

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2638/2023

ATAS/688/2024

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 3 septembre 2024**

**Chambre 2**

En la cause

**A** \_\_\_\_\_  
représenté par Me Henri NANCHEN, avocat

recourant

contre

**LA MOBILIÈRE SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCES SA**  
représentée par Me Danièle FALTER, avocate

intimée

**Siégeant : Blaise PAGAN, Président ; Maria Esther SPEDALIERO et Yves  
MABILLARD, Juges assesseurs**

---

## EN FAIT

**A. a.** Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1973, a travaillé en tant qu'agent de sécurité. À ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la MOBILIÈRE SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCES SA (ci-après l'assurance ou l'intimée).

**b.** Le 22 avril 1997, l'assuré a subi une entorse du genou droit en jouant au football, ce qui a entraîné une rupture du ligament croisé antérieur. Il a subi une plastie ligamentaire le 10 juillet 1997, puis une arthroscopie le 8 janvier 1998.

**c.** L'assurance a confié une expertise au docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport le 3 septembre 1998, celui-ci a retenu les diagnostics de status après entorse grave du genou avec déchirure du ligament croisé antérieur, de lésion du ligament latéral interne, de déchirure de la corne postérieure du ménisque externe, de status après méniscectomie externe partielle avec plastie du ligament croisé selon Kenneth Jones et de tendinite résiduelle post-opératoire du tendon rotulien. L'expert a noté que l'intervention avait permis une récupération tout à fait satisfaisante de la stabilité du genou. L'atteinte était en relation certaine avec l'accident. L'état actuel du genou ne justifiait pas la poursuite de l'arrêt de travail, l'activité d'agent de sécurité consistant essentiellement à rester debout et contrôler des identités sans activité physique importante. Selon l'expert, le médecin traitant de l'assuré partageait cet avis. Le Dr B\_\_\_\_\_ 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. Le pronostic paraissait bon à moyen terme compte tenu de la bonne récupération fonctionnelle et musculaire du genou. Il était cependant urgent que l'assuré perde du poids. Si une année plus tard, une indemnité pour atteinte à l'intégrité devait être envisagée, celle-ci ne devrait pas dépasser 8 à 10%.

**d.** Par courrier du 9 septembre 1998, l'assurance a indiqué à l'assuré qu'elle mettrait un terme au versement d'indemnités journalières dès le 30 septembre 1998.

**B. a.** Dans son rapport du 20 août 2000, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a fait état d'un traitement médical dès le 26 juin 2000 et diagnostiqué une déchirure de grade II et III de la corne postérieure du ménisque interne et externe. L'assuré se plaignait de douleurs augmentant à l'effort avec une tuméfaction du genou droit. Une nouvelle arthroscopie était prévue.

Ladite arthroscopie a été pratiquée le 24 août 2000.

L'assurance a pris en charge cette rechute.

**b.** Le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a procédé à une nouvelle expertise de l'assuré. Dans son rapport du 16 juillet 2001, il a noté que l'assuré présentait des séquelles assez importantes de son entorse. Les lésions

constatées au genou droit étaient graves. Le succès de la technique de réparation utilisée dans le cas de l'assuré n'était pas toujours complet et celui-ci avait eu besoin de deux nouvelles interventions. L'évolution vers une arthrose ne pouvait jamais être exclue, même après une réparation bien faite, *a fortiori* en cas d'excès pondéral. L'assuré 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 occupations dans le bâtiment, comme chauffeur-livreur, ou impliquant de lourdes charges, étaient déconseillées. L'assuré devait être réadapté dans un travail sédentaire et paraissait très motivé. 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. Le pronostic était réservé. Un reclassement dans un travail moins difficile pouvait mener à une stabilisation de l'état du genou droit. Une aggravation à moyen et long termes vers une arthrose était cependant à prévoir.

c. Par décision du 17 septembre 2001, confirmée sur opposition le 20 février 2002, l'assurance a fixé le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15% et mis un terme au versement d'indemnités journalières au 30 septembre 2001.

C. a. Le 3 janvier 2006, l'assuré a déclaré un accident à la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : J\_\_\_\_\_), assurance-accidents de son nouvel employeur. Il s'était cogné le genou droit dans sa voiture. Par la suite, il a déclaré à la J\_\_\_\_\_ un nouvel accident survenu le 3 avril 2006, indiquant avoir ressenti un déchirement dans son genou alors qu'il courait en jouant au football.

b. Le 17 septembre 2007, un rapport médical a relaté une nouvelle rupture du ligament croisé antérieur, une arthrose bicompartimentale débutante et une lésion méniscale interne de la corne antérieure. L'assuré présentait toujours des douleurs et des signes assez clairs de souffrance du compartiment interne.

Une nouvelle arthroscopie a été pratiquée le 21 novembre 2007 aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).

c. Dans le cadre d'un différend sur leur compétence, la J\_\_\_\_\_ et l'assurance ont confié une expertise aux docteurs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, spécialistes FMH en chirurgie orthopédique. Dans leur rapport du 27 juillet 2009, ceux-ci ont retenu qu'un lien de causalité entre les accidents de janvier et avril 2006 et les troubles du genou droit n'était que possible, l'accident de 1997 en étant la cause principale. Les recommandations suivantes pouvaient toutefois être émises en cas de gonarthrose : pas de déplacement sur de longues distances, les déplacements répétés sur de petites distances étant possibles. Un travail debout ne pourrait s'exercer qu'à 50%, une activité assise étant possible à temps complet. Le port de charges ne devrait pas excéder 10 kg, et il y avait lieu d'éviter l'exposition à un temps froid ou humide. Une aggravation de l'état du genou était possible à plus ou moins long terme, ce qui rendrait une adaptation du travail nécessaire.

