RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4544/2019 **ATAS/701/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 juin 2021

2ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à VANDOEUVRES, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre STASTNY	recourant

contre

VAUDOISE GENERALE COMPAGNIE D'ASSURANCES S.A., sise avenue de Cour 41, LAUSANNE	intimée

Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Maria Esther SPEDALIERO, Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré, l'intéressé ou le recourant), né en _____, était employé en tant que chef de projet informatique auprès de la Banque B_____ SA à Genève, et était, à ce titre, assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Vaudoise Générale Compagnie d'Assurances SA (ci-après : l'assureur ou l'intimée).

2. Le 20 juin 1995, lors d'une partie de tennis, l'assuré a fait un faux-mouvement avec son membre inférieur gauche, entraînant une entorse grave du genou gauche, en d'autres termes une rupture du ligament croisé antérieur (ci-après : LCA), dont la reconstruction (examen sous narcose, puis « plastie de reconstruction du LCA sous arthroscopie selon la technique du Dr C_____, utilisant le 1/3 central du tendon rotulien après ablation du matériel d'ostéosynthèse ») a été effectuée le 20 septembre 1995 par le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.

3. Dans les suites opératoires, l'assuré a développé une algoneurodystrophie. Dès le 25 novembre 1996, l'assuré a recouvré une capacité de travail totale.

4. Le 13 juin 2005, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation routière sous forme de chute en scooter, dont le cale-pied lui a transpercé le mollet droit (selon la déclaration de sinistre LAA), entraînant des lésions à son membre inférieur droit.

5. L'assureur a également pris en charge les suites de cet événement.

6. Le 13 juin 2005 également, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a effectué une intervention chirurgicale à la jambe droite de l'assuré, soit une « révision plaie profonde jambe droite, débridement, lavage pulsé au Ringer, drainage et fermeture primaire », « factiotomie loge des fléchisseurs superficiels », plastie en « V-Y », les diagnostics étant une « importante plaie lacéro-contuse avec perte de substance face postéro-interne tiers moyen à distal à la jambe droite », une « lésion partielle du muscle jumeau interne et solaire », un « pré-syndrome de loge muscles fléchisseurs superficiels », une « lésion du [LCA] genou droit », ainsi qu'un « status post-plastie du [LCA] genou gauche il y a 10 ans (Dr D_____) ».

7. L'incapacité de travail de ce dernier a été totale dès cette date.

8. Le 30 novembre 2005, le Dr E_____ a effectué une plastie du LCA au genou droit et une résection de la corne postérieure du ménisque interne droit, posant en outre notamment le diagnostic de lésion du LCA au genou droit.

9. Le 10 octobre 2006, le docteur F_____, spécialiste FHM en médecine physique et rééducation, au département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a diagnostiqué, au genou droit de l'assuré, une rupture de la plastie du LCA et une algodystrophie au décours.

10. Le 30 avril 2007, le professeur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, au département de chirurgie des HUG, a indiqué notamment que l'assuré poursuivait la rééducation.

11. L'employeur de l'assuré a mis fin au contrat de travail avec effet au 31 juillet 2007.

12. Par courrier du 31 janvier 2008 adressé au docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assureur, le Dr E_____ a expliqué que l'assuré présentait une rupture de la plastie LCA à droite ainsi qu'une lésion de la corne postérieure du ménisque interne pour laquelle une reprise chirurgicale avait été prévue. Au vu des problèmes familiaux et administratifs de l'assuré, l'intervention avait toutefois été suspendue.

13. En avril 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI).

14. À la demande de l'assureur, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et le docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, auprès du Centre d'expertise médicale à Nyon (ci-après : CEMed), ont examiné l'assuré le 17 avril 2008. Dans leur rapport d'expertise du 4 juillet 2008, ces médecins ont diagnostiqué notamment : une instabilité majeure du genou droit et modérée du genou gauche ; des séquelles d'algodystrophie avec rotule basse des deux côtés et gonarthrose débutante. Sur le plan orthopédique, l'état actuel des deux genoux était en relation de causalité certaine avec les accidents des 20 juin 1995 et 13 juin 2005. L'état de santé de l'assuré, toujours sur le plan orthopédique, n'était pas stabilisé. Sa capacité de travail dans un travail de bureau assis avec des déplacements même fréquents mais modérés, y compris en tant qu'informaticien de bureau, était estimée à 75 %, vu les différents traitements de physiothérapie et la nécessité de reposer le membre inférieur droit occasionnellement en le mettant en l'air. Le genou droit nécessitait une stabilisation chirurgicale qui allait entraîner une nouvelle incapacité de travail complète transitoire. La capacité de travail définitive, tout comme l'atteinte à l'intégrité, ne pouvaient pas être fixées avant la stabilisation du cas.

15. Par courrier du 30 juillet 2008, l'assureur a informé l'assuré de la fin du versement des indemnités journalières à compter du 1er août 2008, vu sa capacité de travail de 75 % dans son activité habituelle.

16. Le 27 août 2008, l'assuré a subi une nouvelle intervention chirurgicale à son genou droit, entraînant une nouvelle incapacité de travail totale pour laquelle l'assureur a repris le versement des indemnités journalières dès le 26 août 2008.

17. À la demande du Dr H_____, le Dr E_____ a expliqué, par courriers des 7 novembre et 12 décembre 2008, l'évolution post-opératoire.

18. Le 23 décembre 2008, le Dr H_____ a indiqué au Dr E_____ qu'une capacité de travail entière en tant qu'informaticien était, alors, parfaitement exigible à compter du 1er janvier 2009.

19. Par courrier du 23 décembre 2008, l'assureur a informé l'assuré que, de l'avis de son médecin-conseil, une capacité de travail entière était exigible à compter du 1er janvier 2009. Dès cette date, le versement des indemnités journalières allait prendre fin.

20. Le 12 janvier 2009, l'assuré a fait valoir que, de l'avis des Drs E_____ et F_____, son incapacité de travail totale perdurait au-delà du 31 décembre 2008.

21. Le 16 janvier 2009, l'assureur lui a répondu qu'au vu de l'évolution favorable quatre mois après la dernière intervention chirurgicale, la poursuite d'une incapacité de travail ne se justifiait pas en tant qu'informaticien. Le Dr H_____ était toutefois disposé à le recevoir le 26 janvier 2009.

22. Par rapport du 23 janvier 2009, le Dr F_____ a relevé notamment les éléments à prendre en compte dans l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré.

23. Par rapport du 30 janvier 2009, le Dr H_____ a estimé, suite à un examen de l'assuré (qui pesait 82 kg) la veille, que l'évolution après le traumatisme du genou droit était longue, compliquée d'une ré-rupture de la plastie du LCA, avec algoneurodystrophie, puis nouvelle intervention sur le ménisque interne déchiré et une chondroplastie antérieure et latérale externe au fémur. Ce genou (droit) restait douloureux, sa flexion limitée, avec un épanchement résiduel et une atrophie musculaire du membre inférieur droit marquée. Cette situation nécessitait la poursuite des traitements (médicaments, physiothérapie). Cependant, au vu de sa profession, l'assuré présentait une capacité de travail d'au moins 50 %. Dès le 1er mars 2009, elle était totale.

24. L'assureur a effectué le versement des indemnités journalières à 50 % pour les mois de janvier et février 2009.

25. Par courrier du 19 février 2009, l'assureur a informé l'assuré, qu'au vu de l'avis précité du Dr H_____, le versement des indemnités journalières allait prendre fin au 1er mars 2009.

26. Le 2 juin 2009, le Dr E_____ a attesté l'existence d'une capacité de travail totale depuis le 1er mars 2009.

27. Le 6 juin 2009, l'assuré a informé l'OAI que sa capacité de travail était à nouveau entière dès le 1er mars 2009. Il n'avait donc aucune prétention à faire valoir.

28. Le 26 juin 2009, une échographie du genou gauche de l'assuré a été effectuée à la demande du Dr F_____.

29. Par rapport du 29 juin 2009, le Dr E_____ a indiqué notamment que la capacité de travail de l'assuré était totale depuis le 1er mars 2009, la case « oui » pour la question « Y a-t-il à craindre un dommage permanent ? » étant néanmoins cochée. Il ressort de ce rapport que ce médecin avait vu l'assuré le 7 avril 2009, date à laquelle il avait noté « progressivement mieux, pas de lâchages à droite, statu quo mais algique ». Un contrôle était prévu en juillet 2009.

