

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2047/2024

ATAS/669/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 septembre 2024

Chambre 6

En la cause

A _____

recourant

représenté par ASSUAS Association suisse des assurés, mandataire

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Teresa SOARES et Yves MABILLARD,
juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.**
- a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1966, a été victime d'une fracture du tibia droit, une plaie ouverte de la rotule, ainsi qu'une déchirure du ligament croisé antérieur du genou droit, nécessitant plusieurs opérations, après avoir été renversé par une moto le 2 juillet 1996 et chuté alors qu'il circulait à vélo. Les conséquences de cet événement ont été prises en charge par ELVIA ASSURANCES, laquelle a été reprise par l'ALLIANZ SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCES SA (ci-après : ALLIANZ).
 - b.** Le 16 juillet 1997, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité.
 - c.** Le 23 octobre 2002, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a informé le recourant de la prise en charge d'un reclassement professionnel en tant qu'employé de « back office » du 1^{er} octobre au 31 décembre 2002, par des cours à l'IFAGE et au WALL STREET INSTITUTE. La mesure a été prolongée du 1^{er} janvier 2003 au 30 juin 2004 par un stage pratique en tant qu'employé administratif / aide-comptable au sein de l'entreprise B_____. Au terme de ce stage, le recourant a été engagé à plein temps dans cette société (cf. décision de l'OAI du 8 février 2005 afférente à la réussite des mesures professionnelles, excluant le droit à une rente) et licencié pour le 30 juin 2015.
- B.**
- a.** Le 23 janvier 2014, alors que l'assuré travaillait pour B_____ en qualité de manager, il s'est tordu la cheville et le genou droits au bord d'un trottoir. Il a continué de travailler à la suite de cet accident et ALLIANZ a pris en charge les suites de celui-ci.
 - b.** Dans son rapport du 12 mars 2014, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, lequel avait prodigué les premiers soins le 3 février 2014, a posé le diagnostic d'entorse bénigne, après avoir constaté des douleurs de la cheville droite et du genou droit. Le traitement médical était terminé le 12 mars 2014. Aucun arrêt de travail n'était attesté.
 - c.** Le 6 mai 2015, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a attesté une capacité de travail nulle dès cette date pour une durée indéterminée, laquelle a été prolongée à répétitions reprises. Le 9 juin 2015, il a diagnostiqué une douleur du genou droit et de la cheville droite post-traumatique et indiqué qu'il y avait une discrète amélioration depuis le contrôle du 27 mai 2015. Le pronostic était défavorable (arthrose post-traumatique). Il fallait s'attendre à une gonarthrose droite et à une arthrose de la cheville droite. L'assuré poursuivait des séances de physiothérapie ainsi que le traitement médicamenteux.
 - d.** Le 13 août 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité.
 - e.** Le 23 décembre 2015, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a posé le diagnostic de gonarthrose tricompartmentale

du genou droit et effectué une viscosupplémentation par des infiltrations intra-articulaires.

f. Dans son rapport du 16 janvier 2016, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics suivants : os scaphoïde accessoire avec douleur post-traumatique droite ; tendinopathie fissuraire du tendon d'Achille droit. Le traitement, qui n'était pas terminé, consistait en des séances de physiothérapie et la prise d'AINS.

g. Mandatée par ALLIANZ, l'entreprise G_____ a effectué la surveillance de l'assuré pendant un laps de temps variant entre six heures et demie et neuf heures et demie durant la semaine et environ trois heures le week-end du 28 mars au 3 avril 2016 (sept jours). Dans le rapport d'observation du 4 avril 2016, auquel étaient annexées des photographies, la société a noté que l'assuré marchait à chaque fois sans béquilles, mais qu'une légère gêne de la jambe droite était constatée le lundi 28 mars 2016. Il montait et descendait les escaliers, sans se tenir à la rambarde. Il conduisait une voiture. Le lendemain, il avait couru sur une distance de dix minutes environ, sans gêne apparente. Le jeudi 31 mars 2016, il discutait avec une dame dans un restaurant et complétait une déclaration d'impôts, contre rémunération. À un moment, à l'extérieur, il s'était baissé en pliant les deux jambes pour ramasser des documents tombés par terre. Il s'était également rendu dans le club sportif H_____. Le vendredi 1^{er} avril 2016, l'agent a constaté que, par moments, l'assuré boitait légèrement. Le dimanche 3 avril 2016, par contre, il marchait sans boiter. Sur cette base, l'entreprise a conclu que l'assuré parcourait au quotidien des distances à pied allant jusqu'à 2 km. Il ne roulait que quelques kilomètres par jour, soit au total 12 km pour quarante-trois minutes de conduite. Il restait régulièrement à son domicile ou sortait pour s'occuper de ses enfants ou pour rencontrer des personnes dans des bars, restaurants ou sur la voie publique. Au moins deux personnes lui avaient remis de l'argent liquide, en échange de documents.