Les douleurs de l'assuré étaient parfaitement corrélées par l'examen clinique. Celui-ci disposait au moment de l'expertise d'une capacité de travail totale dans l'activité qu'il exerçait à temps complet. Au vu de la gonarthrose tricompartmentale post-traumatique modérée, les médecins ont estimé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité entre 25 et 30%.

**d.** Le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique, a fait état dès juillet 2009 d'une décompensation et d'une poussée douloureuse d'arthrose très importante. La capacité de travail était nulle, mais une reprise pouvait être envisagée fin août.

Ce médecin a par la suite prolongé l'arrêt de travail et qualifié l'évolution de défavorable.

**e.** Dans un certificat du 14 avril 2011, le Dr G\_\_\_\_\_ 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 épanchements itératifs, malgré la physiothérapie et les infiltrations. L'incapacité de travail restait totale. Des déplacements prolongés ou fréquents, des montées et descentes d'escaliers, 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.

**f.** À la demande de l'assurance, le Dr H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a procédé à une expertise en date du 14 juin 2011. Dans son rapport du 27 juin suivant, il a posé les diagnostics suivants : status après entorse grave du genou droit avec déchirure du ligament croisé antérieur et partielle du ménisque externe, status après méniscectomie externe partielle et plastie du ligament croisé antérieur au genou droit selon Kenneth Jones, status après arthrolyse par voie arthroscopique pour *flexum* du genou droit, status après complément de méniscectomie externe au genou droit par voie arthroscopique, status après méniscectomie partielle de la corne antérieure du ménisque interne au genou droit et rupture de la plastie du ligament croisé antérieur, gonarthrose tricompartmentale modérée post-traumatique du genou droit et instabilité modérée du genou droit en rapport avec l'insuffisance de la plastie du ligament croisé antérieur. Dans son appréciation, le Dr H\_\_\_\_\_ a considéré que l'état du genou pouvait être considéré comme favorable malgré les nombreux accidents et interventions chirurgicales. L'instabilité constatée était modérée. Lors de l'examen, 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. Le périmètre de marche devrait ainsi être plus important que ce qu'annonçait l'assuré. Il existait une arthrose, mais les constatations lors de l'intervention du 21 novembre 2007 étaient plutôt réconfortantes. L'état du genou

pouvait être considéré comme plus ou moins stabilisé. Il s'aggraverait néanmoins, 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. La prise occasionnelle d'anti-inflammatoires ou d'antalgiques pouvait soulager l'assuré. 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%. Il a estimé l'atteinte à l'intégrité à 30%, se référant à la table n°3 de la J\_\_\_\_\_.

**g.** Par décision du 29 septembre 2011, confirmée sur opposition le 6 mars 2012, l'assurance a mis un terme au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des frais de traitement au 30 septembre 2011 et fixé le taux d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité à 30%, se fondant sur l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_.

**h.** À la demande de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), dont l'assuré avait sollicité des prestations, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a réalisé une expertise. Dans son rapport du 25 mai 2012, ce médecin a rapporté que l'assuré mentionnait un épanchement et des lâchages au moindre effort et déclarait ne pas pouvoir travailler à plus de 50% sous peine de décompensation au niveau du genou. Son périmètre de marche était limité à 20 minutes. Le Dr I\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de gonarthrose tricompartmentale du genou droit secondaire à l'accident du 22 avril 1997, de status après plastie du ligament croisé antérieur le 10 juillet 1997, de status après arthrolyse par voie arthroscopique pour *flexum* du genou droit le 8 janvier 1998, de status après méniscectomie externe et interne subtotale, de *flexum* résiduel du genou droit, d'insuffisance du ligament croisé antérieur du genou droit avec instabilité et de conflit fémoro-acétabulaire droit symptomatique. Ces atteintes avaient des répercussions sur la capacité de travail. L'assuré présentait également un rétrolisthésis de stade II de L5-S1, une discarthrose modérée de L4-L5 et de L1-L2 ainsi qu'une obésité, sans incidence sur sa capacité de travail. L'expert a souligné la présence d'une discrète voussure postérieure et d'un *flexum*, lequel causait des douleurs lors de la marche en terrain accidenté, mais n'a pas constaté d'atrophie musculaire, contrairement à ce qui ressortait de l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_. L'examen clinique ne permettait pas d'objectiver de manière formelle les plaintes de l'assuré. Le Dr I\_\_\_\_\_ relevait néanmoins que toutes les tentatives de reprise professionnelle à temps complet s'étaient soldées par des rechutes entraînant une incapacité de travail complète à moyen ou long terme. Il préconisait une reprise progressive, d'abord à 75%, puis,

si ce taux était bien supporté, à un taux complet après un temps d'adaptation, 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 I\_\_\_\_\_ a indiqué « *Reprise à 50% depuis octobre 2011* ».

i. Saisie d'un recours contre la décision de l'assurance, la chambre de céans l'a rejeté par arrêt du 4 décembre 2012 (ATAS/1464/2012).

Elle a retenu que le rapport du Dr H\_\_\_\_\_ avait valeur probante, et ses conclusions quant à la capacité de travail en particulier étaient corroborées par celles des Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_. L'expertise du Dr I\_\_\_\_\_ ne suffisait pas à remettre en cause les avis des autres experts. Ses conclusions étaient en effet peu claires, puisqu'il n'avait pas exclu l'exercice d'une activité à temps complet, en soulignant que l'examen clinique ne permettait pas de corréliser les plaintes de l'assuré, tout en préconisant une reprise progressive sans précision sur la durée 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 ne reposait pas sur des éléments médicaux objectifs. Quant aux rapports du Dr G\_\_\_\_\_, ils étaient insuffisamment motivés et paraissaient contradictoires. En effet, ce médecin avait signalé en juillet 2009 que la reprise du travail pourrait être envisagée un mois plus tard malgré la décompensation douloureuse, sans expliquer dans son rapport du 14 avril 2011 pourquoi l'incapacité de travail avait finalement perduré près de deux ans. Dans ce rapport, il avait pronostiqué une reprise quelques semaines plus tard à 50%, pour conclure en septembre 2011 au caractère prématuré d'une reprise. On comprenait de plus mal pourquoi il avait limité à 50% la capacité de travail alors qu'il avait mentionné un taux d'activité de 60 à 80% en avril 2011 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, telle que celle exercée par l'assuré. C'était à juste titre que l'assurance avait mis un terme à la prise en charge du traitement médical au 30 septembre 2011, au vu de la stabilisation constatée à cette date.