30. Le 6 juillet 2009, le Dr F_____ a attesté une capacité de travail totale depuis mars 2009, en théorie. En pratique, il n'y avait pas eu de reprise de travail. Les diagnostics étaient inchangés depuis l'intervention d'août 2008, avec une enthésopathie quadricipitale droite surajoutée. La case « oui » pour la question « Y a-t-il à craindre un dommage permanent ? » était cochée. Le médecin proposait que l'assuré soit revu par le médecin-conseil.

31. Les 14 et 24 juillet 2009, une imagerie à résonance magnétique (ci-après : IRM) du genou gauche et une échographie du genou droit ont été effectuées.

32. Le 26 août 2009, l'assuré a sollicité la reprise du versement des indemnités journalières à compter du 4 juin 2009, en raison de deux complications : il avait subi une déchirure de l'attache du quadriceps droit le 15 mai 2009 (pour laquelle une nouvelle intervention était nécessaire) et un blocage (à son domicile et lors d'un mouvement anodin ayant entraîné des conséquences internes sérieuses) du genou gauche le 4 juin 2009 (pour lequel une nouvelle intervention était également nécessaire). Il a indiqué être en incapacité de travail totale dès cette date, comme l'attestait le certificat annexé, établi par le Dr E_____ en date du 20 août 2009, qui certifiait une telle incapacité depuis le 4 juin 2009 et probablement jusqu'au 20 septembre suivant, pour cause d'« accident ». Il a requis une décision de l'assureur quant à la reprise du versement des indemnités journalières dès le 4 juin 2009.

33. Le 1er septembre 2009, une IRM du genou droit a été effectuée, le rapport médical du lendemain concluant notamment à des « signes IRM » compatibles avec une rupture subtotale du LCA.

34. Le 17 février 2010, le Dr F_____ a indiqué notamment l'existence d'une incapacité de travail totale. L'assuré allait être revu par le Prof. G_____.

35. Le 10 mars 2010, le Prof. G_____ a expliqué que l'assuré présentait une laxité antérieure du genou droit et des douleurs aux genoux. Il était dans l'attente d'une nouvelle intervention.

36. Les 9 avril et 4 mai 2010, l'assuré a rappelé qu'il était en incapacité de travail totale depuis le mois de juin 2009, qu'il était dans l'attente de la détermination de l'assureur et qu'il devait subir une nouvelle intervention le 1er juin 2010.

37. Selon une note de l'assureur du 18 mai 2010, le Dr H_____ avait considéré le 11 mai 2010 qu'il y avait une rechute et que les frais médicaux pour les deux genoux devaient être pris en charge. L'assuré étant apte à travailler, il n'y avait pas d'incapacité de travail à prévoir pour le moment. En cas de nouvelle intervention chirurgicale, ce point devait être revu.

38. Le 18 mai 2010, l'assureur a confirmé la prise en charge des frais médicaux en relation avec l'accident du 13 juin 2005.

39. Les 28 mai et 15 juin 2010, l'assuré a requis le versement des indemnités journalières dues depuis juin 2009. L'opération prévue le 1er juin 2010 avait été suspendue.

40. Le 29 juin 2010, l'assureur a expliqué que, dans la mesure où son médecin-conseil estimait que l'assuré avait une capacité totale de travail, aucune indemnité journalière ne pouvait être versée.

41. Le 15 juillet 2010, une échographie du genou droit a été réalisée.

42. Par courrier du 29 juillet 2010, l'assuré a requis le versement des indemnités journalières en raison de l'aggravation de son état de santé dès juin 2009.

43. Par lettre du 13 août 2010, l'assureur a confirmé son refus de verser des indemnités journalières à compter du 4 juin 2009. Le Dr H_____ était catégorique : même si les gonalgies s'étaient, éventuellement, aggravées, elles ne justifiaient pas d'incapacité de travail, même partielle, vu la profession d'informaticien de l'assuré. En effet, les échographies réalisées en juin et juillet 2009 n'avaient pas objectivé de déchirure, contrairement à ce qu'indiquait l'assuré, mais une péritendinite superficielle ainsi qu'une petite bursite. Quant à la « re-rupture » du LCA au genou droit objectivée le 1er septembre 2009, elle ne justifiait pas non plus d'incapacité de travail, l'instabilité étant compensée valablement par le port d'une orthèse. Le médecin-conseil allait rendre un rapport circonstancié en vue d'une décision.

44. Le 19 août 2010, le Prof. G_____ a indiqué notamment qu'à droite, il persistait une laxité antérieure importante, alors qu'à gauche il y avait surtout un syndrome douloureux. Les différents traitements conservateurs n'avaient pas permis d'améliorer l'état de santé de l'assuré de manière significative. À sa dernière consultation, le patient était très inquiet et avait renoncé à une nouvelle intervention chirurgicale.

45. Le 2 septembre 2010, l'assuré a contesté la position de l'assureur.

46. Les 3 septembre et 8 octobre 2010, deux échographies du genou droit ont été effectuées.

47. Par rapport du 28 septembre 2010, le Prof. G_____ a notamment fait état d'une incapacité totale de travail ainsi que, depuis l'examen effectué le 29 janvier 2009 par le Dr H_____, d'une aggravation du syndrome douloureux du genou gauche et de l'apparition récente d'une névralgie antérieure au genou droit.

48. Par rapport du 20 octobre 2010, le Dr F_____ a retenu une incapacité de travail à 100 % depuis le 3 juin 2009, paraissant actuellement définitive. Il y avait, depuis l'examen du 29 janvier 2009 du Dr H_____, une aggravation fonctionnelle majeure du genou droit, en particulier en termes de stabilité et de symptomatologie douloureuse, de même qu'une décompensation progressive du genou gauche avec lâchages itératifs de ce genou, ce à quoi s'ajoutaient, du côté droit, de multiples lésions de surcharge péri-articulaire, tendineuse, neurologiques « et autres ».

49. À la demande de l'OAI, par rapport du 1er novembre 2010, le docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique auprès du Service médical régional AI (ci-après : SMR), a, sur la base d'un examen de l'assuré réalisé le 24 septembre 2010, diagnostiqué une gonarthrose post-traumatique à gauche, et débutante à droite, les deux avec instabilité antéro-postérieure ; un status après entorse du genou gauche, traitée par plastie du LCA, rupture du greffon de LCA ; un status après entorse du genou droit avec lésion du LCA, traitée par plastie itérative du LCA, rupture itérative du greffon de LCA ; un status après algodystrophie du genou gauche en 1995 et du genou droit en 2006. Selon ce médecin, en raison des douleurs, des difficultés de déplacements et des pauses nécessaires, l'assuré présentait, dans son activité habituelle et dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, une capacité de travail de 75 % depuis le 13 juin 2005, sauf que sa capacité de travail avait été nulle du 30 novembre 2005 au 30 décembre 2006 et du 27 août à fin décembre 2008. Les limitations fonctionnelles consistaient en la nécessité d'un travail sédentaire dans lequel l'intéressé puisse mobiliser ses genoux à sa guise et alterner la position debout et la position assise, l'évitement du port de charges, de la marche en terrain irrégulier, de la montée/descente d'escaliers ou de pentes, ainsi que des travaux à genou ou accroupi, de courts déplacements à plat étant néanmoins possibles.

50. Le 12 novembre 2010, l'assuré (pesant 70 kg) a été examiné par le Dr H_____, qui a notamment résumé les plaintes de l'intéressé, entre autres le fait qu'au-delà d'une marche de 30 minutes les douleurs étaient exacerbées pendant les trois jours suivants, et qu'il pouvait rester debout 30 minutes, toujours en mouvement, et assis deux heures mais en devant se lever après une heure déjà. Selon le rapport du 20 décembre 2010 de ce médecin-conseil, les genoux restaient certes douloureux et instables, surtout à droite après deux plasties du LCA, à gauche après une plastie, mais sans épanchement et avec une bonne mobilité. Dans sa profession, l'assuré devait être capable de travailler à 100 %.

51. Par décision du 13 janvier 2011, l'assureur a confirmé son refus de reprendre le versement des indemnités journalières, étant donné que de l'avis du Dr H_____ et sans que cela soit infirmé par le Prof. G_____, les troubles aux genoux présentés par l'assuré ne justifiaient pas d'incapacité de travail dans la profession d'informaticien.

52. Le 14 février 2011, l'assuré a formé opposition à cette décision, s'opposant au refus de lui allouer des indemnités journalières et contestant avoir une capacité de travail dans son activité professionnelle. Il a relevé qu'en raison de l'instabilité et des lâchages de ses genoux, il devait porter deux orthèses stabilisatrices. Il a produit les rapports du Prof. G_____ du 28 septembre 2010 et du Dr F_____ du 20 octobre 2010 précités. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise.