h. Lors d'un entretien avec ALLIANZ le 12 avril 2016, l'assuré a affirmé qu'il avait continué à travailler suite à l'accident, mais qu'il était en arrêt depuis le 6 mai 2015, les douleurs étant devenues insupportables. Il se plaignait de souffrir en permanence dans la jambe droite. Il ne se sentait pas bien, il avait l'impression de ne servir à rien. Il avait perdu ses amis et ne pouvait pas s'occuper de ses enfants comme auparavant. Selon son médecin, il était dépressif. Il n'était pas en mesure de marcher plus de vingt minutes ou de plier la jambe. Il pouvait en réalité se baisser, mais c'était très douloureux. Il restait à la maison, le plus souvent couché. Il marchait rarement. Il sortait pour les soins médicaux. Même sans bouger, la jambe tendue, il souffrait. Il poursuivait les séances de physiothérapie et prenait des antidouleurs et anti-inflammatoires. Il utilisait rarement les béquilles. Son médecin lui avait conseillé de ne pas les utiliser afin de ne pas perdre les muscles de la jambe. Il avait été licencié avec effet au 31 décembre 2015. Actuellement, il ne travaillait pas en raison des douleurs mais souhaitait reprendre une activité à

titre indépendant un jour. Il ne pouvait plus faire de sport (tennis, foot, basket), mais nageait à la piscine du club H_____. Il conduisait sur de courtes périodes, dix à vingt minutes au maximum.

Le collaborateur d'ALLIANZ lui a ensuite présenté le rapport d'observation et indiqué que celle-ci avait mis en évidence des éléments en contradiction avec les déclarations qu'il venait de faire (courir, exercer une activité rémunérée). L'assuré a spécifié qu'il avait donné, uniquement durant la semaine de surveillance, des conseils et rempli la déclaration d'impôt de certains amis et connaissances qu'il rencontrait dans la rue ou dans des établissements publics. Selon ALLIANZ, cette manière de procéder ressemblait plus à une relation avec un client.

i. À la demande d'ALLIANZ, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a rendu une expertise le 20 avril 2016. Il a posé les diagnostics suivants : s'agissant du genou droit, un *status* après un accident survenu en 1996 ayant provoqué une fracture de la tête tibiale du côté droit ; une déchirure du ligament croisé antérieur, ayant ensuite entraîné un abaissement de la rotule ; un *status* après ostéosynthèse de la fracture tibiale puis ablation du matériel d'ostéosynthèse ; un *status* après correction chirurgicale de la rotule trop basse et un *status* après probable lésion du ménisque interne ; ainsi qu'un *status* après contusion du genou droit en 2014. En ce qui concernait la cheville droite, il a diagnostiqué un *status* après entorse considérée comme « bénigne », avec actuellement récupération fonctionnelle complète. Le *status quo sine* avait été retrouvé au jour de l'examen, le 19 février 2016.