La chambre de céans a pour le surplus confirmé le taux de 30% de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**D.** a. 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.

b. Le 16 mars 2015, l'assuré a indiqué à l'assurance que son état de santé s'était nettement aggravé, comme l'OAI l'avait admis dans sa décision. Il a invité l'assurance à lui verser les prestations dues.

Il a réitéré cette demande le 1<sup>er</sup> février 2016.

c. Le 15 février 2016, l'assurance a indiqué à l'assuré que la rente octroyée par l'OAI ne se basait sur aucun élément dont la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans) n'aurait pas eu connaissance, et a refusé d'entrer en matière sur sa demande.

d. Saisie d'un recours pour déni de justice, la chambre de céans l'a admis par arrêt du 3 mai 2016 (ATAS/353/2016) et a invité l'assurance à statuer sur la demande de l'assuré.

e. 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.

f. Saisie d'un recours contre cette décision, la chambre de céans l'a partiellement admis par arrêt du 28 novembre 2017 (ATAS/1068/2017). Elle a annulé la décision de l'assurance et lui a renvoyé la cause pour instruction et nouvelle décision.

E. a. L'assurance a mis en œuvre une expertise, confiée au docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Celui-ci a rendu son rapport le 25 novembre 2018, qu'il a basé notamment sur les pièces communiquées par les parties, qu'il a recensées.

L'expert a retenu, à titre de diagnostics 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 ménisectomie externe partielle le 10 juillet 1997, une tendinite du tendon rotulien post-chirurgicale, un état après une arthroscopie du genou droit en janvier 1998, un état après des infiltrations itératives du tendon rotulien jusqu'en septembre 1998, un état après arthroscopie du genou droit en 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 en novembre 2007, un état après viscosupplémentation début 2007, un état après 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 J\_\_\_\_\_ 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.

Dans son appréciation, l'expert s'est dit d'accord avec la position du Dr H\_\_\_\_\_, à l'exception du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30% qui lui paraissait excessif.

Au plan professionnel, l'assuré avait travaillé dans l'horlogerie à 50% au début 2012 à satisfaction, avant une longue période de chômage. Il avait ensuite exercé une activité de chauffeur à raison de quatre heures par jour, jusqu'à la fin du mois de mars 2018. Depuis août 2018, il travaillait comme chauffeur de car scolaire à 27%. Pour pouvoir se prononcer sur 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 la reconstitution des faits paraissait aléatoire compte tenu du temps écoulé. Cela étant, l'assuré se disait satisfait de l'activité exercée à 50% depuis fin 2011, interrompue en raison de son licenciement. Il ne signalait aucun épisode ou circonstance particulière responsable d'une dégradation à partir de cette date. Par ailleurs, aucun élément au dossier ne révélait une rechute ou une aggravation d'importance. L'expert a souligné que le dossier était vide entre l'expertise du Dr I\_\_\_\_\_ et 2017, ce qui tendait à confirmer sa position. Le Dr I\_\_\_\_\_ s'était du reste également exprimé en faveur d'une augmentation de la capacité de travail dans une activité adaptée. Le Dr J\_\_\_\_\_ s'en tenait donc à une évolution négative mais lente, dans le contexte d'une activité légère, bien que des épisodes ponctuels plus douloureux ou inflammatoires ne puissent être exclus. Concrètement, il ne retenait pas d'aggravation majeure ni cliniquement significative à partir du mois de mars 2012, et l'état de santé était pratiquement stable depuis. La capacité de travail dans une activité adaptée était inchangée de fin 2011 au jour de l'expertise. L'expert fondait cette conclusion sur les déclarations de l'assuré, le résultat de l'examen clinique et l'absence au dossier de documentation contraire. Même si l'on devait admettre une dégradation du genou droit, il ne s'agirait que d'une atteinte mono-articulaire ne justifiant pas une incapacité totale, étant souligné que la situation était caractérisée par d'importantes plaintes subjectives difficilement quantifiables. Sans réfuter la réalité d'éventuelles aggravations temporaires, l'expert estimait la capacité de travail à un pourcentage très important, proche de 100%. Il a ajouté que « pour rester pragmatique », en tenant compte de la position du Dr G\_\_\_\_\_, des considérations du Dr I\_\_\_\_\_, des multiples manifestations douloureuses, des hyarthroses à répétition et des aggravations critiques, il concluait à une capacité de travail de 50% dans l'activité probablement non optimale de chauffeur privé. Dans une activité adaptée, presque exclusivement en position assise, avec la possibilité de bouger le genou, sans déplacements d'importance et uniquement très occasionnellement l'utilisation d'escaliers, sans port de charges excédant 5 kg au plus occasionnellement, sans positions contraignantes ou dangereuses sur des



escabeaux ou autres, 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. Le Dr J\_\_\_\_\_ a précisé que des facteurs étrangers à l'accident, soit l'obésité, la probable dégénérescence de la hanche droite et la situation psychique, jouaient un rôle.

Concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il n'avait pas trouvé d'éléments d'aggravation postérieurs à mars 2012. Il retenait un taux de 20%, soit celui prévu en cas d'endoprothèse avec bon résultat.

**b.** 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 ce taux 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.

Elle a confirmé cette décision sur opposition le 13 août 2019.