53. À la demande de l'assureur, l'assuré a été soumis à une évaluation fonctionnelle auprès de la Clinique romande de réadaptation de Sion (ci-après : CRR) du 28 au 30 mars 2011.

Par rapport de la CRR du 4 avril 2011, le docteur L_____, chef de service et spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, et le docteur M_____, médecin consultant et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, ont diagnostiqué une instabilité antérieure des deux genoux prédominant nettement du côté droit et une gonarthrose bilatérale débutante, intéressant le compartiment fémoro-tibial externe des deux côtés et le compartiment fémoro-patellaire gauche. S'agissant de la capacité de travail de l'assuré, ces médecins ne pouvaient pas s'écarter des conclusions émises par les médecins du CEMed trois ans auparavant, en dépit de la nouvelle intervention et de ses suites. Des facteurs psycho-sociaux au sens large expliquaient une si longue interruption de travail, alors que l'atteinte physique, certes significative, était théoriquement impropre à éloigner le patient de son monde professionnel au-delà de quelques mois. L'attitude thérapeutique devait viser à la démédicalisation et à corriger certaines distorsions cognitives (conviction d'être invalide). Une nouvelle intervention n'était pas opportune et la clôture du cas pouvait favoriser un nouveau départ de l'assuré dans sa profession.

À ce rapport s'ajoutaient celui d'évaluation orthopédique, celui d'« évaluation des capacités fonctionnelles (version courte) », établi le 29 avril 2011 par un physiothérapeute, ainsi que celui d'évaluation psychiatrique établi le 30 mars 2011 par la doctoresse N_____, médecin associée à la CRR et psychiatre et psychothérapeute FMH, qui ne retenait aucun diagnostic psychiatrique.

Selon l'évaluation en ateliers professionnels à la suite d'observations les 28, 29 et 30 mars 2011, en position assise, l'intéressé, qui a collaboré de façon satisfaisante aux ateliers, enlevait ses orthèses et, après 45 minutes, il se relevait, s'étirait en maintenant les mains sur le bas du dos avant de poursuivre l'activité. Dans cette activité en position assise (test de dextérité fine) consistant en le triage de 2'500 pièces électroniques et en leur rangement par couleur et par taille de 10h00 à 11h00 et de 16h00 à 17h00, l'assuré avait réalisé un travail de bonne qualité, avec un rendement de 75 % (80 minutes au lieu de la « moyenne normée » de 60 minutes). Dans la tâche durant une heure consistant en le démontage d'une imprimante, en position debout puis éventuellement assise, l'intéressé avait effectué un travail de bonne qualité, avec un rendement de 82 % (55 minutes au lieu de la « moyenne normée » de 45 minutes). En conclusion, dans les diverses activités (assise et aussi debout) dans les ateliers, son rendement était voisin de 80 % ; il n'avait pas été constaté de limitations fonctionnelles au niveau des membres supérieurs, mais les limitations observées étaient en lien avec le maintien difficile de la position debout statique prolongée.

54. Par rapport du 11 avril 2011, le docteur O_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a déclaré partager l'avis des Drs G_____ et F_____ quant à l'absence d'indication à une nouvelle intervention.

55. Par décision du 16 mai 2012 (reprenant un projet de décision du 2 mai 2011), l'OAI a octroyé à l'assuré un trois quarts de rente d'invalidité dès le 1er août 2008,

augmenté à une rente entière du 1er novembre 2008 au 31 mars 2009. Selon l'OAI, à compter du 1er janvier 2009, la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était de 75 %, ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 25 %, lequel était insuffisant pour maintenir le droit à une rente d'invalidité.

Cette décision a fait l'objet d'un recours de la part de l'assuré auprès de chambre de céans, enregistre sous le n° de cause A/1883/2012.

56. Le 27 juillet 2012, l'avocat représentant l'assuré dans le cadre de la présente procédure s'est constitué pour la défense des intérêts de celui-ci.

57. Les 29 octobre et 9 novembre 2012, une IRM du genou gauche et du genou droit ainsi qu'un examen scintigraphique osseux partiel avec complément tomoscintigraphique ont été effectués.

58. À la demande du conseil de l'assuré et à la suite de l'examen de ce dernier en décembre 2012 (sept heures d'entretien, examen clinique et étude des résultats des examens d'imagerie et de l'ensemble des documents médicaux), le docteur P_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a, en date du 30 décembre 2012, établi un rapport.

    Il a notamment diagnostiqué une instabilité dans le plan antéropostérieur et interne des genoux gauche et droit, associée, concernant ce dernier genou, à des signes cliniques d'algodystrophie à bas bruit. Il a conclu qu'en raison de ses atteintes aux genoux, la capacité de travail de l'intéressé était de quatre heures par jour, soit deux heures le matin et deux heures l'après-midi sur cinq jours ouvrables, avec trente minutes de pause le matin et l'après-midi, des limitations fonctionnelles étant en outre énoncées, correspondant en partie à celles retenues par le Dr K_____ du SMR, avec en plus notamment le port obligatoire des orthèses lors de la marche mais pas lors du travail en position assise. La justification des limitations fonctionnelles était : l'instabilité musculo-ligamentaire des deux genoux avec signes de pré-arthrose ; la présomption d'algodystrophie évoluant à bas bruit du genou droit ; la persistance de douleurs des deux genoux malgré le traitement antalgique actuel ; la diminution de la vigilance et de la concentration en raison de l'association de deux des trois médicaments antalgiques ; le temps de pose et dépose des deux orthèses de genoux ; la nécessité de poursuivre régulièrement la physiothérapie et les auto-exercices à domicile ainsi que les repos avec drainage de posture ; la nécessité de ménager les deux genoux afin de ne pas accélérer la dégénérescence du cartilage.

    Le 23 janvier 2013, le Dr P_____ a précisé, à l'intention de l'assuré, être expert mandaté par ses soins.

59. Les 5 février et 11 avril 2013, l'assuré a sollicité de l'assureur la notification d'une décision sur opposition.

60. Par arrêt du 27 juin 2013 (ATAS/653/2013, dans la cause A/1883/2012), la chambre des assurances sociales a confirmé la décision de l'OAI du 16 mai 2012,

en retenant, sur la base du rapport du Dr K_____, qui avait pleine valeur probante, qu'à compter du 1er janvier 2009, la capacité de travail de l'assuré était de 75 % dans son activité habituelle et dans une activité adaptée. Les autres rapports versés à la procédure, dont le rapport du Dr P_____, ne permettaient pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante requis par la jurisprudence, la survenance d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré susceptible d'influencer durablement sa capacité de gain entre le 1er janvier 2009 et le 16 mai 2012.

Suite au recours interjeté par l'assuré contre cet arrêt, le Tribunal fédéral a, le 18 mars 2014 (9C_600/2013), confirmé ledit arrêt de la chambre de céans.

61. En parallèle, par décision sur opposition du 3 juillet 2013, l'assureur a rejeté l'opposition de l'assuré du 14 février 2011 et a confirmé la décision du 13 janvier 2011. Compte tenu de l'évolution de l'état de santé de l'assuré rapportée successivement par les experts du CEMed, de la CRR et par le Dr K_____, le médecin-conseil de l'assureur avait retenu que l'évolution était favorable et qu'elle permettait à l'assuré une reprise du travail à 100 % dans son activité habituelle de chef de projet informatique. Par conséquent, c'était à juste titre que l'assureur avait, en se fondant sur les conclusions du Dr H_____, mis fin au versement des indemnités journalières au 28 février 2009 et considéré la situation médicale de l'assuré comme étant stabilisée dès janvier 2009. Par ailleurs, étant donné que, de l'avis du CEMed, de la CRR et du Dr K_____, l'intéressé présentait une instabilité ligamentaire des deux genoux, nécessitant le port d'orthèses stabilisatrices, la fonction des genoux était limitée pour certaines activités. Partant, l'assureur avait l'obligation de se prononcer quant à l'octroi d'une éventuelle rente d'invalidité. La décision de rente d'invalidité serait communiquée, à qui de droit, dès que le degré d'invalidité serait déterminé.

L'assuré n'a pas interjeté de recours à l'encontre de cette décision.

62. Le 25 mars 2014, l'assuré a rappelé être dans l'attente d'une décision tenant compte de la stabilisation de son état de santé et se prononçant sur l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) et d'une rente d'invalidité.

63. L'assureur a soumis le dossier de l'assuré au Dr H_____ pour appréciation de son atteinte à l'intégrité. Le 1er avril 2014, le Dr H_____ a estimé que l'assuré présentait une atteinte à l'intégrité de 5 % au genou gauche et de 10 % au genou droit.

