



### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1973, a travaillé en qualité d'agent de sécurité pour l'entreprise B\_\_\_\_\_ et était, à ce titre, assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la Mobilière suisse société d'assurances SA (ci-après : l'assurance).
2. Le 22 avril 1997, l'assuré s'est blessé au genou droit en jouant au football. Cet accident a engendré une incapacité totale de travail et justifié des interventions chirurgicales le 10 juillet 1997 et le 8 janvier 1998.
3. Mandaté par l'assurance, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a rendu un rapport d'expertise le 3 septembre 1998. Il a retenu les diagnostics de status après une entorse grave du genou droit le 22 avril 1997 avec une déchirure du ligament croisé antérieur, de lésion du ligament latéral interne, de déchirure de la corne postérieure du ménisque externe, de status après une méniscectomie externe partielle avec une plastie du ligament croisé et de tendinite résiduelle post-opératoire du tendon rotulien. Il a conclu à une capacité de travail de 50% dès le 1<sup>er</sup> septembre 1998 et de 100% dès le 1<sup>er</sup> octobre 1998.
4. Par courrier du 9 septembre 1998, l'assurance a indiqué à l'assuré qu'elle mettrait un terme au versement des indemnités journalières au 30 septembre 1998, date à laquelle l'intéressé avait recouvré une pleine capacité de travail.
5. En juin 2000, l'assuré, alors employé comme manœuvre en bâtiment, a annoncé une rechute. Il a été en incapacité de travail dès le 23 août 2000 et une nouvelle opération a été pratiquée le lendemain.
6. Le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a procédé à une nouvelle expertise de l'assuré. Dans son rapport du 16 juillet 2001, ce médecin a fait état de graves lésions au genou droit et de séquelles définitives. Il a relevé que l'assuré avait essayé de reprendre plusieurs activités, malheureusement inadéquates, et qu'il pourrait à la rigueur occuper un poste d'agent de sécurité tel que celui qu'il occupait précédemment, avec une capacité totale. En revanche, toutes les activités dans le bâtiment ou impliquant de lourdes charges, étaient déconseillées. Le Dr D\_\_\_\_\_ a admis l'existence d'une atteinte à l'intégrité de 15%, en tenant compte de l'évolution de l'arthrose débutante.
7. Par décision du 17 septembre 2001, confirmée sur opposition le 20 février 2002, l'assurance a mis fin au versement des indemnités journalières dès le 1<sup>er</sup> octobre 2001 et accordé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%.
8. L'OAI a octroyé à l'assuré une mesure de reclassement professionnel en tant que polisseur dans l'entreprise E\_\_\_\_\_, société active dans le domaine de l'horlogerie-bijouterie, du 22 avril 2002 au 30 avril 2003.

9. À partir du 18 août 2003, l'intéressé a été engagé comme agent de production et coursier par la société E\_\_\_\_\_.
10. En janvier 2006, l'assuré a déclaré à la SUVA, assureur-accidents de son employeur, qu'il s'était cogné le genou droit dans sa voiture.
11. Au mois d'avril 2006, l'assuré a été victime d'un nouveau sinistre alors qu'il jouait au football avec son fils. Cet accident a entraîné de nouvelles périodes d'incapacité de travail.
12. La SUVA a admis la prise en charge provisoire du cas et accordé à l'assuré des indemnités journalières.
13. À partir de janvier 2007, l'employeur a adapté le poste de travail de l'assuré. Ce dernier a occupé la fonction de contrôleur dès le 9 janvier 2007, mais un arrêt de travail à 100% a été attesté du 22 février au 15 avril 2007, et à 50% dès le 16 avril 2007.
14. Le 21 novembre 2007, l'assuré a subi une nouvelle arthroscopie du genou droit. Il a été en incapacité de travail à 100% jusqu'au 27 janvier 2008, puis à 50% jusqu'au 31 août 2008.
15. Le 22 juin 2009, l'employeur de l'assuré a résilié les rapports de travail avec effet au 31 août 2009 pour des raisons économiques.
16. L'assuré a été en incapacité de travail totale dès le 23 juin 2009.
17. L'assurance et la SUVA ont mis en œuvre une expertise afin de déterminer à qui incombait la prise en charge des prestations. Dans leur rapport du 27 juillet 2009, les docteurs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, spécialistes FMH en chirurgie orthopédique, ont posé le diagnostic principal de gonarthrose tricompartmentale symptomatique post traumatique modérée avec un status post rupture du ligament croisé antérieur, du ligament latéral interne et lésion du ménisque interne, un status post reconstruction du ligament croisé antérieur et méniscectomie partielle, un status après multiples reprises arthroscopiques avec méniscectomies partielles et shaving, une instabilité modérée du ligament croisé antérieur et un plica symptomatique médio-rotulien du genou droit. Les experts ont également posé les diagnostics complémentaires de légère achillodynie à droite, de léger conflit fémoro-acétabulaire de la hanche droite sans arthrose et de surcharge pondérale. Ils ont retenu que la symptomatologie avait été causée par l'accident du 22 avril 1997 et que les accidents de janvier et avril 2006 avaient pu aggraver les suites, mais n'étaient en aucun cas à l'origine des lésions structurelles additionnelles. En cas de gonarthrose, étaient contre-indiqués les déplacements sur de longues distances, un travail debout à plus de 50%, le port de charges de plus de 10 kg et l'exposition à un temps froid ou humide. En revanche, les déplacements répétés sur de petites distances pendant quelques minutes étaient possibles, tout comme une activité assise à temps complet. Au moment de l'expertise, l'assuré travaillait à 100%. Son activité habituelle, exercée à

50% en position assise et à 50% en position debout avec de courts déplacements dans l'entreprise, était adaptée. Une aggravation de l'état du genou était possible à plus ou moins long terme, ce qui rendrait cas échéant nécessaire une réadaptation. Au vu de la gonarthrose tricompartmentale symptomatique post-traumatique modérée, les médecins ont estimé l'atteinte à l'intégrité entre 25% et 30%.

18. Par rapports des 29 juillet 2009 et 8 mai 2010, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique, a signalé une décompensation et une poussée douloureuse d'arthrose très importante à droite avec une enthésopathie rotulienne surajoutée. Il a attesté d'une totale incapacité de travail.
19. Le 30 novembre 2010, la SUVA et l'assurance ont mis fin au litige qui les opposait quant à la prise en charge des prestations par une convention aux termes de laquelle la première prenait en charge la totalité des frais liés à la rechute jusqu'au 9 juillet 2007, la seconde intervenant dès le lendemain.
20. Dans un certificat du 14 avril 2011, le Dr H\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de gonarthrose droite tricompartmentale post-traumatique, de conflit de la hanche droite et de lombalgies récurrentes. Ces deux dernières atteintes étaient des conséquences de l'atteinte fonctionnelle du genou droit. L'assuré présentait des épisodes récurrents de douleurs au genou droit avec des poussées aiguës et des épisodes d'épanchements itératifs malgré la physiothérapie et les infiltrations. L'incapacité de travail restait totale. Des déplacements prolongés ou fréquents, des montées et descentes, le port de charges et les conditions climatiques défavorables devaient être évités. L'activité actuelle pourrait être maintenue à 60 ou 80% en fonction des possibilités d'adaptation. Le travail pourrait être repris au minimum à 50% dans un délai de quelques semaines.
21. À la demande de l'assurance, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a procédé à une expertise le 14 juin 2011. Dans son rapport du 27 juin 2011, ce médecin a retenu les diagnostics de status après une entorse grave du genou droit avec une déchirure du ligament croisé antérieur et partielle du ménisque externe le 22 avril 1997, de status après une méniscectomie externe partielle et une plastie du ligament croisé antérieur au genou droit le 10 juillet 1997, de status après une arthrolyse par voie arthroscopique pour flexum du genou droit le 8 janvier 2008, de status après un complément de méniscectomie externe au genou droit par voie arthroscopique le 24 août 2000, de status après une méniscectomie partielle de la corne antérieure du ménisque interne au genou droit et une rupture de la plastie du ligament croisé antérieur le 21 novembre 2007, de gonarthrose tricompartmentale modérée post-traumatique du genou droit et d'instabilité modérée du genou droit en rapport avec la rupture-insuffisance de la plastie du ligament croisé antérieur. Dans son appréciation, le Dr I\_\_\_\_\_ a considéré que l'état du genou pouvait être considéré comme favorable malgré les nombreux accidents et les interventions chirurgicales. L'instabilité constatée était modérée. L'épanchement intra-articulaire était minime. L'assuré déambulait sans gêne

apparente dans la salle d'examen, sans boiterie, et la fonction du genou était bonne. La marche pieds nus, sur la pointe des pieds et sur les talons s'effectuaient sans difficulté, la station monopodale était correctement exécutée et l'accroupissement avoisinait les 100° des deux côtés. L'expert a constaté un discret choc rotulien avec un signe du rabot et une rotule douloureuse à la pression. Il n'y avait pas de signes méniscaux et la flexion était mesurée à 120°. Il existait une arthrose, mais les constatations arthroscopiques lors de l'intervention du 21 novembre 2007 étaient plutôt réconfortantes. La chondromalacie était évaluée de stade I à II aux trois compartiments. L'état du genou pouvait être considéré comme plus ou moins stabilisé, mais il s'aggraverait en fonction de l'évolution naturelle de genoux arthrosiques et instables. Ni la physiothérapie, ni les médicaments ne pouvaient améliorer l'état de l'articulation. L'incapacité de travail depuis le mois de mars 2010 ne paraissait pas justifiée, l'état du genou étant resté stable de cette date jusqu'à l'examen. L'assuré aurait été à même de travailler à plein temps dans une activité adaptée et allégée depuis le mois de mars 2010, sans diminution de rendement. Une activité dans l'horlogerie, telle que celle qu'exerçait l'assuré, était adaptée, à l'instar d'une activité de gérant de kiosque ou d'une station d'essence, de surveillant de parking ou de coursier de petits colis. L'expert a indiqué avoir de la peine à admettre que l'assuré ne puisse pas travailler à plus de 50%. L'atteinte à l'intégrité était estimée à 30%.