**c.** L'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès de la chambre de céans. Dans ce cadre, il a notamment produit les pièces suivantes :

- rapport de réadaptation du 12 mai 2014 de l'OAI, notant qu'une mesure professionnelle visant à augmenter progressivement le taux d'activité, débutée à 60%, avait été interrompue le 13 février 2014, notamment en raison d'une hypertension artérielle non stabilisée. L'assuré avait indiqué que le taux de 50% était difficile à tenir et son augmentation avait entraîné une tuméfaction plus importante du genou. Le Service médical régional de l'assurance-invalidité avait conclu que la capacité de travail ne dépassait pas 50% ;
- certificat du 13 avril 2017 du Dr G\_\_\_\_\_, dans lequel ce médecin a fait état d'une évolution plutôt défavorable « depuis environ cinq ans », avec une exacerbation régulière de la douleur dans le contexte d'une gonarthrose tricompartmentale évolutive, limitant les activités physiques et même certaines activités de la vie quotidienne. Un traitement par physiothérapie, plusieurs infiltrations de corticostéroïdes, visco-supplémentation et plasma riche en plaquettes, avait été réalisé, avec des améliorations seulement transitoires. L'assuré avait signalé en avril 2017 une nouvelle exacerbation douloureuse du genou, associée à des lâchages récurrents pouvant même aboutir à des chutes. L'examen clinique récent montrait un *flexum* du genou droit qui s'était aggravé de l'ordre de 15%. 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. Il existait une très nette douleur à l'insertion du tendon rotulien et de la patte d'oie. Ce tableau d'aggravation tout à fait claire avait justifié de nouveaux examens complémentaires, dont une IRM le 10 avril 2017, dont le Dr G\_\_\_\_\_ a rapporté les trouvailles. Il a conclu à une dégradation importante de la gonarthrose tricompartmentale post-traumatique, tant aux

plans clinique que radiologique, vingt ans après une plastie du ligament croisé antérieur qui n'existait désormais pratiquement plus selon l'IRM ;

- rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 23 janvier 2019 attestant qu'il avait notamment suivi l'assuré entre 2012 et 2017, dont les problèmes – relevant de troubles dégénératifs touchant le genou droit et la région lombaire – s'étaient progressivement aggravés au fil du temps. La prise en charge relativement régulière, la physiothérapie et les infiltrations du genou une à deux fois par année avaient permis d'éviter une dégradation trop importante de l'état de santé de l'assuré. Celui-ci avait en particulier pu poursuivre entre 2012 et 2017 une activité professionnelle sédentaire, d'abord dans l'horlogerie, puis dans le cadre du chômage, à un taux de 50% qui paraissait être le maximum exigible compte tenu du contexte médical ;
- rapport du 3 avril 2019 du docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. À la suite de son examen clinique du 28 mars 2019, ce médecin estimait tout à fait illusoire une reprise d'activité, 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 n'était pas réaliste ;
- rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 13 septembre 2019 indiquant avoir suivi l'assuré d'abord aux HUG, puis depuis 2017 dans le cadre de sa consultation dans une clinique privée. Ce médecin a indiqué que les diverses problématiques ostéoarticulaires s'aggravaient régulièrement, et affectaient tout particulièrement le genou droit, mais également le dos et le genou gauche. L'évolution du genou droit avait été fluctuante, mais l'arthrose était évolutive et la fonction se dégradait progressivement avec une perte des amplitudes articulaires. Cette gonarthrose était en train d'entraîner une décompensation parfois douloureuse du genou gauche. L'assuré se plaignait en outre d'une problématique lombaire et d'un conflit fémoro-acétabulaire droit symptomatique. L'activité de chauffeur n'avait pas convenu, car l'assuré devait conduire de façon ininterrompue durant plus de quatre heures par jour. L'activité adaptée décrite par le Dr J\_\_\_\_\_, soit une profession avec un pourcentage faible de conduite automobile, sédentaire, permettant des changements de position très fréquents, n'existait pas. Le Dr G\_\_\_\_\_ estimait au vu l'évolution progressivement et lentement défavorable de toutes les problématiques ostéo-articulaires que la capacité de travail 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.

**d.** La chambre de céans a partiellement admis le recours de l'assuré par arrêt du 24 septembre 2020 (ATAS/806/2020). Elle a relevé que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité avait fait l'objet de la décision du 6 mars 2012, confirmée par l'arrêt

de la chambre de céans du 4 décembre 2012, et ne pouvait être remise en question dès lors que les conditions d'une révision n'étaient pas réalisées.

Elle a en outre rappelé que l'assurance n'était pas liée par l'évaluation de l'invalidité par l'OAI.

Analysant la valeur probante du rapport du Dr J\_\_\_\_\_, elle a constaté les difficultés déplorées par cet expert dans la réalisation de son mandat en raison du dossier communiqué par l'assurance, qui ne contenait notamment pas de rapports portant sur la période entre 2012 et 2017, hormis le rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 25 mai 2012, les rapports d'imagerie d'avril 2012 et d'avril 2017, ainsi que le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 21 décembre 2017. Or, il existait des documents médicaux relatifs à cette période, comme le démontrait le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 13 avril 2017 produit par l'assuré dans le cadre du recours. Il était de plus vraisemblable que ses médecins traitants aient établi des rapports à l'attention de l'OAI. On ignorait également si cet office avait admis une diminution de la capacité de travail en raison d'autres troubles que ceux dont répondait l'assurance. L'arrêt du 4 décembre 2012 n'avait pas non plus été communiqué au Dr J\_\_\_\_\_, qui n'avait ainsi pas pu tenir compte de la capacité de travail complète dans une activité adaptée jusqu'au 6 mars 2012 retenue par la chambre de céans sur la base des conclusions jugées probantes du Dr H\_\_\_\_\_. Les conclusions du Dr J\_\_\_\_\_ étaient en outre difficilement compréhensibles, puisqu'il estimait la capacité de travail proche de 100%, tout en concluant à un taux de 80% pour « rester pragmatique », sans toutefois avancer pour quels motifs il s'écarterait de l'appréciation du Dr H\_\_\_\_\_, à l'avis duquel il disait pourtant se rallier. Par ailleurs, on comprenait mal qu'une capacité de travail de 50% soit admise dans l'activité de chauffeur, alors même qu'une activité adaptée ne devait comprendre qu'un très faible pourcentage de conduite. De plus, la capacité de travail de 80% dans une activité adaptée ne correspondait pas à la situation arrêtée par la chambre de céans en 2012. Enfin, l'absence d'événement particulier ne suffisait pas en soi à exclure une aggravation. Le Dr J\_\_\_\_\_ n'avait pas non plus comparé les constatations cliniques des autres médecins – qui semblaient pourtant confirmer l'aggravation progressive des atteintes de l'assuré – avec les siennes.