64. Par courrier du 2 avril 2014, l'assureur a informé l'assuré que l'expertise du Dr P_____ n'avait pas de valeur probante, vu ses nombreuses exagérations et omissions ; notamment, le port d'une orthèse à gauche était inutile. Cela étant, en raison d'une laxité importante au genou droit et d'une laxité modérée au genou gauche, l'assureur reconnaissait à l'intéressé le droit à une IPAI de 20 %, ce qui correspondait à CHF 20'719.70. S'agissant de la capacité de travail, l'assuré lui-même et ses médecins avaient admis qu'elle était entière dès le 1er mars 2009. Les différents examens réalisés en 2010 et 2011 démontraient que les événements

décrits dans son courrier du 26 août 2009 n'avaient pas entraîné d'aggravation notable justifiant une incapacité de travail totale depuis le 4 juin 2009. Enfin, l'assureur refusait dorénavant la prise en charge des frais médicaux d'entretien, qu'il avait continué à rembourser à bien plaire, malgré la stabilisation du cas.

65. Le 10 avril 2014, le conseil de l'assuré a sollicité une copie du dossier de son mandant et la notification d'une décision formelle.

66. Par décision du 20 mai 2014, l'assureur a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité dès lors que ses problèmes aux genoux ne l'empêchaient pas d'exercer son activité habituelle à plein temps. S'agissant de l'IPAI, celle-ci était fixée à un taux de 20 %. Enfin, l'assureur mettait fin au remboursement des frais de traitement au 31 décembre 2012, sous réserve d'une éventuelle décompensation ultérieure nécessitant une reprise du traitement.

67. Le 11 juin 2014, le Dr F_____ a relevé que pour fixer l'atteinte à l'intégrité, il fallait tenir compte de l'ensemble du tableau clinique et de l'évolutivité de la problématique.

68. Le 23 juin 2014, l'assuré a formé opposition à la décision du 20 mai 2014 de l'assureur, tant sous l'angle de la rente d'invalidité que sous l'angle de l'IPAI. Il avait droit à une rente d'invalidité de 25 % au minimum dès le 1er mars 2009, et adaptée à la hausse dès le 1er octobre 2010 en raison de l'aggravation de l'atteinte causée à ses deux genoux par les accidents assurés, ainsi qu'au versement d'une IPAI de 30 %. En effet, l'assureur retenait l'existence d'une capacité de travail entière dans l'activité habituelle, alors que cette appréciation entrait en contradiction avec les avis des médecins de la CRR et du Dr K_____ ; l'existence d'une capacité de 75 % dès le 1er janvier 2009 avait d'ailleurs été confirmée par la chambre de céans et par le Tribunal fédéral dans la procédure l'opposant à l'OAI. Dès octobre 2010, une aggravation des atteintes aux genoux et de leurs répercussions sur sa capacité de gain avait eu lieu, comme cela ressortait de l'expertise du Dr P_____. Enfin, le taux de l'IPAI de 20 % n'était pas suffisant au vu des remarques du Dr F_____ formulées dans son rapport du 11 juin 2014.

69. Le 9 décembre 2016, l'assureur a informé l'assuré de la mise en œuvre d'une expertise médicale. Ce dernier avait la possibilité de choisir un des trois experts proposés par l'assureur et de formuler d'éventuelles questions complémentaires.

70. Le 28 avril 2017, l'assureur a mandaté la doctoresse Q_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique (qui ne faisait pas partie des trois experts envisagés par l'assureur le 9 décembre 2016), pour l'établissement d'une expertise.

71. Le 10 mai 2017, l'assuré a été opéré en raison de troubles lombaires.

72. Par rapport d'expertise du 7 mars 2018, la Dresse Q_____ a tout d'abord mentionné avoir reçu le 13 octobre 2017 l'assuré, venu avec son dossier radiologique complet, et s'être vu remettre par l'assureur un résumé du cas envoyé

le 28 avril 2017 ainsi qu'un dossier détaillé, de 377 pages avec des pièces médicales allant du 20 juillet 1995 au 23 juin 2014.

Elle a, ensuite, entre autres rédigé une « Anamnèse selon le Patient et Plaintes actuelles », faisant entre autres état de douleurs aux genoux cotées à 7-8 sur 10 à l'échelle EVA côté droit contre 5-6 sur 10 à gauche, puis une « Anamnèse selon le dossier », résumant le rapport de consultation du 28 juillet 2016 du docteur Daniel MAY, neurochirurgien FMH, le compte rendu opératoire du 10 mai 2017 de ce même médecin, ainsi qu'un rapport d'une clinique pour une hospitalisation de l'intéressé du 15 au 21 mai 2017, tous ces rapports concernant une atteinte lombaire de l'expertisé. S'en sont notamment suivi une « Anamnèse socio-professionnelle » et un « Examen clinique ».

L'experte a indiqué notamment ne pas s'écarter des diagnostics retenus par les différents experts et médecins traitants. Les diagnostics en rapport avec l'accident du 20 juin 1995 étaient une entorse grave du genou gauche avec rupture du LCA, un « statut » (sic) après plastie de reconstruction du LCA gauche selon C_____ le 20 septembre 1995, une algoneurodystrophie du membre inférieur gauche post-traumatique, une gonarthrose tricompartimentale modérée du genou gauche et une instabilité antérieure modérée sur rupture partielle de la plastie du LCA. Les diagnostics en lien avec l'accident du 13 juin 2005 étaient quant à eux une plaie contuse avec perte de substance de la face postéro-interne du tiers moyen à distal de la jambe droite, une lésion partielle du muscle jumeau interne et solaire, un pré-syndrome de loge des muscles fléchisseurs superficiels, une rupture du LCA du genou droit, une « statut » (sic) après révision de la plaie de la jambe droite et fasciotomie de la loge des fléchisseurs superficiels le 13 juin 2005, un « statut » (sic) après plastie du LCA droit au tiers central du tendon rotulien et résection de la corne postérieure du ménisque interne droit le 20 novembre 2005, une rupture itérative de la greffe du LCA du genou droit, une instabilité antérieure chronique sévère du genou droit et une gonarthrose tricompartimentale débutante du genou droit.

Par rapport à la date de son examen par la CRR en mars 2011, l'état de santé de l'intéressé s'était détérioré avec une péjoration de la trophicité musculaire et une objectivation d'une amyotrophie plus marquée au niveau des deux cuisses. Ceci était le résultat d'un déconditionnement fonctionnel entraînant une surcharge au niveau des deux genoux, les séquelles fonctionnelles entraînant un déconditionnement musculaire qui n'avait pas pu être rétabli et nécessitant encore un traitement médical. En revanche, l'état articulaire radiologique ne s'était pas péjoré, avec une situation qui restait stable depuis 2011. Il persistait une instabilité majeure du genou droit séquellaire d'une rupture itérative du LCA non compensé par la trophicité musculaire ; la situation était également stationnaire au genou gauche du point de vue de l'instabilité avec une laxité modérée mais la persistance d'une amyotrophie sévère entraînant une instabilité subjective. L'assuré décrivait, depuis deux ans, une détérioration de son état, avec une péjoration des douleurs du

genou droit, et, selon l'experte, une « détérioration » du diamètre des deux cuisses et (dans une moindre mesure) des mollets était constatable par rapport à 2008 ; en revanche, la mobilité s'était améliorée, avec un gain d'amplitude en flexion des deux côtés. Cependant, alors que la capacité fonctionnelle avait, d'après l'expertisé été optimale entre 2011 et 2015 grâce à l'accoutumance, la « lecture des différentes expertises de 2005, 2011 et 2014 montrait une péjoration de la trophicité musculaire malgré le bon maintien des amplitudes, ce qui dénotait une diminution de la capacité fonctionnelle progressive. Par ailleurs, l'atteinte du rachis, apparue en 2017, avait, joué un rôle défavorable certain sur l'évolution des membres inférieurs.

Une liste des limitations fonctionnelles était énoncée de manière précise, après que lesdites limitations, « objectives », aient été résumées ainsi : « Troubles de la marche avec élargissement du polygone de sustentation lors de la marche avec les deux orthèses, limitation du périmètre de marche, limitation de la position assise (en rapport avec l'affection lombaire), incapacité de port de charges, limitation de la conduite, incapacité de monter et descendre les escaliers, de s'accroupir, de s'agenouiller de manière répétée. Le patient est par ailleurs indépendant pour ses tâches d'hygiène corporelle et ses courses mais nécessite une aide pour les activités de ménage. Il présente une mobilité de ces deux genoux, absence de troubles au niveau des deux hanches ».