22. Dans un certificat du 7 septembre 2011, le Dr H\_\_\_\_\_ a attesté suivre de longue date l'assuré. Son genou droit présentait actuellement une poussée inflammatoire relativement aiguë, traitée par une infiltration intra-articulaire et des anti-inflammatoires. Il paraissait prématuré de retenir une capacité de travail de 50% pour le mois de septembre. L'assuré serait cependant capable d'exercer une activité adaptée telle que décrite par le Dr I\_\_\_\_\_ à 50% dès le 1<sup>er</sup> octobre 2011.
23. À partir du 1<sup>er</sup> novembre 2011, l'assuré a été de nouveau engagé par l'entreprise E\_\_\_\_\_, en qualité de contrôleur à 50%.
24. Par décision sur opposition du 6 mars 2012, l'assurance, a confirmé sa décision du 29 septembre 2011, rendue sur la base des conclusions du Dr I\_\_\_\_\_, et mis fin au paiement des indemnités journalières et à la prise en charge des frais de traitement au 30 septembre 2011. Elle a par ailleurs accordé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux de 30%.
25. L'OAI a confié une expertise au docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel a rendu son rapport le 25 mai 2012, après examen de l'assuré le 13 décembre 2011. Ce médecin a posé les diagnostics de gonarthrose tricompartmentale du genou droit secondaire à l'accident du 22 avril 1997, de status après une plastie du ligament croisé antérieur le 10 juillet 1997, de status après une arthrolyse par voie arthroscopique pour flexum du genou droit le 8 janvier 1998, de status après une méniscectomie externe et interne subtotalaire, de flexum résiduel du genou droit, d'insuffisance du ligament croisé antérieur du

genou droit avec une instabilité, et de conflit fémoro-acétabulaire droit symptomatique. Ces atteintes avaient des répercussions sur la capacité de travail. L'assuré présentait également, sans incidence sur ladite capacité, un rétrolisthésis de stade II de L5-S1, une discarthrose modérée de L4-L5 et de L1-L2, ainsi qu'une obésité. L'expert a noté que la mobilité du genou droit était conservée, avec un petit flexum de 5°, lequel causait des douleurs lors de la marche en terrain accidenté. L'assuré marchait sans boiterie, la marche sur les pointes était sans particularité, mais celle sur les talons engendrait une discrète douleur au niveau du genou. L'appui monopodal était hésitant à droite. L'examen clinique n'avait pas permis d'objectiver de manière formelle les plaintes présentées par l'assuré. Toutes les tentatives de reprise professionnelle à temps complet s'étaient soldées par des rechutes entraînant une incapacité de travail complète de moyen à long termes. L'expert était d'avis qu'une tentative de passer progressivement à un taux de 75%, puis si ce taux était bien supporté à un taux de travail complet après un temps d'adaptation, devait être entreprise sous contrôle médical. Les activités sédentaires sans port de charges lourdes et avec la possibilité de mobiliser régulièrement le genou en alternant les positions étaient adaptées. Le rendement était complet si la surcharge mécanique était évitée. À la question « Comment le degré d'incapacité de travail a évolué [depuis 2010] », le Dr J\_\_\_\_\_ a indiqué « Reprise à 50% depuis octobre 2011 ». Aucune mesure, notamment médicale, ou moyen auxiliaire ne permettait d'augmenter la capacité de travail.

26. Par arrêt du 4 décembre 2012 entré en force, la chambre de céans a rejeté le recours de l'assuré contre la décision de l'assurance rendue sur opposition le 6 mars 2012 (ATAS/1464/2012). Elle a considéré que les diagnostics du Dr I\_\_\_\_\_ étaient clairs, que ses conclusions étaient motivées et corroborées par l'expertise réalisée par les Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, s'agissant en particulier de la capacité de travail, complète dans une activité adaptée telle que celle précédemment exercée par l'assuré. Quant à l'expertise réalisée par le Dr J\_\_\_\_\_ pour l'assurance-invalidité, elle ne suffisait pas à remettre en cause les conclusions des précédents experts. En effet, les diagnostics étaient précis, mais les conclusions peu claires. Ce médecin n'avait pas exclu la possibilité d'exercer une activité à temps complet du point de vue médical, mais il n'avait admis qu'une augmentation progressive de la capacité de travail, sans plus de précision quant à la durée nécessaire de chaque palier, en se fondant sur la capacité subjective de l'assuré et sur le fait que ce dernier n'avait par le passé pas réussi à maintenir à long terme une capacité de travail complète. Ainsi, la capacité de travail retenue n'était pas déterminée avec suffisamment de précision du point de vue temporel et ne reposait pas sur des éléments médicaux objectifs. Le Dr J\_\_\_\_\_ ne s'était de plus pas formellement prononcé sur l'évolution de la capacité de travail depuis 2010 puisqu'il s'était contenté de se référer au taux auquel l'assuré avait été embauché dès octobre (recte : novembre) 2011, sans indiquer si cela correspondait à la capacité médicalement exigible. Quant aux rapports du Dr H\_\_\_\_\_, ils ne pouvaient se voir reconnaître une pleine valeur probante dès

lors qu'ils ne contenaient pas de status détaillé et que leurs conclusions n'étaient guères motivées. Par ailleurs, les indications de ce médecin sur la capacité de travail de son patient paraissaient contradictoires puisqu'il avait signalé en juillet 2009 que la reprise du travail pourrait être envisagée un mois plus tard malgré la décompensation douloureuse, mais n'avait pas expliqué dans son rapport du 14 avril 2011 pourquoi l'incapacité de travail avait finalement perduré près de deux ans. Dans ce document, le Dr H\_\_\_\_\_ avait pronostiqué une reprise possible à 50% au minimum quelques semaines plus tard, alors qu'il déclarait en septembre 2011 que l'exercice d'une activité même à ce taux était prématuré. De plus, il avait indiqué en avril 2011 qu'une activité serait possible à 60% ou 80% à condition que celle-ci soit adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, ce qui était le cas de l'activité dans l'horlogerie. Enfin, concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'assuré présentant une légère instabilité du genou et une arthrose modérée selon les conclusions des Drs F\_\_\_\_\_, G\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, le taux de 30% retenu par ce dernier expert ne prêtait pas le flanc à la critique. Il se révélait d'ailleurs légèrement plus favorable à l'intéressé que celui de 25% à 30% évoqué par les Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_.

27. Par décision du 6 février 2015, l'OAI a accordé à l'assuré une demi-rente du 1<sup>er</sup> février au 30 novembre 2008, un trois-quarts de rente du 1<sup>er</sup> mai au 31 juillet 2009, une rente entière du 1<sup>er</sup> août 2009 au 31 décembre 2011, et une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012.
28. Le 16 mars 2015, l'assuré a indiqué à l'assurance que son état de santé s'était nettement aggravé, comme admis par l'OAI conformément à la décision précitée. Il a invité l'assurance à lui verser les prestations dues.
29. L'assurance lui a répondu qu'il n'existait aucun élément nouveau lui permettant de modifier sa prise de position et elle s'est référée à l'arrêt de la chambre de céans du 4 décembre 2012. Elle a par ailleurs relevé que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité n'avait pas de force contraignante pour l'assureur-accidents. Elle a donc considéré que le dossier était définitivement liquidé.
30. Le 6 novembre 2015, l'assurance a écrit à l'OAI et s'est étonnée de la décision du 6 février 2015, estimant que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée.
31. En date du 19 novembre 2015, l'OAI a répondu à l'assurance que sa décision était basée sur le rapport du Dr J\_\_\_\_\_ et que l'évaluation médicale du Dr I\_\_\_\_\_ avait également été prise en considération. Cela étant, les investigations supplémentaires auxquelles elle avait procédé ultérieurement, soit des mesures de réadaptation, avaient permis d'établir une diminution de la capacité de gain suffisante pour l'ouverture du droit à la rente.
32. Le 1<sup>er</sup> février 2016, l'assuré a derechef sollicité qu'une décision formelle soit rendue par l'assurance.

33. Le 15 février 2016, l'assurance lui a indiqué que la rente d'invalidité octroyée ne se basait sur aucun élément nouveau ou dont la chambre des assurances sociales n'aurait pas eu connaissance. Par conséquent, elle n'entrait pas en matière sur la demande de l'assuré et aucune décision ne serait rendue.
34. Suite au recours pour déni de justice interjeté par l'assuré, la chambre de céans a invité l'assurance à statuer (ATAS/353/2016 du 3 mai 2016).
35. Par décision du 19 juillet 2016, confirmée sur opposition le 7 décembre 2016, l'assurance a considéré que la requête de l'assuré était irrecevable car elle constituait une demande de révision de l'arrêt du 4 décembre 2012.
36. Dans son arrêt du 28 novembre 2017, la chambre de céans, statuant sur recours de l'assuré, a annulé la décision sur opposition du 7 décembre 2016 en tant qu'elle déclarait irrecevable la demande de l'assuré du 16 mars 2015 portant sur l'aggravation de son état de santé et son droit aux prestations à compter du 7 mars 2012, et dit que l'assurance était compétente pour traiter ladite demande. Elle lui a ainsi renvoyé la cause pour instruction et nouvelle décision (ATAS/1068/2017).
37. Par rapport du 21 décembre 2017, le Dr H\_\_\_\_\_ a attesté d'une évolution fluctuante sur le plan des douleurs avec des poussées inflammatoires de l'arthrose tricompartimentale et des phases plus calmes. Globalement, la situation avait tendance à empirer. Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) réalisée en avril 2017 avait conclu à de très importants dommages ostéo-cartilagineux et méniscaux. Cliniquement, le flessum demeurait à 15% et la flexion autour de 120°. Au niveau professionnel, l'assuré travaillait actuellement comme chauffeur privé à raison de 4 heures par jour. Il n'avait jamais retrouvé d'occupation dans le domaine de l'horlogerie.
38. Le 9 mars 2018, l'OAI a transmis à l'assurance le dossier de l'assuré.
39. L'assurance a mis en œuvre une expertise, confiée au docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.
40. Le 26 novembre 2018, le Dr M\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise, basé sur les pièces communiquées par les parties dont il a livré la liste exhaustive, ainsi qu'un entretien et un examen clinique de l'assuré le 19 novembre 2018 à son cabinet.