j. Le 9 mai 2016, la docteure J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport aux termes duquel l'assuré avait déclaré qu'il avait toujours travaillé durant 24 ans sans aucun arrêt de travail jusqu'à l'accident professionnel en 1996 nécessitant cinq interventions au niveau du genou droit entre 1996 et 2008. Il se plaignait de fortes douleurs au niveau de la cheville droite liées à une entorse survenue le 23 janvier 2014. Depuis ces deux accidents, il éprouvait de fortes douleurs pulsatives persistantes à la jambe droite l'empêchant de réaliser ses activités de la vie quotidienne. Il était frustré de ne plus pouvoir danser ou effectuer du sport. Son avenir professionnel était une préoccupation excessive. Ces deux accidents avaient perturbé sa santé, sa vie professionnelle, sociale, familiale et financière et il en souffrait beaucoup. Son sommeil était perturbé, il se sentait très fatigué, épuisé et en échec dans la vie en général. Il craignait de ne plus retrouver sa force, sa santé physique et psychique stable. Il se plaignait d'oppression à la poitrine, de sensation d'étouffement avec souffle coupé et de céphalées de tension persistantes. Il évoquait des scénarios de suicide qui le déstabilisaient. Il était bouleversé, déçu et découragé par le refus de son assurance-accidents de prendre en charge son traitement. Il se sentait incompris dans sa souffrance psychique. La spécialiste a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.3) et une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe

(F62.0). L'assuré poursuivait un traitement psychotrope (Zoloft) et sa souffrance psychologique était liée aux deux accidents ; il était totalement incapable de travailler depuis le 26 avril 2016.

k. Par décision du 27 mai 2016, ALLIANZ a mis fin à ses prestations au 22 juillet 2014 pour la cheville droite et au 19 février 2016 pour le genou droit et ajouté que l'événement du 23 janvier 2014 devait être considéré comme un accident léger, si bien que la causalité adéquate n'était pas remplie entre cet événement et l'épisode dépressif actuel.

l. Le 21 juin 2016, l'assuré a, par l'entremise de son conseil, formé opposition, contestant la valeur probante de l'expertise du Dr I_____.

m. Par décision du 8 février 2017, ALLIANZ a rejeté l'opposition.

n. Par acte du 13 mars 2017, l'assuré a recouru contre cette décision auprès de la chambre de céans (cause A/853/2017). Il a allégué que son état de santé ne s'était pas amélioré. Il éprouvait encore des douleurs au genou. Il concluait au versement des indemnités journalières.

o. Dans sa réponse du 22 mai 2017, ALLIANZ a conclu au rejet du recours.

p. Le 11 octobre 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité pour des atteintes d'ordre psychique et, le 12 octobre 2017, l'OAI a rappelé au recourant que la demande du 13 octobre 2015 était encore à l'étude, de sorte qu'une nouvelle demande de prestations n'avait pas lieu d'être.

q. Le 4 décembre 2017, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. À cette occasion, le recourant a déclaré qu'en 1996, lorsqu'il était employé polyvalent à la K_____, il avait été renversé par une moto alors qu'il circulait à vélo. Il avait subi quatre à cinq opérations au genou et au tibia (qui avait été vissé), notamment une plastie des ligaments croisés. Il avait touché des indemnités de l'assurance-invalidité, laquelle lui avait également financé une formation chez B_____, où il a collaboré dès 2003 comme employé polyvalent (coursier, chauffeur de la famille, comptabilité). Il avait été licencié pour le 31 décembre 2015. Il ne se sentait pas capable de travailler pour des raisons tant physiques que psychiques. Il avait fait beaucoup d'efforts pour garder son emploi. Les séquelles physiques qu'il subissait actuellement étaient dues pour le genou à son premier accident, aggravées par le deuxième accident, et pour le pied au deuxième accident. Après son arrêt de travail de 2015, il ne sortait quasiment plus, hormis pour faire un hammam ou un sauna (le chaud lui faisait du bien). Sa psychiatre, qui lui prescrivait un traitement antidépresseur, lui avait conseillé de sortir au moins une fois par jour.