Partant, l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_ n'avait pas valeur probante. La chambre de céans a ainsi annulé la décision du 13 août 2019 et renvoyé la cause à l'assurance pour nouvelle instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

**F. a.** À la suite de cet arrêt, les parties ont convenu de confier une expertise à la docteure , spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.

Dans ce cadre, les notes de consultation du Dr G\_\_\_\_\_ ont été requises. Ce médecin a transmis les documents suivants :

- note de consultation du 13 avril 2017, indiquant que le dos allait plutôt correctement, mais le genou droit moins bien avec quelques sensations de lâchage. Une infiltration serait programmée la semaine suivante ;

- 
- note du 6 janvier 2018, indiquant que l'assuré avait requis l'établissement d'un rapport ;
  - note du 23 janvier 2019 selon laquelle l'assuré était venu pour discuter de son historique médical entre 2012 et 2017. Le genou allait légèrement mieux au fil du temps, mais l'évolution était fluctuante. L'assuré avait subi une glissade début 2019 avec une exacerbation des douleurs lombaires ;
  - note du 13 septembre 2019 indiquant qu'un rapport avait été établi.

**b.** La Dre L\_\_\_\_\_ a établi son rapport le 16 mai 2022, fondé sur l'étude du dossier, comportant le dossier de l'assuré aux HUG et les notes du Dr G\_\_\_\_\_, ainsi que le dossier du médecin généraliste de janvier 2014 à octobre 2017, qu'elle a complété par de nouveaux examens radiologiques dont une IRM du genou droit. L'assuré se plaignait de douleurs au genou droit majorées par la marche durant plus de 20 minutes. Il décrivait également une raideur et des craquements associés à des pseudo-blocages et des lâchages à la marche. Depuis 2012, sa situation s'était dégradée avec une diminution du périmètre de marche. L'experte a décrit les résultats de son examen clinique, des radiographies et de l'IRM, avant de poser les diagnostics de gonarthrose tricompartmentale post-traumatique du genou droit, sur entorse grave du genou droit, plastie du ligament croisé antérieur et ménisectomie partielle externe, reprise chirurgicale pour *flexum*, arthroscopie en 2000, récurrence d'entorse en 2006, arthroscopie avec ménisectomie partielle du ménisque interne en 2007, et infiltrations ; de gonarthrose fémoro-tibiale interne varisante du genou gauche ; de conflit fémoro-acétabulaire symptomatique à gauche, de lombalgies et lombosciatalgies récurrentes ; d'arthropathie acromio-claviculaire gauche ; d'hypertension artérielle ; d'obésité ; d'état après syndrome du tunnel carpien droit opéré ; d'état après épicondylite gauche ; d'état après gastrite traitée en 2014 ; et d'état après infection pulmonaire en 2014. Le dossier radiologique montrait une évolution très lente de l'arthrose tricompartmentale du genou droit. Au plan radiologique, depuis l'IRM de 2017, la situation était relativement stable, avec néanmoins la progression d'une déchirure du ménisque interne. La comparaison des examens cliniques de 2012, 2017, 2019 et 2022 montrait une détérioration limitée. Vingt-cinq ans après l'entorse, la Dre L\_\_\_\_\_ constatait une gonarthrose droite très lentement évolutive avec un axe actuellement conservé, stable depuis 2019, et une fonction restant correcte malgré une diminution modérée des amplitudes et une amyotrophie stable de la cuisse. Depuis 2012, la situation fonctionnelle était plutôt stable. L'activité exercée à 50% avait permis à l'assuré de maintenir des périodes de repos, et son état était resté stable. Si la détérioration du genou était lente et peu marquée, elle était néanmoins présente, avec le développement d'un *flexum* de 10° entre 2018 et 2022, signe de la progression des répercussions fonctionnelles de l'arthrose. Les plaintes n'avaient pas évolué. Les troubles subjectifs de l'assuré étaient expliqués par les constatations objectives. Contrairement à la situation en 2019, il n'y avait actuellement pas d'indication à

une arthroplastie totale du genou droit. L'assuré présentait également des gonalgies gauches après un évènement accidentel en 2021. Il n'y avait pas de facteur étranger influant sur l'évolution de la gonarthrose, mais le poids était un facteur de surcharge, même s'il n'était pas ici déterminant. Un *statu quo ante* ou *sine* ne pouvait être établi. L'état définitif n'était pas atteint, et l'arthrose rendrait nécessaire à terme une arthroplastie totale. L'experte a préconisé un traitement permettant de limiter les symptômes, avec chondroprotecteurs, infiltrations de cortisone lors de crises douloureuses, maintien de la musculature et de la mobilité, et contrôle du poids. Il y avait lieu de limiter les surcharges et les efforts sollicitant le genou. Aucune autre intervention chirurgicale que l'arthroplastie totale n'était à proposer.