D'après la description de l'expertisé, l'activité de chef de projet était composée à 40 % de travail de bureau et à 60 % d'activité à l'extérieur.

La première incapacité de travail était survenue dans les suites de l'accident du genou droit en juin 2005 et du développement d'une algodystrophie. En raison des séquelles liées aux accidents, l'assuré (qui travaillait actuellement comme administrateur de l'entreprise de son oncle dans une mesure correspondant selon lui au maximum à un poste de 40 % administratif) avait présenté une capacité de travail d'au moins 70 % dans un poste de bureautique en position assise, avec une possibilité de pauses toutes les deux heures permettant une alternance des positions assise et debout (un bureau adaptable en hauteur étant ainsi idéal) et limitant le rendement, et avec des déplacements qui étaient à restreindre, ce jusqu'en mai 2017. Depuis lors, la capacité de travail était inférieure à 50 % en raison des troubles du rachis. À la question de savoir comment avait évolué l'incapacité de travail, l'experte a précisé qu'elle avait débuté en juin 2005 et que depuis lors, la situation médicale s'était détériorée, surtout depuis l'apparition d'un problème lombaire avec hernie discale, qui était indépendant des accidents mais qui entraînait une diminution de l'exigibilité du travail dans un poste assis, les « diminutions d'activité physique secondaire » se répercutant en outre sur les membres inférieurs.

Enfin, un taux d'atteinte à l'intégrité de 30 % était plus justifié, au vu de l'importante instabilité du genou droit autant objective que subjective, de la gonarthrose bilatérale et de l'instabilité modérée du genou gauche.

73. Dans sa note d'honoraires du 8 mars 2018, l'experte a mentionné deux heures pour l'« étude du dossier et radiologie », deux heures et demie pour l'examen clinique et deux heures pour le rapport.

74. Le 25 avril 2018, l'assureur a transmis ce rapport à l'assuré, en indiquant qu'il ne remplissait clairement pas les critères pour être probant. En effet, la Dresse Q_____ avait accepté de se charger d'une expertise médicale complexe, à l'enjeu financier important, nécessitant l'étude d'un dossier médical volumineux. Or, comme le montraient les rubriques qu'elle avait surlignées dans le bordereau que lui avait remis l'assureur ainsi que le temps facturé pour l'étude du dossier et de la radiologie (deux heures seulement), l'experte n'avait même pas pris connaissance de tous les rapports d'expertises ou de concilium mis à sa disposition, ne citant ni le rapport d'expertise du 24 septembre 2010 du Dr K_____ ni le rapport d'examen du 20 décembre 2010 du Dr H_____. En outre, alors que l'assureur avait précisé dans sa lettre d'accompagnement que le poste occupé par l'intéressé à la banque ne nécessitait guère de déplacements, l'experte avait prêté foi aux affirmations de l'assuré selon lesquelles le 60 % de son activité consistait en des déplacements. Si elle avait interrogé l'assureur au sujet de cette contradiction, celui-ci aurait pu le fournir l'ATAS/653/2013 précité qui contenait des précisions à ce sujet.

    Le rapport d'expertise de la Dresse Q_____ rassurait néanmoins l'assureur sur l'évolution au niveau des genoux, puisqu'il confirmait que, si l'instabilité était inchangée, les genoux étaient calmes, la mobilité s'était améliorée et l'arthrose n'avait pas progressé ; les troubles trophiques signalés par l'assuré ne s'étaient pas confirmés. Le déconditionnement physique n'était quant à lui pas aussi marqué que l'experte le prétendait. Enfin, l'intensité des douleurs alléguées lors de l'expertise n'était pas crédible.

    Si, par gain de paix, l'assureur voulait bien admettre un taux de 30 % pour l'IPAI, il était toutefois exclu qu'une incapacité de travail de 30 % soit reconnue. Les circonstances, à savoir le fait que l'intéressé avait admis avoir une capacité de travail entière du 1er mars au 3 juin 2009, n'était, au moment de la rechute du 4 juin 2009 et bien que licencié depuis 2007, pas inscrit à l'assurance-chômage et n'avait pas mis à profit l'offre illimitée de coaching professionnel faite par son ex-employeur ni entrepris quoi que ce soit pour se remettre à niveau en informatique, préférant se consacrer uniquement à son activité de gestion d'une entreprise au taux d'activité de 40 % d'après lui, démontraient que c'était par choix personnel que l'assuré n'avait pas repris l'exercice d'une activité salariée (dépendante).

75. Le 27 avril 2018, l'assuré a indiqué ne pas partager le point de vue de l'assureur, si ce n'était quant à l'IPAI.

76. Par rapport du 3 mai 2018, le Dr H_____ a indiqué les raisons pour lesquelles les conclusions de la Dresse Q_____ ne pouvaient pas être suivies. L'expertise de

celle-ci montrait que l'état des genoux ne s'était pas péjoré depuis 2011 (séjour à la CRR) contrairement à ce qui était allégué par l'intéressé. Notamment, la musculature des cuisses ne s'était en réalité que peu modifiée depuis 2011 ; la sciatique opérée en mai 2017 jouait probablement un rôle aussi dans l'atrophie musculaire de la cuisse droite, et la musculature des mollets s'était nettement améliorée depuis 2011. La variation résultant du fait que l'intéressé estimait ses douleurs aux membres inférieurs à 3 sur 10 à sa sortie de la clinique (le 21 mai 2017) alors qu'il les jugeait à 7-8 sur 10 au moment de l'expertise n'était pas expliquée. Le médecin-conseil a maintenu que l'assuré ne présentait pas d'incapacité de travail.

77. Le 11 décembre 2018, l'assuré a requis le prononcé d'une décision sur opposition et, le 26 septembre 2019, il a mis l'assureur en demeure de rendre cette décision, dans le sens des conclusions de l'experte.

78. Par décision sur opposition du 5 novembre 2019, notifiée le 7 novembre suivant, l'assureur a reconnu le droit de l'assuré à une IPAI de 30 % mais a nié son droit à une rente d'invalidité à compter du 1er mars 2009.

    Le contenu du courrier de l'assureur du 25 avril 2018 était pour l'essentiel repris. Concernant le droit à une rente d'invalidité, il n'était pas contesté que l'état de santé de l'assuré s'était stabilisé dès le mois de janvier 2009, et au plus tard à la date de la fin du versement des indemnités journalières, soit le 28 février 2009. Le droit à une rente d'invalidité devait donc s'examiner à ce moment-là. Selon l'assureur, il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'avis du 30 janvier 2009 du Dr H_____ en vertu duquel l'assuré possédait une pleine capacité de travail dans son activité professionnelle de chef de projet informatique depuis le 1er mars 2009. Il n'y avait, en effet, pas eu d'aggravation susceptible d'influencer durablement la capacité de travail. L'assureur comprenait mal la rechute invoquée dès le 4 juin 2009, qui entrait en contradiction avec les propos de l'assuré lui-même du 6 juin 2009. Avant la stabilisation de son état de santé, les experts du CEMed avaient retenu, le 4 juillet 2008, une capacité de travail de 75 %. Le Dr H_____ avait estimé qu'il y avait eu, ensuite, une amélioration et il avait retenu une pleine capacité de travail dès le 1er mars 2009 (avis du 30 janvier 2009, confirmé lors de l'examen du 20 décembre 2009 et par avis du 3 mai 2018). Au surplus, par le biais des examens et mesures réalisés par l'experte, on constatait que l'état des deux genoux ne s'était en réalité que peu modifié depuis la consultation auprès de la CRR en 2011 ; selon le Dr H_____, la musculature des membres inférieurs ne s'était que peu modifiée depuis ces dernières années, voire s'était améliorée. Les conclusions du Dr K_____ et de la CRR, concluant à une capacité de travail de 75 % étaient erronées, tout comme celles de la Dresse Q_____, car elles se fondaient sur le faux postulat que l'activité habituelle de l'assuré était composée à 40 % de travail à l'ordinateur et à 60 % de déplacements et de visites chez les clients. De surcroît, l'activité professionnelle de chef de projet informatique s'était beaucoup

modernisée durant ces dernières années, avec moins de déplacements qu'auparavant.

