute du trottoir, entraînant un traumatisme d'un pont fibreux au niveau de sa synostose d'un os accessoire naviculaire à droite, comme le montrait l'IRM du 8 février 2016 ; la situation s'était péjorée malgré le traitement conservateur. Un SPECT-CT était nécessaire avant de proposer une chirurgie du pied. Il présentait aussi une tendinite au niveau du tendon d'Achille.
- Un rapport de scintigraphie osseuse avec SPECT-CT du 4 janvier 2018 des pieds concluant à l'absence de foyer hyper-fixant pathologique sur le pied droit.
- Un rapport du Dr J_____ du 27 février 2018 selon lequel le statu quo sine fixé à trois mois de l'évènement pouvait être maintenu, au vu du SPECT-CT du 4 janvier 2018, lequel permettait de conclure que l'état antérieur (synostose naviculaire accessoire à droite) n'avait pas été déstabilisé par cet évènement.
- Un certificat médical du Dr E_____ du 2 mai 2017 attestant d'une incapacité de travail totale de l'assuré dès le 13 mars 2017.
- Un certificat médical de la doctoresse H_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, du 1^{er} décembre 2017 attestant d'une incapacité de travail totale de l'assuré dès le 25 février 2016.

54. Par ordonnance du 16 mars 2018, la chambre de céans a confié l'expertise aux Drs O_____ et Q_____, en considérant ce qui suit :

a. Au préalable, il y a lieu d'examiner si l'intimée (et, en cas de recours, la chambre de céans) peut prendre en considération, dans l'appréciation des preuves, le rapport d'observation du 4 avril 2016. Selon le recourant, ce document ne peut servir de moyen de preuve, dès lors que la surveillance portait atteinte à sa vie privée, et était donc illégale.

Dans un récent arrêt (9C_806/2016) du 14 juillet 2017, le Tribunal fédéral a relevé que l'assurance-invalidité, à l'instar de l'assurance-accident, n'a pas de base légale suffisamment claire et détaillée pour procéder à des observations sur les assurés soupçonnés d'abus d'assurance. À défaut d'une réglementation étendue, claire et détaillée, figurant dans une loi, une surveillance secrète viole le droit fondamental au respect de la vie privée et familiale selon l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme, du 4 novembre 1950 (CEDH – RS 0.101), ainsi que l'avait

jugé la Cour européenne des droits de l'homme dans un arrêt Vukota-Bojić c. Suisse du 18 octobre 2016 (n° 61838/10).

Cela étant, prenant en considération les intérêts privés des personnes concernées et l'intérêt public à prévenir tout abus d'assurance, le Tribunal fédéral souligne que le matériel recueilli dans le cadre de l'observation illicite peut être exploité en tant que moyen de preuve aux conditions suivantes : l'assuré a été observé uniquement dans des lieux publics, sans avoir subi d'influence ; l'observation a été engagée sur la base de soupçons étayés; et l'assuré n'a pas été soumis à une observation systématique ou constante (consid. 5.1.1 et 5.2.2).

En l'occurrence, le recourant a été surveillé seulement sur le domaine public ou dans des bars et restaurants, soit des espaces accessibles au public, et il n'a pas été influencé. En outre, on peut considérer que l'observation a été mise en œuvre en raison de doutes concrets (puisque le recourant bénéficiait d'un arrêt de travail total, alors qu'il remplissait des déclarations d'impôt, contre rémunération, et ne portait plus de béquilles). La surveillance a été limitée à sept jours et a duré, pendant la semaine, entre six heures et demi et neuf heures et demi, et environ trois heures le week-end. Le recourant n'a donc pas été soumis à une surveillance systématique ou constante.

Par conséquent, le rapport d'observation, y compris les photographies, peuvent être pris en considération dans l'appréciation des preuves, étant toutefois relevé que, selon la jurisprudence, un rapport de surveillance ne constitue pas, à lui seul, un fondement sûr pour constater les faits relatifs à l'état de santé ou à la capacité de travail de la personne assurée. Il peut tout au plus fournir des points de repère ou entraîner certaines présomptions. Seule l'évaluation par un médecin du matériel d'observation peut apporter une connaissance certaine des faits pertinents (arrêt du Tribunal fédéral 8C_434/2011 du 8 décembre 2011 consid. 4.2).

b. Sur le plan médical, il n'est pas contesté par l'intimée que l'événement du 23 janvier 2014, lors duquel le recourant s'était tordu la cheville et le genou droit au bord du trottoir, ayant entraîné une entorse et une contusion, a déclenché des douleurs au niveau de ces deux articulations, si bien que le lien de causalité entre cet accident et les atteintes somatiques est établi.

Cela étant, s'appuyant sur le rapport d'expertise du Dr G_____ du 20 avril 2016, ainsi que le rapport d'observation du 4 avril 2016, l'intimée a mis un terme aux prestations allouées, considérant que le statu quo sine était atteint pour la cheville droite au 22 juillet 2014, et pour le genou droit au 19 février 2016.

La chambre de céans observe toutefois que les conclusions de l'expert n'emportent pas la conviction, le rapport étant lacunaire et insuffisamment motivé.

En premier lieu, le rapport d'expertise n'a pas été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. En effet, le Dr G_____ indique que l'anamnèse était confuse et difficile à objectiver du fait de l'intrication des conséquences des deux accidents. Or, on entend de l'expert qu'il décrive, moyennant une analyse détaillée des pièces

figurant au dossier, l'éventuelle influence des deux accidents (bien que l'événement du 2 juillet 1996 soit survenu plus de 17 ans auparavant) sur les atteintes actuelles à la santé du recourant, ce d'autant que l'IRM du genou droit du 13 mai 2015 relève un status post-plastie du ligament croisé antérieur (opération subie suite au premier accident) avec une plastie qui apparaissait continue mais présentant des anomalies du signal diffuses, un aspect détendu et une situation assez postérieure posant la question de son efficacité stabilisatrice. Au vu des douleurs persistantes au genou droit, pourtant constatées lors de l'examen clinique, l'expert n'a pas spécifié si l'accident du 23 janvier 2014 a détérioré ou non la plastie du ligament croisé antérieur ou si, indépendamment du deuxième événement, et compte tenu des anomalies présentes, il convient d'effectuer une nouvelle plastie du ligament croisé antérieur, en tant que conséquence d'une opération déjà prise en charge par l'intimée au sens de l'art. 6 al. 3 LAA. Au demeurant, si le recourant n'a pas subi une entorse sévère, selon le Dr J_____, médecin-conseil, au vu des éléments anamnestiques, il n'est pas exclu que les atteintes actuelles soient imputables, même partiellement, à l'un ou à l'autre, voire aux deux événements traumatiques. À cet égard, dans son rapport du 29 décembre 2016, le Dr B_____ écrit, sans toutefois étayer sa position, que les plaintes au genou droit sont actuellement en rapport avec l'accident de 1996 et non plus celui de 2014, laissant à penser qu'il pourrait s'agir de séquelles tardives.

Ensuite, l'expert a observé que la marche des pieds nus, sur les talons et sur la pointe des pieds était difficile, presque impossible sans cannes. Le signe de Smillie était douloureux, ainsi que la palpation des deux ailerons rotuliens. Alors que l'IRM du genou droit du 13 mai 2015 met en évidence un patella bas ainsi qu'une chondropathie légère à modérée fémoro-patellaire, l'expert note que les radiographies comparatives des deux genoux de profil du 19 février 2016 – lesquelles ne figurent pas dans le dossier – ne montraient pas de différence évidente de hauteur de la rotule droit par rapport à gauche. Cela étant, la palpation étant sensible au niveau de la rotule, on peut se demander si les radiographies, effectuées le jour de l'expertise, étaient suffisantes et si, le cas échéant, elles ne devaient pas être complétées par une IRM. En outre, la rotule ayant été également basse suite au premier accident, il n'est pas clair si la chondropathie fémoro-patellaire, - ainsi que la gonarthrose - existantes actuellement, sont dues à cet événement, et si le second accident a pu, au degré de vraisemblance requis, aggraver le développement de ces affections, ou si celles-ci résultent exclusivement de causes étrangères à l'accident. À cet égard, dans son rapport du 9 juin 2015, le Dr E_____, qui avait déjà opéré le recourant, mentionne que le pronostic est défavorable en raison d'une arthrose post-traumatique. Par ailleurs, le Dr G_____ ne retient ni le diagnostic de gonarthrose ni celui de rotule basse. Or, les examens du 5 février 2014 mettent en exergue une discrète gonarthrose fémoro-tibiale interne et le 23 décembre 2015, le Dr F_____ a effectué une viscosupplémentation par des infiltrations intra-articulaires, après avoir diagnostiqué une gonarthrose tricompartmentale du genou droit.

En outre, l'expert note l'absence d'atrophie musculaire à la cuisse ou au mollet à droite par rapport à gauche. Or, lors de l'audience du 4 décembre 2017, le recourant a déclaré que l'expert avait mesuré l'épaisseur de ses jambes à plusieurs endroits, mais pas aux mêmes endroits sur les deux jambes, si bien qu'il avait de façon erronée conclu que sa jambe droite était plus épaisse que la jambe gauche. Les dires du recourant apparaissent crédibles, dans la mesure où le Dr B_____ a relevé dans son rapport du 29 décembre 2016 que les mensurations musculaires montraient une amyotrophie à la cuisse droite.