Le recourant a fourni les pièces suivantes :

- Un rapport du 1^{er} décembre 2017 de la Dre J_____, dans lequel elle posait les mêmes diagnostics que ceux retenus précédemment. Elle a noté que le recourant se plaignait de fortes douleurs pulsatives persistantes au niveau du

genou droit, de la cheville droite et de pied droit l'empêchant d'effectuer ses activités de la vie quotidienne depuis l'accident du 23 janvier 2014. En dépit des séances de physiothérapie et du traitement antalgique, ses douleurs s'aggravaient et il boitait. Il était gêné par les remarques des gens sur sa façon de marcher. Il était très triste de ne plus pouvoir danser, pratiquer du sport ou faire les activités qu'il appréciait. Son avenir professionnel était une préoccupation excessive pour lui. Cet accident avait perturbé sa santé physique et mentale, ainsi que sa vie professionnelle, sociale, familiale et financière. Il en souffrait beaucoup. Il indiquait être distrait, inattentif et déconcentré. Le sommeil était toujours perturbé et il se sentait toujours très fatigué, épuisé et en échec dans la vie en général. Il avait très peur de ne plus retrouver sa force, sa santé physique et psychique stable. Il se plaignait d'oppression à la poitrine, de sensation d'étouffement avec souffle coupé et de céphalées de tension persistantes. Il était en colère et se sentait nerveux. Déçu par tout le monde, il ne voulait plus voir personne. Il peinait à prendre des décisions et des responsabilités. Tout lui paraissait comme des montagnes insurmontables. Il exprimait un sentiment de culpabilité important et avait l'impression d'être puni, tout en pensant qu'il ne l'avait pas mérité. Il évoquait des scénarios de suicide. Il souffrait d'une blessure narcissique avec un sentiment de dévalorisation et d'inutilité dans une impasse sans repères. Il se sentait mortifié et honteux. La souffrance psychologique actuelle était liée à l'accident du 23 janvier 2014. Le traitement actuel comprenait du Zoloft, le matin, et du Trittico, au coucher. La thérapie avait pour but d'atténuer ses plaintes sur son état et de l'aider à sortir de chez lui pour consolider et améliorer ses compétences relationnelles pour avoir une meilleure qualité de vie.

- Un certificat du même jour, établi par la Dre J_____, attestant une incapacité de travail totale depuis le 25 février 2016 pour une durée indéterminée.

r. Par ordonnance du 16 mars 2018, la chambre de céans a confié une expertise judiciaire bidisciplinaire au professeur L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et à la docteure M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

s. Le 21 novembre 2018, le Prof. L_____ a rendu son rapport d'expertise.

Le 21 janvier 2014, l'assuré s'était tordu le pied et la cheville droits sur le bord d'un trottoir, avait chuté et heurté sa rotule droite sur le sol. Il se plaignait de douleurs constantes aux genou et pied droits, avec blocages. Une radiographie du genou droit avait été pratiquée le 18 avril 2018 et une IRM du genou le 2 mai 2018. Il a posé les diagnostics suivants :

- Genou droit : *status* post fracture épiphyso-métaphysaire interne du tibia droit *in situ* ; *status* post ostéosynthèse par vis ; *status* post ablation du matériel d'ostéosynthèse ; *status* post rupture ligament croisé antérieur ; *status* post reconstruction ligament croisé antérieur (tendon rotulien) ; *status* post

algoneurodystrophie ; *status* post patella baja ; *status* post ostéotomie de la tubérosité tibiale pour proximaliser la rotule ; *status* post ablation matériel d'ostéosynthèse distension-rupture du ligament croisé antérieur reconstruit ; atrophie musculature de la cuisse et du mollet ; chondropathie fémoro-patellaire légère à modérée ; patella baja (Index Caton-Deschamps : 0,67 selon IRM 03.05.2018) ; déchirure horizontale du ménisque externe ; arthrose tricompartmentale du genou droit.

- Cheville droite : *status* post entorse externe grade 1-2 ; Tendinopathie fibrillaire du tendon d'Achille ; ostéophytes débutants pilon antérieur et postérieur.
- Pied droit : os accessoire naviculaire (os tibial externe) type II ; os trigone ; épine calcanéenne ; articulation cunéométatarsienne I oblique

