

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1620/2011

ATAS/1194/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 septembre 2014

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à MEYRIN, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Cyrille TARDIN

recourant

contre

GENERALI ASSURANCES GENERALES SA, sise avenue
Perdtemps 23, NYON

intimée

et

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN
CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

appelée en
cause

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1947, a travaillé en tant que vendeur de voitures d'occasion auprès de B_____ Sàrl dès le 1^{er} janvier 2007. A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels et les maladies professionnelles auprès de GENERALI ASSURANCES SA (ci-après l'assurance ou l'intimée).
2. Le 5 janvier 2007, l'assuré a envoyé une déclaration de sinistre à l'assurance concernant un sinistre survenu sur une piste de ski le 7 janvier 2007 (*sic*) touchant la cheville gauche et les genoux. Il a déclaré ne pas avoir subi d'incapacité de travail à la suite de cet événement.
3. Dans son rapport du 23 février 2007, le Dr C_____ a indiqué que l'assuré s'était tordu la colonne cervicale, la cheville et le genou gauche lors d'un accident de ski survenu le 7 janvier 2007. Lors de son examen du lendemain, le médecin avait constaté des douleurs cervicales ainsi qu'à la cheville et au genou gauches et diagnostiqué une contusion cervicale et une distorsion de la cheville et du genou gauches. Il n'y avait pas d'incapacité de travail.
4. Le Dr C_____ a indiqué dans son rapport du 25 mai 2007 que du point de vue subjectif, l'évolution était plus ou moins favorable avec les médicaments. Objectivement, une amélioration était obtenue. Le traitement était terminé.
5. Le 16 juillet 2007, l'assuré a déclaré un nouvel accident survenu le 4 juillet 2007. Il a décrit l'accident en ces termes "Transport de la voiture pour livraison travail", précisant qu'il avait entraîné des blessures aux genoux, à la main gauche et aux dents. Lors d'un entretien téléphonique du 31 juillet 2007, l'assuré a précisé qu'il s'était achoppé au trottoir en sortant de sa voiture.
6. Dans son rapport du 20 juillet 2007, le Dr C_____ a indiqué que l'assuré avait raté la marche du trottoir. Il s'était tordu la cheville gauche et était tombé en avant sur le genou et la main gauches. Les premiers soins avaient été prodigués le lendemain de l'accident. L'assuré présentait une forte tuméfaction de la main et du poignet gauches, des douleurs et des contusions du genou gauche, une forte tuméfaction et une enflure de la cheville gauche. Le diagnostic était celui de présomption de contusions multiples. L'incapacité de travail était complète depuis le 4 juillet 2007 pour une durée indéterminée.
7. La Dresse D_____, spécialiste FMH en radiologie, a pratiqué une IRM de la cheville et du pied gauches de l'assuré en date du 22 août 2007. Dans son rapport du 19 octobre 2007, elle a conclu à un épanchement liquidien le long du tendon du muscle tibial postérieur évoquant une vraisemblable ténosynovite post-traumatique, un petit œdème de la partie externe de l'astragale évoquant une petite zone de

contusion osseuse, une atteinte du ligament deltoïde vraisemblablement post-entorse et une tuméfaction des tissus mous.

8. Dans son rapport du 19 octobre 2007, le Dr C_____ a diagnostiqué des contusions multiples de la main, du genou et de la cheville gauches, une ténosynovite post-traumatique, une contusion osseuse de l'astragale et une atteinte du ligament deltoïde. L'assuré avait des douleurs à la marche et boitait. En raison de l'échec du traitement conservateur, une immobilisation de la cheville était tentée. Le traitement durerait environ trois semaines. L'incapacité de travail perdurait.
9. Le Dr E_____, spécialiste FMH en radiologie, a réalisé une scanographie de la cheville et du pied gauche le 14 novembre 2007. Dans son rapport du lendemain, il a conclu à une entorse de la cheville ayant intéressé la région astragalo-malléolaire interne, à la présence d'un éperon calcanéen et à la probabilité d'une déminéralisation osseuse. Les constatations n'expliquaient pas la totalité de la symptomatologie présentée quatre mois après l'accident, raison pour laquelle une algodystrophie devait être investiguée au moyen d'une scintigraphie osseuse à effectuer.
10. Dite scintigraphie a été pratiquée le 28 novembre 2007 par le Dr E_____, qui n'a relevé aucun signe en faveur d'une éventuelle métastase osseuse. L'entorse était confirmée mais il n'y avait pas de signe en faveur d'une algoneurodystrophie.
11. La Dresse F_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a diagnostiqué dans son rapport du 7 mars 2008 une entorse de la cheville gauche avec ténosynovite tibiale postérieure post-traumatique, une contusion osseuse de l'astragale et des corps libres intra-articulaires. L'assuré se plaignait de la persistance des douleurs et des blocages et sa mobilité sous-astragalienne était nulle. L'incapacité de travail était nulle depuis le 7 janvier 2008 pour une durée indéterminée.
12. L'assuré a déclaré un nouveau sinistre à l'assurance le 31 mars 2008. Il a fait état d'un accident de la circulation survenu le 15 mars 2008 avec un choc à 50 km/h par l'arrière au feu rouge. Il avait subi des blessures à la tête et aux jambes.
13. La Dresse F_____ a indiqué dans son rapport du 25 avril 2008 que l'assuré souffrait d'importantes contractures musculaires paracervicales et d'une importante limitation de la mobilité. Les examens radiologiques étaient normaux. Elle a posé le diagnostic de coup du lapin, en lien de causalité certain avec l'accident. L'incapacité de travail était totale pour une durée indéterminée depuis le 15 mars 2008. Lors du contrôle du 17 avril 2008, les cervicalgies, les céphalées et la limitation de la mobilité persistaient. Il y avait cependant une légère amélioration en général et l'assuré ne portait plus de minerve.
14. Dans son rapport du 16 mai 2008, le Dr G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué un status après entorse de la cheville gauche en juillet

2007 avec un arrachement de la face interne de l'astragale, constaté par radiographie. L'assuré se plaignait de douleurs à l'effort et marchait avec une canne et une attelle. Le médecin a constaté des douleurs à la palpation de l'interligne articulaire de la cheville gauche et une bonne mobilité malgré une augmentation des douleurs lors de charges. Il a précisé qu'il n'avait été consulté qu'une seule fois par l'assuré en date du 8 février 2008. Une indication à un toilettage articulaire chirurgical avait été discutée.

15. L'assuré a subi une arthrotomie et une toilette articulaire de la cheville gauche, pratiquées par le Dr G_____ le 8 septembre 2008. Un petit ostéophyte antérieur avait été excisé, de même qu'un fragment arraché de l'astragale.
16. Dans son rapport du 12 septembre 2008, le Dr G_____ a diagnostiqué un syndrome douloureux chronique de la cheville gauche avec fragment antérieur interne de l'astragale. L'incapacité de travail était complète depuis le 8 juillet 2007 et il était encore trop tôt pour établir un pronostic.
17. Le Dr G_____ a établi un nouveau rapport le 26 novembre 2008. Il a diagnostiqué un status après toilettage articulaire de la cheville gauche avec surinfection à staphylocoques dorés. L'assuré se plaignait de douleurs diffuses très importantes de la cheville et le médecin constatait une raideur de cette articulation sans signes infectieux actuels. L'incapacité de travail restait totale et le pronostic était mauvais.
18. L'assurance a confié une expertise aux Drs H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, I_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et J_____, spécialiste FMH en neurologie. Celle-ci a eu lieu les 10 et 12 décembre 2008. Dans leur rapport du 17 mars 2009, les experts ont résumé une partie du dossier médical de l'assuré et interrogé ce dernier sur son historique médical. Il a précisé avoir subi deux accidents, en 2007 et 2008. L'assuré s'est plaint de brûlures à la face interne de la cheville et du pied avec deux à trois fois par semaine des décharges électriques douloureuses irradiant vers le genou, des douleurs constantes à la face interne du pied et de la cheville, plus importantes la nuit, d'un périmètre de marche limité à un quart d'heure à vingt minutes avec des cannes anglaises et d'une position assise limitée par les douleurs du dos à une demi-heure ou une heure. Les douleurs dorsales concernaient surtout le bas du dos et la mobilité de la nuque était limitée. L'assuré a déclaré ne pas avoir subi de cervico-céphalo-lombalgies avant l'événement accidentel. Il s'estimait incapable de reprendre son activité de vendeur et de réparateur de voitures d'occasion en raison de ces troubles. Au plan psychique, l'assuré ne se plaignait que de douleurs. Il évoquait également des problèmes de mémoire de longue date que l'accident n'avait pas aggravés, d'un léger ralentissement psychomoteur et de quelques ruminations en lien avec les douleurs. Il n'y avait pas d'anxiété particulière, pas de phobie sociale ni d'élément d'anxiété généralisée ou de doute pathologique. L'assuré décrivait un certain perfectionnisme dans son travail et une nature pessimiste. Il ne se plaignait ni de fatigue, ni de

tristesse ou d'irritabilité. Il ne présentait pas de sentiment de culpabilité, de dévalorisation ou de baisse de la confiance en soi, d'idée noire ou d'idée suicidaire. Les douleurs perturbaient son sommeil mais son appétit était conservé. Les experts ont également retracé l'anamnèse sociale et professionnelle de l'assuré avant de procéder à des examens cliniques. Du point de vue orthopédique, le Dr H_____ a notamment relevé une légère tuméfaction de la cheville. Les amplitudes articulaires étaient extrêmement limitées avec une flexion-extension de la cheville d'à peine 10°. La prosupination de l'avant-pied était totalement bloquée. L'expert a noté qu'il avait plutôt l'impression que l'assuré résistait en partie à la mobilisation à cause des douleurs alléguées plutôt qu'en raison d'une réelle raideur articulaire. Au niveau des hanches, des douleurs du pli inguinal gauche étaient signalées lors de la flexion de la hanche et les rotations internes étaient très limitées des deux côtés. Une amyotrophie de la cuisse et du mollet gauches était constatée.

L'examen neurologique a révélé une limitation apparemment majeure de la mobilité du rachis cervical en grande partie en raison d'une réaction antalgique immédiate avec autolimitation du mouvement. Les insertions cervico-occipitales et le chef supérieur du trapèze restaient bilatéralement sensibles à la pression avec un trapèze contracturé bilatéralement. L'examen du rachis dorso-lombaire montrait des troubles statiques vertébraux discrets à modérés, une percussion des apophyses épineuses dorsales moyennes et lombaires sensibles, un certain degré de contracture de la musculature para-vertébrale dorso-lombaire et une limitation modérée en partie en raison de la réaction antalgique de la flexion latérale et antérieure lombaire. La marche spontanée se faisait avec une boiterie en raison du problème orthopédique au niveau du pied gauche. L'examen des paires crâniennes et des membres supérieurs était sans anomalie significative hormis une hypopallesthésie des deux membres supérieurs. Il n'y avait aucun signe d'atteinte radiculaire, médullaire ou encéphalique mais il existait des éléments compatibles avec une atteinte polyneuropathique essentiellement sensitive des membres inférieurs, en relation avec le diabète insulino-dépendant. L'expert a exclu une atteinte neurologique proprement dite en relation avec l'évènement accidentel du 15 mars 2008. L'assuré s'était présenté sans aucun document radiologique. Le Dr J_____ avait pris note du résultat d'une IRM lombaire pratiquée le 5 août 2008, qui n'avait révélé que de discrets troubles dégénératifs discaux pluri-étagés sans évidence de compression radiculaire, de lésion post-traumatique et de sténose du canal lombaire. L'examen neurologique avait été complété par une IRM cervicale réalisée le 18 décembre 2008, qui n'avait mis en évidence aucune lésion post-traumatique mais des remaniements dégénératifs disco-vertébraux pluri-étagés modérés prédominant en C5-C6 et C6-C7, avec un petit rétrécissement des trous de conjugaison C5-C6 des deux côtés et C6-C7 gauche, sans évidence certaine de compression radiculaire ou médullaire. Le Dr I_____ a noté lors de son examen que l'assuré, qui n'avait pas adopté de position algique et était resté assis, ne manifestait ni tristesse, ni labilité émotionnelle, ni ralentissement ou d'accélération

psychique, ni fatigue. Sur la base de ces éléments, il n'y avait pas lieu de retenir un diagnostic psychiatrique. On pouvait notamment exclure un trouble somatoforme, l'assuré n'ayant pas de restriction marquée du champ de la pensée sur la douleur ni de tendance à remettre en question les conclusions des médecins. L'expert n'a pas non plus observé de trouble de l'humeur, de trouble anxieux ou de trouble manifeste de la personnalité. Il n'existait pas de limitation fonctionnelle du point de vue psychiatrique. Dès lors, il pouvait reprendre son activité habituelle à raison de 8 heures par jour sans diminution de rendement.

En conclusion, le Dr H_____ a souligné que le bilan radiologique complet (IRM, scan et scintigraphie) mettait en évidence des séquelles d'entorse avec fragments libres intra-articulaires à la face interne de l'astragale. Ces fragments avaient un aspect radiologique ancien mais il était difficile de se prononcer sur la date d'apparition de ces lésions. L'assuré ne se rappelait pas avoir subi un accident auparavant à cette articulation. L'entorse avait vraisemblablement entraîné des lésions ligamentaires nouvelles et soit ces arrachements osseux, soit une décompensation persistante de ces lésions osseuses peut-être anciennes. Le *statu quo sine* n'était probablement pas encore atteint lors de l'intervention du mois de mai 2008, qui s'était compliquée d'une surinfection. Malgré des lavages et une antibiothérapie, la guérison n'était pas garantie et des douleurs importantes subsistaient. Du point de vue neurologique, l'expert a conclu au vu de l'imagerie et de l'examen clinique que l'assuré avait été victime le 15 mars 2008 d'une probable distorsion cervicale/contusion cervico-crânienne associée à une contusion lombaire banale. Il n'existait aucun élément anamnestique, clinique et radiologique permettant de conclure que cet accident avait entraîné une atteinte structurelle significative du système nerveux et locomoteur (rachidien). Moins de deux ans après cet événement, la persistance de plaintes modérées aux niveaux cervical et lombaire devait être considérée comme encore en relation de causalité naturelle avec l'évènement accidentel. Par contre, l'importance apparente des douleurs et de la limitation de la mobilité du rachis cervico-lombaire mise en évidence lors du présent bilan divergeait clairement de l'évolution habituelle de ce type de traumatisme et devait faire craindre un certain degré de chronicisation de la symptomatologie, l'importance des troubles actuels et leurs répercussions sur la capacité de travail ne trouvant pas d'explication claire dans les seules conséquences de l'évènement accidentel. Par ailleurs, l'étude des documents radiologiques à disposition permettait d'écarter l'existence de troubles dégénératifs disco-vertébraux majeurs ou d'une autre pathologie intrarachidienne susceptibles de justifier l'importance des troubles, qui restaient donc sans explication somatique claire tant post-traumatique que malade.