L'analyse des dossiers du Dr G\_\_\_\_\_ et du médecin traitant du 30 mai 2012 au 18 octobre 2017 révélait des incapacités de travail en raison d'affections sans rapport avec le genou droit. Ces dossiers ne faisaient que peu état d'incapacités de travail ayant pour origine les gonalgies droites. Le dossier ne contenait pas d'arrêt de travail depuis 2017. Dès mai 2013, il y avait eu une période favorable jusqu'en août 2014, date à laquelle l'assuré avait subi une infiltration de plasma. En avril 2015, les douleurs étaient réapparues et le genou droit avait à nouveau été infiltré le 29 mai. En juillet 2016, l'assuré avait connu des lombalgies exacerbées. Depuis lors, l'anamnèse était peu précise. L'assuré relatait des épisodes récurrents d'épanchements traités par infiltrations par le Dr G\_\_\_\_\_, qui avait mentionné plusieurs crises de gonalgies droites de 2017 à 2022. Une crise douloureuse avait motivé l'évaluation du Dr K\_\_\_\_\_ et un bilan radiologique. S'agissant de la capacité de travail, il n'y avait pas d'incapacité de travail attestée spécifiquement pour la gonarthrose et distincte des autres arrêts de travail pour cette période. La Dre L\_\_\_\_\_ retenait une diminution de la capacité de travail depuis 2018, date d'apparition d'un *flexum*. Dès cette date, une activité adaptée n'était plus exigible à 100%, mais uniquement à 80%. Ce taux était susceptible d'évoluer négativement en fonction de l'évolution de l'arthrose. Il n'y avait pas de perte de rendement depuis 2012 dans une activité adaptée. Un poste avec alternance des positions assise et debout, des déplacements limités, sans port répété de charges au-delà de 15 à 20 kg et sans montées et descentes répétées de marches serait adapté. Le poste actuel de chauffeur de l'assuré était adapté, mais le contrat stipulait un temps de travail de 50%, de sorte qu'il ne pouvait augmenter ce taux. Le pronostic était défavorable à long terme. Des facteurs étrangers tels que les troubles du rachis et les gonarthroses gauches pourraient également affecter négativement la capacité de travail. Au sujet de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'experte ne retenait pas de taux supérieur à 30%. Un taux de 40% signifierait une limitation fonctionnelle identique à celle d'une amputation au-dessus du genou, ce qui n'était pas le cas en l'espèce.

c. L'assuré s'est déterminé le 22 septembre 2022 sur cette expertise. Il a soutenu que de 2012 à 2017, sa capacité de travail avait fluctué en raison de crises

douloureuses transitoires et d'autres affections, et le Dr G\_\_\_\_\_ avait retenu une capacité de travail de 50%. Il avait ainsi droit à une demi-rente d'invalidité durant cette période. Dès 2018, seul le taux de travail réel de 50% – et non la capacité théorique – devait être retenu en raison de l'impossibilité de trouver un emploi adapté et du fait que le taux limité à 50% permettait de ralentir l'évolution de l'arthrose. Il avait ainsi également droit à une rente de 50% dès cette date.

**d.** Par décision du 12 décembre 2022, l'assurance a rappelé que l'assuré percevait une rente de 20% depuis le 1<sup>er</sup> mars 2012. Ce taux était justifié et il n'y avait pas de motif de le réviser au vu de la capacité de travail définie par l'experte, le taux réel d'emploi n'étant pas déterminant. Pour le surplus, il n'y avait pas lieu de revenir sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**e.** L'assuré s'est opposé à cette décision le 27 janvier 2023. Il a soutenu que la Dre L\_\_\_\_\_ n'avait pas été en mesure de fixer de manière précise sa capacité de travail depuis le 7 mars 2012, faute de connaissance entière du dossier médical et de l'anamnèse relativement sommaire depuis 2015. Celle-ci retenait une capacité de travail de 80%, tout en relevant que le Dr G\_\_\_\_\_ concluait à une capacité de travail de 50%. Ainsi, l'assurance aurait dû inviter l'experte à compléter son rapport sur ce point après avoir pris contact avec le médecin traitant. De plus, l'expertise était contradictoire puisqu'elle révélait que les douleurs avaient diminué depuis la prise d'emploi à 50%, et que le taux d'activité limité ralentissait l'évolution. L'assuré concluait ainsi à l'octroi d'une rente de 50%, et subsidiairement à ce que la Dre L\_\_\_\_\_ soit invitée à préciser la capacité de travail dans une activité adaptée dès mars 2012.

**f.** Par décision du 21 juin 2023, l'assurance a rejeté l'opposition. Elle a soutenu que la Dre L\_\_\_\_\_ avait établi son rapport sur la base d'un dossier complet, et la capacité de travail retenue par le Dr G\_\_\_\_\_ ne suffisait pas à mettre en doute ses conclusions.

- G. a.** L'assuré a interjeté recours contre la décision de l'assurance auprès de la chambre de céans par écriture du 23 août 2023. Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement à l'octroi d'un délai pour compléter son recours et produire des pièces complémentaires ; principalement à l'annulation de la décision en tant qu'elle fixait la rente à 20% dès le 1<sup>er</sup> mars 2012 et à sa confirmation en tant qu'elle fixait l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 30%, à ce que la capacité de travail dans une activité adaptée soit fixée à 50% dès le 1<sup>er</sup> mars 2012 et à l'octroi d'une rente de ce taux dès cette date ; subsidiairement à ce que la Dre L\_\_\_\_\_ soit invitée à compléter son expertise en précisant et motivant la capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> mars 2012, à l'octroi d'un délai au recourant pour se prononcer sur ce complément d'expertise, et à ce que le taux de sa rente soit fixé en conséquence. Le recourant a repris l'argumentation développée dans son opposition.