En conclusion, l'assuré avait été victime d'un accident de la circulation en 1996 qui avait entraîné cinq interventions et qui avait causé des lésions séquellaires aboutissant à une arthrose tricompartmentale débutante et à une patella baja du genou droit. Le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 10% décidé en 2004 était insuffisant, le cas n'étant manifestement pas stabilisé à ce moment-là (intervention sur patella baja en 2007). Un taux de 25% aurait été plus juste (ligament croisé antérieur rompu ou détendu, patella baja, arthrose débutante tricompartmentale, métaphyse tibiale proximale cicatricielle). L'accident de 2014 avait péjoré l'état arthrosique du genou droit et avait entraîné un état douloureux du pied et de la cheville droits sur un état antérieur (os naviculaire, articulation cunéométatarsienne oblique). La tendinopathie fissuraire du tendon d'Achille droit pouvait être mise sur le compte de la boiterie induite par l'arthrose du genou. Il existait une capacité de reprise à 70% dans un travail adapté sur le plan orthopédique et ostéoarticulaire dès la date de son examen clinique le 27 juin 2018. Il était recommandé de poursuivre la prise en charge par l'assureur du traitement antalgique ainsi que la physiothérapie de renfort musculaire.

t. Le 16 janvier 2019, la Dre M_____ a rendu son rapport d'expertise fondé, notamment, sur trois entretiens avec l'assuré, un entretien téléphonique avec la Dre J_____ et le Dr C_____ et deux entretiens de consilium avec le Prof. L_____.

L'entorse de 2014 avait été pour l'assuré le début d'une longue descente du point de vue du moral, avec des douleurs devenues chroniques et l'apparition de désespoir. Elle a posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) depuis le 23 juillet 2014 (six mois après l'accident). Le Prof. L_____ avait fait état d'une atteinte somatique mais celle-ci n'expliquait pas complètement l'intensité des plaintes, lesquelles s'accompagnaient d'un sentiment de détresse non expliqué entièrement par les troubles physiques,

survenant dans un conflit émotionnel. Toute l'existence de l'assuré semblait coagulée autour de sa jambe droite.

Ce diagnostic n'était pas attribuable à l'accident du 2 juillet 1996 car l'assuré avait pu retravailler à 100% après celui-ci mais attribuable (à plus de 50%) à l'accident du 23 janvier 2014.

L'assuré nécessitait une psychothérapie de soutien avec traitement médicamenteux, qui était en cours chez la Dre J_____. Des séances d'hypnose étaient préconisées. La capacité de travail de l'assuré avait été totale depuis son reclassement jusqu'au 23 janvier 2014. Il présentait une capacité de travail, avec baisse de rendement de 50%, sur le plan psychologique. Il n'y avait pas d'élément en faveur d'un syndrome dépressif (F32). Les troubles actuels correspondaient, selon la table de la SUVA, à un trouble psychique léger à modéré.

u. Le 2 décembre 2018, les experts ont rendu un consilium, suite à deux rencontres, les 5 octobre et 21 novembre 2018. L'accident de 2014 avait péjoré l'état arthrosique du genou droit et avait entraîné un état douloureux du pied et de la cheville droits sur un état antérieur (os naviculaire, articulation cunéométatarsienne oblique). Concernant la cheville et le pied droits, il n'avait pas été possible d'établir une corrélation directe entre les examens objectifs et les plaintes de l'assuré. En d'autres termes, les constatations objectives n'expliquaient pas les douleurs et les limitations dont se plaignait l'assuré. Par contre, les plaintes de l'assuré concernant son genou droit étaient corroborées par l'ensemble constitué de l'examen clinique et des différents tests à la disposition de l'expert. Les atteintes actuelles du genou droit découlaient de l'accident du 2 juillet 1996 et avaient été aggravées par l'accident de 2014. Ces atteintes donnaient lieu à une baisse partielle de la capacité de travail de l'assuré avec reprise partielle possible à 70% dans un travail adapté, ainsi que cela avait été décrit en détail dans le volet orthopédique de l'expertise. Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), posé dans le volet psychiatrique de l'expertise, permettait quant à lui d'expliquer, en partie, les douleurs et la détresse de l'assuré. Ce syndrome était un trouble caractérisé par la présence de douleurs qui ne pouvaient être complètement expliquées par un trouble somatique objectivé. Il donnait lieu à une baisse de rendement de 50% dans une activité adaptée par ailleurs aux lésions objectivées dans le volet orthopédique de l'expertise. Sur le plan psychothérapeutique, il restait encore certaines démarches à entreprendre avant de pouvoir affirmer que le pronostic de ce trouble psychique était réservé. Ces démarches (hypnose et autohypnose) pourraient donner à l'assuré la possibilité de contrôler ses douleurs.