Les experts ont posé les diagnostics suivants: entorse de la cheville gauche avec arrachements osseux à la face interne de l'astragale, contusion du genou et de la main gauches; surinfection postopératoire de la cheville gauche à staphylocoques dorés; syndrome douloureux persistant de la cheville gauche, atteintes consécutives

à l'accident de 2007 et en lien de causalité certaine à vraisemblable avec cet accident; et à la suite de l'accident de 2008 possible traumatisme cranio-cérébral mineur, vraisemblablement une distorsion/contusion cervicale simple ainsi qu'une contusion dorsolombaire et rachialgies cervico-lombaires persistantes. L'accident de 2008 représentait le facteur déclenchant de la symptomatologie apparue par la suite, et sans lequel les plaintes actuelles ne seraient vraisemblablement pas apparues au même moment et avec la même importance. En cela, l'apparition des troubles était en relation de causalité naturelle d'autant plus certaine avec l'évènement accidentel que l'assuré ne s'était auparavant jamais plaint de rachialgies et de céphalées, et le lien de causalité naturelle subsistait s'agissant des rachialgies cervico-lombaires modérées. Il n'existait pour ces diagnostics pas de facteurs étrangers à l'accident, bien que le Dr H_____ ait insisté sur l'aspect radiologique ancien des fragments osseux. S'agissant de l'évolution, ce spécialiste a indiqué qu'il n'était pas sûr que l'infection fût guérie. Une réactivation était possible et pourrait nécessiter d'autres traitements, éventuellement chirurgicaux. La situation devrait être évaluée au fur et à mesure. Une amélioration, voire une guérison, était possible, mais non garantie. Les douleurs pouvaient persister et une arthrose pourrait également survenir. Il n'y aurait jamais de *statu quo sine* ou *statu quo ante* au niveau de la cheville gauche. Au plan neurologique, il s'agissait de poursuivre le traitement actuel, relativement léger. On ne pouvait admettre de *statu quo ante* puisque les plaintes persistaient, même si l'importance des troubles ne trouvait pas d'explication somatique claire. Les experts ont considéré que la capacité de travail en tant que réparateur et préparateur de voitures était nulle. En raison de l'atteinte à la cheville gauche, l'activité d'administrateur - qui représentait 10 % du temps de travail selon les déclarations de l'assuré - était possible. A moyen terme, une activité sédentaire en position assise avec la possibilité de changer de position était envisageable, à un taux qu'il serait peut-être nécessaire de faire évaluer par un stage. Il y avait toutefois lieu d'attendre l'évolution de la surinfection dans les mois à venir. Du point de vue neurologique, le spécialiste a estimé que l'assuré disposait d'une capacité de travail complète six mois après l'accident du 15 mars 2008 tant dans l'activité habituelle que dans une activité similaire adaptée, sans port régulier de charges de plus de dix kg et sans position prolongée du rachis dans une activité fixe. Aucune incapacité de travail pour motifs psychiques n'était retenue.

19. Le Dr K_____, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à la radiographie de la cheville de l'assuré le 29 octobre 2008. Dans son rapport du 17 décembre suivant, il a décrit un status inchangé par rapport à l'examen précédent du 29 septembre 2008, sans fracture. L'articulation tibio-astragaliennne était congruente et il n'y avait pas de tuméfaction pathologique des parties molles. Un éperon calcanéen et une enthésopathie calcifiante au niveau de l'insertion du tendon d'Achille étaient présents.
20. Un rapport du 17 décembre 2008 de radiographie de la cheville gauche réalisée le 6 février 2008 par le Dr L_____, spécialiste FMH en radiographie, a fait état

d'une absence de lésion osseuse traumatique ancienne ou récente, sans signe d'une éventuelle instabilité au niveau de la mortaise. L'interligne articulaire était conservé, les espaces graisseux péri-articulaires présents. Il y avait une épine calcanéenne plantaire et au niveau de l'insertion du tendon d'Achille.

21. Le 26 janvier 2009, le Dr G_____ a repris le diagnostic de son rapport précédent. L'évolution était défavorable en raison de l'hyperalgie de la cheville et du pied gauches. Un dommage permanent était à craindre sous forme de raideur résiduelle.
22. Dans un courrier du 6 février 2009 au médecin-conseil de l'assurance, le Dr G_____ a noté une évolution défavorable bien que la plaie soit bien refermée et la cheville relativement calme. L'assuré présentait un syndrome hyper-algique diffus de toute la cheville, avec une raideur importante. L'assuré ne pouvait marcher sans attelle et ne pouvait conduire. Afin d'interrompre le cycle inflammatoire chronique, le Dr G_____ préconisait une hospitalisation à la Clinique de la Lignière pour prise en charge antalgique et rééducation.
23. Le 11 février 2009, la Dresse D_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu que la radiographie de la cheville du 8 janvier 2009 ne révélait pas de fracture ou d'arrachement nettement identifiable. Une minime ébauche d'ostéophytose de la pointe de la malléole interne était présente, ainsi qu'un éperon calcanéen inférieur. Elle a observé une ébauche d'ossification de l'insertion du tendon d'Achille sur la tubérosité calcanéenne postérieure, sans autre anomalie significative.
24. Dans son rapport du 17 février 2009, la Dresse F_____ a diagnostiqué une entorse de la cheville gauche et une arthrotomie et toilette articulaire avec surinfection. L'évolution s'était caractérisée par une algodystrophie sévère. La reprise du travail n'était pas possible et un dommage permanent était à craindre. L'assuré pouvait encore conduire un véhicule automatique sur de courts trajets lorsqu'il ne prenait pas d'antalgiques majeurs.
25. Dans son rapport au médecin-conseil de l'assurance, le Dr M_____, spécialiste FMH en médecine physique auprès de la Clinique de la Lignière où l'assuré a séjourné dès le 23 mars 2009, a posé les diagnostics d'arthrotomie et toilette articulaire de la cheville gauche, d'infection à staphylocoques dorés péri-cicatricielle de la cheville gauche et de lombalgies chroniques. L'assuré souffrait également de diabète insulino-dépendant, d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie, de cardiopathie ischémique avec pose de trois stents en 2003, de lobectomie gauche en 2002 pour un carcinome pulmonaire et de tabagisme. Le Dr M_____ a requis une prolongation de deux semaines de la prise en charge de l'hospitalisation, en précisant que les douleurs dépassaient largement le problème orthopédique de la cheville et que des investigations afin de trouver une étiologie neurologique ou inflammatoire étaient en cours, de même qu'une adaptation du traitement antalgique.

26. La Dresse N_____, spécialiste FMH en neurologie, a examiné l'assuré le 30 mars 2009. Dans son rapport du lendemain, elle a diagnostiqué des douleurs probablement d'origine plurifactorielle du membre inférieur gauche et une polyneuropathie sensitive probablement d'origine diabétique. L'examen clinique était extrêmement difficile et l'anamnèse fort variable. L'électroneuromyographe, qui n'avait pu être réalisé que partiellement, confirmait la présence d'une polyneuropathie sensitive discrète, probablement d'origine diabétique.
27. Dans son rapport du 20 avril 2009, le Dr M_____ a confirmé les diagnostics posés précédemment, auxquels s'ajoutait celui de syndrome douloureux persistant du membre inférieur gauche. Il a rapporté les constatations anamnestiques et cliniques. Le bilan de laboratoire et l'examen clinique ne montraient pas de signe infectieux de la cheville. La symptomatologie douloureuse atypique ne s'expliquait actuellement plus par des séquelles de l'entorse ou de l'infection survenue à la suite de l'opération, laquelle n'avait pas touché l'articulation. A la suite des investigations menées, une neuropathie diabétique pouvait éventuellement expliquer les douleurs. La modification du traitement médicamenteux avait permis de diminuer la douleur. Compte tenu de l'anamnèse peu précise et du discours parfois contradictoire de l'assuré, il était néanmoins difficile d'évaluer l'efficacité du traitement sur les douleurs, mais l'assuré pouvait marcher sans attelle et utilisait le plus souvent une seule canne anglaise.
28. L'assurance a indiqué par courrier du 2 juin 2009 que l'expertise réalisée en mars 2009 remplissait les conditions jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ni le Dr G_____, ni la Dresse F_____ n'avaient émis de remarque à l'égard de cette expertise, qui leur avait été adressée en copie. S'appuyant sur les conclusions des experts, selon lesquelles l'état de santé n'était pas encore stabilisé à la suite de l'accident du 4 juillet 2007, l'assurance continuerait à prendre en charge le traitement médical. Compte tenu de la durée d'incapacité de travail de l'assuré, celui-ci avait en principe droit à des prestations de l'assurance-invalidité et l'assurance l'a invité à déposer une demande dans ce sens.
29. Par décision du même jour, l'assurance a exclu un lien de causalité adéquate entre l'accident du 15 mars 2008 et les troubles au 12 décembre 2008, date de l'expertise médicale. Elle a souligné qu'à dire d'expert, il n'y avait à ce jour plus de troubles objectivables de la distorsion cervicale. De plus, l'accident de la circulation était bénin, selon le rapport de police qui faisait état d'une collision à l'arrêt par un véhicule ne roulant pas à une vitesse excessive. Les critères dégagés par la jurisprudence et permettant de reconnaître un lien de causalité adéquate entre un accident de gravité moyenne et des troubles liés à un coup du lapin n'étaient pas réalisés, puisque seul celui de douleurs physiques persistantes était rempli.
30. La Dresse F_____ a diagnostiqué dans son rapport du 18 août 2009 une entorse de la cheville gauche, une ablation des segments libres en mai 2008, une surinfection

postopératoire puis une algodystrophie. L'amélioration était très lente s'agissant de la mobilité et de l'aspect cutané mais les douleurs persistaient, surtout lors de mouvements. La reprise du travail n'était actuellement pas possible, le traitement durerait encore plusieurs mois et un probable dommage permanent était à craindre. Dans un complément du même jour, ce médecin a indiqué qu'il était impossible à l'assuré de se déplacer, de rester debout. Les douleurs très importantes nécessitaient la prise de morphine (MST). On pouvait vraisemblablement espérer une amélioration partielle de la mobilité et des douleurs. L'assuré suivait une physiothérapie.

31. Invité le 28 août 2009 par l'assurance à remplir un questionnaire, l'assuré a déclaré le 1^{er} septembre 2009 qu'il n'avait jamais souffert de la cheville gauche avant le 4 juillet 2007 ni subi d'intervention chirurgicale.
32. Le 18 décembre 2009, la Dresse F_____ a requis du médecin-conseil de l'assurance la prise en charge de l'hospitalisation de l'assuré. Elle a relevé que l'évolution était difficile en raison de l'algodystrophie, et l'assuré ne pouvait conduire jusqu'à un centre de physiothérapie. De plus, il était tombé dans les escaliers le 16 octobre 2009 et présentait depuis des sciatalgies à droite, qui rendaient les déplacements encore plus difficiles.
33. A la demande de l'assurance, la CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après la SUVA ou l'appelée en cause), précédent assureur-accidents, lui a remis son dossier concernant l'assuré par pli du 17 décembre 2009. Il en ressort notamment les éléments suivants:
 - l'assuré a annoncé en janvier 1988 un accident lors duquel il a subi une contusion et une distorsion du genou et de la cheville gauches avec des douleurs et une laxité ligamentaire résiduelle;
 - selon les déclarations de l'assuré faites le 28 juin 1988 au Dr O_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, il subissait fréquemment des distorsions de la cheville gauche à la moindre irrégularité du sol. Ce médecin a retenu une importante instabilité de la cheville gauche nécessitant vraisemblablement une intervention chirurgicale;
 - dans son rapport du 17 septembre 1991, le Dr P_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a fait état d'une instabilité très modérée au plan transversal dans la cheville gauche;
 - à la suite de nombreux examens, la SUVA a rendu une décision le 4 février 1993 constatant l'absence d'incapacité de travail engageant sa responsabilité et accordant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % couvrant notamment les séquelles à la cheville;

- l'assuré a été condamné par la Cour correctionnelle à quinze mois de prison avec sursis pour escroquerie et délit manqué d'escroquerie en raison de 62 déclarations de sinistres à diverses compagnies d'assurance pour un montant total de CHF 1'187'003.- de 1980 à 1989, ce montant n'englobant pas les prestations de la SUVA;
 - dans le cadre du procès pénal qui a eu lieu, une expertise psychiatrique visant à établir la responsabilité de l'assuré a été confiée au Dr Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie, qui a indiqué dans son rapport du 22 février 1993 que l'examen clinique était dominé par des symptômes physiques et psychologiques inauthentiques et grossièrement exagérés, motivés par le besoin ou le désir d'obtenir une compensation financière et par la présentation de revendications. Ce médecin a notamment conclu à une sursimulation et simulation;
 - dans un courrier du 9 octobre 1997, le Dr C_____ a fait état d'une nouvelle entorse en septembre 1997, pour laquelle l'assuré avait subi des radiographies au Centre médical de Meyrin. Il indiqua au médecin d'arrondissement de la SUVA qu'au vu de la laxité de la cheville, il avait pratiqué un examen forcé sous anesthésie générale montrant un bâillement articulaire externe de l'ordre de 20°, qui posait une indication à une intervention chirurgicale;
 - par arrêt du 3 juillet 1995, le Tribunal administratif, alors compétent, a statué sur le recours de l'assuré contre la décision de la SUVA de mettre un terme à ses prestations et de réclamer la restitution de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Le Tribunal a considéré que l'assuré ne présentait plus de séquelles de l'accident.
34. Par courrier du 22 décembre 2009, l'assurance a annoncé à l'assuré qu'elle suspendait les prestations liées à l'événement du 4 juillet 2007, compte tenu de la découverte d'un précédent accident ayant touché la cheville gauche, que l'assuré avait passé sous silence. Une expertise serait mise en place et l'assurance se réservait le droit de porter plainte.
35. Le 28 décembre 2009, l'assuré a contesté le droit de l'assurance de suspendre ses prestations, en soutenant que ses accidents de 2007 et 2009 étaient sans lien avec l'événement de 1988 et en indiquant n'avoir jamais abusé des indemnités.
36. L'assurance lui a répondu par courrier du 29 décembre 2009 que le fait d'avoir tu les anciennes lésions de la cheville gauche remettait en cause le lien de causalité entre les troubles constatés et l'accident, dès lors que les experts avaient fondé leurs conclusions sur ses déclarations erronées. Elle a ajouté que l'assuré avait été dûment averti dans son courrier du 28 août 2008 des conséquences de fausses déclarations.