De plus, on peine à comprendre les raisons pour lesquelles l'expert s'estime perplexe, suite au deuxième accident, en raison notamment du fait que les réflexes ostéo-tendineux rotuliens et achilléens, ainsi que l'artère tibiale et pédieuse antérieure étaient absents à droite mais présents à gauche. Compte tenu des atteintes existantes au membre supérieur droit, corroborées par les IRM et radiographies, on ne voit pas pourquoi l'absence des réflexes du côté droit démontrerait une exagération de la part du recourant. Ainsi, contrairement aux dires de l'expert, selon lequel les plaintes subjectives ne trouvaient pas avec certitude de concordance avec les constatations objectives, les documents d'imagerie donnent un substrat aux douleurs, ce d'autant que le détective privé a, lui-même, observé du 28 mars au 3 avril 2016 - soit postérieurement au 19 février 2016, date du retour au statu quo sine selon l'expert - que, par moments, le recourant boitait légèrement de la jambe droite. On ignore cependant si le recourant boitait en raison des douleurs au genou et/ou à la cheville droite, ce qui démontre que le rapport d'observation est en soi insuffisant pour constater les faits relatifs à l'état de santé du recourant.

Par ailleurs, s'agissant de la cheville droite, alors que la radiographie du 13 mai 2015 relève une ostéophytose débutante de la partie supérieure du scaphoïde, et que dans son rapport du 16 janvier 2016 le Dr B_____ a diagnostiqué un os scaphoïde accessoire avec douleur post-traumatique droite ainsi qu'une tendinopathie fissuraire du tendon d'Achille droit, laquelle a également été mise en exergue sur l'IRM du 8 février 2016, l'expert se contente d'indiquer qu'il n'avait pas mis en évidence ces diagnostics lors de son examen, lesquels étaient sans rapport avec les suites de l'accident, sans fournir toutefois la moindre explication à ce sujet. De surcroît, l'expert se contredit lorsqu'il mentionne, sous le chapitre « diagnostics », que la récupération fonctionnelle de la cheville droite est « actuellement complète », avant de conclure qu'elle est « pratiquement » totale, terme laissant à penser que la récupération fonctionnelle est « presque » totale mais pas encore complètement. Dans la mesure où dans son rapport du 16 mars 2017, le Dr E_____ observe que la palpation de la région interne au niveau du scaphoïde tarsien et du tendon d'Achille était sensible, et compte tenu du fait que la Dresse I_____ a prescrit au printemps 2017 un support plantaire pendant quatre à six mois, et proposé en l'absence de guérison une prise en charge chirurgicale, force est de constater que la récupération fonctionnelle de la cheville droite n'apparaissait pas totale lorsque l'expert s'était prononcé.

Enfin, s'agissant de l'éventuelle atteinte à l'intégrité, l'expert se borne à indiquer qu'il n'existe pas une telle atteinte au niveau de la cheville et qu'un versement avait été effectué pour le genou droit après l'accident de 1996. Or, aucune pièce figurant au dossier n'atteste un tel versement. Au demeurant, si tel avait été le cas, le questionnaire d'expertise n'aurait probablement pas inclus la question n°13 : « si l'état définit est atteint, les lésions consécutives à l'accident du 2 juillet 1996 ont-elles entraîné une atteinte durable à l'intégrité physique de l'assuré ? (...) ». Outre cela, si le recourant avait effectivement reçu une indemnité pour le genou droit, cela n'empêchait pas l'expert d'expliquer si, suite à l'accident de janvier 2014 et pour autant que celui-ci soit à l'origine des pathologies actuelles, le recourant souffrait d'une atteinte importante et durable, puisqu'en présence d'une pluralité d'atteintes dues à un ou plusieurs accidents assurés, l'indemnité est fixée d'après l'ensemble du dommage et il est tenu compte, dans le taux d'indemnisation, des indemnités déjà reçues (voir art. 36 al. 3 OLAA).

c. Alors que le Dr E_____ a attesté une capacité de travail nulle depuis le 6 mai 2015 pour une durée indéterminée, l'intimée se réfère au rapport d'observation du 4 avril 2016 pour considérer que le recourant, qui remplissait des déclarations d'impôt contre rémunération, exerçait une activité lucrative. Cela étant, il n'est pas établi que ce dernier travaillait à 100%. En outre, le médecin traitant n'a pas spécifié les raisons pour lesquelles, en dépit de ses atteintes, le recourant était totalement incapable de travailler.

d. Au vu de ces éléments, il apparaît que l'intimée a rendu la décision querellée sans disposer d'un rapport d'expertise pleinement probant.

S'agissant de l'avis du médecin-conseil du 13 avril 2017, le Dr J_____ se prononce uniquement sur les atteintes à la cheville droite, alors que le recourant souffre également de douleurs au genou droit. En outre, il n'explique pas les raisons pour lesquelles il considère que l'accident a cessé ses effets délétères trois mois plus tard. À cet égard, si le praticien estime que la synchondrose, mise en évidence sur l'IRM du 5 février 2014, était de découverte fortuite et que cette région n'avait pas été traumatisée lors de l'accident en l'absence de données concluantes en ce sens sur l'IRM, on relèvera que la radiographie du 13 mai 2015 met notamment en évidence un éperon calcanéen inférieur, une minime ébauche d'ostéophytose des pilons tibiaux antérieurs et postérieurs ainsi qu'une ostéophytose débutante de la partie supérieure du scaphoïde. Or, le médecin-conseil n'indique pas si ces atteintes pourraient être à l'origine des douleurs éprouvées à la cheville droite, et si elles constituent, au degré de la vraisemblance requis, une conséquence de l'accident du 23 janvier 2014.

Quant aux rapports des médecins traitants, ils sont insuffisamment motivés et ne répondent pas aux questions qui demeurent en suspens.

Dans ces conditions, il convient de mettre en œuvre une expertise judiciaire, sous l'angle orthopédique.

e. En ce qui concerne l'atteinte à la santé psychique, certes, le lien de causalité adéquate fait incontestablement défaut, l'accident subi le 23 janvier 2014 étant de peu de gravité (ATF 115 V 403 consid. 5.a). Cela étant, il n'est pas exclu que les douleurs physiques persistantes, apparues suite au premier accident, aient été décompensées par le second accident, et pu causer les troubles psychiques actuels (cf. rapport de la Dresse H_____ du 9 mai 2016 ; cf. également case management assessment, pièce n. 3-0001, p. 2). En effet, l'accident survenu en 1996, qui impliquait un cycliste renversé par un scootériste, circulant à 40 km/h, sur une zone limitée à 50 km/h, ayant entraîné la chute des usagers, sans que le recourant n'ait été projeté à plus de 15 m de la zone de choc, doit être rangé parmi les accidents de gravité moyenne au sens strict, conformément à la casuistique citée plus haut au consid. 9.e/bb. Dans ce cas, les investigations complémentaires nécessaires sur le plan physique peuvent avoir une incidence lorsqu'il s'agit d'examiner le critère de la causalité adéquate, du moment qu'en présence de troubles psychiques apparus après un accident de gravité moyenne, les aspects physiques sont déterminants, à l'exclusion des éléments psychiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid 4.2. et les références citées).

À ce stade, la chambre de céans constate que, suite au premier accident, le recourant, qui éprouvait des douleurs persistantes, a subi divers traitements et plusieurs interventions chirurgicales, qui se sont déroulés sur onze ans (de 1996 à 2007). Il a repris une activité lucrative uniquement le 1er juillet 2004, après un reclassement professionnel, pris en charge par l'OAI. Ainsi, trois critères pourraient être manifestement réunis, si bien qu'on ne peut pas d'emblée, contrairement à l'avis de l'intimée, écarter l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques invoqués et le premier accident. Il se justifie donc d'ordonner une expertise psychiatrique. Dans la mesure où le cas du recourant n'a pas été instruit médicalement pour déterminer si les critères relevant de l'appréciation du lien de causalité adéquate sont réunis, il convient également de poser à l'expert orthopédique des questions à cet égard.

55. Le 15 juin 2018, l'intimée a indiqué que l'assuré avait été informé de la position de l'Allianz suite à l'accident de 1996, les suites de celui-ci ne faisant pas l'objet de la présente procédure et a communiqué les pièces suivantes :

- Un rapport d'IRM du genou droit du 3 mai 2018 concluant à des lésions dégénératives débutantes caractérisées par une chondropathie grade 2 sur la crête inter-facettaire et la facette interne de la rotule et de grade 1-2 prédominant dans le compartiment fémoro-tibial interne. Antécédent de ligamentoplastie du LCA (artefacts) dont la continuité des fibres visibles était conservée (prélèvement de la plastie dans la partie médiane du tendon rotulien). Bilan ménisco-ligamentaire sans autre déchirure significative. Petit épanchement articulaire.
- Une appréciation médicale du Dr J_____ du 12 juin 2018 selon laquelle sur le plan de la cheville droite, on pouvait conclure, en accord avec le Dr G_____,

que l'assuré n'avait présenté qu'une entorse bénigne et que le statu quo sine avait été obtenu six mois après l'accident de janvier 2014. Sur le plan du genou droit il n'y avait pas d'évolution significative vers des séquelles tardives au vu des rapports médicaux et radiologiques récents. On concluait donc que, sur le plan médical, il n'y avait pas de rechute de l'événement de 1996 qui aurait pu nécessiter un nouveau traitement. Sur le plan de l'exigibilité, dans une activité réalisée essentiellement en position assise, avec un port de charges limitées à 10 kg, comme dans son activité de gestion, dernière activité réalisée ; dans ces conditions on pouvait s'attendre à une activité professionnelle réalisée à la journée entière, sans baisse de rendement.