v. Le 20 février 2019, la Dre J_____ a rendu un rapport, selon lequel l'expertise psychiatrique contenait des erreurs car l'assuré ne conduisait plus depuis 2015, ne buvait que deux verres de vin rouge de temps en temps et n'effectuait pas ses visites « en Turquie, car il prend plaisir » et se sentait compris par sa famille et son entourage, qu'enfin il avait besoin de prendre des antalgiques lors de ses

voyages en Turquie. Les 15 janvier et 3 juin 2020, elle a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et difficultés liées à l'emploi entraînant une incapacité de travail totale.

w. Le 29 juillet 2019, le Prof. L_____, à la demande de la chambre de céans qui requérait de sa part une évaluation de la vidéo-surveillance de l'assuré, a rendu un complément d'expertise, en relevant que la vidéo-surveillance ne changeait pas ses conclusions par rapport à la capacité de travail fixée à 70%. Au contraire cette surveillance démontrait une activité de marche limitée, en adéquation avec une pathologie du membre inférieur droit, dont une arthrose du genou et un état douloureux du pied droit, chez un homme de 50 ans. Il lui paraissait que toute activité lucrative, même sédentaire, nécessitait des trajets avec de la marche et des stations debout. L'assuré souffrant de douleurs constantes, il lui paraissait médicalement indiqué de lui laisser le temps de faire les trajets aller-retour au travail et de lui laisser un temps de repos au travail nécessaire pour récupérer des douleurs causées par le va et vient de l'activité professionnelle. Ces vidéos démontraient un état de handicap par la faible activité physique déployée, et notamment concernant la faible quantité de marche, enregistrée pendant la semaine où la surveillance avait eu lieu.

x. Le 26 août 2019, l'assuré a indiqué qu'il s'était cassé le pied et le bras droits le 9 août 2019 et qu'il souhaitait qu'ALLIANZ reprenne le versement de ses prestations au 20 février 2016.

y. Le 20 novembre 2019, le Prof. L_____ a répondu à une demande de renseignements de l'OAI.

z. Par arrêt du 27 janvier 2020 (ATAS/51/2020), la chambre de céans a admis partiellement le recours de l'assuré, réformé partiellement la décision d'ALLIANZ et renvoyé la cause à ALLIANZ pour allouer l'indemnité journalière jusqu'au 19 février 2016 et examiner, au-delà, le droit du recourant à la prise en charge d'un traitement médical, à une rente d'invalidité et à une IPAI.

C. a. Le 13 juillet 2020, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé que l'état de santé somatique de l'assuré n'était pas stabilisé et qu'il convenait de demander des renseignements aux médecins traitants.

b. Le 22 octobre 2020, le Prof. L_____ a rendu un rapport à la demande de l'OAI, attestant d'une incapacité de travail totale en raison de douleurs à la marche suite à la fracture du 5^{ème} métatarse droit (accident du 9 août 2019), au niveau de l'épaule droite et au genou droit suite à la contusion, avec une limitation du périmètre de marche.

c. Le 14 novembre 2020, la Dre J_____ a rendu un rapport médical et posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) ; modification durable de la personnalité après une

expérience de catastrophe (F62.0) ; trouble panique (anxiété épisodique paroxystique) (F41.0) ; troubles du sommeil (F51) ; difficultés à l'emploi (Z56). L'évolution de l'état de santé psychique était défavorable.

d. Le 6 janvier 2021, le SMR a préconisé une expertise rhumato-psychiatrique, laquelle a été rendue par le (ci-après : N_____) le 15 juillet 2021 (docteurs O_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie). Les experts ont retenu les diagnostics suivants : difficultés dans les rapports avec le conjoint (Z63.0) (fausse couche particulièrement difficile : 2005 ; interruption thérapeutique de grossesse : 2009 ; séparation : 2020) ; décès (suicide) d'un membre de la famille (Z63.4) (2014) ; non observance d'un traitement médical (C-PAP) (Z91.1) (depuis 2017) ; troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2) ; syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ; patella baja bilatérale ; gonarthrose droite modérée secondaire (traumatisme 1996) ; gonarthrose gauche primaire avec patella baja minime ; douleur épaule droite ; pseudarthrose de la base du 5^{ème} métatarsien pied droit (09.08.2019) ; fracture de la tête radiale type Mason I (09.08.2019). Depuis le 9 février 2020, l'assuré était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée aux limitations somatiques. Il n'y avait aucune incapacité de travail sur le plan psychique.