37. Dans son courrier du 30 décembre 2009, l'assuré a contesté avoir sciemment tu l'accident de 1988 en indiquant qu'il ne s'en souvenait même pas et qu'il était d'ailleurs capable de skier depuis 10 ans, reprochant à l'assurance de sous-entendre qu'il était un escroc et se réservant le droit de porter plainte après expertise.
38. L'assurance lui a répondu par courrier du 4 janvier 2010 que compte tenu de toutes les procédures engagées depuis 1988 et notamment des déclarations à l'assurance-invalidité mentionnant son accident, aux termes desquelles son état de santé s'était constamment aggravé, il était étonnant que l'assuré prétende ne plus s'en souvenir. Pour le surplus, le fait de pratiquer le ski semblait incompatible avec les allégations sur la gravité de son état de santé à l'assurance-invalidité. L'assurance a également soumis les questions destinées aux experts à l'assuré en l'informant de son droit d'être entendu sur ce point.
39. Le 5 janvier 2010, le Dr C_____ a fait état d'une chute de l'assuré sur les fesses et le côté droit, avec consultation le 20 octobre 2009, ayant entraîné un "monstre" hématome de la hanche droite et des douleurs à la mobilisation du membre inférieur droit. Le traitement s'était terminé le 23 novembre 2009.
40. Le 11 janvier 2010, le Dr R_____, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à une IRM lombaire de l'assuré. Il a conclu à une dégénérescence discale L1-L2, L2-L3, L4-L5 et L5-S1, à une protrusion discale L2-L3 sans conflit radiculaire, à une hernie discale rétrograde L4-L5 de faible épaisseur, de localisation paramédiane et foraminale droite en conflit avec la racine L4 droite dans son trajet foraminal, à une arthrose interapophysaire postérieure et un discret œdème du pédicule droit de L4, à une infiltration lipidique à la hauteur du sacrum sans trajet fracturaire, à un cône médullaire de topographie normale et de signal homogène, à l'absence de tassement vertébral et à une athéromatose aortique.
41. Le Dr H_____ a procédé à une nouvelle expertise de l'assuré le 3 février 2010 à la demande de l'assurance et de l'Office d'assurance-invalidité (OAI). Il a rendu son rapport en date du 15 avril 2010, lequel a résumé les pièces médicales relatives à l'accident du 29 janvier 1988. Les plaintes de l'assuré étaient les suivantes: il avait des douleurs de type décharges électriques de la cheville gauche au genou et des sensations de brûlures au contact cutané, nécessitant l'administration de morphine. Il marchait avec une attelle et des cannes, mais ne sortait plus que rarement de chez lui. Il avait également des douleurs au niveau lombaire, alors plus importantes que les douleurs de la cheville gauche. Celles-ci étaient prépondérantes en position penchée et importantes en position assise, l'assuré devant se lever après 15 à 20 minutes. Lorsqu'il était debout, les douleurs apparaissaient après une dizaine de minutes. Lors du status, l'expert a constaté que l'assuré se déplaçait avec une canne et sans attelle. Il signalait d'importantes douleurs à la palpation de la face interne de la cheville au moindre contact cutané, même léger. Lorsque le genou était examiné et que l'expert saisissait la cheville, l'assuré ne se plaignait cependant pas des

mêmes douleurs. La mobilité de la cheville était difficile à évaluer car les amplitudes étaient limitées à 10° à 15° au plus. Lorsque l'assuré était pris "par surprise", la flexion était possible jusqu'à 40° ou 50°, ce qui donnait l'impression d'une résistance de l'assuré plutôt que d'une raideur. La cheville n'était pas tuméfiée, la peau n'avait pas d'aspect dystrophique, les cicatrices étaient fermées et sans particularité. Des douleurs à la palpation du premier rayon du pied avec des douleurs à la mobilisation de la première articulation métatarso-phalangienne étaient observées. Les douleurs à la supination du pied empêchaient l'examen.

A l'issue du nouvel examen, le Dr H_____ a posé les diagnostics d'entorse de la cheville gauche et du genou gauche en février (*recte*: janvier) 1988; d'entorse de la cheville gauche en janvier et en juillet 2007; d'arthrotomie avec toilette articulaire de la cheville gauche le 24 septembre 2008; de surinfection de la plaie superficielle postopératoire, sans arthrite; de syndrome douloureux chronique de la cheville gauche; d'entorse du genou gauche en 1988 et en janvier et juillet 2007; de contusions de la cuisse et de la hanche droite avec hématome le 18 octobre 2009; de probable synovite villonodulaire du genou gauche; de fibromyalgie; de diabète insulino-requérant; de polyneuropathie probablement diabétique des membres inférieurs et de cervicalgies, lombalgies et céphalées chroniques. L'arthrotomie était en relation de causalité très vraisemblable avec les suites de l'accident du 4 juillet 2007. En effet, suite à l'accident de 1988, il avait été noté à plusieurs reprises entre 1988 et 1997 dans le dossier médical une instabilité et un syndrome douloureux persistants de la cheville gauche. En revanche, par la suite, cette cheville ne semblait plus avoir présenté de problèmes particuliers jusqu'en 2007 et l'assuré avait d'ailleurs repris le ski entre 2000 et 2007. Même si les examens radiologiques effectués en 2007 montraient certaines lésions probablement d'origine plus ancienne, on pouvait penser que l'accident de juillet 2007 avait entraîné une entorse objectivée du ligament latéral interne avec une décompensation douloureuse depuis lors, qui ne se serait vraisemblablement pas produite sans ce nouvel accident. La surinfection de la plaie superficielle postopératoire était en relation de causalité très vraisemblable avec les suites de l'accident du 4 juillet 2007 et certaine avec les suites de l'intervention du 24 septembre 2008. En revanche, le lien de causalité entre le syndrome douloureux chronique de la cheville gauche, l'accident du 4 juillet 2007 et les interventions de septembre 2008 était tout au plus possible. En effet, les examens radiologiques n'objectivaient aucun trouble dégénératif de cette cheville gauche. L'infection n'avait donc pas atteint l'articulation et était restée superficielle au niveau de la plaie post-opératoire. La cicatrisation était bonne et il n'y avait plus aucun signe infectieux. On pouvait exclure un diagnostic d'algoneurodystrophie en se fondant tant sur l'examen clinique que sur l'imagerie. La fibromyalgie et la polyneuropathie diabétique expliquaient peut-être une partie de la symptomatologie douloureuse de la cheville gauche. L'expert était cependant d'avis qu'il y avait également une majoration de la symptomatologie douloureuse et de la raideur articulaire par l'assuré à l'examen clinique. Il n'existait pas pour

l'heure d'explication médicale d'origine post-traumatique pour la persistance d'une symptomatologie douloureuse telle que celle décrite au niveau de cette cheville. D'autres facteurs indépendants de la problématique médicale étaient peut être également à rechercher dans la persistance de cette symptomatologie douloureuse. S'agissant des entorses du genou gauche en 1988 et en janvier et juillet 2007, elles étaient en relation de causalité avec les accidents de 1988 et de 2007 mais n'avaient plus d'influence sur la symptomatologie du genou gauche. Le *statu quo sine* après l'accident de juillet 2007 pouvait être fixé au maximum à six mois pour le genou gauche. Les contusions de la cuisse et de la hanche droite avec hématome étaient en relation de causalité certaine avec l'accident du 18 octobre 2009 mais l'évolution était favorable. Le *statu quo sine* pouvait être fixé à trois mois. Quant à la probable synovite villonodulaire du genou gauche et à la fibromyalgie, elles étaient d'origine pathologique et sans lien avec les différents accidents. La probable synovite expliquait vraisemblablement la symptomatologie inflammatoire et douloureuse actuelle au niveau du genou gauche de l'assuré. S'agissant des cervicalgies, lombalgies et céphalées chroniques, le Dr H_____ a indiqué qu'il ne se prononcerait pas sur le lien de causalité, en rappelant que cette problématique avait été évaluée par le Dr J_____ lors de la première expertise. Compte tenu de ces diagnostics, le Dr H_____ a conclu que l'assuré présentait théoriquement une incapacité de travail résiduelle en raison de la symptomatologie douloureuse très importante au niveau de la cheville gauche mais celle-ci n'était plus consécutive aux suites des accidents de 2007 et 2009. Sur le plan orthopédique, aucun traitement médical n'était nécessaire hormis la prise occasionnelle d'antalgiques et d'anti-inflammatoires. L'expert a exclu une atteinte à l'intégrité consécutive aux accidents du 7 janvier 2007, du 4 juillet 2007 et du 18 octobre 2009. Répondant aux questions apparemment posées par l'assurance-invalidité dans le cadre de cette expertise, le Dr H_____ a précisé que sur le plan orthopédique, une certaine incapacité de travail dans la profession antérieure de l'assuré, nécessitant de la mécanique auto et des déplacements fréquents, pouvait être retenue du fait des douleurs intenses ressenties au niveau de la cheville gauche. Dans une activité adaptée, en position assise avec possibilité de changer de position régulièrement et ne nécessitant pas de déplacements trop fréquents ou prolongés, une capacité de travail de 100% était envisageable. Le port de charges ainsi que les positions accroupies ou à genoux devaient être évités.

42. Le 19 mai 2010, l'assuré a subi un nouveau sinistre qu'il a annoncé à l'assurance le 28 mai suivant. Sa cheville s'était déboîtée alors qu'il marchait.
43. Le 19 mai 2010, la Dresse S_____, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à une radiographie de la cheville gauche de l'assuré. Elle a conclu à l'absence de fracture identifiée au niveau des malléoles interne et externe et du tibia et du péroné distal. Il n'y avait pas de fracture identifiée au niveau des os du tarse et des métatarses, mais une ébauche d'éperon calcanéen. Il existait une minime calcification du tendon

d'Achille sur le calcanéum et de discrètes calcifications vasculaires, ainsi qu'une légère tuméfaction des parties molles notamment en regard de la malléole interne.

44. Dans son rapport du 31 mai 2010, la Dresse F_____ a indiqué que l'assuré s'était tordu la cheville en marchant. Le médecin constatait un discret hématome et un œdème de la cheville gauche avec des douleurs très importantes à la palpation. Le diagnostic était celui d'entorse à la cheville gauche.
45. Dans son rapport du 15 juin 2010, le Dr T_____, spécialiste FMH en médecine générale, a décrit une inversion de la cheville gauche le 18 mai 2010. Il a constaté une douleur à la malléole interne mais une cheville peu tuméfiée, sans hématome et a diagnostiqué une entorse de la cheville gauche. Il a mentionné à titre de facteur antérieur un status post opératoire de cette cheville quelques années auparavant, qui était depuis indolore et sans séquelle radiologique. L'incapacité de travail était totale du 19 au 26 mai 2010.
46. Dans la déclaration du 23 juin 2010, l'employeur de l'assuré a indiqué que l'accident du 19 mai 2010 s'était produit "en marchant".
47. Le 30 juin 2010, le Dr U_____, spécialiste FMH en radiologie, a réalisé une arthro-IRM de la cheville gauche de l'assuré. Il a rapporté des douleurs depuis juillet 2007 et une notion d'infection et une guérison depuis une année selon l'assuré. Il a conclu à des signes IRM compatibles avec une rupture complète du ligament talo-fibulaire antérieur et une rupture partielle de stade II au moins du ligament tibio-astragalien postérieur, sans argument en faveur d'une atteinte de la syndesmose.
48. A la demande du mandataire de l'assuré, la Dresse F_____ s'est déterminée le 11 juin 2010 sur l'expertise réalisée par le Dr H_____. Concernant la cheville gauche, elle a relevé que les douleurs, l'aspect dystrophique et la limitation de la mobilité n'étaient toujours pas expliqués et que les dernières radiographies dataient de juillet 2009. Toute la discussion se fondait donc sur des suppositions, sans éliminer un autre problème local. S'agissant de l'accident du 18 octobre 2009, elle a noté que les lombosciatalgies avec des douleurs de la cuisse droite, sur hernie discale mise en évidence en janvier 2010, n'avaient pas du tout été discutées et prises en compte dans l'expertise. L'assuré présentait encore d'importantes douleurs de la cuisse droite. De plus, la Dresse F_____ n'avait pas connaissance d'une synovite villo-nodulaire du genou gauche, et il conviendrait de déterminer si une IRM du genou gauche avait bien été réalisée. En substance, ce médecin ne pouvait se rallier aux conclusions de l'expert sur la cheville gauche, lesquelles étaient plutôt subjectives et sans examen complémentaire, et le problème de lombosciatalgie droite devait être pris en compte dans la discussion sur sa capacité de travail.
49. Le mandataire de l'assuré s'est prononcé sur le rapport d'expertise le 5 juillet 2010. Il a déclaré que les contusions de la cuisse, de la hanche et de la fesse subies lors de l'accident de la circulation (*sic*) du 18 octobre 2009 entraînaient à elles seules une

incapacité de travail totale, qui n'avait pas été indemnisée par l'assurance puisque celle-ci versait déjà des prestations pour l'événement du 4 juillet 2007. S'agissant des deux rapports d'expertise du Dr H_____, le mandataire de l'assuré a souligné que les diagnostics d'entorse de la cheville gauche, d'arthrotomie et de surinfection de la plaie superficielle étaient en relation de causalité avec l'accident du 4 juillet 2007. Il a affirmé que le Dr H_____ ne fixait ni le *statu quo ante* ni le *statu quo sine* pour la cheville gauche et qu'il y avait dès lors lieu de retenir une incapacité de travail totale jusqu'à la date de l'expertise. Reprenant les remarques de la Dresse F_____, il a souligné que le Dr H_____ n'avait pas rendu son rapport sur la base d'un examen IRM de la cheville gauche. Par ailleurs, le 30 juin 2010, le Dr U_____ avait fait état d'une rupture partielle de stade II du ligament tibio-astragalien postérieur qui entraînait incontestablement une incapacité de travail totale et pour laquelle il n'était pas possible d'exclure un lien de causalité avec l'événement du 4 juillet 2007. S'agissant de l'événement du 18 octobre 2009, le Dr H_____ avait fixé le *statu quo sine* sans se prononcer sur la capacité de travail consécutive à cette atteinte. Les contusions de la cuisse et de la hanche droite avec hématome, entraînant une incapacité de travail totale, étaient très probablement en lien de causalité avec l'événement du 18 octobre 2009. Au vu de ces éléments, le mandataire de l'assuré a invité l'assurance à verser sans délai les prestations dues dès décembre 2009 jusqu'à ce qu'une éventuelle exclusion définitive du lien de causalité entre l'incapacité de travail lié actuelle de son client et les événements du 4 juillet 2007, du 15 octobre 2009 (*sic*) et du 15 mai 2010 (*sic*) puissent être exclus.