56. Le 19 juin 2018, la chambre de céans a informé l'intimée que les nouvelles pièces seraient transmises aux experts mais que l'intimée n'était pas censée mener une instruction médicale en parallèle de l'expertise judiciaire.

57. Le 21 novembre 2018, le Dr O_____ a rendu son rapport d'expertise.

Le 21 janvier 2014, l'assuré s'était tordu le pied et la cheville droite sur le bord d'un trottoir, avait chuté et heurté sa rotule droite sur le sol. Il se plaignait de douleurs constantes aux genou et pied droits, avec blocages.

Une radiographie du genou droit avait été pratiquée le 18 avril 2018 et une IRM du genou le 2 mai 2018. Il a posé les diagnostics suivants :

Genou droit : Status post fracture épiphyso-métaphysaire interne du tibia droit in situ ; Status post ostéosynthèse par vis ; Status post ablation du matériel d'ostéosynthèse ; Status post rupture ligament croisé antérieur ; Status post reconstruction ligament croisé antérieur (Tendon rotulien) ; Status post algoneurodystrophie ; Status post patella baja ; Status post ostéotomie de la tubérosité tibiale pour proximaliser la rotule ; Status post ablation matériel d'ostéosynthèse Distension-rupture du ligament croisé antérieur reconstruit ; Atrophie musculature de la cuisse et du mollet ; Chondropathie fémoro-patellaire légère à modérée ; Patella baja (Index Caton-Deschamps : 0,67 selon IRM 03.05.2018) ; Déchirure horw_____ontale du ménisque externe Arthrose tricompartmentale du genou droit.

Diagnostics de la cheville droite : Status post entorse externe grade 1-2 ; Tendinopathie fibrillaire du tendon d'Achille ; Ostéophytes débutants pilon antérieur et postérieur.

Diagnostics du pied droit : Os accessoire naviculaire (os tibial externe) type II ; Os trigone ; Epine calcanéenne ; Articulation cunéo-métatarsienne I oblique

Les atteintes à la santé, au niveau du genou droit, constatées étaient la conséquence certaine du traumatisme de 1996 avec le cortège d'interventions qui avait suivi. L'accident de 2014 avait certainement aggravé la situation d'un genou présentant déjà des signes d'une couverture cartilagineuse tricompartmentale dégénérative post-traumatique, d'une plastie du ligament croisé rompue ou détendue et d'une

rotule basse. Cet état était attesté par les nombreux examens d'imagerie (Rx, IRM) cités plus haut. Une contusion articulaire lors de cet accident de 2014 avait certainement eu lieu touchant prioritairement une articulation fémoro-patellaire présentant déjà des signes d'amincissement cartilagineux, et qui restait en position basse malgré l'intervention de 2007.

Concernant la cheville droite l'atteinte de la santé consistait en une entorse de grade I à II (sur III). On pouvait affirmer que les séquelles douloureuses étaient en relation avec l'accident de 2014 mais les lésions constatées ne permettaient pas de conclure à un dommage permanent. En effet aucune modalité d'imagerie ne permettait de conclure à l'existence d'un dommage lésionnel précis. Tout au plus pouvait-on admettre que le pied droit présentait une morphologie inhabituelle avec une articulation cunéo-métatarsienne oblique et un angle cunéo-métatarsien à 30°. Dans ce contexte, l'entorse avait possiblement contribué à un déséquilibre fonctionnel entraînant une chronicisation des douleurs ressenties sur l'arche interne du pied droit et sur le trajet du ligament latéral externe de la cheville droite.

Il existait une détérioration de la plastie du ligament croisé antérieur de longue date ; la chute du 23 janvier 2014 avait amené un dommage supplémentaire, notamment cartilagineux, sur une structure déjà endommagée mais n'était pas à l'origine des anomalies IRM et radiologique qui préexistaient de longue date et évoluaient depuis l'accident de 1996. La plus grande partie de la symptomatologie ainsi que la détérioration articulaire du genou droit étaient à mettre en rapport avec l'accident de 1996 et de ses séquelles. L'évolution radiologique témoignait de l'apparition progressive des lésions articulaires et cartilagineuses depuis 1996. L'accident de 2014 avait certes aggravé cette évolution néfaste mais n'était pas la cause principale de celle-ci. La patella baja, la chondropathie légère à modérée fémoro-patellaire, et la gonarthrose étaient en rapport avec l'accident du 2 juillet 1996. Ceci était démontré par l'évolution radiologique (Voir plus haut). L'aggravation de la situation était en rapport de causalité avec l'accident du 23 janvier 2014. L'accident de 1996 n'avait pas décompensé un état maladif et l'accident de 2014 avait aggravé l'état maladif préexistant du genou droit de façon durable.

Le nouveau traumatisme avait entraîné le franchissement d'un seuil lésionnel sur un genou atteint, qui déclenchait des réactions inflammatoires et des dégâts cartilagineux douloureux. Il en résultait une aggravation durable d'un dommage préexistant définitif. Il s'agissait dans le cas présent d'une aggravation déterminante. Le délai du retour au statu quo sine était difficile à fixer car le développement vers une symptomatologie arthrosique douloureuse du genou droit avait été perturbé par rapport à ce que l'on pouvait attendre d'un développement ordinaire.

Malgré un statut congénital particulier de la cheville et du pied droits, ceux-ci n'étaient pas obérés par des lésions post-traumatique préexistantes et de ce fait un délai de six mois paraissait justifié quant au retour à la situation statu quo ante.

Les signes d'ostéophytose des pilons antérieurs et postérieurs avec l'ostéophytose débutante de la partie supérieure du scaphoïde qui étaient relevés sur la radiographie de la cheville droite du 13 mai 2015 étaient liés à des atteintes dégénératives non-traumatique. La tendinopathie fissuraire du tendon d'Achille décrite pouvait possiblement provenir en partie du traumatisme mais pouvait aussi être en relation avec la boiterie induite par les lésions dégénératives post-traumatiques du genou droit.

Il était peu probable que l'entorse de la cheville entraîne une tendinopathie d'Achille. Au vu des examens radiologiques, il n'y avait pas de traumatisme de l'os accessoire naviculaire ou de la synostose.

L'assuré nécessitait la poursuite d'un traitement de physiothérapie pour les douleurs du genou et devait continuer à être suivi pour les troubles du pied droit. Il était possible qu'à l'avenir un geste chirurgical soit nécessaire au niveau du genou comme l'affirmait le Dr G_____ dans son expertise. En effet, si les phénomènes dégénératifs devaient s'aggraver, une prothèse totale de genou pourrait devenir nécessaire. Pour le pied il s'agissait aussi de prévoir un suivi probablement à base d'un traitement conservateur mais l'option chirurgicale restait ouverte selon l'évolution de l'assuré.

L'accident de 2014 avait aggravé l'état du genou droit, entraînant une augmentation des douleurs chroniques et des handicaps fonctionnels ; l'entorse du pied et de la cheville, concomitante, avait provoqué un état douloureux additionnel.

Dans une activité adaptée permettant des changements de position, des déplacements limités et l'évitement de ports de charges, on pouvait raisonnablement penser que la capacité de travail pourrait être totale à condition que les phénomènes douloureux soient maîtrisés permettant à l'assuré la concentration nécessaire à l'accomplissement d'une tâche rémunérée.

L'aggravation de l'état du genou suite à l'accident de 2014 entraînait une atteinte à l'intégrité de 10-15 %, en sus de celle allouée pour l'accident de 1996. Au niveau du pied, une IPAI n'était pas justifiée.

S'agissant de l'expertise du Dr G_____, selon les mesures prises par celui-ci, la diminution de flexion du genou droit était de 20° et non pas de 10° ; contrairement à son avis, il y avait une atrophie musculaire touchant le membre inférieur droit ; il réfutait le diagnostic de gonarthrose et rotule basse, tout en évoquant un état de pré-arthrose ou d'arthrose ; toutes les images radiologiques et IRM attestaient en outre d'une gonarthrose à droite et d'une rotule basse à droite. Il posait le diagnostic d'entorse bénigne à deux ans de l'accident, alors que celle-ci avait pu être moyenne ou grave.

S'agissant de l'avis du Dr J_____ du 13 avril 2017, il le rejoignait dans la mesure où l'accident de 2014 n'avait provoqué aucune lésion objectivable de la cheville et du pied droits et la découverte de l'os accessoire du naviculaire était fortuite ; en revanche, la déstabilisation de la cheville et du pied droits, que le Dr J_____

estimait à trois mois au plus pouvait en réalité se chroniciser, avec un pied douloureux sur le long terme ; il n'avait pas pris en compte la situation du genou droit ni l'influence de la boiterie sur l'apparition de la tendinopathie d'Achille.

Sur le plan articulaire, les lésions au genou droit étaient graves (fracture intra-articulaire du plateau tibial interne avec rupture du ligament croisé antérieur), entraînant des dégâts tardifs importants sur les ligaments, les cartilages et les ménisques. Chacune des cinq interventions subies avait augmenté la charge cicatricielle et le potentiel inflammatoire ; une algodystrophie post-traumatique majeure (de 1996 à 2002) avait abouti à la rotule basse, puis une atrophie de la musculature. Les fractures, lésions articulaires touchant aux cartilages ou aux ligaments étaient connus pour entraîner des troubles psychiques.