L'expert a retenu, à titre de diagnostics principaux en relation avec l'événement du 22 avril 1997, un état après une entorse grave du genou droit le 22 avril 1997 ayant comporté une déchirure du ligament croisé antérieur, un probable étirement du ligament croisé postérieur, une probable lésion du ligament latéral interne et une lésion de la corne postérieure du ménisque externe, un état après une plastie du ligament croisé antérieur et une méniscectomie externe partielle le 10 juillet 1997, une tendinite du tendon rotulien post-chirurgicale, un état après une arthroscopie du genou droit pour toilette articulaire le 8 janvier 1998, un état après des infiltrations

itératives du tendon rotulien jusqu'en septembre 1998, un état après une arthroscopie du genou droit sans geste thérapeutique le 24 août 2000, un état après arthroscopie du genou droit pour régularisation de la corne postérieure du ménisque interne et résection de la languette antérieure luxée le 21 novembre 2007, un état après une viscosupplémentation début 2007, un état après une infiltration articulaire de cortisone en mars 2007, un état après des infiltrations articulaires de plasma riche en plaquettes en 2016 et 2017, et une gonarthrose tricompartmentale du genou droit.

Le Dr M\_\_\_\_\_ a notamment signalé, à titre de diagnostics sans relation de causalité avec l'accident de 1997, un état après une probable contusion/entorse bénigne du genou droit en janvier 2006 et un état après une probable nouvelle entorse bénigne du genou droit en mai 2006, des lombalgies récurrentes, un rétrolisthésis L5-S1 de stade I, une discarthrose modérée L1-L2 et L4-L5, un conflit fémoro-acétabulaire droit symptomatique avec une probable coxarthrose débutante, une hypertension artérielle, des névralgies du membre inférieur droit sans substrat objectivé, des varices du creux poplité droit, une obésité, un probable déconditionnement partiel, notamment à charge du membre inférieur droit dans le cadre d'un possible épisode dépressif.

À l'examen clinique, l'expert a constaté que le déplacement à plat, pieds nus, se faisait de manière expéditive, pratiquement sans boiterie, le déplacement sur les pointes des pieds était laborieux et semblait entraîner des douleurs sur la partie externe de la jambe droite et dans la région inguinale droite, et le déplacement sur les talons était encore plus compliqué, avec des douleurs sur la face antérieure du genou droit, mais possible sur quelques pas. L'accroupissement était réalisé très prudemment, jusqu'à 90°. Le sautillerment unipodal était laborieux et limité à quatre répétitions à gauche, et refusé à droite par crainte d'apparition des douleurs. La mobilité se faisait entre un minime flexum et une distance talon-fesse de 10 cm. L'expert a relevé que les plaintes, bien qu'appuyées, étaient plausibles et corroborées par des signes de déséquilibre neuro-végétatifs (température cutanée), un appui monopodal préférentiel gauche, la présence d'un petit flexum, un rabot rotulien, l'impossibilité de sautillerment et une limitation modérée de la mobilité. D'autres trouvailles, semblaient représenter une situation favorable, soit une démarche pratiquement sans boiterie, les absences de signes inflammatoires, d'épanchement et d'instabilité, ainsi que la conservation, et même prépondérance, de la musculature du côté droit, l'antalgie discontinue, ou encore l'absence de traitement majeur.

Dans son appréciation du cas, l'expert s'est notamment déclaré d'accord avec la position du Dr I\_\_\_\_\_, à l'exception du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30% qui lui paraissait excessif. Il a expliqué qu'une déchirure du ligament croisé antérieur favorisait l'installation d'une gonarthrose, tant au niveau fémoro-patellaire qu'au niveau des compartiments fémoro-tibiaux (arthrose

tricompartimentale, pan-gonarthrose). Le processus atteignait ensuite également les ménisques, en favorisant leur dégradation progressive et leur lésion, souvent dite « complexe ». Ni un traitement conservateur bien conduit, ni un traitement par plastie ligamentaire correctement exécuté, n'étaient à même d'éviter, à terme, une évolution arthrogène, dans la grande majorité des cas. L'évolution arthrogène était d'autant plus à craindre, lorsque des imprécisions dans le positionnement du transplant étaient présentes, comme relevé lors de l'arthroscopie réalisée au début de l'année 1998.

S'agissant de la situation professionnelle de l'assuré, ce dernier avait changé maintes fois d'activité pour des motifs médicaux, administratifs, économiques, ou de nécessité. Il avait exercé des métiers lourds, par exemple dans le bâtiment, ou légers, dans l'horlogerie. Cette dernière activité était en cours à 50% au début 2012, à satisfaction, mais s'était soldée par un licenciement, suivie d'une longue période de chômage, en 2013 et 2014. L'assuré avait ensuite exercé une activité de VTC (voiture de transport avec chauffeur) à raison de quatre heures par jour, jusqu'à la fin du mois de mars 2018. Depuis le mois d'août 2018, il travaillait comme chauffeur de car scolaire à 27%.

Pour pouvoir répondre à la question relative à l'évolution de l'état de santé depuis le 7 mars 2012, l'expert s'était efforcé de poser des questions précises à l'assuré, mais une reconstruction précisément détaillée, plausible et vraisemblable apparaissait aléatoire compte tenu du temps écoulé. Cela étant, l'assuré affirmait que l'activité adaptée exercée depuis fin 2011 à 50% était bien tolérée, proportionnée et satisfaisante. Ce n'était que le licenciement qui avait apparemment interrompu une période valable à tous points de vue. À la question de savoir si un épisode ou une circonstance particulière responsable d'une dégradation était intervenu à partir de fin 2011, ou dans les années successives, l'assuré avait répondu négativement. Par ailleurs, aucun document au dossier ne venait corroborer une modification de l'état de santé qui pourrait représenter une rechute ou une aggravation d'importance. L'expert a rappelé que le dossier était vide entre l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_ et 2017, ce qui tendait à confirmer sa position. Et il fallait souligner que le Dr J\_\_\_\_\_ s'était exprimé en faveur d'une augmentation de la capacité de travail dans une activité adéquate. Il s'en tenait donc à une évolution lentement et peu progressive, telle qu'attendue, dans un contexte d'activité contenue et légère, bien que des épisodes ponctuels plus douloureux ou inflammatoires, ne pouvaient être exclus. Concrètement, il ne retenait pas d'aggravation majeure ni cliniquement significative, à partir du mois de mars 2012. La prise de poids, qui pourrait constituer un facteur aggravant, était déjà mentionnée dans l'expertise de septembre 1998.

Répondant aux questions, l'expert indiqua que l'évolution de l'état de santé depuis le 7 mars 2012 était pratiquement stable. Ni les déclarations de l'assuré, ni des documents spécifiques, ne lui permettaient de conclure à une dégradation

d'importance, susceptible de justifier une modification de l'exigibilité, établie fin 2011. La capacité de travail était inchangée depuis fin 2011 et jusqu'à aujourd'hui, dans une activité adaptée. Cette position était justifiée, notamment par les déclarations de l'assuré, le résultat de l'examen clinique et par l'absence au dossier de documentation contraire. Même si l'on devait admettre une dégradation du genou droit, il ne s'agirait, objectivement, que d'une atteinte mono-articulaire à charge de l'accident, qui ne pourrait en aucun cas expliquer une incapacité totale, étant rappelé que la situation était caractérisée par d'importantes plaintes subjectives qui étaient difficilement quantifiables. Sans réfuter la réalité d'éventuelles aggravations temporaires intercurrentes, il estimait la capacité de travail à un pourcentage très important, proche du 100%. L'expert a ajouté que « pour rester pragmatique », en tenant compte de la position du Dr H\_\_\_\_\_, des considérations du Dr J\_\_\_\_\_, des multiples manifestations douloureuses, des hydarthroses à répétition et des aggravations critiques, qui avaient été à la base de plusieurs licenciements et de réorientations professionnelles, il se prononçait pour une capacité de travail de 50% dans l'activité, probablement non optimale, de chauffeur privé. Dans une activité mieux adaptée, presque exclusivement en position assise, avec la possibilité de bouger le genou, sans déplacements d'importance, sans transport de poids ou occasionnellement de 5 kg au maximum, sans déplacements dans les escaliers ou très occasionnellement, sans positions contraignantes ou dangereuses sur des escabeaux ou similaires, avec un pourcentage très faible de conduite automobile, la capacité de travail devait être estimée à 80%, à partir du 7 mars 2012, avec un rendement normal, soit une présence de 80% régulièrement distribuée dans la semaine. À la question de savoir si des facteurs étrangers à l'accident jouaient un rôle, il a répondu par l'affirmatif, citant l'obésité, la probable dégénérescence de la hanche droite, la situation psychique probablement secondaire et difficile à quantifier, surtout pour un somaticien.

Concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il n'avait pas trouvé d'éléments lui permettant d'objectiver d'atteintes d'importance, postérieurement au 7 mars 2012. Si une indemnité avait été reconnue avant cette date, elle n'avait pas été modifiée. Cela dit, son examen clinique ne retenait pas, actuellement, d'instabilité articulaire, ni de restriction consécutive de la mobilité. Étant donné que l'évolution future se dirigeait vraisemblablement vers une arthroplastie totale, il retenait un taux de 20%, soit celui prévu pour dédommager la présence d'une endoprothèse, avec bon résultat. Il réviserait cette position seulement en cas d'éléments nouveaux, en relation avec l'arthroplastie.

Dans la partie dévolue à ses observations et remarques, l'expert a notamment relevé que les documents lui étaient parvenus en trois fois, avec une large abondance de doubles. Cependant, le rapport LAA du 8 mai 1998 du Dr K\_\_\_\_\_, le rapport d'IRM du 29 juin 2000, le rapport du Dr L\_\_\_\_\_ du 12 décembre 2000 et le rapport de radiologie du 25 juin 2009 apparaissaient incomplets. Concernant l'imagerie, en dehors des rapports cités, il n'avait eu à disposition que le CD-Rom

de l'IRM du 10 avril 2017. Plusieurs documents étaient difficiles, voire impossibles, à interpréter, en particulier le rapport d'arthroscopie du 24 août 2000, ou encore le rapport du 21 novembre 2007. En outre, le dossier médical mis à sa disposition comportait de « larges plages muettes », soit de 1998 à 2000, de 2002 à 2006 et de 2012 à 2017, qui de surcroît étaient très espacées dans le temps, pour pouvoir être reconstruites et interprétées, de manière objective et fiable. Par ailleurs, les documents mentionnés dans les différentes expertises, n'avaient pas tous été mis à sa disposition, comme cela ressortait de son énumération des pièces médicales. Les arrêts de travail médicalement certifiés étaient clairsemés, discontinus et largement incomplets. Ils se référaient à l'activité principale, puis à une activité adaptée, sans que cette dernière ne soit précisément mentionnée. En outre, quelques documents qui auraient pu contribuer à mieux comprendre et/ou définir la situation faisaient défaut, dont le protocole de l'opération initiale, le dossier SUVA, la correspondance administrative. Cela étant, plusieurs données anamnestiques, reprises dans des documents existants, avaient été validés par l'assuré lors de leur entretien. Les différents arrêts de travail n'étaient pas précisément définis, dans leur chronologie, et la complexité du cas était évidente, ne serait-ce que par sa durée, la grande variation dans les activités exercées et la participation d'un grand nombre d'acteurs, sans oublier la réalisation de plusieurs expertises. Malgré tout, il pensait que les éléments essentiels étaient présents et permettaient de définir des conclusions valables, adéquates, sans recourir à des investigations complémentaires, du moins concernant le volet somatique.

41. Par décision du 6 mars 2019, l'assurance a considéré que les seules séquelles de l'accident entraînaient une diminution de la capacité de gain de 20%, de sorte qu'elle a alloué à l'assuré une rente mensuelle de CHF 884.- avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2012. Elle a en outre reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20% correspondant à un montant de CHF 19'440.-, montant dont il convenait de déduire les acomptes déjà perçus.
42. Le 5 avril 2019, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision précitée. En substance, il a nié toute valeur probante au rapport d'expertise, relevant notamment que le Dr M\_\_\_\_\_ avait disposé d'un dossier lacunaire. Il a reproché à l'assurance de s'être écartée des conclusions de l'OAI et a relevé que l'incapacité de travail de 50% était également étayée par le dossier de l'office cantonal de l'emploi. Enfin, le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne s'inscrivait même pas dans le minimum retenu à l'époque par le Dr I\_\_\_\_\_.
43. Par décision sur opposition du 13 août 2019, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assuré, au motif que la décision contestée était fondée sur le rapport d'expertise, dont il ressortait que l'assuré disposait, dans une activité adaptée, d'une capacité de travail de 80%, à savoir un rendement normal pendant une durée de travail de 80%. L'expert n'avait pas retenu d'aggravation majeure ou cliniquement significative à partir de mars 2012. Le rapport d'expertise était probant, étant souligné que l'expert

disposait d'un dossier complet, notamment pour la période pertinente, qu'il avait procédé à un examen clinique approfondi et qu'il avait examiné le dossier d'imagerie. L'expert devait se faire sa propre opinion, sur la base de ses propres constats et des pièces objectives du dossier, de sorte qu'on ne pouvait lui reprocher de ne pas s'être entretenu avec les médecins-traitants, dont la force probante des avis était en outre limitée, et il avait expressément indiqué qu'il estimait avoir eu tous les éléments utiles pour émettre ses conclusions sans procéder à des investigations complémentaires. L'évaluation du taux d'invalidité par l'assurance-invalidité n'avait pas force contraignante pour l'assurance-accidents. Enfin, s'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'expert s'était basé sur la situation actuelle. Cela étant, elle ne demanderait pas la restitution des fonds déjà versés, dès lors que le stade indiqué par le Dr I\_\_\_\_\_ risquait d'être atteint, selon l'analyse du Dr M\_\_\_\_\_.

44. Par acte du 16 septembre 2019, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition du 13 août 2019. Le recourant a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision litigieuse et à ce qu'il soit dit et constaté qu'il avait droit à une indemnité pour perte à l'intégrité de 30% dès le 7 mars 2012, sous déduction du montant déjà versé à ce titre, et à une rente d'invalidité calculée sur une incapacité de travail de 50% dès le 7 mars 2012.

Le recourant s'est prévalu de l'uniformité de la notion d'invalidité et a considéré que l'intimée devait reconnaître une incapacité de travail de 50% au moins dès le 7 mars 2012, conformément à la décision de l'OAI. Le fait qu'elle n'avait pas participé à la procédure devant l'OAI n'était pas relevant. Les investigations fouillées menées en 2013 et 2014 et les pièces médicales probantes attestaient d'une aggravation de son état de santé, qui avait conduit à une incapacité de travail de 50%. Cette aggravation s'inscrivait d'ailleurs parfaitement dans le cadre du pronostic du Dr I\_\_\_\_\_ et l'intimée n'avait émis aucune objection médicale motivée par pièce pour justifier son refus d'uniformiser l'incapacité de travail. Il a également relevé que l'intimée avait demandé à l'OAI de changer son appréciation, ce qui démontrait qu'elle s'estimait bien liée par les conclusions de l'OAI. La position de l'intimée s'apparentait à une énième manœuvre supplémentaire pour tenter de justifier le refus de couverture de l'entier des prestations qui lui étaient dues. En outre, l'incapacité de travail de 50% était étayée par le dossier administratif de l'office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE), où il était inscrit pour un taux d'activité de 50% qu'il n'avait pas été en mesure d'optimiser, et par les récents examens du Dr H\_\_\_\_\_.

Le recourant a également invoqué que le rapport du Dr M\_\_\_\_\_ était dénué de toute valeur probante car l'expert devait examiner l'évolution de son état de santé depuis le 7 mars 2012, mais il avait reconnu ne disposer d'aucune pièce médicale pour la période entre 2012 et 2017. Son rapport reposait donc sur un dossier lacunaire et incomplet. Ces lacunes étaient d'autant plus incompréhensibles que le

Dr M\_\_\_\_\_ n'avait pas contacté ses médecins-traitants ni ne leur avait demandé des pièces complémentaires. En outre, l'intimée n'avait pas donné à l'expert les pièces médicales du dossier de l'OAI qui avaient justement conduit à l'annonce de la rechute de mars 2015. L'expert s'était lui-même plaint de ne pas avoir pu consulter des documents qui auraient pu contribuer à mieux comprendre et ou définir la situation, et il avait également noté que certaines pièces étaient illisibles ou incomplètes. En outre, il avait laissé entendre a contrario que le volet psychosomatique méritait une investigation sans pour autant ordonner un tel examen, de sorte que l'expertise était également incomplète puisqu'elle n'examinait pas tous les pans de l'anamnèse et de ses affections. Les conclusions de l'expert n'étaient ni convaincantes ni motivées, car il avait estimé qu'il aurait une capacité de travail de 50% dans une activité de chauffeur privé, tout en précisant dans le même paragraphe que le taux de conduite dans l'activité exigible devrait être très faible en raison de ses limitations fonctionnelles. L'abondance des remarques de l'expert confirmait que ses conclusions n'étaient pas convaincantes. Enfin, l'expert n'avait pas discuté les raisons pour lesquelles il conviendrait de se départir des conclusions de l'OAI, alors que cela avait été discuté lors de l'entretien.

S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, les conclusions de l'expert étaient en contradiction avec l'appréciation du Dr I\_\_\_\_\_, dont la valeur probante avait été admise par la chambre de céans. Dans le cadre de la décision litigieuse et face à cette contradiction injustifiable, l'intimée avait prétendu préférer l'appréciation du Dr M\_\_\_\_\_ et soutenu que le Dr I\_\_\_\_\_ s'était sans doute projeté dans l'avenir, à savoir la nécessité de poser une prothèse du genou. Or, cette justification confirmait l'absence de preuve probante du rapport du Dr M\_\_\_\_\_. En effet, lors de la fixation de l'indemnité de l'atteinte à l'intégrité, il était équitablement tenu compte des aggravations prévisibles et une révision n'était possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation était importante et non prévisible. L'ensemble des pièces confirmait la survenance certaine de l'aggravation de santé et la prochaine pose d'une prothèse, ce qui avait d'ailleurs été admis par le Dr M\_\_\_\_\_. Même si l'intimée avait renoncé à demander la restitution des fonds déjà versés, il sollicitait par précaution que la chambre de céans fixe le taux de l'atteinte à 30%.