50. Dans un questionnaire relatif à l'accident du 19 mai 2010 rempli le 22 juillet 2010, l'assuré a indiqué "en marchant" sous "Description exacte du déroulement de l'événement annoncé ayant entraîné une torsion de la cheville". A la question "S'est-il passé quelque chose de particulier, tel qu'un faux mouvement, un faux pas, un mouvement mal coordonné ou d'autres circonstances analogues (chute, heurt, glissade, trébuchement) à l'origine du mouvement de torsion de votre cheville, il a répondu par la négative en ajoutant "En marchant sur un sol pas stable". A la question "Dans l'affirmative, le faux pas ou faux mouvement a-t-il été causé par un facteur extérieur, comme un trottoir irrégulier, un trou dans le sol ou un caillou", il a indiqué "Non". Il a ajouté que le lieu était correctement entretenu au moment de son passage.
51. Dans un courrier du 6 août 2010, l'assuré a précisé que l'événement du 19 mai 2010 s'était produit sur la rampe lui permettant de sortir du parking, le sol étant dallé de pavés auto-bloquants plats.
52. Par décision du 10 septembre 2010, l'assurance a mis un terme au versement de prestations en lien avec le syndrome douloureux chronique de la cheville gauche, la probable synovite villonodulaire du genou gauche, la fibromyalgie, le diabète insulino-requérant et la polyneuropathie au 3 février 2010, date de la dernière

expertise, en raison du lien de causalité qui ne pouvait être qualifié de probable avec les accidents du 4 juillet 2007 et du 18 octobre 2009. Elle a également mis un terme aux prestations relatives à l'entorse du genou gauche, aux contusions de la cuisse et de la hanche droite avec hématome en raison du *statu quo sine* atteint pour ces affections. Elle procéderait au décompte d'indemnités journalières à réception des renseignements permettant de statuer sur le montant du gain assuré.

53. Dans une deuxième décision également datée du 10 septembre 2010, relative à l'événement du 19 mai 2010, l'assurance a nié l'existence d'un accident ou d'une lésion assimilée à un accident. Compte tenu des faits relatés, il y avait lieu d'écarter un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de celui-ci.
54. Dans un courrier du 27 septembre 2010, le Dr V_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué que l'assuré présentait depuis l'intervention de septembre 2008 d'importantes douleurs de la cheville. L'arthro-IRM de la cheville gauche effectuée le 30 juin 2010 confirmait une rupture complète du ligament talo-fibulaire antérieur, du ligament calcanéo-fibulaire et une rupture de degré II du ligament tibio-astragalien postérieur. Il n'y avait pas de signe d'arthrose dans cette cheville. Ces lésions étaient d'origine traumatique et expliquaient les entorses récidivantes suite aux ruptures ligamentaires. Compte tenu des douleurs, l'indication à une arthroscopie avait été posée.
55. En date du 11 octobre 2011, l'assuré s'est opposé à la décision concernant les accidents du 4 juillet 2007 et du 18 octobre 2009, en reprenant les arguments déjà exposés le 5 juillet 2010 et en contestant que le Dr H_____ se soit prononcé de manière motivée sur la capacité de travail relative aux contusions de la cuisse et de la hanche droite avec hématome. Il a ajouté que le diagnostic du 30 juin 2010 entraînait une incapacité de travail totale et qu'il produirait un rapport du Dr V_____ afin de démontrer l'existence d'un lien de causalité entre ce diagnostic et l'événement du 4 juillet 2007. Il a allégué qu'il était nécessaire de déterminer le lien de causalité entre le diagnostic du 30 juin 2010 et du 4 juillet 2007, et a conclu à l'octroi d'un délai pour soumettre des questions complémentaires aux Drs V_____ et F_____ et au versement de prestations d'assurance pour l'incapacité de travail générée par les accidents du 4 juillet 2007 et du 18 octobre 2009.
56. A la même date, l'assuré s'est également opposé à la décision de l'assurance niant le caractère d'accident ou de lésion assimilée de l'événement du 19 mai 2010. Il a relevé que le lien de causalité entre cet événement et le diagnostic du 30 juin 2010 n'avait pas été investigué et qu'aucun médecin ne s'était prononcé à cet égard. Il y avait lieu de procéder à l'instruction sur ce point. Quant au caractère accidentel, il a soutenu que l'assuré ne savait pas ce qui s'était réellement passé en mai 2010, puisqu'il parlait de s'être tordu la cheville ou de l'avoir déboîtée et n'avait pas indiqué les mouvements effectués. Il a rappelé qu'il prenait des opiacés dont l'effet sédatif ne pouvait qu'être négatif sur la coordination des membres inférieurs. Il était

donc primordial de se demander si de telles quantités de médicaments pouvaient constituer une cause extérieure à même de perturber la marche normale. Or, ses déclarations n'avaient pas été soumises au médecin-conseil de l'assurance. Il y avait lieu de déterminer très précisément le déroulement des événements du 19 mai 2010 et de considérer s'ils étaient médicalement de nature à entraîner un résultat tel que celui qui était survenu. De plus, les lésions constatées étaient d'origine traumatique. Il a conclu à la reconnaissance d'un lien de causalité adéquate entre l'événement du 19 mai 2010 et le diagnostic du 30 juin 2010, au versement d'indemnités journalières et à la prise en charge du traitement en raison de cet accident.

57. Dans un courrier du 10 novembre 2010, le Dr V_____ s'est déterminé sur les questions apparemment posées par le mandataire de l'assuré le 8 novembre précédent. Ce médecin a déclaré que les lésions décelées lors de l'examen du 30 juin 2010 étaient consécutives au traumatisme du 4 juillet 2007 et en lien de causalité avec ce dernier. Il a émis l'hypothèse qu'une autre IRM réalisée auparavant sans injection de produit de contraste - à l'inverse de l'arthro-IRM du 30 juin 2010 - aurait pu ne pas objectiver des lésions déjà présentes. Ces lésions ligamentaires imputables à l'entorse du 4 juillet 2007 entraînaient une instabilité avec des entorses récidivantes. Les ligaments lésés ne protégeaient pas suffisamment la cheville et un nouveau traumatisme en supination pouvait avoir lieu même en marchant sur un sol irrégulier, sans qu'une chute ou un accident ne soit nécessaire. L'assuré prenait notamment de la morphine. Il s'agissait d'un antalgique à même d'influencer le comportement de la coordination des membres inférieurs, qui pouvait donc causer un événement tel que celui du 19 mai 2010.
58. Le 29 novembre 2010, l'assuré a transmis la prise de position du Dr V_____ à l'assurance. Il a requis le versement des prestations d'assurance dès décembre 2010 jusqu'à la fin du traitement qui serait entrepris par le Dr V_____.
59. Par courrier du même jour, l'assuré a requis la suspension du traitement de l'opposition à la décision concernant l'événement du 19 mai 2010 jusqu'au règlement définitif de l'événement du 4 juillet 2007.
60. A la demande de l'assurance, le Dr H_____ s'est prononcé sur les nouveaux éléments médicaux. Il a contesté avoir déclaré que les douleurs n'étaient plus consécutives à l'accident de juillet 2007 mais avoir indiqué que la fibromyalgie et la polyneuropathie pouvaient expliquer une partie de la symptomatologie douloureuse. Il fallait retenir qu'il n'existait pas de lésion orthopédique pouvant expliquer une symptomatologie douloureuse aussi criante que celle de l'assuré, mais il était évident que la fibromyalgie et la polyneuropathie ne pouvaient expliquer à elles seules les douleurs actuelles. S'agissant du caractère inexplicable des douleurs, de l'aspect dystrophique et de la limitation de la mobilité, il a admis que les derniers examens radiographiques avaient été réalisés en janvier 2009 et ne montraient pas de troubles dégénératifs. Au vu de la nature extra-articulaire de l'infection, il n'y

avait pas de motif que cette situation évolue en une année, raison pour laquelle l'expert n'avait pas demandé de radiographies complémentaires. La lésion cartilagineuse révélée par l'arthro-IRM du 30 juin 2010 ne pouvait expliquer la symptomatologie actuelle et n'était d'ailleurs qu'en relation de causalité possible avec l'accident du 4 juillet 2007. En effet, à la suite de l'accident de 1988, une instabilité de la cheville avait été diagnostiquée à plusieurs reprises et une indication chirurgicale avait même été discutée. Cette instabilité était due à des déchirures ligamentaires qui étaient probablement celles retrouvées à l'arthro-IRM actuelle. La symptomatologie s'était peut-être amendée entre 2000 et 2007, mais les déchirures étaient très certainement toujours présentes. L'accident de juillet 2007 avait entraîné une entorse objectivée du ligament latéral interne avec une décompensation douloureuse. Les lésions du compartiment externe de la cheville étaient vraisemblablement responsables de l'instabilité actuelle et étaient plus probablement en lien avec l'accident de 1988. Le Dr H_____ a répété que les lésions ligamentaires nouvellement révélées par l'arthro-IRM ne pouvaient absolument pas expliquer la symptomatologie algique et il n'était pas persuadé que l'arthroscopie préconisée par le Dr V_____ puisse apporter une amélioration. L'instabilité de la cheville était connue depuis 1988 et était bien documentée, notamment par le Dr W_____. Cette instabilité pouvait effectivement favoriser des entorses à répétition mais était très vraisemblablement en lien de causalité avec l'accident de 1988. S'agissant de l'IRM du genou gauche évoquée par la Dresse F_____, elle avait été décrite dans l'expertise et réalisée le 20 janvier 2010. Quant à la problématique lombaire, l'expert a renvoyé aux conclusions du Dr J_____ que ce dernier pouvait seul compléter, cas échéant.

61. L'assurance a écarté les oppositions à ses décisions du 10 septembre 2010 par décision du 13 avril 2011, en retirant l'effet suspensif à un éventuel recours. S'agissant de la cheville gauche, elle a notamment rappelé que l'assuré s'était plaint de fréquents lâchages et distorsions de la cheville gauche et de douleurs persistantes à la suite de son accident en 1988 et qu'il avait été condamné à quinze mois de prison avec sursis, notamment pour escroquerie à l'assurance, l'expert psychiatre ayant retenu une simulation et une sursimulation et la faculté de l'assuré d'apprécier le caractère illicite de ses actes. L'omission de l'assuré, qui avait passé sous silence l'accident de janvier 1988 lors de l'expertise et dans le questionnaire du 1^{er} septembre 2009 démontrait sa mauvaise foi. Lors du deuxième examen orthopédique du 3 février 2010, le Dr H_____ avait constaté une symptomatologie inconstante dans les douleurs manifestées à la cheville. Ce médecin avait établi dans son rapport du 22 février 2011 un lien de causalité seulement possible entre la symptomatologie douloureuse et l'accident de juillet 2007. S'agissant des cervicalgies et des lombalgies, l'accident de scooter du 15 mars 2008 avait entraîné un traumatisme crânio-cérébral mineur. L'assuré avait déjà été victime de lombalgies et de cervicalgies lors de l'accident de 1988. Le Dr J_____ avait au demeurant relevé que les troubles actuels et leurs répercussions sur la capacité de

travail ne s'expliquaient pas par les seules conséquences accidentelles du 15 mars 2008. Au sujet des troubles de la cuisse, de la hanche droite et de la région fessière, le Dr C_____ avait indiqué que le traitement était terminé dans son rapport du 23 novembre 2009. L'IRM lombaire du 11 janvier 2011, réalisée en raison de la persistance des plaintes, n'avait objectivé aucune fracture ou atteinte traumatique. C'était donc à juste titre que l'assurance avait mis fin au versement de ses prestations au 3 février 2010. S'agissant de l'événement du 19 mai 2010, l'assurance a relevé qu'aucun élément extérieur n'avait perturbé le pas de l'assuré. Il ne pouvait dès lors être considéré comme un accident, ni comme une lésion assimilée. L'assurance a souligné que selon la jurisprudence, l'existence d'un facteur extérieur a été niée en présence d'une instabilité du genou antérieure à l'événement annoncé.