Même si le diagnostic de déchirure du ligament croisé antérieur du genou droit avait été posé tardivement et l'opération effectuée que seize mois après l'accident, il ne s'agissait pas réellement d'une erreur médicale.

L'algodystrophie du genou droit et la patella baja constituaient une complication. L'accident de 2014 pouvait avoir déséquilibré fonctionnellement le pied et la cheville menant à un syndrome douloureux persistant.

S'agissant de l'avis du Dr J_____ du 12 juin 2018, il ne tenait pas compte des examens radiologiques du genou droit qui montraient des anomalies (patella baja) ou des signes dégénératifs (chondropathie ou arthrose) ; il niait curieusement cette évaluation vers des séquelles tardives. Compte tenu des douleurs chronicisées, l'assuré présentait une capacité de travail de 70 %.

Malgré les affirmations contraires du médecin-conseil, il existait bel et bien suffisamment d'examens d'imageries incontestables qui mettaient parfaitement en évidence des phénomènes de chondropathie de stade II ou III au niveau fémoro-tibial et fémoro-rotulien ainsi qu'une tendance lente vers une rotule basse et douloureuse qui étaient à mettre en causalité avec l'accident de 1996 et qui avaient été péjorés par l'accident de 2014.

En conclusion, l'assuré avait été victime d'un accident de la circulation en 1996 qui avait entraîné cinq interventions et qui avait causé des lésions séquellaires aboutissant à une arthrose tricompartmentale débutante et à une patella baja du genou droit. Le taux d'IPAI de 10 % décidé en 2004 était insuffisant, le cas n'étant manifestement pas stabilisé à ce moment-là (Intervention sur patella baja en 2007). Un taux de 25 % aurait été plus juste (ligament croisé antérieur rompu ou détendu, patella baja, arthrose débutante tricompartmentale, métaphyse tibiale proximale cicatricielle). L'accident de 2014 avait péjoré l'état arthrosique du genou droit et avait entraîné un état douloureux du pied et de la cheville droits sur un état antérieur (os naviculaire, articulation cunéo-métatarsienne oblique). La tendinopathie fissuraire du tendon d'Achille droit pouvait être mise sur le compte de la boiterie induite par l'arthrose du genou. Il existait une capacité de reprise à 70 % dans un travail adapté sur le plan orthopédique et ostéoarticulaire dès 2018. Il était

recommandé de poursuivre la prise en charge par l'assureur du traitement antalgique ainsi que la physiothérapie de renfort musculaire.

58. Le 2 décembre 2018, les experts ont rendu un consilium, suite à deux rencontres les 5 octobre et 21 novembre 2018. L'accident de 2014 avait péjoré l'état arthrosique du genou droit et avait entraîné un état douloureux du pied et de la cheville droites sur un état antérieur (os naviculaire, articulation cunéoméatarsienne oblique). Concernant la cheville et le pied droits, il n'avait pas été possible d'établir une corrélation directe entre les examens objectifs et les plaintes de l'assuré. En d'autres termes les constatations objectives n'expliquaient pas les douleurs et les limitations dont se plaignait l'assuré. Par contre, les plaintes de l'assuré concernant son genou droit étaient corroborées par l'ensemble constitué de l'examen clinique et des différents tests à la disposition de l'expert. Les atteintes actuelles du genou droit découlaient de l'accident du 2 juillet 1996 et avaient été aggravées par l'accident de 2014. Ces atteintes donnaient lieu à une baisse partielle de la capacité de travail de l'assuré avec reprise partielle possible à 70 % dans un travail adapté, ainsi que cela avait été décrit en détails dans le volet orthopédique de l'expertise. Le diagnostic de Syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4 posé dans le volet psychiatrique de l'expertise, permettait quant à lui d'expliquer en partie les douleurs et la détresse de l'assuré. Ce syndrome était un trouble caractérisé par la présence de douleurs qui ne pouvaient être complètement expliquées par un trouble somatique objectivé. Il donnait lieu à une baisse de rendement de 50 % dans une activité adaptée par ailleurs aux lésions objectivées dans le volet orthopédique de l'expertise. Sur le plan psychothérapeutique il restait encore certaines démarches à entreprendre avant de pouvoir affirmer que le pronostic de ce trouble psychique était réservé. Ces démarches (hypnose et autohypnose) pourraient donner à l'assuré la possibilité de contrôler ses douleurs.
59. Le 14 décembre 2018, le recourant a communiqué un rapport du 16 novembre 2018 de la Dresse I_____ relevant que le SPECT-CT de janvier 2018 permettait d'écarter une synostose traumatisée ; actuellement l'assuré présentait toujours des douleurs importantes à la palpation de cet os naviculaire et de l'insertion du jambier postérieur. Son arrière-pied était parfaitement bien aligné. Il avait développé des douleurs au niveau de ses tendons péroniers après avoir adopté une démarche antalgique sur le bord externe du pied. Cet assuré n'évoluait pas favorablement malgré un traitement conservateur parfaitement bien suivi (port de semelles et de chaussures adéquates pendant plusieurs mois). Il allait clairement évoluer vers une nécessité de chirurgie. Il restait à attendre la fin de son litige asséculogique afin de savoir sous quel régime il faudrait l'opérer. Elle le reverrait avec le Dr R_____ à la lumière d'une IRM pour définir la chirurgie nécessaire. Il s'agira probablement d'une chirurgie qui résèquera cet os naviculaire et réinsèrera le jambier postérieur (opération de Kidner modifiée) ainsi qu'un allongement de la chaîne postérieure selon Strayer.

60. Le 16 janvier 2019, la Dresse Q_____ a rendu son rapport d'expertise fondé, notamment, sur trois entretiens avec l'assuré, un entretien téléphonique avec les Drs H_____ et D_____ et deux entretiens de consilium avec le Prof. O_____.

L'entorse de 2014 avait été pour l'assuré le début d'une longue descente du point de vue du moral, avec des douleurs devenues chroniques et l'apparition de désespoir. Elle a posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4 depuis le 23 juillet 2014 (six mois après l'accident). Le Prof. O_____ avait fait état d'une atteinte somatique mais celle-ci n'expliquait pas complètement l'intensité des plaintes, lesquelles s'accompagnaient d'un sentiment de détresse non expliqué entièrement par les troubles physiques, survenant dans un conflit émotionnel. Toute l'existence de l'assuré semblait coagulée autour de sa jambe droite.

Ce diagnostic n'était pas attribuable à l'accident du 2 juillet 1996 car l'assuré avait pu retravailler à 100 % après celui-ci mais attribuable (à plus de 50 %) à l'accident du 23 janvier 2014.

L'assuré nécessitait une psychothérapie de soutien avec traitement médicamenteux, qui était en cours chez la Dresse H_____. Des séances d'hypnose étaient préconisées. La capacité de travail de l'assuré avait été totale depuis son reclassement jusqu'au 23 janvier 2014. Il présentait une capacité de travail, avec baisse de rendement de 50 %, sur le plan psychologique. Il n'y avait pas d'élément en faveur d'un syndrome dépressif F32. Les troubles actuels correspondaient, selon la table de la SUVA, à un trouble psychique léger à modéré, 50 %.

61. Le 20 février 2019, le recourant a communiqué :

- Un rapport du 12 février 2019 du Dr E_____ attestant d'un syndrome douloureux du genou et de la cheville droits non amélioré par les traitements. Le bilan clinique et d'imagerie permettait d'identifier différents problèmes au niveau du genou droit : Un état cicatriciel de l'os au niveau fémoral et tibial sur le trajet du ligament croisé antérieur reconstruit. Une chondropathie fémoro-partellaire et fémoro-tibia interne. Un discret abaissement de la rotule. Au niveau de la cheville droite, une zone douloureuse persistait au niveau du scaphoïde et sur le trajet du jambier postérieur à la face interne du pied droit.
- Un rapport du 20 février 2019 de la Dresse H_____ selon lequel l'expertise psychiatrique contenait des erreurs car l'assuré ne conduisait plus depuis 2015, ne buvait que deux verres de vin rouge de temps en temps et n'effectuait pas ses visites « en Turquie, car il prend plaisir » et se sentait compris par sa famille et son entourage, qu'enfin il avait besoin de prendre des antalgiques lors de ses voyages en Turquie.

62. Le 5 avril 2019, l'intimée a observé que le Dr O_____ affirmait ne pas avoir reçu les images vidéos de surveillance, tout en précisant qu'elles posaient problème. Il convenait de les soumettre à nouveau aux experts.

S'agissant de l'expertise psychiatrique, elle n'examinait pas les incohérences patentées entre les plaintes du recourant et les constatations issues de la vidéo-surveillance. Il manquait des tests psychologiques complémentaires (selon les lignes directrices de qualité des expertises psychiatrique d'assurance), en présence de plaintes difficilement objectivables. Les plaintes n'avaient pas été évaluées correctement (cohérence, plausibilité). Une évaluation objective des capacités fonctionnelles selon l'ATF 141 V 281 n'avait pas été effectuée. Le rapport psychiatrique, incomplet, n'était pas probant. Une nouvelle expertise psychiatrique devait être ordonnée, tout en relevant que la relation de causalité naturelle n'était donnée qu'entre les troubles psychiatrique et l'évènement de 2014 soit un accident léger de sorte que la causalité adéquate devait sans aucun doute être niée. Elle proposait trois noms d'experts psychiatres.