79. Par acte du 9 décembre 2019, complété le 20 janvier 2020, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre cette décision, concluant, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité d'au moins 25 % dès le 1er mars 2009, et d'au moins 30 % dès le 1er octobre 2010, ainsi qu'à la prise en charge des frais de traitement résultant des atteintes causées par les accidents assurés. Subsidiairement, il a sollicité l'audition de l'experte, la Dresse Q_____, voire, en cas de doute de la chambre des assurances sociales quant au bien-fondé de l'expertise de celle-ci, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

    Contrairement à ce qu'avançait l'intimée, le rapport de la Dresse Q_____, experte indépendante mandatée par l'intimée, avait pleine valeur probante, de sorte que ses conclusions, s'agissant d'une capacité de travail de 70 % dans l'activité habituelle en raison des seules séquelles des deux accidents, devaient être suivies. Cette spécialiste avait relevé une détérioration de l'état des genoux et avait conclu à un déconditionnement musculaire qui n'avait pas pu être rétabli malgré un traitement adapté. C'était ainsi à tort que l'intimée avait retenu l'existence d'une capacité de travail entière, sur la base de l'avis du Dr H_____, médecin-conseil de l'intimée, qui, de surcroît, ne l'avait pas examiné.

80. Par réponse du 15 mai 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours. Les conclusions de la Dresse Q_____ n'étaient pas convaincantes, contrairement à celles du Dr H_____.

81. Par réplique du 10 juillet 2020, le recourant a fait valoir que le rapport de la Dresse Q_____ avait été établi après une étude complète du dossier ; il était motivé et convaincant. La seule appréciation divergente du médecin-conseil de l'intimée ne pouvait remettre en doute les conclusions de cette spécialiste. Au besoin, l'assuré persistait à solliciter l'audition de l'experte, le cas échéant en confrontation avec le Dr H_____.

82. Par duplique du 25 août 2020, l'intimée a persisté dans ses conclusions, rappelant notamment que la détérioration de l'état des genoux constatée par la Dresse Q_____ ne pouvait pas être retenue, dès lors qu'elle n'avait pas pris en compte le fait que le recourant avait perdu plus de 10 kg entre 2009 et 2010. Partant, une aggravation de l'état de genoux, susceptible d'influencer durablement la capacité de travail du recourant, n'avait pas pu être établie.

    Par ailleurs, dans le bordereau des pièces soumis par l'assureur à l'experte, celle-ci avait mis en évidence les cinq pièces dont elle avait pris connaissance.

    À cet égard, dans ce bordereau – tel que produit par l'intimée –, sont surlignés au stabiloboss, à savoir l'« expertise CEMed » du 17 avril 2008, l'« expertise Dr H_____ » du 30 janvier 2009, le « rapport Dr H_____ (journal) » du 11 mai

2010, l'« évaluation interdisciplinaire Clinique réadaptation » du 4 avril 2011 et le « rapport Dr O_____ au Dr F_____ » du 7 avril 2011.

83. Par écriture du 25 septembre 2020, le recourant a persisté dans ses conclusions, ajoutant notamment qu'il était logique que les comparaisons de la musculature permettent d'établir une détérioration de l'état de ses genoux entre 2008 et 2018. Que cette détérioration soit survenue entre 2009 et 2010 n'enlevait rien au fait qu'elle était en lien de causalité avec les accidents.

84. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dès lors que le présent recours était, au 1er janvier 2021, pendant auprès de la chambre de céans, il reste régi par l'ancien droit (droit (cf. art. 82a LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

4. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où les accidents sont survenus avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

5. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable en vertu des art. 38 al. 3 ainsi que 56 ss LPGA.

6. a. Les prestations que l'assureur-accidents doit, cas échéant, prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10 % au moins par suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi qu'une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité si l'assuré souffre par suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA).

Conformément à 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 cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2).

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

b. L'art. 19 al. 1 LAA délimite ainsi, du point de vue temporel, le droit aux prestations temporaires que sont les indemnités journalières et la prise en charge du traitement d'une part, et le droit à la rente – et à l'IPAI (art. 24 al. 2 LAA) – d'autre part (arrêts du Tribunal fédéral 8C_320/2019 du 14 avril 2020 consid. 6.1.2 et 8C_687/2014 du 9 septembre 2015 consid. 5.1.2), la suspension des prestations provisoires (indemnités journalières et prise en charge du traitement) et la liquidation du cas avec examen des conditions du droit à la rente et à l'IPAI étant des questions si étroitement liées entre elles qu'il faut partir du principe qu'il s'agit d'un seul objet du litige (ATF 144 V 354 consid. 4.2).

7. Il convient, au préalable, de déterminer l'objet du litige.

a. Par courrier du 19 février 2009, l'intimée a communiqué au recourant la fin du versement des indemnités journalières à compter du 1er mars 2009, au motif qu'il avait recouvré une capacité de travail entière dans son activité habituelle, ce que le recourant a par ailleurs admis par courrier du 6 juin 2009, tout comme ses médecins (rapports des 2 et 29 juin 2009 du Dr E_____ et rapport du 6 juillet 2009 du Dr F_____). Par courrier du 26 août 2009, le recourant a toutefois annoncé une aggravation de son état de santé entraînant une nouvelle incapacité de travail totale à compter du 4 juin 2009, pour laquelle il sollicitait la reprise du versement des indemnités journalières, ce que l'assureur a refusé par décision du 13 janvier 2011, au motif que l'assuré ne présentait aucune incapacité de travail dans son activité habituelle. Suite à l'opposition du recourant et après avoir mis en œuvre une évaluation fonctionnelle auprès de la CRR, l'intimée a, par décision sur opposition du 3 juillet 2013, confirmé la fin du versement des indemnités journalières au 28 février 2009 vu la capacité de travail entière du recourant dans son activité de chef de projet informatique et le fait que sa situation médicale était stabilisée dès janvier 2009, et a annoncé une instruction concernant un éventuel droit à une rente. Dans la décision du 20 mai 2014 qui s'en est suivi, l'intimée s'est non seulement prononcée sur le droit du recourant à une rente, qu'elle a nié, mais également sur l'octroi d'une IPAI et sur la fin du remboursement des frais médicaux au 31 décembre 2012.

Or, par opposition du 23 juin 2014, le recourant a uniquement contesté cette décision sous l'angle de la rente d'invalidité et de l'IPAI. C'est donc à bon droit que l'intimée n'a pas réexaminé la fin de la prise en charge des frais de traitement au 31 décembre 2012 dans sa décision sur opposition du 5 novembre 2019 litigieuse. Il est dès lors douteux que le droit du recourant à la prise en charge des frais de traitement à compter du 1er janvier 2013 puisse être examiné dans le cadre de la présente procédure de recours.

Quoi qu'il en soit, à la suite de la décision sur opposition du 3 juillet 2013, l'intéressé n'a pas contesté qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état au sens de l'art. 19 al. 1 in initio LAA, ni que son éventuel droit à une rente avait pris naissance le 1er mars 2009, en application du même alinéa. Or, conformément à l'art. 19 al. 1 in fine LAA, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente, et on ne se trouve pas dans une des circonstances prévues par l'art. 21 LAA pour un éventuel « traitement médical après la fixation de la rente ».

Partant, la conclusion du recourant concernant les frais de traitement doit être déclarée irrecevable.

b. Par ailleurs, le recourant ne conteste pas l'octroi d'une IPAI de 30 %, de sorte que seul demeure litigieux son éventuel droit à une rente d'invalidité à compter du 1er mars 2009.

c. Il est enfin rappelé que, de jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1).

8. a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, si ladite loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a ; ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b).

b. En vertu de l'art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives; les bénéficiaires de rentes d'invalidité doivent toutefois remplir les conditions posées à l'art. 21 LAA (lequel porte sur le « traitement médical après la fixation de la rente »).

Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

c. Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

En vertu de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

L'incapacité de travail (art. 6 LPGA) est étroitement liée aux notions d'incapacité de gain (art. 7 LPGA) et d'invalidité (art. 8 LPGA), dont elle représente en quelque sorte le point de départ, mais doit cependant en être distinguée. Elle correspond à la perte effective et immédiate de la capacité d'accomplir son travail (lucratif) habituel en raison d'une atteinte à la santé et donne droit à des prestations en espèces à court terme et de nature temporaire, sous forme d'indemnités journalières ; l'incapacité de gain correspond à une incapacité durable de réaliser un revenu sur un marché du travail équilibré, qui donne lieu, si elle est présumée permanente ou de longue durée – et est alors qualifiée d'invalidité – à des prestations de longue durée (rentes) des assurances sociales (Margit MOSER-SZELESS, in Commentaire romand, LPGA, n. 4 ad art. 6 LPGA). L'incapacité de travail est un élément nécessaire de l'incapacité de gain et, finalement, de l'invalidité (Margit MOSER-SZELESS, op. cit., n. 48 ad art. 6 LPGA). L'incapacité de gain représente quant à elle l'élément constitutif déterminant de l'invalidité (Margit MOSER-SZELESS, op. cit., n. 4 ad art. 7 LPGA).

