

GE_GERICHTE ATAS/806/2020 vom 24. September 2020

GE Cour de justice, 2020-09-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_806_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/806/2020 du 24 septembre 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/806/2020 del 24 settembre 2020

Erwägungen

E. 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.

E. 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

A/3381/2019 - 20/32 - 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).

E. 3

Le 1er 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.

E. 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.

E. 5

Le litige porte donc sur le droit du recourant à une rente d'invalidité à compter du

E. 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

A/3381/2019 - 22/32 - 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).

E. 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 1er 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).

E. 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

A/3381/2019 - 23/32 - 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

A/3381/2019 - 24/32 - 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).

E. 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).

E. 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).

E. 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.

A/3381/2019 - 25/32 -

E. 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

A/3381/2019 - 26/32 - 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.

A/3381/2019 - 27/32 - 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.

E. 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

A/3381/2019 - 28/32 - 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.

E. 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 » tricompartmentale 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

A/3381/2019 - 29/32 - « 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

A/3381/2019 - 30/32 - 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 rabot 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 sautillement 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.

A/3381/2019 - 31/32 - Il incombait justement à l'expert de prendre position sur ces éléments.

E. 16

Force est donc de constater que le rapport d'expertise du Dr M_____ ne remplit pas les requisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, et que ce document ne pouvait pas servir de fondement à la décision litigieuse.

E. 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.

E. 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.

E. 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).

A/3381/2019 - 32/32 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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