S'agissant de l'expertise orthopédique, il convenait de poser des questions complémentaires à l'expert, soit :

- L'examen IRM du 5 février 2014 démontrait-il une atteinte traumatique récente causée par l'accident de 2014 ?
- L'examen IRM du 2 mai 2018 démontrait-il une aggravation par rapport à l'examen IRM du 13 mai 2015 ?
- Quelle était la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée en 2016 et en mars 2017, compte tenu de la vidéo-surveillance et des rapports des Drs G_____ de 2016 et E_____ du 13 mars 2017 ?
- Comment expliquer la discrédance entre les plaintes du recourant exposées à l'expert G_____ et la vidéo-surveillance et les constatations médicales objectives du Dr G_____ ?

L'expert évoquait une boiterie en lien avec l'os naviculaire, soit une pathologie sans causalité avec l'accident. Il était donc contradictoire d'affirmer ensuite que la tendinopathie fibrillaire du tendon d'Achille était en lien avec la boiterie induite par l'état du genou droit, étant au surplus relevé que la vidéo-surveillance démontrait que le recourant ne boitait pas.

Par ailleurs, l'expert n'avait pas eu connaissance des rapports des 13 janvier 2017 et 9 mars 2017 du laboratoire du sommeil attestant de réveils nocturnes du recourant dû à un syndrome d'hypopnées obstructives du sommeil alors qu'il évoquait des réveils nocturnes dus aux douleurs au genou. Il convenait de demander à l'expert si les difficultés de sommeil et le manque de concentration du recourant s'expliquaient par ce trouble. L'expert devait se déterminer sur la possibilité d'augmenter le traitement antalgique et de son incidence sur la capacité de travail.

Enfin, il convenait de demander à l'expert la production des tests clés dans son expertise (scores des genou, pied et cheville).

Si la chambre de céans refusait d'entrer en matière sur ces demandes complémentaires, elle se réservait le droit de déposer des observations sur le fond de la cause.

63. Le 16 avril 2019, le recourant a observé qu'il ne faisait plus confiance à l'intimée qui avait contesté les expertises des Drs E_____, I_____ et H_____, puis celles des Drs Q_____ et O_____. Si nécessaire il pouvait retourner chez les experts judiciaire mais n'avait pas confiance dans les médecins proposés par l'intimée. Il requérait la validation des expertises judiciaires, étant dans d'importants problèmes financiers depuis février 2016, date de la cessation de ses indemnités.
64. Le 4 juin 2019, la chambre de céans a posé au Prof. O_____ des questions complémentaires, en lui demandant, en particulier, d'évaluer la vidéo-surveillance de l'assuré.
65. Le 29 juillet 2019, le Prof. O_____ a rendu un complément d'expertise.

S'agissant de la vidéo-surveillance, il observait que l'assuré se déplaçait le plus souvent à pas lents ; parfois pour traverser une rue, il accélérât brièvement le pas. Sur certaines vidéos on détectait une boiterie, certes discrète mais bien présente, lors de la phase d'appui du membre inférieur droit (Vidéos 2,6,9,10,20,39), avis que partageait le détective dans son rapport (p.2). Sur d'autres vidéos on observait une prise d'appui du parapluie, tenu dans la main droite, lors de la phase d'appui du membre inférieur droit à la montée d'escaliers (Vidéo 7) et aussi lors de la marche (Vidéo 8). La vidéo 38 montrait un curieux ressaut du genou droit lors de la marche, mais il pouvait aussi s'agir d'une faille technique. Il était juste que sur aucune des vidéos l'assuré n'était aperçu utilisant une béquille. Il parcourait environ 2 km par jour lors de cette surveillance soit au plus 3'000 pas par jour. Il s'agissait là d'une activité minimale que l'on pouvait échelonner entre « basale » et « limitée » et qui correspondait à l'activité d'une personne handicapée ou malade.

Finalement, c'était donc le taux d'activité compatible avec un patient présentant une arthrose du genou et une douleur sur le scaphoïde du pied droit. Lors de l'anamnèse du 21 juin 2018 l'assuré disait ne pas être capable de marcher plus de trente minutes. En effet dans le rapport de surveillance il était indiqué à une seule reprise une durée de marche excédent trente minutes, et qui était de cinquante-neuf minutes mais sur une distance de 2.2 km ce qui correspondait à une déambulation lente. L'activité limitée en terme de marche et la boiterie objectivable sur les séquences vidéos étaient compatibles avec l'état d'arthrose de genou droit et de douleur du pied droit. Il fallait souligner le fait que ces vidéos n'étaient ni un examen médical, ni une analyse scientifique de la marche et qu'elles étaient prises hors contexte (douleurs ressenties, prise de médicament préalable etc.) et selon certaines heures de la journée.

L'image où l'assuré s'accroupissait pour ramasser des documents, montrait que celui-ci était capable de fléchir les genoux, notamment le droit entre 110° et 120° pour ramasser, bras tendus, un objet tombé à terre. Lors de l'examen clinique du

26 juin 2018 il était mis en évidence une flexion maximale à droite, comme à gauche, de 130° (expertise p.6). Ces vidéos ne contredisaient donc pas l'examen clinique. Il s'agissait d'un geste bref, unique et de courte durée. Ces images ne remettaient en aucun cas en cause ses conclusions. Il tenait aussi à préciser que la définition communément admise du verbe « s'accroupir » était de « s'asseoir sur les talons » ce qui, à l'évidence, n'était pas le cas ici.

Les vidéos ne changeaient pas ses conclusions par rapport à la capacité de travail fixée à 70 %. Au contraire cette surveillance démontrait une activité de marche limitée, en adéquation avec une pathologie du membre inférieur droit, dont une arthrose du genou et un état douloureux du pied droit, chez un homme de 50 ans. Il lui paraissait que toute activité lucrative même sédentaire nécessitait des trajets avec de la marche et des stations debout. L'assuré souffrant de douleurs constantes, il lui paraissait médicalement indiqué de lui laisser le temps de faire les trajets aller-retour au travail et de lui laisser un temps de repos au travail nécessaire pour récupérer des douleurs causées par le va et vient de l'activité professionnelle.

Ces vidéos démontraient un état de handicap par la faible activité physique déployée, et notamment concernant la faible quantité de marche, enregistrée pendant la semaine où la surveillance avait eu lieu.

Les radiographies montraient une situation stabilisée au niveau du genou droit en octobre 2008, en particulier concernant la position de la rotule alors qu'après la chute de janvier 2014, la situation évoluait au niveau de la rotule droite qui s'abaissait par rapport au côté gauche, modification qui intervenait généralement après un traumatisme ; il s'agissait d'une évidence radiologique objectivable qu'un état inflammatoire durable était survenu après l'accident de janvier 2014 entraînant un phénomène de rétraction du tendon rotulien. La malposition de la rotule dans une position trop basse entraînait des phénomènes de chondropathie et donc des dégâts cartilagineux.

Il était douteux, au vu de l'évolution datant de 1996 qu'une intervention chirurgicale parvienne à enlever efficacement les douleurs du genou et permettent un plein emploi avec plein rendement ; un traitement conservateur devait se poursuivre pour conserver, voire améliorer, le status actuel. Une prise en charge dans le cadre d'une consultation spécialisée au sein d'un centre antidouleur était indiquée, s'agissant du traitement médicamenteux.

Avec la disparition des phénomènes douloureux l'assuré pouvait envisager un emploi à 100% et avec un rendement total dans une activité qui lui était adaptée (bureau, comptabilité etc.) sans port de charges ni changement de position répétitives. Dans une activité adaptée (bureau, comptabilité etc.) sans port de charges, ni changement de position répétitives, et si la problématique douloureuse du genou était écartée on pouvait s'attendre à une capacité de travail à 100%.

Depuis février 2016, l'assuré avait été mis en arrêt de travail par plusieurs médecins ; il était raisonnable pour l'expert de conclure à une capacité de travail exigible après avoir examiné l'assuré, in casu en 2018.

L'arthrose tricompartmentale du genou droit, aggravée par la chute du 21 janvier 2014, que présentait l'assuré et qui le faisait boiter, jouait un rôle certain dans l'apparition des altérations du tendon d'Achille présentes sur l'IRM du 8 février 2016 et décrites par le Dr S_____. D'autre part on pouvait aussi évoquer l'effet de l'entorse du pied droit suite à la chute du 21 janvier 2014 qui avait également causé une boiterie.

66. Le 26 août 2019, l'assuré a indiqué qu'il s'était cassé le pied et le bras droit le 9 août 2019 et qu'il souhaitait qu'Allianz reprenne le versement de ses prestations au 20 février 2016.
67. Le 10 septembre 2019, Allianz a observé que du 6 mai 2015 à ce jour, l'assuré avait eu une activité lucrative pour des entreprises dont il était propriétaire et pour des tiers. Il était associé-gérant de T_____ Sàrl, actuellement U_____ Sàrl en liquidation, actif pour le compte de V_____ Café restaurant jusqu'au 5 octobre 2015 et dès cette date jusqu'au 14 décembre 2015 pour la société W_____ SA. Il était au bénéfice d'une procuration individuelle pour cette société. Il avait été actif pour la raison individuelle X_____ SA et l'était toujours, avec une procuration individuelle. Il avait par ailleurs inscrit une nouvelle raison individuelle le 8 janvier 2019 et déclarait au fisc, selon l'assurance-invalidité, une activité lucrative au sein de « Y_____ ». Il y avait donc lieu de compléter l'instruction s'agissant de l'activité lucrative effectuée durant ces périodes.