Il y a enfin lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

d. Aux termes de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

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

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un

jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

c. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

e. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

f. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

g. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

h. Au surplus, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves

(appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst. ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

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

10. a. En l'espèce, il ressort du dossier que, pour la période du 1er mars au 3 juin 2009, l'assuré a estimé que l'état de ses membres inférieurs, en particulier ses genoux, s'était amélioré au point qu'il puisse avoir recouvré une capacité de travail entière, ce qui a aussi été l'appréciation des Drs H_____, ainsi que, avant le 20 août 2009, E_____ et F_____.

    Cela étant, il convient de retenir l'existence d'une rechute – au sens énoncé plus haut – dans cette partie du corps, comme l'a du reste admis le médecin-conseil le 11 mai 2010 (selon la note de l'assureur du 18 mai 2010), et sans que cela ait ultérieurement été contesté par les différents médecins ayant examiné l'intéressé, ni par les parties elles-mêmes.

    La mention par l'intimée, dans la décision sur opposition querellée, d'une contradiction provenant du contenu du courrier du recourant lui-même du 6 juin 2009 n'est pas suffisant pour remettre en doute l'existence de la rechute le 4 juin 2009. Notamment, les effets concrets de la rechute en cause sur la capacité de travail ont tout à fait pu se faire sentir plusieurs jours plus tard, l'assuré ayant fait état d'un mouvement anodin le 4 juin 2009. Il est au surplus relevé que les conclusions du rapport du Dr E_____ du 29 juin 2009 se fondaient sur une consultation du 7 avril 2009, antérieure à ladite rechute.

    b. Il n'est pas non plus contesté par les parties et les médecins – ni contestable – que les atteintes constatées, après le 1er mars 2009, aux membres inférieurs du recourant, en particulier ses genoux, ainsi que leurs éventuels effets étaient en lien de causalité naturelle et adéquate avec les accidents assurés des 20 juin 1995 et 13 juin 2005.

11. Pour ce qui est du rapport d'expertise de la Dresse Q_____ du 7 mars 2018, les reproches qui sont formulés à son encontre par l'intimée et qui tendent à lui nier une valeur probante n'apparaissent pas fondés.

a. En effet, contrairement à ce que soutient l'assureur, aucun élément ne permet de penser que cette expertise n'aurait pas été établie en pleine connaissance du dossier (anamnèse).

Ce rapport mentionne la réception par l'experte de l'entier du dossier de l'assureur et contient une « Anamnèse selon le patient et Plaintes actuelles » ainsi qu'une « Anamnèse selon le Dossier ». Certes, cette dernière n'évoque que trois rapports, en lien avec les problèmes lombaires, et la Dresse Q_____ n'a, dans le bordereau qui lui avait été soumis, surligné que l'« expertise CEMed » du 17 avril 2008, l'« expertise Dr H_____ » du 30 janvier 2009, le « rapport Dr H_____ (journal) » du 11 mai 2010, l'« évaluation interdisciplinaire Clinique réadaptation » du 4 avril 2011 et le « rapport Dr O_____ au Dr F_____ » du 7 avril 2011. Cependant, le fait qu'elle n'ait mentionné expressément dans son rapport que des rapports récents concernant un problème (lombaire) qui n'est pas du ressort de l'assurance-accidents n'implique pas qu'elle n'ait pas lu l'entier du dossier médical. De même, le surlignage de seulement cinq documents dans le bordereau ne signifie pas qu'elle n'ait pas consulté les autres pièces de celui-ci, mais semble montrer qu'elle a porté une attention particulière à ces écrits, ce qui n'avait rien d'incongru. L'experte fait du reste état de « la lecture des différentes expertises de 2005, 2011 et 2014 » (p. 11), ce qui montre qu'elle ne s'est pas limitée aux cinq rapports surlignés.

On ne voit en outre pas en quoi il n'aurait pas été possible à l'experte d'avoir une connaissance suffisante du dossier après deux heures de lecture. À cet égard, les considérants du Tribunal fédéral selon laquelle la durée de l'entretien entre l'expert et la personne expertisée n'est pas un critère reconnu par la jurisprudence pour avoir une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise, ladite valeur n'étant pas proportionnelle au temps consacré (arrêts du Tribunal fédéral I 764/05 du 30 mai 2006 consid. 2.3 et I 695/04 du 24 janvier 2006 consid. 4.1), valent, à tout le moins par analogie, pour le temps consacré par l'experte à l'étude du dossier du recourant.

Une éventuelle audition de la Dresse Q_____ en qualité de témoin n'y changerait rien.

b. Par ailleurs, le grief relatif à la description par l'experte du dernier poste de travail de l'assuré, avec 40 % de travail de bureau et 60 % de déplacements, considérée comme erronée par l'intimée, est dénué de pertinence.

En effet, contrairement à ce que prétend cette dernière et comme le relève le recourant, la Dresse Q_____ a, juste après cette description, indiqué : « Idéalement le poste de travail devrait comporter un bureau adapté, la possibilité de faire des pauses toutes les 2 heures et dans ce contexte-là une exigibilité du travail à 70 % est retenue ». Il ne ressort pas du rapport d'expertise que l'experte

aurait fondé ses conclusions afférentes aux limitations fonctionnelles et à la capacité de travail sur une activité professionnelle consistant à 60 % ou dans toute mesure notable en des déplacements. De surcroît, dans ses réponses à la fin de son rapport, la Dresse Q_____ a, à l'instar du CEMed et du Dr K_____ du SMR, retenu le taux de capacité de travail exigible de 70 % dans « un poste adapté en ce qui concerne les séquelles de l'accident », et non spécifiquement dans l'ancien emploi de l'intéressé.

c. Enfin, l'absence de comparaison possible alléguée par l'intimée entre une diminution du diamètre des deux cuisses et (dans une moindre mesure) des mollets constatée le 13 octobre 2017 par l'experte par rapport à 2008 d'une part, et le fait que, selon l'assureur, l'assuré aurait perdu plus de 10 kg entre le 29 janvier 2009 et le 12 novembre 2010 d'autre part, n'est en tout état de cause pas de nature à elle seule, et comme on le verra plus bas, à conduire à la négation d'une valeur probante de l'expertise de la Dresse Q_____, laquelle est nuancée et contrastée suivant les différents angles de vue (stabilité, mobilité, etc.).

d. En définitive, contrairement à ce que fait valoir l'intimée dans sa réponse (p. 4), le rapport d'expertise de la Dresse Q_____ ne présente pas une « nature sommaire de son analyse globale », ni de « nombreuses contradictions et imprécisions », mais doit être considéré comme probant, ce qui n'exclut pas que, le cas échéant, sur certains points précis, ladite expertise puisse faire l'objet de quelques critiques justifiées.

La mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire n'est donc pas nécessaire.

12. a. Les diagnostics posés par la Dresse Q_____ ne sont pas contestés par l'assureur et son médecin-conseil et correspondent pour l'essentiels aux diagnostics énoncés par les différents médecins et experts ayant examiné l'assuré depuis 2009, soit, concernant les deux genoux, notamment un status après rupture des LCA, une instabilité, sévère à droite et moins importante à gauche, ainsi que des gonarthroses non avancées.

b. En substance, l'intensité et la gravité des atteintes aux deux genoux du recourant n'ont, globalement, que très peu évolué depuis 2009, voire 2008. C'est non seulement ce que retient le médecin-conseil de l'intimé, qui considère la capacité de travail comme totale dès le 1er mars 2009, mais aussi l'experte, qui admet une capacité de travail de 70 % des suites des deux accidents assurés. Certes, la Dresse Q_____ retient une péjoration de la trophicité musculaire et une objectivation d'une amyotrophie plus marquée au niveau des deux cuisses depuis l'examen par la CRR en 2011, résultat d'un déconditionnement fonctionnel, ce malgré le bon maintien des amplitudes. Il ressort des assertions de l'experte que l'instabilité des deux genoux est restée globalement la même, non seulement depuis 2011, mais aussi depuis 2008 avec des constatations similaires du CEMed sur ce point. En outre, à teneur de l'expertise, l'assuré se plaignait notamment d'une

péjoration de ses douleurs, depuis deux ans. En revanche, la mobilité s'est améliorée, avec un gain d'amplitude en flexion des deux côtés.

L'état des membres inférieurs de l'intéressé a, en définitive, subi des aggravations depuis 2008 concernant certains points, mais bénéficié d'une stabilité et parfois d'une amélioration concernant d'autres, de sorte que la situation ne s'est, d'un point de vue global, pas substantiellement modifiée, à tout le moins pas au point que cela puisse avoir un impact sur la capacité de travail.

