

GE_GERICHTE ATAS/51/2020 vom 27. Januar 2020

GE Cour de justice, 2020-01-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_51_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/51/2020 du 27 janvier 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/51/2020 del 27 gennaio 2020

Erwägungen

E. 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-traumatiques préexistantes et de ce fait un délai de six mois paraissait justifié quant au retour à la situation statu quo ante.

A/853/2017 - 27/52 - 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-traumatiques. 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_____

A/853/2017 - 28/52 - 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 connues 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

A/853/2017 - 29/52 - 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 cunéométatarsienne 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 asséculo-logique 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 réinsérera le jambier postérieur (opération de Kidner modifiée) ainsi qu'un allongement de la chaîne postérieure selon Strayer.

A/853/2017 - 30/52 - 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.

A/853/2017 - 31/52 - S'agissant de l'expertise psychiatrique, elle n'examinait pas les incohérences patentes 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 discrétance 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).

A/853/2017 - 32/52 - 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

A/853/2017 - 33/52 -

E. 26

septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er 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.

A/853/2017 - 36/52 - 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 1er 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 attaquée. 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

A/853/2017 - 37/52 - 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

A/853/2017 - 38/52 - 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

A/853/2017 - 39/52 - 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

A/853/2017 - 40/52 - 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

A/853/2017 - 41/52 - 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

A/853/2017 - 42/52 - 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

A/853/2017 - 43/52 - 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

A/853/2017 - 44/52 - 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

A/853/2017 - 45/52 - 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,

A/853/2017 - 46/52 - 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 tricompartimentale 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

A/853/2017 - 47/52 - 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

A/853/2017 - 48/52 - 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.

A/853/2017 - 49/52 - 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 supérieure 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

A/853/2017 - 50/52 - 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. Quoiqu'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

E. 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

A/853/2017 - 51/52 - 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.

A/853/2017 - 52/52 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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