À l'appui de son recours, l'intéressé a notamment produit les pièces suivantes :

- le mandat de réadaptation de l'OAI, mentionnant que le recourant avait repris une activité de contrôleur à 50% en octobre 2011 et qu'il s'agissait d'examiner la possibilité de l'accompagner dans une reprise à temps complet ;
- un rapport d'observation du poste de travail du 31 octobre 2013 établi par une ergothérapeute, suite à une visite le 17 juillet 2013 sur le lieu d'activité du recourant ; ce dernier travaillait devant un établi d'horloger, en position assise avec un appui sous les avant-bras ; ses tâches consistaient à contrôler des pièces, sous une loupe ou un binoculaire ; la chaise de bureau n'était pas adaptée car l'assise était insuffisante et ne permettait pas d'avancer le placet ; il

avait été proposé d'améliorer les appuis et un banc sur mesure avait été confectionné et livré en septembre 2013, et deux chaises avaient été prêtées pour être essayées par le recourant ;

- un rapport de réadaptation professionnelle du 12 mai 2014, duquel il ressort que suite à l'adaptation du poste de travail, une mesure de réentraînement au travail avait débuté le 6 janvier 2014, avec un taux de 60%, en augmentant les heures de travail quotidiennes, effectuées l'après-midi ; après un mois, l'entreprise avait signalé que le recourant se plaignait d'une augmentation de l'épanchement du genou droit, de sorte que la mesure avait dû être interrompue dès le 13 février 2014, en raison également d'une haute tension artérielle non stabilisée ; la reprise avait eu lieu à 50% le 25 mars 2014 ; lors du bilan final chez l'employeur, le recourant avait déclaré que le taux de 50% était difficile à tenir sans absences, lesquelles ne seraient pas tolérées à long terme par l'entreprise ; le passage à 60% avait engendré une augmentation progressive de la tuméfaction du genou droit avec des fourmillements dans les orteils qui ne disparaissaient pas les fins de semaine, malgré le repos ; le dossier avait été soumis au service médical régional qui avait conclu que la capacité de travail ne dépassait pas 50% ;
- le projet d'acceptation de rente de l'OAI du 1<sup>er</sup> juillet 2014, l'opposition du recourant du 28 août 2014 et la décision du 6 février 2015, de laquelle il ressort notamment que l'OAI a retenu l'existence d'une incapacité de travail de 50% dès le 1<sup>er</sup> octobre 2011 ;
- plusieurs confirmations d'inscription à l'office régional de placement de l'OCE (les 4 février 2015, 16 novembre 2016 et 24 janvier 2017) pour un taux d'activité de 50% ;
- un certificat médical du Dr H\_\_\_\_\_ établi le 13 avril 2017 à la demande du recourant ; le médecin-traitant a attesté d'une évolution plutôt défavorable « depuis environ cinq ans », avec une exacerbation régulière de la douleur dans le contexte d'une gonarthrose tricompartmentale évolutive, le limitant dans ses activités physiques et même dans certaines activités de la vie quotidienne ; des prises en charge physiothérapeutiques, plusieurs infiltrations de corticostéroïdes, de visco-supplémentation et même de plasma riche en plaquettes avaient été réalisées, mais ces interventions n'avaient qu'amélioré transitoirement la situation ; en avril 2017, le patient avait signalé une nouvelle exacerbation douloureuse du genou, associée à des lâchages récurrents pouvant même aboutir à des chutes ; il avait dû augmenter la prise d'antalgiques et d'anti-inflammatoires ; à l'examen clinique récent, il existait un flossum du genou droit qui s'était aggravé de l'ordre de 15%, avec une distance talon fesse de l'ordre de 20 cm ; des craquements et un rabet très important au niveau fémoro-patellaire avaient été mis en évidence et le genou présentait une discrète lame d'épanchement et était relativement instable dans le plan antéro-

postérieur ; il existait une très nette douleur à l'insertion du tendon rotulien et à l'insertion distale de la patte d'oie ; devant ce tableau en aggravation tout à fait claire, deux nouveaux examens complémentaires avaient été réalisés, en particulier une IRM le 10 avril 2017 ; cette dernière avait conclu à un status post plastie du ligament croisé antérieur dont la plastie n'était quasiment plus reconnaissable, avec la présence d'une transition antérieure du tibia par rapport au fémur ; il a en outre signalé une gonarthrose fémoro-patellaire et fémoro-tibiale externe très sévère avec une importante ostéophytose et une lésion du cartilage majeure, ainsi qu'une lésion fissuraire de la corne postérieure du ménisque externe et de la corne postérieure du ménisque interne ; ainsi, tant sur le plan clinique que sur le plan radiologique, il existait une dégradation importante de la gonarthrose tricompartmentale post-traumatique, 20 ans après une plastie du ligament croisé antérieur qui n'existait désormais pratiquement plus ;

- un rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 6 janvier 2018, lequel a indiqué que l'évolution était fluctuante sur le plan des douleurs avec des poussées inflammatoires de l'arthrose et des phases plus calmes ; globalement, la situation avait tendance à empirer ; le patient travaillait actuellement comme chauffeur professionnel à raison de 4 heures par jour car il n'avait jamais retrouvé d'occupation professionnelle dans le domaine de l'horlogerie ; cliniquement, le flessum demeurait à 15% et la flexion autour de 120° ;
- un rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 23 janvier 2019 attestant qu'il avait notamment suivi le recourant entre 2012 et 2017, que les problèmes de son patient s'étaient progressivement aggravés au fil du temps étant donné qu'il s'agissait de troubles dégénératifs touchant le genou droit et la région lombaire ; grâce à la prise en charge relativement régulière, de traitements itératifs de physiothérapie et d'infiltrations une à deux fois par année pour le genou, l'état de santé du recourant ne s'était pas dégradé de façon trop importante ; en particulier, entre 2012 et 2017, il avait pu poursuivre une activité professionnelle sédentaire, d'abord dans l'horlogerie, puis ensuite dans le cadre du chômage, à un taux de capacité de 50% qui paraissait être le maximum exigible compte tenu du contexte médical ;
- un rapport du 3 avril 2019 rendu par le docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, à la demande du recourant, suite à une consultation du 28 mars 2019 ; après examen clinique, ce médecin a estimé qu'une reprise d'activité était tout à fait illusoire au vu de la gonarthrose tricompartmentale sur une laxité antérieure chronique opérée et avec une lésion itérative de la plastie ; l'état final à envisager serait une prothèse du genou droit, mais une amélioration était tout à fait illusoire ;
- un rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 13 septembre 2019 mentionnant que la fonction du genou se dégradait progressivement, avec des épanchements occasionnels,

une sensation d'instabilité de plus en plus marquée et des difficultés dans les activités de la vie de tous les jours ; la gonarthrose importante était en train d'entraîner une décompensation parfois douloureuse du genou gauche, probablement là aussi le siège d'une arthrose débutante avec d'importantes compensations depuis plus de 20 ans ; le patient venait de perdre depuis plusieurs mois près de 20 kg ; une radiographie récente, en mars 2019, avait confirmé la déformation en valgus du genou droit, associée à la gonarthrose droite tricompartmentale majeure accompagnée d'un épanchement intra-articulaire ; cliniquement, le genou perdait régulièrement des amplitudes articulaires, avec actuellement une flexion qui ne dépassait pas 110° et un flessum de l'ordre de 15° à 20° ; en outre, le patient se plaignait d'une problématique lombaire et un conflit fémoro-acétabulaire droit symptomatique avec une coxarthrose débutante avait été mise en évidence en 2012 déjà ; s'agissant de la capacité de travail, il a notamment estimé que l'activité de chauffeur professionnel ne convenait pas à son patient car il était obligé de conduire de façon ininterrompue durant plus de 4 heures par jour ; depuis peu, il avait retrouvé une activité professionnelle de chauffeur de bus scolaire à raison de 25% à 30% répartis dans la journée ; l'activité adaptée décrite par le Dr SUVA, soit une profession avec un pourcentage faible de conduite automobile, sédentaire, permettant des changements de position très fréquents, n'existait pas ; il estimait pour sa part, devant l'évolution progressivement et lentement défavorable de toutes les problématiques ostéo-articulaires, que la capacité professionnelle exigible ne dépassait pas 50% dans une activité parfaitement adaptée, comme celle actuellement réalisée de façon fractionnée au fil de la journée ; une prothèse totale du genou droit était inévitable, et il était difficile de dire si elle pourrait changer cette évaluation professionnelle.

45. Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> novembre 2019, l'intimée, par l'intermédiaire d'un mandataire, a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recourant et à la confirmation de la décision querellée.

Le stade de la pose d'une prothèse n'était pas encore atteint. En tout état, l'analyse et l'évaluation du taux auxquelles avait procédé le Dr M\_\_\_\_\_ n'étaient pas critiquables. Elle avait toutefois fait le choix de ne pas demander la restitution des fonds déjà versés car le stade décrit par le Dr I\_\_\_\_\_ risquait d'être atteint à l'avenir.