Pour ce qui concerne plus précisément les douleurs aux membres inférieurs, il ne peut pas être retenu, au degré de la vraisemblance prépondérante, que leur augmentation résulterait, pour une part importante, de l'évolution objective de l'état de santé en lien de causalité avec les deux accidents assurés, ce d'autant moins que leur aggravation depuis deux ans au moment de l'expertise, donc depuis 2016, peut s'expliquer en partie par les troubles au rachis apparus en 2017.

Au regard de l'ensemble de ces éléments, la divergence principale de fond entre l'experte et le médecin-conseil de l'assureur, à savoir la diminution du diamètre des cuisses et des mollets, qui doit effectivement être rapportée à l'évolution du poids général de l'intéressé, n'apparaît ni décisive ni susceptible d'avoir une influence sur l'appréciation du cas.

c. Concernant les effets des atteintes aux deux genoux, les limitations fonctionnelles retenues par l'experte, et en lien avec l'activité habituelle d'informaticien du recourant, sont principalement un périmètre limité de la marche et la nécessité d'éviter la position assise sur une longue durée, mais cette dernière restriction est, selon la Dresse Q_____, en rapport avec l'affection lombaire, non pertinente dans le cadre du présent litige qui concerne les suites des deux accidents assurés sur les membres inférieurs. Toutefois, dans sa réponse (à la fin de son rapport) concernant la capacité de travail exigible, l'experte a précisé que le taux de 70 %, uniquement lié aux problèmes aux membres inférieurs causés par les deux accidents assurés, tient compte de la possibilité pour l'expertisé de faire des pauses (toutes les deux heures), de la problématique des déplacements et de la limitation du rendement.

Or le CEMed a retenu la nécessité de reposer le membre inférieur droit occasionnellement en le mettant en l'air, le Dr K_____ du SMR et le Dr P_____ les nécessités de la mobilisation des genoux à la guise de l'assuré et de l'alternance des positions assise et debout, avec la possibilité de courts déplacements, pas sans pause au-delà de 200 m selon le Dr P_____ (dont la valeur probante de l'expertise privée peut demeurer indécise). Quant au médecin-conseil de l'assureur, il ne s'est pas clairement prononcé sur d'éventuelles limitations fonctionnelles dans ses rapports faisant suite à des examens de l'assuré les 29 janvier 2009 et 12 novembre 2010, et, dans son rapport du 3 mai 2018, il n'a pas expliqué de manière circonstanciée en quoi les limitations fonctionnelles retenues par la Dresse

Q_____ seraient le cas échéant erronées, si ce n'est que celle-ci n'aurait pas différencié clairement celles liées à l'atteinte lombaire de celles dues aux genoux.

d. Vu ce qui précède, il convient de retenir, dans l'ancienne profession du recourant qui est une activité adaptée, une incapacité de travail de 25 %, depuis le 4 juin 2009, date de la rechute, et c'est en vain que l'intimée soutient que l'intéressé se contenterait par son seul choix personnel de son activité d'administrateur d'une entreprise au taux de 40 %.

En effet, la nécessité de changer régulièrement de position et de faire des pauses en raison de l'état des membres inférieurs est de nature à ralentir l'exécution des tâches d'un informaticien, comme du reste d'un employé de bureau. Les périmètres limités de marche sont également susceptibles de gêner un peu l'assuré dans l'accomplissement de son travail, même si ce dernier consiste essentiellement en du travail de bureau avec peu de déplacements, car même dans un tel poste, certains déplacements restent toujours requis, par exemple pour voir des collègues ou un supérieur, ou aller dans une salle de réunion ou de formation. À cela s'ajoutent les douleurs, qui sont de nature à rendre le travail plus difficile. Dans ces circonstances, une réduction du rendement d'un quart apparaît fondée.

Il est à cet égard rappelé que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97 consid. 3.3 ; ATAS/621/2021 du 15 juin 2021 consid. 8a ; Margit MOSER-SZELESS, op. cit., n. 19, 20, 21, 23, 29, 32 et 33 ad art. 6 LPGA).

Une incapacité de travail de 25 % correspond ici à celle retenue par le CEMed, le Dr K_____ du SMR et la CRR. Les rapports du Dr H_____, respectivement des médecins traitants, en particulier des Dr E_____ et F_____ (qui retiennent une incapacité totale de travail depuis le 4 juin 2009), voire du Dr P_____ (qui admet une capacité de travail de quatre heures par jour sur cinq jours ouvrables, soit deux heures le matin et deux heures l'après-midi avec chaque fois trente minutes de pause), ne contiennent pas d'éléments susceptibles de mettre en doute, dans un sens ou dans l'autre, cette incapacité de travail de 25 %.

Au regard de la persistance de la fixation de ce taux au cours du temps, depuis 2008 même, et du fait que les atteintes aux genoux du recourant ne se sont globalement pas notablement aggravées depuis lors, le degré d'incapacité de travail de 30 % retenu par l'experte, sans que cette dernière explique pourquoi elle s'écartait de celui de 25 % admis par les autres médecins à l'exception du Dr H_____, n'apparaît pas suffisamment convaincant (sans que cela ne remette en cause la valeur probante générale de l'expertise). Au demeurant, la différence entre les deux taux, de 5 %, est très faible, et cette différence peut s'expliquer par le fait que, contrairement aux autres médecins ayant examiné l'intéressé, la Dresse Q_____ a dû distinguer les causes liées aux genoux par rapport à celles afférentes au rachis, ce qui était plus compliqué.

De surcroît, même si l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_369/2018 du 20 novembre 2018 consid. 5.2 et 8C_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.1), une incapacité de travail de 25 % dans l'activité habituelle et adaptée correspond au degré d'incapacité de travail admis, dans l'activité habituelle de l'assuré, dès le 1er janvier 2009 et à tout le moins jusqu'au 16 mai 2012 (date de la décision de l'OAI) dans le cadre du dossier d'assurance-invalidité (ATAS/653/2013 précité, confirmé par l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_600/2013 précité).

Une incapacité de travail de 25 % dans l'activité habituelle et adaptée est au demeurant compatible avec le taux de rendement de 75 % observé dans l'atelier en position assise en mars 2011 auprès de la CRR.

e. Contrairement à ce que fait valoir le recourant de manière non motivée en procédure de recours comme dans son opposition du 23 juin 2014, on ne voit pas ce qui justifierait une augmentation de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle et adaptée à 30 % dès le 1er octobre 2010.

En effet, il ne ressort ni des rapports du Prof. G_____, respectivement du Dr F_____ des 28 septembre et 20 octobre 2010, ni de l'expertise privée du Dr P_____, ni d'autres éléments du dossier une aggravation des atteintes aux genoux de l'assuré dès octobre 2010, ce mois-ci n'étant pas mentionné comme début d'une péjoration particulière dans les rapports précités. Du reste, une absence d'aggravation notable depuis 2008 a été retenue plus haut.

13. Comme retenu dans l'ATAS/653/2013 précité (consid. 13b) concernant le recourant lui-même, l'activité habituelle de celui-ci est toujours exigible, à 75 %. Il est ainsi superflu de chiffrer avec exactitude les revenus avec et sans invalidité, dès lors que tous deux se basent sur le même salaire. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond en effet avec celui de l'incapacité de travail – ici de 25 % –, ce qui ne laisse pas de place à la prise en compte d'un éventuel abattement en plus (arrêts du Tribunal fédéral 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 et 9C_137/2010 du 19 avril 2010).

14. Le recours doit par conséquent être partiellement admis, la décision sur opposition querellée réformée en ce sens que l'assuré a droit à une rente d'invalidité de 25 % à compter du 4 juin 2009, la cause étant renvoyée à l'assureur pour calcul des prestations dues.

15. Vu l'issue du litige, une indemnité de dépens, légèrement réduite, de CHF 1'500.- sera allouée au recourant, qui est assisté d'un conseil, à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA).

La procédure est gratuite (art. 61 al. 1 let. a LPGA, applicable ratione temporis vu l'art. 82a LPGA).

******

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours irrecevable en tant qu'il porte sur la prise en charge des frais de traitement postérieurement au 31 décembre 2012.
2. Déclare le recours recevable pour le surplus.

Au fond :

3. L'admet partiellement.
4. Réforme la décision sur opposition rendue le 5 novembre 2019 par l'intimée en ce sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité de 25 % dès le 4 juin 2009.
5. Renvoie la cause à l'intimée pour calcul des prestations dues.
6. Alloue une indemnité de dépens de CHF 1'500.- au recourant, à la charge de l'intimée.
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	Le président
Sylvie CARDINAUX	Blaise PAGAN

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