e. Dans un rapport daté du 6 juillet 2021, le docteur Q_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu que l'assuré souffrait de troubles à l'épaule droite, à la cheville droite et au genou droit, suite à des événements survenus en 1996, 2014 et 2019. Il préconisait un traitement conservateur avec une potentielle intervention « mini-invasive » dans le dernier cas si ce traitement conservateur s'avérait insuffisant.

f. Le 3 août 2021, le SMR a retenu, sur la base de l'expertise précitée, une incapacité de travail totale dès le 6 mai 2015 et nulle dès le 9 février 2020 dans l'activité habituelle d'aide-comptable, laquelle était adaptée aux limitations fonctionnelles.

g. Le 12 décembre 2021, l'assuré a chuté en trottinette ; il s'est fracturé l'humérus droit, ce qui a nécessité une intervention chirurgicale le 21 décembre 2021.

h. Le 25 janvier 2022, le SMR, après avoir requis des renseignements complémentaires auprès du Dr O_____ (avis du 21 décembre 2021), a considéré qu'il convenait de tenir compte de l'expertise du Prof. L_____, de sorte que l'incapacité de travail était totale, dans l'activité d'aide-comptable, qui était adaptée, dès le 6 mai 2015, de 30% dès le 19 février 2016 et nulle dès le 9 février 2020.

i. À la demande d'ALLIANZ, le docteur R_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a rendu le 2 février 2022 une expertise, concluant à l'absence de diminution permanente de la capacité de travail de l'assuré résultant des accidents de 1996 et 2014. Une IPAI de 10% était

justifiée. Aucun des diagnostics retenus par l'expertise judiciaire n'entraînait de limitations fonctionnelles aptes à interdire ou limiter l'exercice de la profession habituelle.

j. Par décision du 23 mai 2022, ALLIANZ a, en application des conclusions de l'expertise judiciaire, octroyé à l'assuré une rente d'invalidité d'un taux de 30% du 19 février 2016 au 23 mai 2022 et une IPAI d'un taux de 25%, majorés d'intérêts moratoires, et a pris en charge le traitement conservateur pour maintenir les phénomènes douloureux du genou et du tendon d'Achille droits du 19 février 2016 au 8 février 2020. Il était admis que l'assuré présentait une capacité de travail de 70% dès le 20 février 2016 ; cependant, l'expertise du N_____ attestait dès le 9 février 2020 une capacité de travail totale, de sorte que la rente d'invalidité devait être supprimée dès cette date.

k. Le 23 juin 2022, l'assuré a fait opposition à la décision précitée ; il a contesté le gain assuré de CHF 126'000.-, vu son salaire annuel en 2014 ; la valeur probante de l'expertise du N_____ était contestée et il était rappelé que l'ATAS/51/2020, qui se basait sur l'expertise du Prof. L_____, était entré en force et l'expertise du Dr R_____ était inutile ; il contestait la fin des prestations au 9 février 2020 (frais de traitement) et au 23 mai 2022 (rente d'invalidité) ; il demandait la prise en charge de l'arthroscopie du genou droit par le Dr Q_____ et l'assurance devait se prononcer sur la prise en charge du traitement de son talon d'Achille droit.

l. Le 28 juin 2022, le SMR a estimé qu'il fallait retenir une incapacité totale de travail de trois mois dès le 12 décembre 2021 pour les suites de la fracture de l'humérus droit (intervention chirurgicale du 21 décembre 2021).