En attendant, elle requérait un délai supplémentaire pour se prononcer sur le rapport complémentaire du Prof. O_____.

68. A la demande de la chambre de céans, la CCGC a communiqué l'extrait du compte individuel de l'assuré, duquel il ressort des revenus liés à C_____ depuis 2003 et une inscription individuelle de l'assuré dès janvier 2017.
69. Le 7 octobre 2019, l'Allianz s'est déterminée sur le rapport d'expertise complémentaire du Prof. O_____. Préalablement, elle souhaitait que deux questions soient encore posées à l'expert et que les mesures d'instructions requises concernant l'activité déployée par l'assuré soient mises en œuvre.

L'assuré, en indiquant au Dr G_____ le 19 février 2016 qu'il se déplaçait avec des cannes anglaises, avait intentionnellement donné des indications fausses pour obtenir des prestations indues ; l'on peinait par ailleurs à suivre le raisonnement du Prof. O_____ lorsqu'il affirmait que les limitations constatées sur les images vidéo justifiaient, à cette époque, une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée seulement. En effet, les limitations constatées dans les images prises en 2016 n'étaient pas d'une telle gravité qu'elles puissent justifier d'une telle limitation.

L'expert n'expliquait pas pourquoi ses constatations sur la capacité de travail de l'assuré étaient valables déjà en 2016, alors que l'ampleur des plaintes ne correspondait pas, à l'époque, aux constatations objectivées. Cette allégation était en contradiction avec le fait qu'il estimait ne pas pouvoir se prononcer sur les périodes antérieures à son examen.

S'agissant de la capacité de flexion du genou qui serait conforme à ses constatations, il ne la confrontait pas aux allégations du recourant à l'époque de l'expertise effectuée auprès du Dr G_____ et ne faisait pas preuve du recul et de l'esprit critique exigé d'un expert par rapport aux plaintes actuelles en fonction du comportement démontré à l'époque de l'expertise précédente. Il n'était par ailleurs pas fait état d'une aggravation des constatations radiologiques depuis mars 2015.

La relation de causalité naturelle et adéquate des phénomènes douloureux avec l'accident du 21 janvier 2014 était contestée ; il confirmait une incapacité de travail antérieure à son examen alors que l'expert précédent l'avait niée.

Il ne se prononçait pas sur la question de l'éventuelle causalité entre l'accident du 23 janvier 2014 et la douleur dans la région du scaphoïde, à l'origine de la boiterie constatée (voir rapport d'expertise p. 8). En effet, le Prof. O_____ précisait alors ce qui suit : « Le patient présente une boiterie antalgique en rapport avec une douleur surtout interne du pied droit dans la région du scaphoïde. » L'on devait donc en conclure que la boiterie constatée n'était donc pas en lien avec cet accident, ce d'autant que de l'avis même de cet expert « Les signes d'ostéophytose des pilons antérieurs et postérieurs avec l'ostéophytose débutante de la partie supérieure du scaphoïde qui sont relevés sur la radiographie de la cheville droite du 13 mai 2015 sont liés à des atteintes dégénératives non-traumatiques ».

70. Le 21 octobre 2019, l'assuré a observé que l'extrait de son compte individuel démontrait qu'il n'avait pas travaillé et que l'Allianz continuait à ne pas respecter ses obligations.
71. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. À teneur de l'art. 1 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 légales 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).

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 23 janvier 2014 est survenu avant cette date, le droit du recourant 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 seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Déposé le 13 mars 2017 contre la décision litigieuse du 8 février 2017, reçue par le recourant le lendemain, le recours a été interjeté en temps utile, étant par ailleurs relevé que le délai de recours, expirant en l'occurrence le samedi 11 mars 2017, était reporté au lundi 13 mars 2017 (art. 38 al. 3 LPGA).

Le recours satisfait, en outre, aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA.

Le présent recours sera donc déclaré recevable.

4. a. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 414 consid. 1a, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

b. En l'espèce, la décision attaquée confirme la décision du 27 mai 2016 qui a mis un terme à la prise en charge des frais médicaux et des indemnités journalières au 22 juillet 2014 pour la cheville droite et au 19 février 2016 pour le genou droit, au motif que le statu quo sine était fixé à ces dates-ci. Quand bien même, à la lecture

de la décision litigieuse, l'intimée semble avoir tranché le cas pour les seules suites de l'événement du 23 janvier 2014, à l'audience, elle a admis que la décision querellée, qui était imparfaite et imprécise, portait également sur les conséquences de l'accident de 1996. Elle considérait alors qu'il n'existait plus d'incapacité de travail liée aux deux accidents. Le litige porte en conséquence sur le point de savoir si les douleurs présentées par le recourant ensuite de l'événement du 2 juillet 1996 et celui du 23 janvier 2014 donnent droit à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 19 février 2016.

c. En particulier, le litige ne porte pas sur les indemnités journalières versées au recourant du 6 mai 2015 au 19 février 2016, de sorte qu'il ne sera pas donné suite à la requête de l'intimé d'effectuer une instruction complémentaire sur la question d'une éventuelle activité lucrative effectuée par le recourant durant cette période.

En effet, dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 p. 426; 125 V 413 consid. 1a p. 414 et les arrêts cités).

5. a. Par un moyen de nature formelle qu'il convient, en principe, d'examiner en premier lieu, le recourant invoque une violation de son droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse, du 18 avril 1999 [Cst. - RS 101]) lors de désignation du Dr G_____, en qualité d'expert orthopédique, lui reproche de ne pas avoir été impartial et remet en cause sa compétence professionnelle.
b. La question de savoir si ces griefs sont fondés a été laissée ouverte par la chambre de céans (ATAS/238/2018) dans la mesure où il se justifiait de mettre en œuvre une expertise judiciaire, le rapport d'expertise du Dr G_____ ne pouvant se voir conférer pleine valeur probante.
6. 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. 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; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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).

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 condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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.

7. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu 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). 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).
8. 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).

9. a. 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 U.351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). Au regard de l'art. 6 al. 3 LAA, l'assureur-accidents répond également de toutes les lésions provoquées par des soins (traitement médical) consécutifs à des accidents assurés, sans qu'il soit nécessaire que l'acte dommageable entre dans la notion d'accident ou soit dû à une erreur médicale ou à une lésion corporelle pénalement punissable (ATF 118 V 286 consid. 3c).

b. En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa).

Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs

pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n. 3 p. 8 et 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n. 23 p. 84; arrêt du Tribunal fédéral 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid.3.3).

c. Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5.a), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

d. Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

e. Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

e/aa. Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de

critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa):

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs physiques persistantes;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb). De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5, in SVR 2010 UV n. 25 p. 100; 8C_46/2011 du 18 avril 2011 consid. 5.1).

e/bb. Si l'on se réfère à la casuistique des accidents concernant des cyclistes renversés par un autre usager de la route (véhicule automobile ou cyclomoteur), les cas classés dans la catégorie des accidents de gravité moyenne ont en commun le fait que la collision s'est produite alors que le véhicule impliqué circulait à une vitesse plutôt modérée (voir par exemple les arrêts du Tribunal fédéral 8C_62/2013 du 11 septembre 2013 consid. 7.3 ; 8C_816/2012 du 4 septembre 2013 et 8C_530/2007 du 10 juin 2008). En revanche, l'accident subi par une assurée, fauchée sur un passage piétons par une voiture qui n'a pratiquement pas freiné et projetée en l'air à près de 15 m, a été rangé à la limite supérieure des accidents de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral 8C_818/2015 du 15 novembre 2016 consid. 5.3).

10. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA - RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et

les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

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 2006 n. U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral U.80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n. U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n. U 275 p. 191 consid. 1c; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 8C_102/2008 du 16 septembre 2008 consid. 2.2).

11. 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).

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).

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).

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).

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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment

pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

12. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
13. 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).

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 I.751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

14. En ce qui concerne la capacité de travail, il y a lieu de rappeler que, selon l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (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). L'indemnité journalière de l'assurance-accidents n'est pas allouée s'il existe un droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité ou à

une allocation de maternité selon la loi du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain (al. 3).

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 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence.

15. a. En l'occurrence, la chambre de céans a ordonné une expertise judiciaire bidisciplinaire.

b. Du point de vue psychiatrique, le rapport d'expertise judiciaire, fondé sur trois entretiens avec le recourant, des entretiens téléphoniques avec deux médecins traitant, comprenant une anamnèse familiale socio-affective, professionnelle, médicale et psychiatrique complète, mentionnant les plaintes du recourant et les constatations objectives de l'experte, posant un diagnostic et des conclusions clairs, remplit tous les réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

c. Le recourant a déclaré accepter l'expertise judiciaire psychiatrique. Quant à l'intimée, elle conteste la valeur probante de l'expertise psychiatrique et requiert la mise en œuvre d'une sur-expertise. Elle estime que la vidéo-surveillance mise en œuvre en 2016 aurait dû être prise en compte par l'experte afin de confronter les constatations de cette observation aux plaintes du recourant, que le rapport d'expertise est incomplet et qu'il manque notamment l'examen des indicateurs pertinents en présence d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant.