**b.** Dans sa réponse du 20 octobre 2023, l'intimée a conclu, sous suite de dépens, au rejet du recours. Elle a affirmé que l'expertise de la Dre L\_\_\_\_\_ était probante.

**c.** Dans sa réplique du 11 décembre 2023, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il s'est référé à un rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 29 septembre 2023, qu'il a produit, attestant une capacité de travail de 50%. Il a soutenu que l'intimée ne disposait d'aucun élément permettant d'écarter cet avis. La Dre L\_\_\_\_\_ n'avait contacté ce spécialiste qu'avant l'établissement de son expertise, alors qu'elle aurait dû l'interpeller après avoir constaté que le dossier ne contenait pas les pièces nécessaires pour se déterminer.

Dans le rapport joint, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué s'agissant de l'origine des incapacités de travail que quasiment toutes ses consultations avaient été motivées par l'affection du genou droit, et qu'il estimait l'atteinte lombaire en lien avec le problème de genou. Le recourant s'était toujours plaint au premier plan de son genou droit. Le Dr G\_\_\_\_\_ a rappelé qu'il avait évalué la capacité de travail à 50% en lien avec l'état de santé global, soit également en raison de l'atteinte lombaire et de la hanche. Il a noté également, depuis 2021, une problématique méniscale au genou gauche qui était devenue manifeste au point de justifier l'indication à une intervention. Partant, la capacité de travail de 50% lui paraissait parfaitement fondée.

**d.** Dans sa duplique du 23 janvier 2024, l'intimée a également persisté dans ses conclusions. Elle a cité plusieurs arrêts de travail mentionnés dans l'expertise pour des affections autres que la gonarthrose droite. La thèse du Dr G\_\_\_\_\_ sur la causalité des problèmes de dos et du genou gauche imputée à l'atteinte au genou droit n'engageait que lui. L'atteinte au genou gauche était imputable à une entorse accidentelle en 2017. L'avis du Dr G\_\_\_\_\_ était ainsi sujet à caution. Le rapport de la Dre L\_\_\_\_\_ était probant.

**e.** Dans son écriture du 14 février 2024, le recourant a persisté dans ses conclusions, soutenant que l'appréciation du Dr G\_\_\_\_\_ était claire et exacte, car il avait suivi de très près son évolution.

**f.** Par écriture du 29 février 2024, l'intimée a également persisté dans ses conclusions, soutenant qu'elle avait clairement étayé ses affirmations sur la cause des arrêts de travail, non imputables à l'atteinte dont elle répondait.

**g.** Dans son écriture du 25 mars 2024, le recourant a persisté dans ses conclusions, déclarant contester l'écriture de l'intimée du 29 février 2024.

**h.** La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimée le 26 mars 2024.

À la même date, elle a informé les parties que la cause était 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 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. La modification du 21 juin 2019 de la LPGA entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2021 est applicable au litige, dès lors que le recours n'était pas encore pendant à cette date (art. 82a LPGA *a contrario*).
3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), est recevable.
4. Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant dès mars 2012.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité ayant été définitivement tranchée et confirmée dans l'arrêt de la chambre de céans du 4 décembre 2012, elle ne fait pas partie de l'objet du litige.

5. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA).

Le droit à des prestations d'assurance suppose entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle mais aussi adéquate (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1). La condition de la causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué cette atteinte, c'est-à-dire qu'il en apparaisse comme la condition *sine qua non*. Savoir si l'événement et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le domaine des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1.).

6. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 applicable en l'espèce (cf. ATF 148 V 174 consid. 4.1 sur l'applicabilité de



dispositions légales *ratio temporis* en cas de changement de loi), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Cette disposition ne trouve toutefois application que dans les cas où l'assuré est au bénéfice d'une rente d'invalidité ou d'autres prestations durables. En revanche, si un assuré a vu son cas liquidé par une décision de refus de prestations entrée en force, il a néanmoins la possibilité de demander des prestations pour une rechute ou des séquelles tardives d'un accident assuré, conformément à l'art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), en invoquant la survenance d'une modification des circonstances de fait à l'origine de sa demande de prestations (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_458/2022 du 20 mars 2023 consid. 2.2 et 8C\_709/2020 du 6 septembre 2021 consid. 4.1).

7. Pour pouvoir trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2).

**7.1** Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales, le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c).

**7.2** Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du

dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

**7.3** 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 135 V 465 consid. 4.5 et les références ; 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, ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes d'écarter 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).

**8.** L'intimée a fondé sa position sur l'expertise de la Dre L\_\_\_\_\_.

Il convient ainsi d'examiner si ce rapport peut se voir reconnaître valeur probante.

**8.1** La Dre L\_\_\_\_\_, dont la désignation et la mission d'expertise ont été établies consensuellement par les parties, a pris connaissance de l'ensemble du dossier médical du recourant, qu'elle a complété par de nouveaux examens radiologiques. Son expertise relate l'historique du recourant, dont les plaintes sont également rapportées. Les résultats de son examen clinique y sont précisément consignés, et comparés aux status établis par ses confrères. Elle a posé des diagnostics et des conclusions clairs. Force est ainsi de constater qu'à la forme, cette expertise satisfait aux réquisits jurisprudentiels.