62. Par acte du 30 mai 2011, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'intimée. Il a conclu, sous suite de dépens, à l'audition des Drs V_____ et H_____, à la mise en œuvre d'une expertise, à l'admission d'un lien de causalité adéquate (*sic*) entre l'accident du recourant du 4 juillet 2007 et l'incapacité de travail à ce jour, au versement de prestations d'assurance jusqu'à ce qu'il recouvre sa pleine capacité de travail, à ce que soit réservée la question d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il a allégué qu'il avait été victime d'un accident en 1988 et qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité lui avait été accordée en raison de troubles épileptiques développés par la suite. Sa condamnation au plan pénal n'avait aucun rapport avec le présent litige. Il a souligné qu'il n'avait plus évoqué de problèmes à sa cheville gauche depuis 1997. Il avait par la suite été victime d'accidents en juillet 2007, en octobre 2009 et en mai 2010, ce dernier événement n'entraînant pas d'aggravation sensible des douleurs chroniques. Il était en incapacité de travail totale depuis le 4 juillet 2007. Il a cité des extraits de l'expertise du Dr H_____ du 17 mars 2009, rédigée alors que cet expert n'avait pas connaissance de l'arthro-IRM du 30 juin 2010, aux termes desquels l'accident n'avait vraisemblablement pas entraîné des lésions ligamentaires nouvelles. Or, ce médecin avait confirmé dans son deuxième rapport la totalité de ses observations précédentes, sans procéder à un nouvel examen radiologique. Le recourant a affirmé qu'il était sans ressources depuis le 22 décembre 2010, date à laquelle l'intimée avait mis fin au paiement des indemnités journalières. Il a précisé que la question de l'événement du 18 octobre 2009 n'était pas litigieuse, dès lors que l'intimée avait implicitement admis une incapacité de travail en tout cas jusqu'à la date de l'expertise, soit le 3 février 2010. Son recours portait sur le seul point de savoir si l'événement du 4 juillet 2007 entraînait encore une incapacité de travail. S'agissant de l'événement du 19 mai 2010, il s'est référé au rapport du 6 mai 2011 du Dr V_____. Selon les conclusions de ce médecin, claires et cohérentes, il y avait bien un lien de causalité adéquate entre l'événement du 4 juillet 2007 et le syndrome douloureux chronique de la cheville gauche. Le recourant a affirmé que les avis du Dr H_____ du 17 mars 2009 et d'avril 2010 étaient contradictoires, puisque l'expert avait confirmé qu'il était d'avis que des lésions ligamentaires pouvaient expliquer les douleurs

persistantes à la cheville, avant de déclarer après la découverte de telles lésions que les douleurs étaient inexplicables. Le Dr H_____ avait en outre admis dans son avis du 17 mars 2009 que la capacité de travail était nulle concernant la réparation et la préparation de voitures, avant de se contredire sans motivation. Quant au Dr V_____, il avait souligné que les douleurs chroniques étaient dues à l'événement du 4 juillet 2007 et qu'elles entraînaient l'incapacité de travail totale du recourant. Ce spécialiste avait par ailleurs préconisé une arthroscopie afin de déterminer l'origine des douleurs et de les traiter. Le recourant avait droit au versement d'indemnités journalières jusqu'à ce que son incapacité de travail, prouvée, ait disparu. L'intimée devait également prendre en charge l'intervention chirurgicale envisagée. Le traitement n'étant pas terminé, il était trop tôt pour déterminer le droit à une éventuelle indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Le recourant a notamment produit un rapport du Dr V_____ du 6 mai 2011, dans lequel ce médecin indiquait qu'il était très probable que la symptomatologie douloureuse n'ait pas évolué de manière significative entre le 3 février 2010 et sa première consultation par le recourant, soit le 22 juin 2010. Concernant l'entorse de la cheville gauche en 1988, ce médecin affirmait qu'on ne pouvait démontrer si les lésions décrites lors de l'arthro-IRM étaient imputables à l'accident de 1988 ou à l'accident de juillet 2007, car aucune arthro-IRM préalable ne permettait de prouver la date de survenance de la lésion ligamentaire. Le recourant se plaignait de douleurs présentes depuis le 4 juillet 2007, et l'arrachement osseux en interne subi lors de cet accident prouvait l'important traumatisme de la cheville. Il paraissait donc vraisemblable que les lésions ligamentaires décrites proviennent de l'accident du 4 juillet 2007. Le Dr V_____ écartait les arguments du Dr H_____ selon lesquels les lésions ligamentaires ne pouvaient expliquer la symptomatologie douloureuse en indiquant que dans son expérience, une des raisons des douleurs persistantes après une lésion du ligament péronéo-astragalien antérieur pouvait être imputable au fait qu'un moignon persistant se coinçait dans l'interligne articulaire. De plus, des lésions cartilagineuses post traumatiques pouvaient ne pas être détectées à l'arthro-IRM. En outre, des processus cicatriciels et de synovites post traumatiques pouvaient provoquer d'importantes douleurs en tibio-astragalien antéro-externe ainsi que dans la zone du ligament péronéo-astragalien antérieur. Le Dr V_____ a ajouté que le recourant présentait une symptomatologie inexplicable, et les souffrances importantes malgré le traitement par opiacés à haute dose le faisaient opter pour une arthroscopie afin de déterminer l'origine de ces douleurs et de les traiter. L'incapacité de travail était motivée à la suite de l'accident du 4 juillet 2007, sans que chaque nouvel événement dû à l'instabilité de la cheville, tel que l'événement du 19 mai 2010, soit à considérer comme décisif pour remotiver l'incapacité de travail.

63. Dans sa réponse du 12 juillet 2011, l'intimée a conclu au rejet du recours et requis l'apport du dossier constitué par l'OAI. S'agissant des faits, elle a souligné que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité versée par la SUVA visait également les

atteintes à la cheville gauche. Elle a rappelé que lors de l'expertise des 10 et 12 décembre 2008, le Dr H_____ ne disposait pas de tous les éléments nécessaires à l'appréciation de la réelle situation médicale du recourant, puisque ce dernier avait tu l'accident dont il avait été victime en 1988. Ce n'était que sur la base du second examen que le Dr H_____ avait pu conclure à une relation de causalité simplement possible entre l'accident du 4 juillet 2007 et la symptomatologie douloureuse et exclure une incapacité de travail fondée sur les atteintes subies en juillet 2007. Elle a relevé que le recourant partageait son opinion en ce qui concernait les troubles consécutifs à l'accident du 18 octobre 2009, et que sa position sur l'accident du 15 mars 2008 n'était pas non plus contestée. Elle s'est référée aux conclusions du 15 avril 2010 du Dr H_____ ainsi qu'à son rapport complémentaire, qui satisfaisaient aux critères de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Il n'existait dès lors pas de motif de s'en écarter. Contrairement à ce qu'alléguait le recourant, le Dr H_____ ne se contredisait pas dans son rapport du 15 avril 2010 mais aboutissait simplement à des conclusions plus précises puisqu'il était désormais en possession de tous les éléments utiles pour se déterminer. Ce médecin avait également conclu que l'instabilité de la cheville relevée par les médecins en 1988 était due aux déchirures ligamentaires retrouvées à l'IRM de 2010, ces lésions étant dès lors en relation de causalité avec l'accident de janvier 1988. La causalité naturelle entre les troubles à la cheville gauche et les accidents survenus en 2007 n'étant pas donnée, il était inutile de se déterminer sur le lien de causalité adéquate ni sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Le Dr H_____ considérait de plus qu'un traitement n'était pas nécessaire, contrairement au Dr V_____. S'agissant de la lésion assimilée, il s'agissait d'une notion juridique et l'appréciation médicale du Dr V_____ sur cet événement n'était dès lors pas déterminante. L'intimée avait dans ce cadre examiné si les conditions légales pour admettre une lésion assimilée à un accident étaient réalisées. Le recourant s'étant tordu la cheville alors qu'il marchait normalement, c'est à bon droit qu'elle avait refusé d'intervenir pour l'événement du 19 mai 2010.

64. Le 18 juillet 2011, la Cour de céans a ordonné l'apport du dossier de l'OAI.
65. L'OAI s'est exécuté le 2 mai 2011. Le dossier comprend notamment les éléments suivants:
 - le recourant a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI en date du 16 décembre 1989 en invoquant les suites de l'accident subi en janvier 1988;
 - par décision du 9 mai 1990, la Caisse cantonale genevoise de compensation a rejeté la demande au motif que les conditions d'assurance n'étaient pas remplies;

- le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI le 4 octobre 1995 pour les mêmes motifs;
- le 25 septembre 1996, le Dr X_____ a rendu un rapport d'expertise concernant le recourant. Lors de l'examen, le recourant a notamment signalé une sensation de déboitement du genou et de la cheville gauches consécutives à l'accident de janvier 1988. A l'examen clinique de la cheville gauche, l'expert a noté une petite dépression sous-malléolaire gauche. Il n'y avait pas de tiroir antérieur. La pronation forcée entraînait un claquement à gauche, mais on ne mettait pas en évidence de déboitement certain. Le Dr X_____ a notamment diagnostiqué une suspicion d'instabilité de la cheville gauche. Il a conclu à une capacité de travail de 70 % en tant que garagiste indépendant et à une capacité de travail entière dans une activité adaptée, soit un emploi sans risque majeur en cas de chute ou de perte de connaissance;
- par décision du 22 novembre 1996, l'OAI a rejeté la demande de prestations, le taux d'invalidité de 30 % étant insuffisant pour ouvrir le droit à une rente;
- par décision du 10 juillet 1997, la Commission cantonale de recours AVS-AI-APG-PCF-PCC a rejeté le recours du recourant et renvoyé la cause à l'OAI pour examiner la possibilité d'un reclassement;
- le rapport de réadaptation du 17 janvier 2001 indique que lors de l'entretien qui a eu lieu en décembre 1997, le recourant a signalé qu'il devrait vraisemblablement subir une intervention sur sa cheville gauche en février 1988;
- le recourant ne s'est pas conformé à la mesure d'observation professionnelle qui a débuté le 3 septembre 2001, invoquant un accident survenu lors du stage que le médecin responsable du centre a contesté;
- une expertise psychiatrique réalisée par le Dr Y_____, spécialiste FMH en psychiatrie, sur la base d'entretiens en mars et avril 2002, a exclu l'existence d'un trouble psychiatrique diminuant la capacité de travail;
- dans son rapport du 11 avril 2003, la Dresse F_____ a notamment diagnostiqué une fibromyalgie existant depuis de nombreuses années mais aggravée depuis 2000;
- par décision du 7 octobre 2003, confirmée sur opposition le 19 février 2004, l'OAI a nié le droit à la rente du recourant, motif pris que son degré d'invalidité était nul;

- le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI le 6 juillet 2009 en joignant l'expertise réalisée par les Drs H_____, J_____ et I_____;
- le 19 novembre 2010, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité du recourant en tenant compte d'une capacité de travail de 90 % dans une activité adaptée et d'un abattement de 25 % sur le revenu statistique d'invalidité. Le degré d'invalidité obtenu était nul.

66. Lors de l'audience du 14 septembre 2011, la Cour de céans a entendu les parties.

Le recourant a déclaré que le litige concernait la cheville gauche. A la suite de l'accident de 1988, la SUVA avait clos son dossier en 1991 et il n'avait par la suite plus eu de douleurs à la cheville. Il avait repris le sport et le ski en 2001. A l'époque, une intervention au genou et non pas à la cheville avait été évoquée. A la suite de l'arthro-IRM ordonnée par le Dr V_____, une arthroscopie devait être réalisée à la Clinique de la Colline car il n'y avait pas de place aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et le recourant devrait la payer de sa poche. Selon son médecin, il pourrait retravailler un mois après l'intervention. On lui avait dit de déposer une demande auprès de l'OAI mais il s'y refusait, car il voulait travailler. En 1991, le médecin de la SUVA relevait une instabilité très modérée.

La représentante de l'intimée a précisé que le versement des indemnités journalières avait été suspendu au 30 novembre 2009, date à laquelle elle avait eu connaissance de l'accident subi en 1988. L'assurance-maladie avait par ailleurs accepté de faire l'avance du traitement. L'instabilité de la cheville était très importante et l'indication opératoire émanait à l'époque du médecin de la SUVA.

67. La Cour de céans a procédé à l'audition du Dr G_____ en date du 26 octobre 2011.

Il avait suivi le recourant de février 2008 à janvier 2009, qui se plaignait de douleurs résiduelles à l'effort, diffuses dans toute la cheville. Le Dr G_____ disposait d'examens radiologiques et d'une IRM. En cas d'entorse, des petits fragments d'os et de cartilage pouvaient se détacher de l'astragale et dans le cas du recourant, qu'il avait opéré en septembre 2008, soit plus d'un an après l'événement, ces petits fragments d'os étaient probablement arrachés de l'astragale. Si le recourant avait eu d'autres accidents avant juillet 2007, il aurait pu déjà présenter des arrachements avant. Cela étant, s'il n'y avait pas de plaintes auparavant ni de douleurs, c'était très peu probable, d'autant moins qu'il n'y avait pas de notion d'accident préalable à l'anamnèse. Les entorses de la cheville étaient extrêmement fréquentes et la plupart des patients récupérait en six à douze semaines, d'autres mettaient plus de temps et enfin certains patients ne guérissaient pas. Dans ces cas, les patients présentaient un syndrome douloureux chronique de la cheville. Dans le cas du recourant, les chances de succès d'une opération étaient de 80 %. Le témoin avait constaté la présence de quelques fragments et les avait enlevés lors de

l'intervention. Sur des lésions qui dataient de plus de trois mois, il ne lui était pas possible de savoir s'il s'agissait d'une lésion fraîche ou plus ancienne. L'intervention s'était compliquée par une inflammation et une surinfection, et le témoin avait dû intervenir à deux reprises par débridement et lavage. L'évolution ne s'était pas révélée favorable, s'agissant des douleurs, et l'état de santé n'était pas stabilisé à la fin du traitement. A la suite de la rééducation à la Clinique de la Lignière, il n'avait pas revu le recourant. Le témoin a précisé qu'il n'avait fait aucune constatation pertinente concernant les ligaments de la cheville lors de son intervention. Une IRM pratiquée six semaines après l'accident montrait des signes de lésions ligamentaires. Le scanner réalisé ensuite avait montré des fragments. La conclusion de l'IRM évoquant une atteinte du ligament deltoïde n'était pas spécifique d'un diagnostic mais pouvait être significative concernant les troubles présentés. Etant donné qu'il y avait eu une entorse quelques semaines auparavant, on ne pouvait que penser que cette atteinte du ligament était secondaire à l'événement. Le Dr G_____ a précisé qu'une arthro-IRM n'était pratiquée qu'en présence de troubles à moyen ou long terme. Se déterminant sur l'arthro-IRM pratiquée, il a exposé que si elle avait été réalisée avant son intervention, il aurait peut-être posé le même diagnostic, mais il faudrait faire appel à un radiologue. En effet, la première IRM montrait que les ligaments péroné-astragaliens étaient conservés. Dans l'arthro-IRM, le radiologue concluait à une rupture complète du ligament talo-fibulaire antérieur, soit le ligament péroné-astragalien. Pour le traitement de cette lésion, il ne servirait à rien de l'immobiliser. La rupture de ligaments entraînait, en cas de ligaments trop détendus, une instabilité à la marche. Une plastie ligamentaire était possible mais seulement chez les patients de moins de 40 ans. Les patients étaient susceptibles de faire par la suite de nouvelles entorses. Le témoin a considéré qu'il était possible mais peu probable que l'IRM de 2007 soit passé à côté d'une triple rupture ligamentaire telle que diagnostiquée en 2010, bien que les radiologues soient plus à même de répondre à cette question. Ni le scanner, ni la radiographie standard ne permettait de mettre en évidence quoi que ce soit au niveau des ligaments. Le but de l'intervention du Dr G_____ n'avait pas été de rechercher des lésions ligamentaires et il n'aurait pu le faire: il était intervenu sur la face antéro-interne alors que les ligaments décrits sur l'arthro-IRM de juin 2010 sont situés sur la face externe de l'articulation. Il ne pensait pas que les trois ligaments atteints tels que détectés sur l'arthro-IRM de juin 2010 puissent être une séquelle tardive de l'entorse de juillet 2007. Soit la rupture des ligaments diagnostiquée en juin 2010 existait déjà en 2007 mais n'avait pas été détectée, soit il y avait eu un nouvel événement entre deux. Une rupture de ligament survenait toujours après un événement.