L'intimée fait en l'occurrence grand cas de la vidéo-surveillance, laquelle ne saurait, s'agissant de l'appréciation d'un trouble psychiatrique, être déterminante par rapport aux constatations de l'experte. En toute hypothèse, il n'apparaît pas nécessaire d'examiner les griefs émis par l'intimée à l'encontre de l'expertise psychiatrique judiciaire, pour les motifs qui suivent.

L'experte a retenu un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant présent six mois après l'accident du 23 janvier 2014, en lien de causalité probable avec celui-ci, entraînant une diminution de rendement de 50 %. En revanche, l'experte a clairement exclu un lien de causalité probable entre ce diagnostic et l'accident du 2 juillet 1996, en considérant que le recourant avait pu fonctionner de façon active dans tous les domaines de sa vie pendant de nombreuses années après l'accident, sans développer de troubles psychiatriques, lesquels s'étaient déclenchés avec l'accident subséquent du 23 janvier 2014.

Or, comme rappelé dans l'ordonnance d'expertise du 16 mars 2018, l'accident du 23 janvier 2014 doit être considéré comme étant de peu de gravité, ce qui n'est pas contesté par les parties. Dans cette hypothèse, le lien de causalité adéquate entre l'accident et un trouble psychique ne saurait être admis, de sorte que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant doit être considéré comme étant,

certes en lien de causalité naturelle avec l'accident du 23 janvier 2014 mais pas en lien de causalité adéquate avec celui-ci.

Ainsi, les conséquences d'un trouble psychiatrique ne peuvent être mises à la charge de l'intimée. Il n'y a pas lieu, dans ces conditions, d'examiner plus avant les griefs de l'intimée à l'égard de l'expertise psychiatrique.

16. a. Du point de vue somatique, l'expertise judiciaire orthopédique du 21 novembre 2018, ainsi que son complément du 29 juillet 2019, fondée sur un examen clinique du recourant, comprenant une anamnèse complète, la description des plaintes du recourant, une analyse détaillée des rapports d'examen d'imagerie, des diagnostics clairs, une motivation convaincante du lien de causalité entre ceux-ci et les accidents de 1996 et 2014, une appréciation motivée de la capacité de travail du recourant ainsi qu'une prise de position sur les avis médicaux au dossier, répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

Selon l'expert, s'agissant du pied et de la cheville droits, l'estimation par le Dr G _____ d'un statu quo sine fixé à six mois de l'accident de 2014 peut être confirmée. Il relève que malgré le statut congénital particulier du recourant (os naviculaire accessoire, os trigone, angle cunéo-métatarsien de 30° et articulation cunéo-métatarsienne oblique), la cheville et le pied droits ne sont pas obérés par des lésions post-traumatiques préexistantes ; en particulier, l'os naviculaire accessoire ou la synostose ne présentent pas de traumatisme. Le recourant n'a pas contesté cette conclusion, ayant en particulier requis de la chambre de céans que les expertises judiciaires soient validées.

En conséquence, s'agissant de la cheville et du pied droits du recourant, le statu quo sine, fixé au 22 juillet 2014 par l'expert, peut être confirmé.

S'agissant du genou droit, il présente, avant l'accident de 2014, des signes d'une couverture cartilagineuse tricompartmentale dégénérative post-traumatique, d'une plastie du ligament croisé rompue ou détendue et d'une rotule basse, objectivés par des examens d'imagerie (suite à l'accident de 1996). L'accident de 2014 a entraîné une contusion articulaire certaine et décompensé l'état maladif préexistant. Celui-ci évoluait lentement vers une arthrose sévère, dans un laps de temps de plusieurs années, voire plusieurs décennies. L'accident de 2014 a entraîné le franchissement d'un seuil lésionnel du genou déclenchant des réactions inflammatoires et des dégâts cartilagineux douloureux, soit une aggravation déterminante (augmentation des douleurs chroniques et des handicaps fonctionnels). La chute de 2014 a créé un dommage supplémentaire cartilagineux et entraîné une aggravation durable de l'affection antérieure. Le recourant nécessite un traitement de physiothérapie pour les douleurs au genou et éventuellement à l'avenir une prothèse totale du genou.

L'expert conclut à une capacité de travail du recourant de 70 % dans une activité adaptée, soit permettant les changements de position, avec déplacements limités et sans port de charges, depuis l'examen clinique de 2018, en raison de l'atteinte au

genou droit du recourant, singulièrement de douleurs constantes et d'une boiterie. En particulier, les images de la vidéosurveillance de 2016 ne modifient pas les conclusions d'une capacité de travail limitée à 70 %.

Au vu des constatations de l'expert judiciaire, il convient d'admettre que l'état de santé du recourant est stabilisé et qu'il l'était déjà au 19 février 2016, date de l'examen par le Dr G_____, l'expert n'ayant pas donné d'éléments contraire. En effet, l'expert relève, s'agissant des mesures thérapeutiques, uniquement le suivi d'un traitement de physiothérapie et évoque la nécessité dans le futur d'une éventuelle chirurgie.

b. Le recourant a déclaré accepter l'expertise judiciaire orthopédique. Quant à l'intimée, elle émet plusieurs griefs à l'encontre de l'expertise judiciaire orthopédique. Ceux-ci ne sont toutefois pas à même de remettre en cause la valeur probante de celle-ci.

b/aa. Préalablement, elle sollicite une instruction complémentaire auprès de l'expert judiciaire, afin que celui-ci détermine, d'une part, si l'examen IRM du 2 mai 2018 démontre une aggravation par rapport aux constatations radiologique du 13 mai 2015, d'autre part, si l'apnée du sommeil explique les difficultés de sommeil et le manque de concentration du recourant.

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; cf. ATF 131 I 153 consid. 3 p. 157; 125 I 127 consid. 6c/cc p. 135). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; cf. ATF 124 V 90 consid. 4b p. 94; 122 V 157 consid. 1d p. 162 et l'arrêt cité ; arrêt du Tribunal fédéral 9C 208/2011 du 21 novembre 2011).

Or, en l'occurrence l'expert judiciaire a clairement indiqué qu'après la chute de 2014, la situation avait évolué au niveau de la rotule droite qui s'abaissait, phénomène qui intervenait généralement après un traumatisme ; il s'agissait là d'une évidence radiologique objectivable, qu'un état inflammatoire durable était survenu après l'accident de janvier 2014 entraînant un phénomène de rétraction du tendon rotulien. La malposition de la rotule, dans une position trop basse, entraînait des phénomènes de chondropathie et donc des dégâts cartilagineux.

L'expert judiciaire a ainsi attesté d'une aggravation durable survenue après l'accident de 2014, de sorte qu'il n'est pas pertinent de déterminer si l'IRM du 2 mai 2018 démontre une aggravation depuis le 13 mai 2015.

Par ailleurs, le manque de sommeil n'étant pas évoqué par l'expert judiciaire comme limitation fonctionnelle justifiant une limitation de la capacité de travail et le manque de concentration étant relié à la présence de douleurs et non pas de

fatigue, il n'y a pas lieu d'investiguer la question de l'impact d'un éventuel syndrome d'apnée du sommeil sur la santé du recourant.

Aussi sera-t-il renoncé, pour appréciation anticipée des preuves, à une instruction supplémentaire.

b/bb. L'intimée estime que la recourant, en déclarant au Dr G_____ le 19 février 2016 qu'il se déplaçait avec des cannes anglaises, a intentionnellement donné des indications fausses en vue d'obtenir des prestations indues.

Or, le recourant a précisé le 20 mai 2016 que, sur conseil de son médecin traitant, il marchait parfois sans cannes pour remuscler sa jambe droite, seulement pendant trente à quarante minutes, ce qui correspondait aux temps de marche indiqués dans le cadre de la vidéo-surveillance, lors de laquelle le recourant se déplaçait sans cannes anglaises (en mars - avril 2016). En outre, aucun élément au dossier ne permet de conclure que le recourant aurait eu l'intention d'obtenir de prestations indues, ce d'autant que l'expert judiciaire précise que le recourant présente encore à ce jour des séquelles accidentelles, en lien avec les accidents de 1996 et 2014, justifiant une diminution de sa capacité de travail de 30 % et des soins (séance de physiothérapie, traitement médicamenteux antidouleur et éventuelle mise en place d'une prothèse totale du genou).

b/cc. L'intimée affirme que les limitations constatées par la vidéo-surveillance ne sont pas d'une telle gravité qu'elle puissent justifier une diminution de la capacité de travail à 70 %.

A cet égard, il convient de rappeler que selon le Tribunal fédéral, un rapport de surveillance ne constitue pas, à lui seul, un fondement sûr pour constater les faits relatifs à l'état de santé ou la capacité de travail de la personne assurée. Il peut tout au plus fournir des points de repère ou entraîner certaines présomptions. Seule l'évaluation par un médecin du matériel d'observation peut apporter une connaissance certaine des faits pertinents (ATF 137 I 327). Cette exigence d'un regard et d'une appréciation médicale sur le résultat de l'observation permet d'éviter une évaluation superficielle et hâtive de la documentation fournie par le détective privé.