Elle a soutenu que l'expert avait disposé, pour la période déterminante, des pièces médicales déterminantes, dont les examens d'imagerie IRM du mois d'avril 2017. Le recourant n'indiquait pas quelle pièce serait manquante. La remarque de l'expert sur les quelques documents qui auraient pu contribuer à mieux comprendre la situation étaient le dossier de la SUVA et la correspondance administrative, soit des documents antérieurs à mars 2012 ou de nature non médicale. L'expert avait clairement estimé qu'il disposait de tous les éléments utiles pour émettre ses

conclusions, sans effectuer des investigations complémentaires. Il avait procédé à une analyse très détaillée de la situation du recourant, de son évolution dans le temps et de la situation actuelle. Le rapport d'expertise était très complet et détaillé, et il n'existait aucun motif de s'en écarter.

Concernant l'évaluation de l'invalidité par l'OAI, elle avait uniquement fait savoir à ce dernier qu'elle ne partageait pas son analyse de la situation.

Selon l'expert, la capacité de travail était de 80%, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée, et il n'y avait pas eu d'aggravation notable, ni cliniquement significative à partir de mars 2012. En d'autres termes, le pronostic d'aggravation du Dr I\_\_\_\_\_ ne s'était pas concrétisé. Partant, la décision entreprise, qui se fondait sur l'expertise du Dr M\_\_\_\_\_, était parfaitement justifiée s'agissant de la rente d'invalidité.

Concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'expert avait retenu un taux de 20% contre 30% à l'époque par le Dr I\_\_\_\_\_, lequel s'était sans doute projeté dans l'avenir, mais le stade de la pose indiqué par le Dr I\_\_\_\_\_ risquait d'être atteint, selon l'analyse du Dr M\_\_\_\_\_. Les parties s'accordaient sur le fait que ce stade d'évolution correspondrait à une indemnité de 30%.

46. En date du 29 novembre 2019, le recourant a répliqué et intégralement persisté dans ses conclusions.

Il a rappelé que le Dr M\_\_\_\_\_ avait reconnu qu'il ne disposait d'aucun document médical pour la période du 25 mai 2012 au 11 avril 2017, intervalle qui concernait la période litigieuse, et ce quand bien même il existait des documents médicaux y relatifs. Contrairement à ce que prétendait l'intimée, il avait bel et bien produit les pièces médicales manquantes, provenant en grande partie du dossier de l'assurance-invalidité, également en mains de l'intimée, et entérinant l'aggravation claire de son état de santé et l'évaluation de son incapacité. L'expert n'avait donc pas disposé d'un dossier médical complet. L'intimée ne s'était pas expliquée sur les raisons pour lesquelles les pièces médicales du dossier de l'OAI n'avaient pas été remises au Dr M\_\_\_\_\_ ni sur les raisons pour lesquelles elles ne seraient pas pertinentes. L'intimée n'avait apporté aucun élément permettant de remettre en cause la valeur probante des avis de ses médecins-traitants et aucun motif ne justifiait d'écarter ces derniers. Les documents manquants évoqués par le Dr M\_\_\_\_\_, soit les rapports des médecins-traitants et le dossier et les décisions de l'OAI, étaient postérieurs à 2012. De plus, l'appréciation du Dr M\_\_\_\_\_ selon laquelle il avait disposé de tous les éléments utiles pour émettre ses conclusions sans investigations complémentaires était en parfaite contradiction avec ses propres aveux.

Concernant l'évaluation du degré d'invalidité, l'assureur-accidents devait se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée par l'assureur-invalidité et une appréciation divergente de celle-ci ne pouvait intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement si certaines conditions étaient réalisées. Il ne

suffisait pas qu'une appréciation divergente soit soutenable. L'intimée n'avait apporté ni motif ni objection médicale motivée permettant de s'écarter de l'évaluation d'invalidité de l'OAI, qui avait conclu à une aggravation de l'incapacité après des mesures de réadaptation et d'observations empiriques sur son lieu de travail. Elle était liée par ces constatations médicales qui résultaient d'une évaluation approfondie.

Enfin, la prise en compte des aggravations prévisibles lors de la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité était une obligation légale et non pas une simple faculté. C'était donc bien le taux de 30% qui devait être retenu, taux qui avait d'ailleurs été admis par la chambre de céans en reconnaissant la valeur probante au rapport du Dr I\_\_\_\_\_.

47. Par duplique du 14 janvier 2020, l'intimée a également maintenu ses conclusions.

L'expert avait disposé du rapport d'IRM, il connaissait la position du Dr H\_\_\_\_\_ puisqu'il avait reçu son rapport du 31 décembre 2017, et le recourant lui avait décrit en détail son suivi médical. En réalité, il n'existait pas de rapports médicaux et de rapports d'examen entre le 25 mai 2012 et le 11 avril 2017.

C'était sur la base du rapport d'expertise probant qu'elle s'était écartée de l'évaluation par l'OAI du degré d'invalidité. Elle a rappelé que le Dr M\_\_\_\_\_ était arrivé à la conclusion claire que l'état de santé du recourant avait été stable à partir du 7 mars 2012 et qu'aucune aggravation d'importance susceptible de justifier une modification de l'exigibilité établie en 2011 n'était survenue. L'expert avait également constaté que le recourant disposait, dans une activité adaptée, d'une capacité de travail de 80% avec un rendement normal.

48. Copie de cette écriture a été communiquée au recourant le 23 janvier 2020.

49. 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions

correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le 1<sup>er</sup> janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (art. 38 al.1 LPGA). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours, du 16 septembre 2019 contre la décision sur opposition du 13 août 2019, notifiée le lendemain, est recevable.

5. Le litige porte donc sur le droit du recourant à une rente d'invalidité à compter du 7 mars 2012, singulièrement sur le taux de sa capacité de travail dans une activité adaptée dès cette date, étant rappelé qu'une rente lui a été refusée par décision du 6 mars 2012, confirmée par arrêt de la chambre de ceans du 4 décembre 2012 entré en force. Il porte en outre sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.
6. a. Un jugement a l'autorité de la chose jugée lorsqu'il est obligatoire, c'est-à-dire qu'il ne peut plus être remis en discussion ni par les parties, ni par les tribunaux (arrêt du Tribunal fédéral 5C.242/2003 du 20 février 2004 consid. 2.1). Il y a autorité de la chose jugée lorsque la prétention litigieuse est identique à celle qui a déjà fait l'objet d'un jugement passé en force (identité de l'objet du litige). Tel est le cas lorsque, dans l'un et l'autre procès, les parties ont soumis au juge la même prétention en se fondant sur la même cause juridique et sur les mêmes faits (ATF 125 III 241 consid. 1 ; ATF 123 III 16 consid. 2a ; ATF 121 III 474 consid. 4a ; cf. également ATF 128 III 284 consid. 3b).

Malgré ce qui précède, il convient de souligner que lorsqu'un assuré s'est vu refuser une rente par une décision entrée en force, il peut néanmoins en tout temps annoncer une rechute ou des suites tardives d'un accident conformément à l'art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 218/03 du 20 septembre 2004 consid. 3.1).

S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36 al. 4 2<sup>ème</sup> phrase OLAA ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 124/01 du 22 novembre 2001 consid. 1b). Elle doit être d'au moins 5 % de plus que ce qui était pronostiqué (RAMA 1991 p. 306).

b. En l'occurrence, la décision dont est recours porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Ces questions ont déjà fait l'objet de la décision de l'intimée du 6 mars 2012, confirmée par l'arrêt de la chambre de céans du 4 décembre 2012 passé en force. Ce dernier est obligatoire et ne peut plus être remis en question, ni par les parties, ni par les autorités judiciaires.

Cela étant, le recourant a précisément signalé une aggravation de son état de santé en mars 2015, de sorte que l'intimée devait instruire le dossier afin de déterminer si l'intéressé avait droit à des prestations à compter du 7 mars 2012, comme jugé par la chambre de céans le 28 novembre 2017 (ATAS/1068/2017). L'intimée pouvait donc statuer sur le droit de l'intéressé à une rente.

En revanche, en ce qui concerne l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, les conditions d'une révision ne sont pas réalisées et l'intimée ne pouvait pas revoir à la baisse le taux de 30% confirmé par l'arrêt du 4 décembre 2012.

c. La décision entreprise devra donc être annulée en tant qu'elle porte sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

7. a. Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité.

Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

En vertu de 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.

b. L'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché équilibré du travail. Cette notion, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-accidents. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré (permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des sollicitations intellectuelles que physiques) d'autre part (ATF 110 V 273 consid. 4b). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé - puisqu'une telle atteinte est

indispensable à la reconnaissance de l'invalidité (art. 7 et 8 LPGA) - et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et les références).

8. La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2). Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003, la définition de l'invalidité est uniformément codifiée à l'art. 8 al. 1 LPGA selon lequel est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (cf. ATF 133 V 549 consid. 6 ; ATF 131 V 362 consid. 2.2). D'un autre côté l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. À tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée.

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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.1). La réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité a également été admise (ATF 133 V 549).

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 (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur

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

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

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).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 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).

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. A 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).

10. 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).
11. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).
12. En l'espèce, il convient de relever à titre préliminaire que, selon la jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents.

L'intimée pouvait donc procéder à l'évaluation de l'invalidité de recourant indépendamment de la décision de l'OAI.

13. a. En ce qui concerne la valeur probante du rapport d'expertise, la chambre de céans constate tout d'abord que le Dr M\_\_\_\_\_ a déploré des difficultés dans la réalisation de son mandat, et ce en raison du dossier communiqué par l'intimée.