Le recourant a quant à lui déclaré qu'il avait été opéré par le Dr V_____ le mercredi précédent. Depuis, il n'avait plus de douleurs, ne prenait plus de médicaments, dormait la nuit et marchait normalement.

68. La Cour de céans a entendu les Drs V_____ et H_____ en qualité de témoins en date du 29 novembre 2011.

a) Le Dr V_____ avait suivi le recourant dès le 22 juin 2010. Il avait pratiqué un examen ostéo-articulaire complet qui n'avait rien montré de significatif, hormis le problème de la cheville. Le recourant avait subi un traumatisme grave de la cheville en date du 4 juillet 2007 avec fracture marginale interne de l'astragale. En raison de complications, il avait dû être réopéré à plusieurs reprises et vivait depuis un calvaire. Il avait des douleurs extrêmes au point qu'il devait prendre 200 mg de morphine par jour en plus d'autres anti-douleurs et anti-inflammatoires. Malgré cette médication lourde, il présentait des douleurs nocturnes importantes et un périmètre de marche limité à moins de cinq minutes. Ce qui provoquait ces douleurs était selon le témoin l'interposition des moignons des ligaments et l'inflammation qui en résultait. Il était exact que le recourant avait présenté un traumatisme ancien, en 1988. Toutefois, il était asymptomatique depuis de nombreuses années jusqu'à l'événement de juillet 2007. Le diagnostic complet incluant les ruptures ligamentaires n'avait pas été pris en charge chirurgicalement. Le témoin avait posé une indication opératoire en date du 2 juillet 2010 et le recourant avait été opéré en date du 19 octobre 2011. L'intervention à but antalgique avait consisté en une arthrolyse, une synovectomie et s'agissant des ligaments une résection des moignons ligamentaires s'interposant dans l'interligne articulaire. Le recourant présentait également une lésion cartilagineuse traumatique focale de deuxième degré du dôme astragalien antéro-externe sur 1,5 cm de diamètre. Il n'y avait aucun signe dégénératif dans cette cheville. L'évolution avait été favorable et à la dernière consultation du 28 novembre 2011, il ne présentait plus de douleurs, pouvait marcher trois kilomètres et ne prenait plus d'antalgiques. La reprise du travail était prévue prochainement. Invité à se prononcer sur l'IRM du 22 août 2007, le témoin a précisé qu'il ne connaissait ni les clichés ni le rapport établi. Il ne pouvait dire s'il était possible, voire probable que la triple rupture ligamentaire diagnostiquée à l'arthro-IRM de 2010 soit passée inaperçue. Cette question relevait de la compétence du radiologue ayant établi ce rapport. Pour sa part, il ne pourrait se prononcer que si les clichés lui étaient soumis. Le témoin a précisé que la lésion concernant le ligament deltoïdien décrit dans le rapport d'arthro-IRM se retrouvait dans le rapport d'IRM de 2007.

Le recourant n'avait pas évoqué d'autres traumatismes que l'entorse du 4 juillet 2007 et celle de 1988 lors de la consultation du 22 juin 2010. A l'arthro-IRM, on pouvait déterminer si des lésions étaient fraîches, quelques jours après l'accident. Tel n'était pas le cas en l'espèce, le radiologue ne mentionnant rien dans son rapport.

Pour le témoin, en cas de traumatisme grave de la cheville, un nouvel épisode d'instabilité constituait une rechute de l'événement initial ayant entraîné une lésion des ligaments. Le Dr V_____ était d'avis que les ligaments étaient déjà déchirés dès

le 4 juillet 2007. Les lésions constatées à l'arthro-IRM de juin 2010 ne concernaient pas seulement le compartiment externe. Il y avait des lésions ligamentaires aussi bien dans le compartiment interne qu'externe. Selon le témoin, si le Dr G_____ avait pratiqué un abord chirurgical interne, il paraissait logique qu'il n'ait pas vu une lésion en externe.

b) Le Dr H_____ a fait les déclarations suivantes.

Il a précisé que des lésions ligamentaires font partie du diagnostic d'une entorse. Les différences entre les conclusions résultant de son premier rapport d'expertise et celles du 15 avril 2010 s'expliquaient par le fait qu'il ne disposait pas de l'entier du dossier du recourant lors du premier examen, notamment aucune pièce concernant ses antécédents personnels. Lorsque le recourant avait été questionné sur ses antécédents, il avait indiqué au témoin qu'il n'avait jamais eu de problèmes sur cette cheville auparavant. Lors de la deuxième expertise, le Dr H_____ avait en sa possession le dossier complet, ce qui lui avait permis de constater que le recourant avait subi plusieurs entorses auparavant et que des indications opératoires avaient déjà été posées. En outre, le temps avait passé. Il avait également pris connaissance du rapport opératoire de 2008 lors de la deuxième expertise. A la lecture des 2^{ème} et 3^{ème} rapports d'intervention du Dr G_____, le témoin s'était rendu compte que l'infection de la cheville gauche ne touchait pas l'articulation de la cheville, ce qui faisait une très grosse différence car une infection atteignant l'articulation était très grave. En revanche, lors d'infections superficielles, la pathologie était terminée une fois qu'elles étaient guéries. Lors de la première expertise, le Dr H_____ était parti du postulat que toutes les douleurs étaient dues aux différentes pathologies. Tel n'était plus le cas lors de la deuxième expertise, au vu du dossier. Il a précisé ne pas avoir déclaré qu'il n'y avait pas de lésions ligamentaires, car celles-ci étaient visibles sur l'IRM. En revanche, elles n'étaient pas dues à l'accident de 2007 dès lors que des indications opératoires avaient été posées auparavant. L'accident de 2007 avait pu décompenser et provoquer des douleurs, lesquelles avaient été aggravées par l'infection. Une lésion ligamentaire cessait en général d'être douloureuse avec l'écoulement du temps, et on parlait d'instabilité de la cheville avec des entorses à répétition. Suite à la décompensation, il y avait de nouvelles douleurs mais avec par la suite un *statu quo sine*. Selon le Dr H_____, du point de vue orthopédique, il n'y avait pas d'explication à la persistance des douleurs après la guérison de l'infection. A l'arthro-IRM de 2010, les lésions ligamentaires consistaient en des déchirures de trois faisceaux de ligaments. Il considérait que ces lésions étaient préexistantes étant donné qu'il y avait une instabilité de la cheville. En 1997, le bilan radiologique effectué par le Dr C_____ avait mis en évidence un bâillement articulaire de 20 degrés, ce qui traduisait une déchirure ligamentaire identique à celles constatées en 2010 et non une laxité articulaire. Il y avait au demeurant déjà une indication opératoire. L'IRM de 2007 ne montrait pas exactement la même chose mais ce n'était pas une arthro-IRM. L'examen pratiqué en 1997 n'était pas non plus une arthro-IRM mais l'examen radiologique permettait

de conclure certainement à la présence de lésions ligamentaires. Il ressortait du dossier que le recourant se plaignait de douleurs à la cheville de 1988 à 1997. Il était possible que le recourant n'ait plus présenté de douleurs de 1997 à 2007.

Le rapport d'IRM du 19 octobre 2007 et l'arthro-IRM ont été soumis au témoin. Il a exposé que l'arthro-IRM de 2010 était un meilleur examen pour constater des lésions ligamentaires et des lésions intra-articulaires et que la triple lésion ligamentaire constatée en 2010, non objectivée en 2007, devait probablement déjà exister. Les lésions objectivées en 2010 consistaient en trois faisceaux dont deux sur le côté externe et un sur le côté interne. Sur une IRM normale, on distinguait moins bien les lésions anciennes, ce qui ne signifiait pas qu'il n'y avait pas de rupture. En revanche, en 2007, un œdème important du ligament deltoïde, du côté interne, était décrit. Ceci démontrait une lésion récente du deltoïde. Cette lésion était due à l'accident de 2007, qui avait entraîné la décompensation douloureuse. En revanche, les autres lésions constatées en 2010 devaient déjà exister depuis les clichés effectués en 1997 au vu des conclusions du rapport du Dr C_____. Le témoin n'avait pas revu le recourant après 2010 et avait dès lors de la peine à se prononcer sur l'événement de mai 2010. En revanche, l'arthro-IRM de juin 2010 ne montrait pas plus de lésions que celles qu'on pouvait supposer exister en 1997. L'IRM de 2010 ne montrait plus de lésion du deltoïde. S'agissant en revanche de la lésion du deltoïde constatée en 2007, elle résultait de l'accident de juillet 2007 car il y avait un œdème. Cela traduisait une lésion aiguë. Lors de l'événement de 2007, il n'y avait pas eu de nouvelles lésions sur les ligaments du côté externe car ils n'étaient pas enflammés. Le plus souvent, si le pied partait vers l'intérieur, les ligaments externes étaient déchirés. Dans le cas contraire, les ligaments internes se déchiraient. Les lésions ligamentaires constatées à l'arthro-IRM pouvaient expliquer l'instabilité de la cheville mais non pas les douleurs que le recourant présentait lors de l'expertise. Le Dr H_____ contestait que les douleurs diffuses présentées par le recourant au moment de l'expertise soient expliquées par l'interposition des moignons des ligaments. L'arthro-IRM de 2010 confirmait qu'il n'y avait pas de troubles dégénératifs de la cheville et les lésions ligamentaires étaient bien post-traumatiques, mais le problème était de déterminer quel accident était à leur origine. Invité à se déterminer sur l'intervention pratiquée par le Dr V_____, le témoin a indiqué qu'elle pouvait avoir un effet sur une partie des douleurs. La résection des moignons ligamentaires s'interposant dans l'interligne articulaire avait un effet sur une partie des douleurs, mais l'arthrolyse en revanche n'avait pas d'influence sur les douleurs. La synovectomie pouvait provisoirement influencer sur les douleurs. Le simple fait de laver l'articulation par arthroscopie soulageait souvent les douleurs. Il faudrait cependant voir l'évolution des douleurs.

69. Dans ses conclusions après enquêtes du 10 février 2012, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle a soutenu que les déclarations du recourant lors de l'audience du 14 septembre 2011, selon lesquelles il n'aurait plus subi de lâchage de la cheville entre 1990 et 2007, étaient contredites par les pièces du dossier. Elle a relevé que le

Dr H_____ avait exposé que le fait que les déchirures ligamentaires ne soient pas visibles sur l'IRM du 19 octobre 2007 ne signifiait pas qu'elles n'existaient pas. L'accident du 4 juillet 2007 avait concerné la face interne de la cheville gauche, mais aucune lésion de la face externe ne ressortait. Le Dr V_____ n'avait qu'une connaissance partielle des antécédents du recourant, qui avait par exemple omis de lui dire qu'il s'était à nouveau déboîté la cheville le 19 mai 2010. Contrairement au Dr H_____, le Dr V_____ n'avait pas eu accès à l'intégralité du dossier médical. L'hypothèse que la triple déchirure ligamentaire soit imputable à la distorsion du 18 mai 2010 n'était retenue par aucun des praticiens et l'IRM du 30 juin 2010 ne révélait pas la présence d'un œdème. Seules les conclusions du Dr H_____ revêtaient une pleine valeur probante et il se justifiait dès lors de confirmer la fin des prestations avec effet au 3 février 2010.

70. Le recourant a déposé des conclusions après enquêtes le 20 février 2012. Il a conclu à la reconnaissance du lien de causalité adéquate entre l'accident du 4 juillet 2007 et l'incapacité de travail jusqu'au 31 janvier 2012 et au versement des prestations d'assurance jusqu'à cette date, en réservant la question d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il a indiqué qu'il n'était plus en incapacité de travail et a produit à cet égard un certificat du Dr V_____ attestant d'une pleine capacité de travail dès le 1^{er} février 2012. Il a affirmé qu'il ressortait du dossier que les médecins avaient constaté qu'il n'avait pas eu de plainte en tout cas de 1997 à 2007. Les lésions des ligaments objectivées lors de l'intervention du 19 octobre 2011 étaient en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 4 juillet 2007 et expliquaient le syndrome douloureux chronique de la cheville. Même à admettre qu'une partie des diagnostics soit imputable au déboîtement du 19 mai 2010, cet événement constituait une rechute ou des séquelles tardives de l'événement du 4 juillet 2007. Par ailleurs, le traitement du Dr V_____ était approprié puisqu'il avait permis d'éliminer les lésions à la cheville gauche du recourant.
71. Le 19 septembre 2012, la Cour de céans a appelé en cause la SUVA (ci-après l'appelée en cause).
72. L'appelée en cause s'est déterminée le 10 octobre 2012. Elle a conclu à l'admission du recours et à l'annulation de la décision du 13 avril 2011.
73. Dans ses observations du 24 octobre 2012, l'intimée a relevé que l'appelée en cause ne faisait valoir aucun argument à l'appui de ses conclusions.
74. Le recourant s'est déterminé le 26 novembre 2012. Il a répété que l'appelée en cause avait mis un terme aux prestations qui lui étaient versées et que la fin des prestations avait été confirmée par un arrêt du Tribunal administratif. Il n'y avait donc plus de lien de causalité entre l'évènement du 29 janvier 1988 et les troubles de la cheville gauche. Le recourant a conclu à l'octroi des prestations par l'intimée du 4 juillet 2007 au 31 janvier 2012 et réservé la question de l'octroi d'une

indemnité pour atteinte à l'intégrité, subsidiairement à la possibilité de se déterminer sur l'éventuel choix d'un expert et plus subsidiairement sur l'octroi de prestations par l'intimée du 4 juillet 2007 au 3 février 2010.

75. Par ordonnance du 16 janvier 2013 (ATAS/22/2013), la Cour de céans a confié une expertise radiologique et orthopédique aux Drs R_____ et Z_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, après avoir imparti un délai aux parties pour se déterminer sur le choix des experts et tenu compte des questions suggérées par l'intimée.

Les experts étaient notamment invités à indiquer quelles lésions de la cheville gauche avaient été mises en évidence par les examens radiologiques antérieurs à l'accident du 4 juillet 2007, et à déterminer si la rupture complète du ligament talo-fibulaire antérieur et la rupture partielle de stade II au moins du ligament tibio-astragalien postérieur constatées à l'arthro-IRM du 30 juin 2010 pouvaient être imputées de manière possible, probable ou certaine à l'un des événements suivants: événement du 19 mai 2010, accident du 4 juillet 2007, événement du mois de septembre 1997 ou accident de janvier 1988.