**8.2** Sur le fond, son rapport ne prête en outre aucunement le flanc à la critique. Ses conclusions sont en effet très soigneusement motivées, et elle s'est attachée à décrire précisément sur quels éléments elle les fondait. En particulier, la diminution de la capacité de travail en 2018 est mise en lien avec l'apparition d'un *flexum*. S'agissant de la période antérieure à 2018 notamment, la Dre L\_\_\_\_\_ a notamment énuméré les différents arrêts de travail et exposé pour quels motifs des incapacités de travail uniquement dues aux gonalgies droites ne pouvaient pas nécessairement être retenues. Sur ce point, il faut souligner que l'experte a pris le soin de solliciter la production par le Dr G\_\_\_\_\_ et le généraliste du recourant de leurs dossiers et de leurs notes de consultation, et que le recourant lui a également transmis les notes de suivi aux HUG. Il est donc erroné de soutenir, comme le fait celui-ci, qu'elle n'aurait pas disposé de l'ensemble de son dossier et rien ne permet de penser que le dossier n'était pas complet, le recourant n'amenant aucun indice dans ce sens. C'est en outre le lieu de rappeler que le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_591/2015 du 19 janvier 2016 consid. 5.3). Le recourant supporte ainsi les conséquences de l'absence de documents et certificats imputant

une incapacité de travail durable à ses troubles du genou droit de mars 2012 à 2018. Contrairement à ce qu'il soutient, la Dre L\_\_\_\_\_ était parfaitement en mesure, en sa qualité d'experte, de se prononcer sur la capacité de travail du recourant et son évolution dans le temps au vu des éléments au dossier, et n'avait aucunement l'obligation d'interpeller une nouvelle fois le Dr G\_\_\_\_\_ pour solliciter son avis à ce sujet. À ce sujet, il n'est pas inutile de souligner que les consultations auprès de ce médecin paraissent relativement peu fréquentes, puisque ses notes en révèlent une à deux par année.

Ainsi, le défaut d'arrêts de travail pour gonalgies droites ou de documentation étoffée des troubles du recourant entre 2012 et 2017 ne saurait avoir pour conséquence qu'il faudrait s'en tenir à l'appréciation du Dr G\_\_\_\_\_ de la capacité de travail et de gain du recourant durant cette période, en l'absence de tout élément qui en étayerait la justesse. Or, d'une part, le Dr G\_\_\_\_\_ tient compte de plusieurs problématiques ostéoarticulaires, alors que l'intimée ne répond que des troubles au genou droit. Ce médecin a certes imputé les troubles lombaires et au genou gauche à des phénomènes de compensation en lien avec l'atteinte du genou droit. Cependant, cette affirmation n'est guère motivée et n'a été avancée par aucun des experts qui se sont prononcés sur la situation du recourant. D'autre part, selon ce médecin, la capacité de travail est de 50% depuis 2012, et la chambre de céans avait dans son arrêt du 4 décembre 2012 exposé pour quels motifs cette évaluation n'emportait alors pas la conviction. Le Dr G\_\_\_\_\_ ne peut pas non plus être suivi en tant qu'il soutient qu'il n'existerait pas d'activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré, qui relèvent somme toute de mesures classiques d'épargne du genou. Cette affirmation est du reste contredite par le fait qu'il admet par ailleurs que l'activité exercée actuellement est adaptée. Le fait qu'elle soit accomplie à un taux inférieur à celui exigible au plan médico-théorique résulte du contrat de travail. Or, on rappellera ici que 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3). Enfin, le rapport du Dr K\_\_\_\_\_ conclut à une capacité de travail nulle, sans motivation autre que la mention de la gonarthrose, ce qui est insuffisant à étayer son appréciation et à mettre en doute les conclusions motivées de la Dre L\_\_\_\_\_.

Le recourant allègue encore que la limitation de l'activité à 50% serait indispensable à garantir une certaine stabilité de son état de santé. Cependant, aucun médecin ne l'atteste expressément. L'experte a certes relevé cet élément dans la description de l'évolution de l'état du recourant, sans toutefois en inférer

qu'un taux d'activité supérieur entraînerait une progression plus rapide de l'arthrose du genou droit. Son avis n'apparaît pas non plus critiquable sur ce point, dès lors qu'aucun élément médical concret ne permet de le mettre en doute. En ce qui concerne l'évaluation du degré d'invalidité par l'OAI, la chambre de céans répète qu'elle n'a pas de force contraignante pour l'intimée. Il semble du reste à la lecture des documents fournis par l'OAI que celui-ci s'est notamment fondé sur la propre appréciation par le recourant de sa capacité de travail pour conclure à une capacité de travail de 50%, inférieure à celle retenue par son propre expert, le Dr I\_\_\_\_\_.

**8.3** Compte tenu de ces éléments, il y a lieu de reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise de la Dre L\_\_\_\_\_, selon laquelle le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée de 2012 à 2018, date dès laquelle cette capacité de travail est réduite à 80%. Cette appréciation rejoint du reste celle du Dr J\_\_\_\_\_, qui conserve une certaine valeur indicative même si elle a été écartée par la chambre de céans, notamment eu égard au fait que ce médecin ne disposait pas du dossier complet du recourant.

Au vu des circonstances, il paraît du reste opportun de souligner que l'intimée s'est écartée des conclusions de la Dre L\_\_\_\_\_ dans une mesure favorable au recourant, puisqu'elle n'est pas revenue sur l'octroi d'une rente d'invalidité de 20% dès le 1<sup>er</sup> mars 2012, alors même que l'experte datait la diminution de 20% de la capacité de travail de 2018 (sur la restitution de prestations avec effet *ex tunc* en cas d'annulation de la décision fondant leur versement, cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_684/2023 du 20 juin 2024 consid. 5.1.2).

**8.4** On précisera enfin que les bases de calcul de la rente d'invalidité ne sont pas discutées par les parties, si bien que la chambre de céans s'en tiendra au degré d'invalidité de 20% correspondant à la diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée établie par l'experte.

**8.5** La décision de l'intimée sera ainsi confirmée.

**9.** Le recours est rejeté.

L'intimée a conclu à des dépens. Cependant, l'assureur social qui agit en qualité d'organisme chargé de tâches de droit public n'a en principe pas droit à des dépens (ATF 126 V 143 consid. 4b). Il ne lui sera ainsi pas alloué d'indemnité de procédure.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA *a contrario*).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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

Christine RAVIER

Blaise PAGAN

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