Il a notamment relevé que les documents lui étaient parvenus en trois fois avec de nombreux doublons, que certains rapports étaient incomplets, que les périodes d'arrêt de travail n'avaient pas été clairement définies, ou encore que des pièces qui lui auraient permis de mieux comprendre ou définir la situation ne lui avaient pas été transmises, tels que le dossier de la SUVA et la correspondance administrative.

b. Certes, le fait que le Dr M\_\_\_\_\_ n'ait disposé que d'une partie du rapport du Dr K\_\_\_\_\_ du 8 mai 1998, du rapport d'IRM du 29 juin 2000, du rapport du Dr L\_\_\_\_\_ du 12 décembre 2000 et du rapport de radiologie du 25 juin 2009, et le fait qu'il ait considéré que le rapport d'arthroscopie du 24 août 2000 et le rapport du 21 novembre 2007 étaient difficiles voire impossibles à interpréter, n'apparaissent pas décisifs puisque ces documents sont très largement antérieurs à la période litigieuse.

Cela étant, le Dr M\_\_\_\_\_ a constaté « de larges plages muettes », notamment entre 2012 et 2017, alors qu'il devait précisément se déterminer sur l'évolution de la situation depuis le 7 mars 2012. Les seuls documents en sa possession depuis cette date étaient le rapport du Dr J\_\_\_\_\_ du 25 mai 2012, lequel faisait toutefois suite à un examen de décembre 2011, les rapports d'imagerie d'avril 2012 et d'avril 2017, l'IRM d'avril 2017, ainsi que le rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 21 décembre 2017.

Contrairement à ce que soutient l'intimée, des documents médicaux existent pour cette période, puisque le recourant a produit un rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 13 avril 2017. En outre, il ressort du rapport de réadaptation professionnelle du 12 mai 2014 que le dossier du recourant a été soumis, au moins à une reprise, à l'appréciation du service médical régional de l'OAI, et il est hautement vraisemblable que le médecin-traitant du recourant ait été invité par l'OAI à rédiger des rapports détaillés avant que cet office ne se détermine sur le droit de l'intéressé à diverses prestations d'invalidité.

En réalité, il appert que si l'intimée n'a disposé d'aucune pièce médicale jusqu'en décembre 2017, c'est parce qu'elle a refusé, à tort, d'instruire la demande du recourant du 16 mars 2015 portant sur l'aggravation de son état de santé. Ce n'est que suite à l'arrêt de la chambre de céans du 28 novembre 2017 qu'elle a sollicité et reçu le rapport du médecin-traitant du 21 décembre 2017. Ce document mentionne une situation ayant tendance à « empirer », des infiltrations ou encore une IRM réalisée en avril 2017. L'intimée savait donc que le recourant avait continué à être suivi et traité durant toute la période litigieuse par le Dr H\_\_\_\_\_, mais elle n'a demandé aucune précision à ce médecin. Si elle l'avait fait, elle aurait obtenu son rapport du 13 avril 2017, lequel contient des informations plus détaillées que celles ressortant du rapport du 21 décembre 2017, en particulier s'agissant des constatations objectives, des traitements prodigués et de l'exacerbation douloureuse

survenue en avril 2017. Il lui était en outre loisible de solliciter un rapport encore plus circonstancié et couvrant toute la période litigieuse. L'intimée ne saurait donc tirer un quelconque avantage de l'absence de document médical dans son dossier puisqu'elle n'a pas procédé aux investigations qui s'imposaient.

L'expert n'a pas pu prendre connaissance des rapports établis par l'OAI dans le cadre des mesures professionnelles. Il ne s'agit pas de simples correspondances administratives, comme le prétend l'intimée. À titre d'exemple, le rapport de réadaptation professionnelle produit par le recourant relate, entre autres, qu'une tentative d'augmentation du taux d'activité de 50% à 60% en janvier 2014 avait engendré une augmentation progressive de la tuméfaction du genou droit et de l'épanchement, avec des fourmillements dans les orteils qui ne disparaissaient pas les fins de semaine, malgré le repos, et que la mesure avait dû être interrompue après un mois seulement.

c. À l'instar de l'expert, la chambre de céans observe que les pièces du dossier de l'intimée comportent souvent des contradictions ou des lacunes, ce qui engendre des incertitudes, notamment quant aux dates des sinistres survenus en 2006, quant aux périodes d'incapacité de travail, quant aux différentes activités professionnelles exercées, quant aux mesures d'ordre professionnel ou adaptations des postes de travail, si bien que l'établissement des faits se révèle difficile.

À ce propos, il sera également relevé que l'intimée n'a pas produit les documents annexés au courrier de l'OAI du 9 mars 2018, de sorte qu'on ignore quand et quelles mesures précises ont été octroyées au recourant, quelles ont été les conclusions du service médical régional et quelles sont les atteintes à la santé qui ont justifié l'octroi d'une rente de la part de l'assurance-invalidité. Il n'est donc pas possible de savoir si l'OAI a retenu une diminution de la capacité de travail en raison d'autres troubles que ceux dont doit répondre l'intimée.

d. Enfin, il sied également de constater que l'arrêt de la chambre de céans du 4 décembre 2012 et la décision sur opposition de l'intimée du 6 mars 2012 ne figurent pas non plus parmi la liste des pièces soumises à l'expert (rapport p. 27 et 28).

Or, ce dernier était invité à se déterminer sur l'évolution de la situation depuis le 7 mars 2012, en particulier sur les troubles dont souffre le recourant au niveau du genou droit et sur leurs répercussions sur sa capacité de travail. Compte tenu du fait que les documents précités ne lui ont pas été communiqués, le Dr M\_\_\_\_\_ n'a pas pu tenir compte de la situation telle qu'arrêtée par la chambre de céans, soit l'existence d'une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée, jusqu'au

6 mars 2012, sur la base des conclusions jugées probantes du Dr I\_\_\_\_\_. Il s'est donc efforcé de déterminer la capacité de travail à fin 2011, puisque le dernier rapport circonstancié à sa disposition était l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_ réalisée suite à un examen du recourant en décembre 2011.

On relèvera à toutes fins utiles que si l'expert a bien reçu l'arrêt du 28 novembre 2017, son résumé de cette pièce ne fait aucune mention des décisions et arrêts antérieurs.

e. Pour tous ces motifs, il y a lieu de constater que les conclusions du Dr M\_\_\_\_\_ n'ont pas été établies en pleine connaissance du dossier du recourant.

14. a. Sur le fond, l'appréciation de l'expert quant à la capacité de travail est difficilement compréhensible.

En effet, d'une part, il a clairement indiqué qu'il partageait les conclusions du Dr I\_\_\_\_\_, soit l'existence d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et allégée (rapport p. 24), et il a estimé que le recourant présentait, à la fin de l'année 2011, une capacité de travail à un pourcentage très important, « proche du 100% » (rapport p. 32). Il a ainsi mentionné qu'il ne retenait « aucune diminution de capacité de travail » dans une activité adaptée, et ce à partir du 7 mars 2012 (rapport p. 33).

D'autre part, il a également noté que, « pour rester pragmatique », en tenant compte de la position du médecin-traitant et des considérations du Dr J\_\_\_\_\_, « des multiples manifestations douloureuses, des hydarthroses à répétition et des aggravations critiques », qui avaient été « à la base de plusieurs licenciements et réorientations professionnelles », il fixait la capacité de travail à 80% depuis fin 2011, sans évolution depuis lors (rapport p. 32). Il a exposé qu'il retenait une capacité de 80%, avec un rendement normal « si l'exigibilité est plus restrictive », étant rappelé que l'exigibilité en tant que chauffeur de bus scolaire était de 50% (rapport p. 33).

Faute de toute argumentation, la chambre de céans peine à comprendre les raisons « pragmatiques » qui ont pu pousser l'expert à se distancer de l'évaluation du Dr I\_\_\_\_\_, à laquelle il a pourtant déclaré adhérer, sans condition. Elle rappelle à ce propos que les rapports des Drs J\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ ne contiennent aucun élément objectif de nature à remettre en cause les conclusions du Dr I\_\_\_\_\_ puisque le premier a fait état d'une capacité de travail de 50% en octobre 2011 compte tenu de la situation professionnelle effective du recourant, sans exclure la possibilité d'une augmentation progressive de ladite capacité jusqu'à 100%, et que le second a souvent évoqué une reprise d'activité pour finalement prolonger sans explication l'incapacité de travail à des taux variables, tantôt entre 20% et 40% (rapport du mois d'avril 2011), tantôt à 50% (rapport du mois de septembre 2011).

Si l'expert estimait que les douleurs, les hydarthroses à répétition et les aggravations critiques ne permettaient en définitive pas au recourant d'exercer sur le long terme une activité adaptée à temps complet, il lui incombait de motiver ses conclusions d'un point de vue médical.

b. La chambre de céans remarquera encore avec le recourant qu'il est surprenant que l'expert se soit prononcé en faveur d'une capacité de travail de 50% dans

l'activité « pas optimale » de chauffeur privé, tout en retenant qu'une activité adaptée ne pouvait comprendre qu'un pourcentage « très faible » de conduite automobile (rapport p. 32).

c. Partant, outre le fait que l'évaluation du Dr M\_\_\_\_\_, qui a fait état d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée dès la fin de l'année 2011, ne correspond pas à la situation jugée par la chambre de céans, elle apparaît en tout état dépourvue de motivation suffisante.