La Cour de céans a en substance retenu que l'intimé n'avait procédé à aucune nouvelle expertise depuis la découverte de lésions ligamentaires en juin 2010. Les points de vue des Drs H_____ et V_____ sur la date de survenance et l'incidence de ces lésions étaient contradictoires, et on ne pouvait se rallier à un avis plutôt qu'un autre. En effet, aucun des deux médecins ne fondait ses conclusions sur un examen complet du dossier puisque le Dr H_____ n'avait pas eu accès aux rapports opératoires du Dr V_____, tandis que ce dernier ne connaissait pas l'intégralité du dossier médical du recourant.

76. Le Dr R_____ a rendu son rapport le 30 mai 2013. Il a indiqué que le ligament talo-fibulaire était mal visualisé sur le scanner du 14 novembre 2007. Il a décrit les lésions constatées lors de l'examen IRM du 23 août 2007. L'arthro-IRM du 30 juin 2010 révélait un ligament tibio-calcaneéen épaissi et flou au niveau du compartiment interne. Le ligament tibio-talaire postérieur du ligament deltoïde était irrégulier. Ces images en imposaient pour un diagnostic d'ancienne rupture avec frange cicatricielle responsable d'un conflit postéro-interne.

77. Le 6 janvier 2014, le Dr Z_____ a transmis son expertise à la Cour de céans. Il s'est fondé sur deux consultations, un résumé des dossiers médicaux ainsi que sur un consilium avec le Dr R_____. L'expert a retracé l'anamnèse de l'assuré. Il a précisé que le recourant avait de la peine à se souvenir de manière précise de son histoire médicale. Toutefois, il semblait qu'il n'y ait plus eu de torsion de la cheville depuis 1989 ni de douleur à cette articulation, mais la persistance d'une douleur au dos du pied exactement à l'endroit du choc direct en 1988. En 2002, le recourant avait repris les activités sportives sans épisode d'instabilité ni d'entorse

jusqu'en 2007, où il avait subi deux accidents. Après cela, il avait ressenti une instabilité permanente, décrite comme commençant par un blocage douloureux suivi d'une chute. Suite à l'intervention du Dr V_____, la situation avait complètement changé avec disparition des douleurs, de l'instabilité de la cheville gauche et des chutes avec leurs cortèges de symptômes associés. Il n'avait plus de plaintes depuis cette opération. Le Dr Z_____ a procédé à un status complet avant de reprendre certains éléments du dossier médical. A l'issue de l'examen, il a posé les diagnostics d'entorse de la cheville gauche avec hyperlaxité secondaire (accident de 1988) ; d'entorse complexe de la cheville gauche avec séquelle douloureuse (accident du 4 juillet 2007) ; de status post arthrotomie interne de la cheville gauche avec surinfection de plaie superficielle post-opératoire sans arthrite ; de syndrome douloureux chronique de la cheville gauche ; de status post arthroscopie de la cheville gauche (19 octobre 2011) ; d'entorse du genou gauche en 1988, en janvier et en juillet 2007 ; de contusion de la cuisse et de la hanche droite avec hématome le 18 octobre 2009 ; de syndrome post commotionnel subjectif (accident de 1988) ; de discopathie étagée L1-L2, L2-L3, L4-L5, L5-S1 : de cervicalgies et céphalées chroniques ; d'obésité ; de diabète insulino-traité avec polyneuropathie sensitive des membres inférieurs ; d'hypertension artérielle ; d'hypercholestérolémie ; d'intertrigo sous pectoral ; de status post amputation du 5^{ème} doigt gauche ; de status post ménisectomie interne du genou gauche ; de lobectomie gauche en 2002 pour un carcinome pulmonaire non confirmé ; de cardiopathie ischémique avec pose de trois stents en 2003 ; de tabagisme actif ; et de simulation vraisemblable en relation avec accident de 1988, l'expert renvoyant sur ce point à l'expertise du Dr Q_____.

Dans son appréciation, l'expert a relevé que plus de deux ans après le traumatisme de 1988, la cheville gauche restait instable avec des lâchages fréquents selon les différents rapports médicaux. Le Dr AA_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin-conseil de l'appelée en cause, avait qualifié l'accident du 29 janvier 1988 de faible intensité dans son appréciation médicale du 23 septembre 1993. Par conséquent, il n'y avait pas de séquelle organique vraisemblable consécutive à cet accident. Le courrier du Dr C_____ du 9 octobre 1997 faisait état au niveau de la cheville gauche de la persistance d'épisodes d'instabilité, avec en particulier au mois de septembre 1997 une nouvelle entorse, où un bilan radiologique avait démontré une hyperlaxité pathologique.

Avant l'intervention du Dr V_____, les plaintes du recourant portaient sur un blocage douloureux accompagné d'un lâchage. On pouvait parler d'une instabilité de type pseudolâchage par impingement intra articulaire. Cette instabilité douloureuse avait été présente depuis 2007 sans interruption selon les dires du recourant, mais le rapport initial du Dr T_____ à l'Hôpital de La Tour à Meyrin indiquait qu'avant le 18 mai 2010, malgré l'anamnèse d'entorse de la cheville quelques années auparavant, cette articulation était indolore et asymptomatique avec une radiologie normale. Le recourant était pour l'heure asymptomatique.

S'agissant du point de savoir si les lésions constatées à l'arthro-IRM du 30 juin 2010 (rupture complète du ligament talo-fibulaire antérieur et rupture partielle de stade II au moins du ligament tibio-astragalien postérieur) pouvaient être imputées de manière possible (jusqu'à 50 %), probable (plus de 50 %) ou certaine à l'événement du 19 mai 2010, à l'accident du 4 juillet 2007, à l'événement du mois de septembre 1997, ou à l'accident de janvier 1988, les experts ont répondu de façon concertée que la lésion du ligament talo-fibulaire antérieur n'était visible et objectivée que sur l'examen d'arthro-IRM du 30 juin 2010. Sur le plan de l'imagerie, il n'y avait pas d'argument antérieur. En particulier, la scintigraphie osseuse du 28 novembre 2007 mettait en évidence une atteinte diffuse au niveau de la cheville gauche plus prononcée du côté interne. Au plan biomécanique, l'événement du 4 juillet 2007 semblait correspondre à un mouvement complexe de l'astragale dans la mortaise, ce qui avait entraîné une lésion du ligament latéral interne objectivée à l'IRM du 22 août 2007. Cet examen ne mettait par contre pas en évidence de lésion du ligament latéral externe, en partie parce que cette partie de la cheville n'avait pas été explorée de manière détaillée lors de cet examen. Une atteinte du ligament latéral externe était attendue dans ce type de mécanisme. Se référant à la littérature, le Dr Z_____ a exposé qu'une atteinte isolée du ligament latéral interne n'était pas connue dans ce type de mécanisme et n'était pas décrite dans la classification AO-OTA. L'événement du 19 mai 2010 consistait en une entorse en supination survenue en marchant. Il était peu probable que cet événement banal ait pu entraîner les lésions objectivées sur l'arthro-IRM du 30 juin 2010. En ce qui concernait les événements antérieurs à 2007, il était extrêmement difficile, voire impossible de rendre compte objectivement de la présence ou de l'absence de lésions ligamentaires sans les clichés radiologiques réalisés à ce moment. Cependant, si le traitement était réalisé selon les règles de l'art, on pouvait s'attendre à une cicatrisation du ligament latéral externe suffisante pour éviter des épisodes d'instabilités itératives, ce qui était confirmé par l'anamnèse d'absence d'entorse en tout cas entre les années 1997 à 2007. Objectivement, les documents radiologiques de la cheville du 6 février 2008 étaient décrits comme normaux. Il n'existait en particulier pas de signe d'arthrose évolutive de l'articulation tibio-astragalienne, signe d'une hyperlaxité pathologique chronique. Au vu de ces éléments, les experts pouvaient affirmer que les lésions constatées à l'arthro-IRM du 30 juin 2010 pouvaient être imputés de manière probable (plus de 50 %) aux événements du 4 juillet 2007 et du 19 mai 2010, et de manière tout au plus possible (moins de 50 %) aux événements de janvier 1988 et septembre 1997. Les experts s'écartaient de l'argumentation du Dr H_____, selon laquelle les lésions ligamentaires n'étaient pas consécutives à l'événement de 2007 au vu des indications opératoires posées auparavant. L'accident de 2007 avait décompensé et provoqué des douleurs, lesquelles avaient été exacerbées par l'infection. Les lésions ligamentaires étaient en général douloureuses en raison d'instabilité de la cheville avec entorses à répétition. A la suite de ces épisodes d'instabilité, il y avait de nouvelles douleurs mais avec par la suite un retour au *statu quo sine*. Avant

l'accident de juillet 2007, les diverses entorses avaient été traitées de manière adéquate et avaient bénéficié d'une cicatrisation conduisant à la stabilité de la cheville. Entre 1997 et 2007 en tout cas, le recourant n'avait pas présenté d'épisode d'instabilité ni de douleurs. Il avait d'ailleurs repris le sport dès 2002. Les premiers clichés radiologiques standards ne mettaient pas en évidence de signe d'arthrose, qui était le signe indirect d'une instabilité tibio-astragaliennne post traumatique. Le Dr Z_____ se ralliait aux explications du Dr V_____, qui affirmait que l'événement du 19 mai 2010 était une rechute de l'événement initial ayant entraîné la lésion ligamentaire, soit une rechute de l'entorse grave du 4 juillet 2007. Ce médecin faisait remarquer qu'il n'avait pas objectivé de signe dégénératif dans cette cheville lors de l'arthroscopie, ce qui confirmait l'imagerie radiologique de 2008. Les experts rejoignaient également le Dr G_____, qui déclarait qu'il était possible que l'IRM de 2007 soit passée à côté d'une triple rupture ligamentaire telle que diagnostiquée en 2010 car une arthro-IRM était l'examen de choix pour déterminer ce type d'atteinte ligamentaire. De plus, l'IRM d'août 2007 ne s'était pas focalisée sur le ligament latéral externe de manière précise. Les experts ont répété qu'il était regrettable que les clichés réalisés dans les années 1988 et suivantes ainsi que les clichés fonctionnels de 1997 n'aient pas pu être visualisés. Il était clair que l'absence de ces clichés empêchait d'objectiver une lésion ligamentaire nette, d'autant plus que le rapport final de la SUVA du 23 septembre 1993 déclarait que le soi-disant accident du 29 janvier 1988 pouvait être considéré comme de faible importance et qu'il n'existait aucune limitation de la capacité de travail exigible ni atteinte à l'intégrité durable et importante. Si une instabilité de l'articulation supérieure de la cheville avait été retrouvée, une atteinte à l'intégrité de 5 à 10 % aurait été confirmée selon les tabelles 6 de l'atteinte à l'intégrité en cas d'instabilité articulaire.

Le Dr Z_____ a noté que les troubles depuis l'accident du 4 juillet 2007 avaient été objectivés du point de vue orthopédique par ses confrères en tout cas jusqu'à l'intervention arthroscopique du mois d'octobre 2011. L'expert constatait que si les plaintes étaient objectivées, la réalité de l'examen clinique était à chaque fois mise en doute en raison de l'attitude du recourant. L'examen variait en effet si la cheville était mobilisée directement ou indirectement. Le seul élément clair et objectivé était que le recourant avait été traité de manière presque continue pour un problème de douleurs de sa cheville gauche du 4 juillet 2007 jusqu'à février 2012 et que la symptomatologie douloureuse n'avait jamais disparu durant cette période. L'examen clinique réalisé par l'expert montrait une cheville gauche non douloureuse avec des mobilités normales, associée à un très bon contrôle musculaire des stabilisateurs dynamiques de la cheville. L'expert constatait une discrète hyperlaxité ligamentaire asymétrique, telle qu'attendue après un débridement des résidus ligamentaires.

L'expert a qualifié de probable (plus de 50 %) le lien de causalité entre les troubles présentés par le recourant depuis l'accident du 4 juillet 2007 et cet évènement. Au

vu du mécanisme lésionnel complexe lors du traumatisme du 4 juillet 2007, l'atteinte du ligament latéral interne ne pouvait être isolée. Il n'existait pas de facteurs étrangers contribuant aux lésions constatées. L'exostose en regard de l'astragale était présente avant le traumatisme mais ne constituait pas une lésion douloureuse, dans la mesure où le recourant ne s'en était pas plaint avant le 4 juillet 2007. Cette lésion ne pouvait ainsi pas être attribuée à un ancien traumatisme de manière certaine, ni même probable. Le traitement entrepris après les événements de 1988 et de 1997 avaient permis d'obtenir une cicatrisation ligamentaire adéquate évitant les épisodes d'instabilité itérative. On ne pouvait parler de *statu quo ante* ni de *statu quo sine* dans la mesure où il s'agissait d'une aggravation durable d'un état préexistant du fait de la discrète hyperlaxité pathologique. Cette aggravation était évolutive. Sur le plan radiologique, il n'y avait pas d'arthrose mise en évidence dans les derniers clichés réalisés. S'agissant du point de savoir si l'événement du 19 mai 2010 constituait une rechute de l'accident du 4 juillet 2007 ou de l'accident de janvier 1988, l'expert a indiqué que l'accident du 4 juillet 2007 permettait d'expliquer la présence d'une instabilité résiduelle et que l'événement du 19 mai 2010 constituait une rechute de cet accident. L'état de santé du recourant pouvait être considéré comme stabilisé six semaines après l'arthroscopie du 19 octobre 2011, soit au 30 novembre 2011. En effet, l'intervention avait apporté un soulagement spectaculaire de la symptomatologie douloureuse. S'agissant de la capacité de travail, on pouvait considérer qu'une reprise du travail à 100 % était possible six semaines après l'intervention du 19 octobre 2011. On pouvait raisonnablement déterminer que trois mois après l'entorse du 4 juillet 2007, le recourant aurait pu avoir une activité sédentaire à temps plein et sans limitation de rendement. Suite à l'intervention du 8 septembre 2008, en raison des complications infectieuses sur la plaie opératoire et la mauvaise évolution locale avec suspicion d'algoneurodystrophie, on pouvait exiger une reprise de l'activité quasi normale, en tout cas sédentaire sans activité en terrain accidenté ou travail sur échafaudage à partir du 3 février 2010, soit 18 mois après cette intervention. La cheville gauche n'entraînait pas de limitation fonctionnelle hormis une instabilité résiduelle. Il n'y avait pas de diminution de rendement. Aucun traitement n'est nécessaire. La stabilité permettait d'éviter l'évolution vers une arthrose symptomatique.

Selon la table six de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la loi sur l'assurance-accident, il s'agissait d'une atteinte de l'articulation supérieure de la cheville avec actuellement une instabilité modérée, évaluée au maximum à 5 %. Il n'y avait donc pas de changement par rapport à l'indemnité déjà versée par la SUVA.