Or, l'expert judiciaire, après avoir pris connaissance des images de la vidéo-surveillance, a confirmé les conclusions de son expertise, en relevant que le recourant se déplaçait le plus souvent à pas lents, avec parfois une boiterie discrète mais bien présente et une prise d'appui à la montée d'escaliers et lors de la marche, en déployant une activité minimale ; le taux d'activité observé était compatible avec la présence d'une arthrose du genou et une douleur au pied droit ; le recourant était capable de fléchir les genoux, comme le montrait une image, ce qui ne contredisait pas l'examen clinique ; sa faible activité physique déployée démontrait un état de handicap et ne modifiait pas les conclusions de l'expertise.

Au vu de cette analyse, on ne saurait retenir, comme le fait l'intimé, que les images de la vidéo-surveillance excluent les limitations indiquées par l'expert judiciaire.

b/dd. L'intimée estime que l'expert judiciaire n'explique pas pourquoi le recourant présentait, déjà en 2016, des limitations dues aux douleurs chronicisées alors que l'ampleur des plaintes ne correspondait pas, à l'époque, aux constatations objectives.

A cet égard, une discrédance entre les plaintes et l'examen clinique a été évoquée par le Dr G_____, en février 2016, mais pas par l'expert judiciaire, lequel a critiqué le rapport d'expertise du Dr G_____ sur plusieurs points, notamment concernant les constatations objectives effectuées par ce dernier (diminution de flexion du genou droit de 20 ° à droite et non pas de 10 ° ; présence sans aucun doute d'une atrophie musculaire ; évocation par le Dr G_____ de manifestation de gonarthrose et d'une éventuelle arthrose du genou à l'avenir, sans mentionner ces diagnostics ; éléments permettant de considérer, que pour l'expert G_____, il existait un état de pré-arthrose bien présent ; présence d'une rotule basse à droite par rapport à gauche selon les radiographies du 19 février 2016).

En outre, le fait que l'expert judiciaire n'ait procédé à une évaluation de la capacité de travail du recourant que depuis son examen clinique de 2018 n'est pas contradictoire avec les critiques qu'il a formées à l'encontre du rapport d'expertise du Dr G_____.

Enfin, l'expert judiciaire a considéré que les plaintes du recourant étaient objectivables, de sorte que, contrairement à l'avis de l'intimé, il n'avait pas à faire preuve de recul et d'esprit critique par rapport à ces plaintes, en fonction du comportement démontré lors de l'examen par le Dr G_____.

b/ee. L'intimée conteste le lien de causalité entre les phénomènes douloureux et l'accident de 2014. A cet égard, l'expert judiciaire a expliqué en détail l'évolution de la pathologie du genou droit du recourant, depuis l'accident de 1996 et son aggravation suite à l'accident de 2014. Le recourant a subi une fracture de l'extrémité supérieur du tibia et une plaie ouverte de la rotule droite nécessitant cinq interventions chirurgicales. La chute de 2014 a aggravé durablement la situation du genou présentant déjà des signes d'une couverture cartilagineuse tricompartmentale dégénérative post-traumatique, d'une plastie du ligament croisé rompue ou détendue et d'une rotule basse ; elle a créé un dommage cartilagineux supplémentaire et des réactions inflammatoires ; il y a une évolution vers une gonarthrose tricompartmentale. Les lésions du genou droit sont graves ; l'association de traumatismes entraîne des dégâts peu visibles immédiatement, mais avec des conséquences tardives importantes sur les ligaments, les cartilages et les ménisques ; le recourant a aussi présenté une algodystrophie du genou droit entre 1996 et 2002.

L'arthrose tricompartmentale du genou droit entraîne ainsi un état douloureux et des limitations fonctionnelles, avec aggravation de la situation dès la chute de 2014.

L'intimé se borne à contester la présence de phénomènes douloureux en lien avec l'accident de 2014, ce qui entre en contradiction avec les constatations objectives

de l'expert judiciaire, lequel estime même qu'une intervention chirurgicale quel qu'elle soit ne serait pas à même de supprimer efficacement les douleurs du genou, de sorte à permettre une capacité de travail totale, avec plein rendement (complément d'expertise judiciaire p. 4). L'expert judiciaire a confirmé la présence de douleurs incapacitantes en lien avec les accidents, dont celui de 2014 ayant aggravé la situation préexistante et estime qu'un traitement conservateur pour maîtriser les phénomènes douloureux est exigible, mais qu'il relève d'un avis spécialisé tel qu'un centre antidouleur (complément d'expertise judiciaire p. 4).

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de confirmer l'existence de phénomènes douloureux incapacitants, en lien de causalité avec l'accident de 2014.

Par ailleurs, la mesure dans laquelle les phénomènes douloureux sont imputables exclusivement à l'accident de 1996 par rapport à celui de 2014 n'a pas à être déterminée, dès lors que l'accident de 1996 a été pris en charge par l'intimée et que l'objet du litige a été élargi aux conséquences de celui-ci. Quoi qu'il en soit, l'expert judiciaire a estimé que l'accident de 2014 avait aggravé durablement l'état de santé du recourant, de sorte que le statu quo sine n'était pas atteint. Par ailleurs, il a engendré une boiterie, elle-même responsable d'une tendinopathie fissuraire du tendon d'Achille imputable à l'accident de 2014, comme il sera exposé ci-après.

Partant il convient d'admettre que le recourant présente des phénomènes douloureux du genou et du tendon d'Achille, post-traumatiques et incapacitants, dont doit répondre l'intimée.

b/ff. L'intimée considère encore que l'expert judiciaire déclare de façon contradictoire que le recourant était incapable de travailler avant son examen clinique, tout en estimant ne pas pouvoir se prononcer sur la capacité de travail du recourant avant celui-ci.

A cet égard, l'expert judiciaire ne s'est pas contredit, puisqu'il constate que le recourant a été mis en arrêt de travail total par un certain nombre de médecins et qu'il est raisonnable, pour un expert, de conclure à une capacité de travail d'un assuré seulement après avoir examiné celui-ci. Finalement, on constate que l'expert judiciaire a simplement renoncé à apprécier la capacité de travail du recourant entre le 19 février 2016, date de l'examen clinique effectué par le Dr G_____, et le 27 juin 2018, date de son propre examen clinique.

Au regard de l'expertise judiciaire, il est établi que le recourant présente, à tout le moins depuis le 27 juin 2018, une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée, respectant ses limitations fonctionnelles (avec alternance des positions, déplacements limités et sans port de charges).

Aucun élément issu de l'expertise judiciaire ne permet d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que cette capacité de travail n'existait pas au 19 février 2016, soit à la date de l'examen clinique du Dr G_____, ce d'autant que l'expert judiciaire constate que la tendinopathie du tendon d'Achille était pas ou peu symptomatique au jour de l'examen clinique du Dr G_____ (expertise

judiciaire p. 30) et qu'elle s'est donc péjorée par la suite et qu'il n'a pas relevé d'autres diagnostics au jour de l'examen du Dr G_____ que ceux constatés par lui-même. Par ailleurs, les certificats d'arrêt de travail établis par les médecins traitants, auquel se réfère l'expert judiciaire, ne se prononcent pas sur une capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, mais uniquement dans l'activité habituelle, étant en outre relevé que le Dr B_____ a admis, dans son rapport du 29 décembre 2016, qu'une exigibilité pourrait être retenue dans une activité adaptée en fonction des limitations fonctionnelles à définir. Il convient ainsi de retenir une capacité de travail du recourant de 70 % dans une activité adaptée depuis le 19 février 2016.

b/gg. Enfin, l'intimée estime que, selon les propos de l'expert judiciaire, la boiterie du recourant n'est pas en lien avec l'accident de 2014 mais avec une atteinte dégénérative de la cheville droite.

A cet égard, l'expert judiciaire a précisé que l'arthrose compartimentale du genou droit, aggravée par la chute de 2014, a entraîné une boiterie jouant un rôle certain dans l'apparition de la tendinopathie fissuraire du tendon d'Achille, même si l'entorse de la cheville droite a également causé une boiterie (expertise judiciaire p. 26 et son complément p. 5).

Ainsi, la tendinopathie fissuraire du tendon d'Achille est bien imputable à l'accident de 2014 (à cet égard RAMA 2003 n°U38/01 p. 337).

c. Au vu de ce qui précède, il convient de suivre les conclusions de l'expertise judiciaire orthopédique et de confirmer que le statu quo sine est atteint le 22 juillet 2014 pour l'état du pied et de la cheville droits du recourant, que l'état de santé est stabilisé au 19 février 2016, que le recourant présente des affections du genou droit et une tendinopathie fissuraire du tendon d'Achille en lien avec l'accident de 2014, voire avec celui de 1996.

En conséquence, le recourant a droit aux indemnités journalières de l'intimée jusqu'au 19 février 2016. Dès cette date, l'intimé doit examiner le droit du recourant à la prise en charge d'un traitement médical, à une rente d'invalidité et à une IPAI, tenant compte des conclusions de l'expertise judiciaire orthopédique.

17. Le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse réformée dans le sens que les conséquences des affections au genou droit et au tendon d'Achille du recourant sont à la charge de l'intimée. La cause sera renvoyée à celle-ci afin qu'elle se prononce sur le droit du recourant à la prise en charge d'un traitement médical, à une rente d'invalidité et à une IPAI, tenant compte des conclusions de l'expertise judiciaire orthopédique.

Pour le surplus, la procédure est gratuite.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision litigieuse, dans le sens des considérants.
4. Renvoie la cause à l'intimée, dans le sens des considérants.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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