15. a. En ce qui concerne l'évolution de l'état de santé du recourant depuis le 7 mars 2012, l'expert a indiqué qu'il s'était déterminé sur cette question en interrogeant précisément le recourant, dès lors que le dossier était vide entre l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_ et 2017 (rapport p. 27). Il a noté que ni les déclarations du recourant, ni les pièces du dossier, ne lui permettaient « de conclure à une dégradation d'importance, susceptible de justifier une modification de l'exigibilité, établie fin 2011 » (rapport p. 29). Il a signalé un point de référence important lorsque l'intéressé affirmait que l'activité adaptée exercée depuis la fin de l'année 2011 à 50% était bien tolérée, proportionnée et satisfaisante. Le recourant n'avait pu citer aucun épisode ou circonstance particulière responsable d'une dégradation qui serait intervenu à partir de la fin 2011 ou dans les années suivantes, et le Dr J\_\_\_\_\_ s'était exprimé en faveur d'un élargissement de la capacité de travail, de sorte que l'expert a indiqué s'en tenir « à une évolution lentement et peu progressive » (rapport p. 27). Il a conclu qu'il n'y avait pas eu d'évolution de l'état de santé du recourant depuis le 7 mars 2012, ni de modification de sa capacité de travail dans une activité adaptée depuis fin 2011.

b. Cette argumentation ne convainc pas car il ressort des plaintes du recourant que ce dernier a clairement affirmé que la situation de son genou s'était aggravée lorsqu'il travaillait à 50% comme chauffeur pour Uber, au point qu'il ne parvenait plus à marcher (rapport p. 6). Il a répondu à l'expert qu'il avait alors remarqué une « dégradation progressive » (rapport p. 7). De surcroît, l'absence d'événement « responsable » de la dégradation ne suffirait de toute façon pas à exclure une telle aggravation.

c. Quant aux pièces du dossier, il est rappelé que l'expert n'avait à sa disposition, concernant le genou droit et la période déterminante, que le rapport d'échographie du 11 avril 2012, le rapport et les images de l'IRM du 11 avril 2017, ainsi que le rapport du médecin-traitant du 21 décembre 2017, étant à nouveau souligné que le rapport du Dr J\_\_\_\_\_ du 25 mai 2012 faisait suite à un examen réalisé en décembre 2011.

Le Dr M\_\_\_\_\_ ne s'est pas livré à une comparaison des rapports d'imagerie. Pourtant, il ressort de son expertise que l'IRM de 2009 a mis en exergue une gonarthrose « modérée » tricompartimentale essentiellement par dégradation cartilagineuse sans œdème chondral et sans différence significative (rapport p. 16), que le bilan radiologique de décembre 2011 a conclu à une ostéophytose

« marginale dans le cadre d'une gonarthrose » (rapport p. 17), et que l'échographie d'avril 2012 n'a pas mis en évidence de nouvelle lésion (rapport p. 17). Or, l'IRM du 10 avril 2017 a conclu à un status post-plastie du ligament croisé antérieur hétérogène et à peine reconnaissable avec la présence d'une translation antérieure du tibia par rapport au fémur, une gonarthrose fémoro-patellaire et fémoro-tibiale externe avec la présence d'une ostéophytose et d'une lésion cartilagineuse « sévère », une « lésion fissuraire de la corne postérieure du ménisque externe au niveau du bord libre et de la corne postérieure du ménisque interne » (rapport p. 17). Il incombait à l'expert de discuter ces éléments et d'expliquer les raisons pour lesquelles il estimait que les lésions mises en exergue en 2017 ne constituaient pas de nouvelles atteintes ou une aggravation de celles déjà existantes en mars 2012. Une argumentation motivée s'imposait d'autant plus que l'expert a expliqué qu'une déchirure du ligament croisé antérieur favorisait l'installation d'une gonarthrose tricompartmentale et que le processus atteignait ensuite les ménisques, en favorisant leur dégradation progressive et leur lésion, souvent dite « complexe » (rapport p. 25). Selon les diagnostics retenus par le Dr M\_\_\_\_\_, le recourant a subi une arthroscopie du genou droit pour régularisation de la corne postérieure du ménisque interne et résection de la languette antérieure luxée le 21 novembre 2007, et aucune atteinte méniscale ne semble avoir été relevée avant 2017, puisque les rapports des examens de 2011 et 2012, tels que décrits par l'expert, ne font état d'aucune lésion au niveau des ménisques. De plus, les Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ avaient constaté que les signes méniscaux étaient négatifs lors de leurs examens respectifs en 2011.

En ce qui concerne le rapport du 21 décembre 2017, le Dr H\_\_\_\_\_ y a attesté d'une évolution fluctuante sur le plan des douleurs avec des poussées inflammatoires de l'arthrose tricompartmentale et des phases plus calmes. Il a retenu une aggravation globale de la situation et noté que l'IRM réalisée en avril 2017 avait conclu à de très importants dommages ostéo-cartilagineux et méniscaux. Le Dr M\_\_\_\_\_ ne pouvait, sans explication aucune, ignorer les considérations du médecin-traitant, lequel a suivi le recourant durant toute la période déterminante, lui a prodigué plusieurs traitements et a requis des examens complémentaires. Il est souligné à cet égard que ce rapport est le seul document médical à disposition de l'expert pour la période litigieuse, hormis les rapports relatifs aux examens d'imagerie qu'il n'a pas analysés de façon approfondie.

d. Le Dr M\_\_\_\_\_ n'a pas non plus discuté les divergences entre ses constatations objectives et celles des précédents experts et du médecin-traitant.

Pour rappel, le Dr I\_\_\_\_\_ a constaté, en juin 2011, que la fonction du genou était bonne, que la marche pieds nus, sur la pointe des pieds et sur les talons s'effectuaient sans difficulté, que la station monopodale était correctement exécutée et que l'accroupissement avoisinait les 100° des deux côtés. Il a noté un discret choc rotulien avec un signe du rabot et une rotule douloureuse à la pression, et

indiqué qu'il n'y avait pas de signes méniscaux et que la flexion était mesurée à 120°.

En décembre 2011, le Dr J\_\_\_\_\_ a observé que la mobilité du genou droit était conservée, avec un petit flexum de 5°, lequel causait des douleurs lors de la marche en terrain accidenté. L'assuré marchait sans boiterie, la marche sur les pointes était sans particularité, mais celle sur les talons engendrait une discrète douleur au niveau du genou. L'appui monopodal était hésitant à droite.

Au mois d'avril 2017, le Dr H\_\_\_\_\_ a attesté que l'évolution était plutôt défavorable « depuis environ cinq ans » et il a conclu à l'existence d'une dégradation importante de la gonarthrose tricompartmentale post-traumatique, tant sur le plan clinique que sur le plan radiologique. Il a relaté une exacerbation régulière de la douleur dans le contexte d'une gonarthrose tricompartmentale évolutive, limitant le recourant dans ses activités physiques et même dans certaines activités de la vie quotidienne. Il a notamment signalé une aggravation du flessum du genou droit, de l'ordre de 15%, une distance talon fesse de l'ordre de 20 cm, des craquements et un rabet très important au niveau fémoro-patellaire, et une discrète lame d'épanchement relativement instable dans le plan antéro-postérieur. Le flessum mesuré à 15% a été confirmé dans les rapports des 21 décembre 2017 et 6 janvier 2018.

Le Dr M\_\_\_\_\_ a pour sa part constaté, au mois de novembre 2018, que le déplacement à plat, pieds nus, se faisait de manière expéditive et pratiquement sans boiterie, mais que le déplacement sur les pointes des pieds était laborieux et semblait entraîner des douleurs sur la partie externe de la jambe droite et dans la région inguinale droite, et que le déplacement sur les talons, possible sur quelques pas seulement, était encore plus compliqué, avec des douleurs sur la face antérieure du genou droit. L'accroupissement était réalisé très prudemment, jusqu'à 90°. Le sautellement unipodal était laborieux et limité à quatre répétitions à gauche, et refusé à droite par crainte d'apparition des douleurs. La mobilité se faisait entre un minime flexum, dont le degré n'a pas été rapporté, et une distance talon-fesse de 10 cm.

Ces observations cliniques semblent confirmer l'aggravation progressive et continue des atteintes dont souffre le recourant, comme attesté par le Dr H\_\_\_\_\_. Il incombait donc à l'expert de motiver sa prise de position.

e. Enfin, la chambre de céans relèvera que l'expert a indiqué que « Même si l'on devait admettre une dégradation du genou droit, il ne s'agirait, objectivement, que d'une atteinte mono-articulaire, à charge de l'accident, qui ne pourrait en aucun cas expliquer une incapacité totale » (rapport p. 32).

On comprend donc de cette précision, d'une part, que la dégradation ne semble en définitive pas exclue et, d'autre part, qu'elle pourrait expliquer une incapacité de travail partielle.

Il incombait justement à l'expert de prendre position sur ces éléments.

16. Force est donc de constater que le rapport d'expertise du Dr M\_\_\_\_\_ ne remplit pas les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, et que ce document ne pouvait pas servir de fondement à la décision litigieuse.
17. Cette conclusion aurait dû s'imposer à l'intimée, laquelle a adopté une position contradictoire en voulant suivre la détermination du Dr M\_\_\_\_\_. En effet, conformément au rapport d'expertise, elle a considéré qu'il n'y avait pas eu d'aggravation majeure ou significative depuis le 7 mars 2012 et que la capacité de travail résiduelle du recourant s'élevait à 80% depuis lors. Ce faisant, elle a admis un changement notable dans la situation du recourant depuis le prononcé de sa décision du 6 mars 2012, confirmée par arrêt du 4 décembre 2012, puisque la capacité de travail avait alors été jugée comme étant pleine et entière.

Dans ces circonstances, et dès lors que le rapport d'expertise est basé sur un dossier incomplet, notamment en raison des manquements de l'intimée, il convient de lui renvoyer le dossier pour qu'elle procède à une nouvelle instruction.

18. Partant, le recours sera partiellement admis, la décision sur opposition du 13 août 2019 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour nouvelle expertise puis nouvelle décision motivée.
19. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; 89H al. 1 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA ; art. 89H al. 1 LPA).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 13 août 2019.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour nouvelle instruction au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimée à verser une indemnité de dépens de CHF 2'000.- au recourant.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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

Nathalie LOCHER

Philippe KNUPFER

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