78. L'intimée s'est déterminée le 3 février 2014. Elle a relevé que les experts n'avaient pas eu à disposition les clichés réalisés en 1988, ni ceux de 1997 et avaient admis que cela les empêchait d'objectiver une lésion ligamentaire. Or, les documents radiologiques étaient déterminants pour prendre position au plan médical. On pouvait se demander si les conclusions des experts étaient probantes au vu de

l'absence de telles pièces. L'intimée était ainsi d'avis qu'un doute subsistait, suffisant pour considérer que le lien de causalité entre les lésions constatées à l'arthro-IRM du 30 juin 2010 et l'accident du 4 juillet 2007 n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante.

79. Dans ses conclusions après expertise du 6 février 2014, le recourant a conclu à l'annulation de la décision du 13 avril 2011, à ce que le lien de causalité adéquate entre l'accident du 4 juillet 2007 et l'incapacité de travail jusqu'au 31 janvier 2012 soit reconnue, au versement d'indemnités journalières fondées sur l'assurance-accident et l'assurance complémentaire avec intérêts à 5 % l'an du 4 juillet 2007 au 31 janvier 2012 et au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %. Il a cité l'expertise judiciaire, dans laquelle les Drs Z_____ et AB_____ avaient admis un lien de causalité probable entre l'accident du 4 juillet 2007 et ses troubles et considéré que l'événement du 19 mai 2010 constituait une rechute de cet accident. Il a affirmé que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % versée par la SUVA l'avait été à la suite d'un accident entraînant plusieurs atteintes. On ne pouvait dès lors déterminer si elle avait été spécifiquement versée pour les troubles à la cheville. Conformément aux conclusions du Dr Z_____, il avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %.
80. Dans ses observations du 7 février 2014, l'appelée en cause s'est référée à la position des experts, selon laquelle les troubles du recourant étaient une conséquence des accidents assurés par l'intimée. Elle concluait dès lors à l'admission du recours et à l'annulation de la décision de l'intimée.
81. Copies de ces écritures ont été transmises aux parties.
82. Par courrier du 8 juillet 2014, la Cour de céans a interpellé le Dr Z_____ sur les périodes d'incapacité de travail mentionnées dans son expertise et l'a invité à confirmer que la capacité de travail du recourant était totale dans une activité sédentaire sans activité en terrain accidenté ou travail sur échafaudage du 3 février 2010 au 19 octobre 2011 et que l'entorse du 19 mai 2010 n'avait pas entraîné de nouvelle incapacité de travail.
83. L'expert a complété son expertise le 25 juillet 2014. Il a exposé que conformément à ce qu'il avait indiqué dans son rapport initial, la capacité de travail était totale dans une activité sédentaire dès le 3 février 2010 jusqu'à l'intervention du Dr V_____. L'entorse de grade I à II avait été accompagnée d'un arrêt de travail certifié du 19 mai au 26 mai 2010 par le Dr T_____. Il n'avait pas d'autre incapacité de travail certifiée par un médecin pour les suites de cet événement. L'incapacité de travail d'une semaine était en rapport avec la vraisemblable entorse bénigne, en tenant compte du fait que la capacité de travail était alors totale dans une activité sédentaire.
84. Le 6 août 2014, l'appelée en cause a persisté dans ses conclusions.

85. Par courrier du 20 août 2014, l'intimée a indiqué ne pas avoir d'observations complémentaires.
86. Le recourant s'est déterminé le 21 août 2014. Il s'est référé à un nouveau certificat établi le 15 août 2014 par le Dr V_____, qu'il reprenait à titre d'observations. Il en inférait que le traitement médicamenteux, dont l'expert n'avait pas souligné l'ampleur, ne permettait pas l'exercice d'une quelconque activité. Pour le surplus, il a persisté dans ses conclusions.

Dans le certificat joint du Dr V_____, ce médecin a confirmé que le recourant était en incapacité de travail totale du 4 juillet 2007 au 31 janvier 2012. Il suivait le recourant depuis le 22 juin 2010 et le traitement de morphine avait déjà commencé à cette date. Compte tenu de l'évolution depuis l'accident du 4 juillet 2007 puis du nouveau traumatisme le 19 mai 2011 (*recte* 2010), le recourant était à juste titre en incapacité de travail notamment depuis le 3 février 2010, car un travail en tant que vendeur de voitures (conduite de véhicules, établissement de contrats, travail de comptabilité etc.) était médicalement et juridiquement impossible sous morphine.

87. Par courrier du 28 août 2014, la Cour de céans a transmis copie de ces écritures aux parties et les a informées que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. La compétence de la Cour de céans et la recevabilité du recours ont d'ores et déjà été examinées dans l'ordonnance du 16 janvier 2013.
2. Le recours porte sur le droit du recourant au versement d'indemnités journalières fondées sur la loi sur l'assurance-accidents (LAA ; RS 832.20) et à la prise en charge du traitement médical.

Il y a lieu de rappeler que dans la procédure juridictionnelle administrative, seuls les rapports juridiques au sujet desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision, peuvent en principe être examinés. En effet, 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; ATF 125 V 413 consid. 1a et les références citées). L'objet de la contestation est le rapport juridique visé par la décision (arrêt du Tribunal fédéral 9C_598/2011 du 19 avril 2012 consid. 3.1). Les conclusions du 6 février 2014 recourant tendant au versement d'indemnités découlant de l'assurance complémentaire et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité sont par conséquent irrecevables, dès lors que ces éléments ne font pas l'objet de la décision querellée.

3. 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. L'art. 4 LPGA dispose qu'est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a); aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b); au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital (let. c); aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d); aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e).

4. Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) 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). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence.
5. A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par "une sensible amélioration de l'état de l'assuré". Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme "sensible" par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minime que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2).
6. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans

cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire 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 se présente comme la condition *sine qua non* de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 en assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.1)

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_535/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3).

La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_463/2009 du 23 novembre 2009 consid. 3).

7. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents [OLAA ; RS 832.202]). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (arrêt du Tribunal fédéral 8C_535/2008 du 2 février 2009 consid. 2.1).
8. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur

les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

b) 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 convient 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 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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).

d) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

9. En l'espèce, la Cour de céans a déjà exposé pour quels motifs les expertises du Dr H_____ et les rapports du Dr V_____ ne pouvaient se voir reconnaître une pleine valeur probante dans son expertise du 16 janvier 2013.

Il reste à déterminer si le rapport des Drs Z_____ et R_____ répond aux critères développés par le Tribunal fédéral.

S'agissant du rapport du radiologue du 30 mai 2013, il est relativement bref et ne comprend qu'une description de certains éléments d'imagerie. Cela étant, il répond dans l'ensemble aux questions qui ont fait l'objet de l'ordonnance d'expertise. De plus, le Dr R_____ a collaboré à l'établissement du rapport transmis à la Cour de céans par le Dr Z_____ le 6 janvier 2014. Or, ce dernier document satisfait tous les réquisits jurisprudentiels. L'expert orthopédiste a en effet pris connaissance du dossier médical du recourant, qu'il a résumé et complété par une anamnèse, il l'a interrogé sur ses plaintes et a procédé à un examen clinique. Les diagnostics et les conclusions, clairs et motivés, s'appuient notamment sur la collaboration du chirurgien avec l'expert radiologue et sur leur analyse des documents radiologiques. Ils sont étayés par des explications convaincantes et des références à la littérature.

Partant, la Cour de céans se ralliera aux conclusions du Dr Z_____, aux termes desquelles les lésions découvertes lors de l'IRM du 30 juin 2010 et ayant conduit à l'intervention du Dr V_____ sont consécutives à l'accident du 4 juillet 2007, dont l'événement du 19 mai 2010 constituait une rechute. Il est vrai que les experts judiciaires ont souligné que l'absence de clichés radiologiques antérieurs à 1997 ne permettait pas d'objectiver une lésion ligamentaire nette. C'est cependant également en se fondant sur les conclusions prises en 1993 par la SUVA et sur l'anamnèse qu'ils ont exclu que cette lésion soit survenue à cette époque. De plus, 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 126 V 353 consid. 5b). Le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 339/03 du 19 novembre 2003 consid. 2). Eu égard à ce principe, l'intimée supporte les conséquences de l'absence des anciens clichés radiologiques.

Il n'existe pas non plus de motif de s'écarter des conclusions du Dr Z_____ relatives à la capacité de travail du recourant. En ce qui concerne la période durant laquelle le versement d'indemnités journalières reste litigieux, soit dès le 1^{er} décembre 2009, l'expert orthopédiste a noté que la reprise de la capacité de travail était exigible dix-huit mois après l'intervention du 8 septembre 2008, soit dès le 9 février 2010. On relèvera en effet que l'activité de vendeur de voitures d'occasion n'exige pas de déplacements sur terrain accidenté ou de travail sur des échafaudages, soit les limitations fonctionnelles retenues par l'expert. L'expert n'a pas retenu d'incapacité de travail en lien avec la rechute du 19 mai 2010 – qui n'a d'ailleurs selon l'écriture du 30 mai 2011 du recourant même pas entraîné d'aggravation durable des douleurs. Sur ce point, il a clairement indiqué sur quels motifs objectifs il se fondait dans son complément d'expertise du 25 juillet 2014, et ses explications emportent la conviction. Par la suite, la capacité de travail a à nouveau été nulle pendant six semaines dès l'arthroscopie pratiquée le 19 octobre 2011 par le Dr V_____, soit jusqu'au 30 novembre 2011. S'agissant de l'appréciation par l'expert de la capacité de travail après l'intervention chirurgicale, elle est au demeurant corroborée par les déclarations du recourant, qui a affirmé lors de l'audience du 26 octobre 2011 qu'il pouvait désormais dormir et marcher normalement.

Le dernier certificat du Dr V_____, établi le 15 août 2014, ne permet pas de s'écarter des conclusions de l'expert. Il se borne en effet à indiquer que l'incapacité de travail est justifiée par l'évolution du recourant depuis l'accident, ce qui ne constitue à l'évidence pas une motivation suffisante. L'incidence que le Dr V_____ prête au traitement de morphine ne convainc pas non plus. En premier lieu, on ne peut suivre ce médecin lorsqu'il affirme que le recourant était juridiquement incapable d'établir ou de conclure des contrats en raison des effets du traitement. Une telle assertion revient en effet à considérer que le recourant était incapable de discernement au sens des art. 18 et suivants du code civil (CC ; RS 210). Or, dans un tel cas, le recourant aurait dû bénéficier d'une mesure de protection de l'adulte conformément aux art. 360ss CC, ce qui n'est pas le cas. S'agissant de la conduite de voitures, il est vrai que la Dresse F_____ avait fait état de difficultés à conduire dans ses rapports du 17 février 2009 et du 18 décembre 2009. L'incapacité de travail n'est cependant pas contestée à cette date, de sorte que ce seul élément ne suffit pas à corroborer l'allégation du Dr V_____. Il ne ressort en particulier ni des expertises du Dr H_____ et du Dr Z_____ ni des autres rapports médicaux que le recourant se serait plaint de ne plus pouvoir conduire, et il n'a jamais rapporté de telles difficultés dans ses écritures ou lors de son audition par la Cour de céans. On relèvera enfin que dans la description que le recourant a faite le 6 août 2010 de l'événement du 19 mai 2010, il a précisé qu'il marchait sur la rampe en sortant du parking. Compte tenu de cette déclaration, il n'est pas déraisonnable d'admettre qu'il conduisait encore à cette époque, ce qui contredirait les indications du Dr V_____.

L'intimée devra dès lors verser des indemnités journalières pendant les périodes d'incapacité de travail définies par le Dr Z_____. Le recourant a également droit à la prise en charge du traitement médical en lien avec l'accident jusqu'à la stabilisation de l'état de sa cheville, également intervenue le 30 novembre 2011.

10. Le recourant a conclu au versement d'intérêts moratoires sur les indemnités journalières.

Aux termes de l'art. 26 al. 2 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1), des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe.

L'obligation de verser des intérêts moratoires est liée à l'existence d'une prestation principale et a, par conséquent, un caractère accessoire (ATF 119 V 233 consid. 4). Puisque les autres conditions énumérées à l'art. 26 al. 2 LPGA doivent être remplies, le droit à des intérêts moratoires doit être qualifié de relation juridique spécifique. Sous réserve d'une expansion de l'objet de la contestation, elle ne peut être examinée dans la procédure de recours de première instance que si l'administration a statué sur cette question (objet de la contestation) et que sa décision a été attaquée sur ce point (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 73/05 du 13 septembre 2006, consid. 7.1). En l'espèce, bien que l'intimée n'ait pas statué sur ce point, il y a lieu d'étendre l'objet de la contestation à cette question par économie de procédure.

Comme cela découle de la loi, une des conditions au versement d'intérêts moratoires est que l'assuré ait satisfait à son obligation de collaborer, ancrée à l'art. 43 LPGA. L'alinéa troisième de cette disposition prévoit que si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable. L'obligation de collaborer implique notamment que l'assuré donne des renseignements conformes à la vérité. Or, le recourant a en l'espèce caché à l'intimée le fait qu'il avait déjà subi un accident à la cheville par le passé, pour lequel il avait perçu des prestations de l'appelée en cause. Eu égard à l'importance du traitement et à la durée de la procédure ayant opposé le recourant à l'appelée en cause à l'époque, il n'est guère vraisemblable que celui-ci ait pu oublier cet événement. On ne peut dès lors admettre qu'il s'est plié à son obligation de collaborer, ce qui exclut le droit à des intérêts moratoires conformément à la loi.

11. Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis.

Aux termes de l'art. 61 let. g LPGA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige. Le point de savoir si et à quelles conditions une partie a droit à des dépens en instance cantonale de recours lorsqu'elle obtient gain de cause relève du droit fédéral, alors que la fixation du montant de l'indemnité de dépens ressortit au droit cantonal (arrêt du Tribunal fédéral 9C_827/2011 du 13 juin 2012 consid. 5). En l'espèce, le recourant n'obtenant que très partiellement gain de cause, les dépens seront fixés à CHF 1'500.- (cf. art. 6 RFPA).

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

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.
2. Déclare les conclusions du recourant tendant au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité et de prestations de l'assurance complémentaire irrecevables.

Au fond :

3. Admet partiellement le recours au sens des considérants.
4. Dit que le recourant a droit à des indemnités journalières du 1^{er} décembre 2009 au 8 février 2010 et du 19 octobre au 30 novembre 2011.
5. Dit que le recourant a droit à la prise en charge du traitement médical de sa cheville gauche jusqu'au 30 novembre 2011.
6. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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