m. Par projet de décision du 18 juillet 2022, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré du 13 octobre 2015 ; le statut était celui d'actif ; sa capacité de travail était nulle dès le 6 mai 2015 et de 70% dès le 19 février 2016, de sorte que son degré d'invalidité, de 30%, ne donnait pas droit à une rente ; dès le 9 février 2020, la capacité de travail était totale dans toute activité. L'incapacité de travail de trois mois dès le 12 décembre 2021 n'était pas invalidante.

n. Le 12 septembre 2022, l'assuré, représenté par ASSUAS, s'est opposé au projet de décision de l'OAI, en faisant valoir qu'il convenait de suivre les conclusions des expertises judiciaires orthopédique et psychiatrique du Prof. L_____ et de la Dre M_____. Par ailleurs, une nouvelle réadaptation professionnelle était nécessaire. Il a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

o. Le 19 octobre 2022, le SMR a précisé que la capacité de travail de l'assuré était de 70% dès le 19 février 2016, également au-delà du 9 février 2020. En effet, après relecture du dossier, il apparaissait que l'appréciation du Dr O_____ correspondait à une appréciation différente d'un même état de fait (de celle du Prof. L_____); comme le SMR avait suivi la capacité de travail de 70% retenue

par le Prof. L_____ dès le 19 février 2016 et que la situation médicale n'avait pas changé, il était proposé de maintenir le 70% de capacité de travail au-delà du 9 février 2020.

p. Par décision du 27 octobre 2022, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en constatant que le degré d'invalidité de l'assuré était de 30% et que l'activité habituelle était adaptée.

q. Par décision du 23 novembre 2022, ALLIANZ a partiellement admis l'opposition. Le gain assuré était bien de CHF 126'000.- compte tenu de la date des accidents en cause. La rente d'invalidité prenait fin au 1^{er} juin 2022, soit le premier jour du mois suivant la notification de la décision du 23 mai 2022. Des intérêts complémentaires étaient dus du 23 mai au 31 mai 2022 (CFH 647.60 et CHF 20.70). L'OAI avait mis en œuvre une expertise auprès du N_____ et l'assuré ne démontrait pas en quoi elle était insoutenable ou entachée de partialité ; ses conclusions avaient été confirmées par le Dr R_____, dont l'expertise était probante. La prise en charge de l'arthroscopie du genou droit et du traitement du tendon d'Achille était refusée.

D. a. Le 28 novembre 2022, l'assuré, représenté par ASSUAS, a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision du 27 octobre 2022 de l'OAI, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et à un reclassement professionnel.

b. Le 3 janvier 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours, en rappelant qu'il s'était fondé sur l'expertise du Prof. L_____ et sur celle du Dr P_____.

c. Le 27 janvier 2023, l'assuré a répliqué, en faisant valoir que l'OAI s'écarterait à tort de l'expertise du Prof. L_____, qui attestait d'une capacité de travail 70%, et de celle de la Dre M_____, qui évoquait une baisse de rendement de 50%.

d. Le 13 mars 2023, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. Le recourant a indiqué que suite à l'accident du 12 décembre 2021, il devait se faire opérer à nouveau.

e. Par arrêt du 3 avril 2023 (ATAS/238/2023), la chambre de céans a rejeté le recours interjeté le 28 novembre 2022 à l'encontre de la décision de l'OAI du 27 octobre 2022.

f. Le 24 avril 2023, le docteur S_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, a écrit à l'OAI que l'assuré avait gardé, après l'opération de l'humérus droit suite à sa chute en trottinette le 12 décembre 2021, des douleurs persistantes et une légère raideur de l'épaule et qu'il était dorénavant suivi par l'équipe de la chirurgie de l'épaule des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).

g. Le 19 mai 2023, le département de chirurgie des HUG a mentionné des lombalgies basses et des nuchalgies, en majoration.

h. Le 31 mai 2023, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, en relevant qu'il n'avait jamais récupéré sa santé physique, laquelle influençait sa santé psychique. Il a communiqué :

- Un avis de la Team épaule-coude des HUG du 3 février 2023, proposant une intervention chirurgicale de l'épaule droite.
- Un avis du Prof. L_____ du 22 mai 2023, mentionnant des plaintes de l'assuré aux genoux, lesquelles nécessitaient des investigations complémentaires.

i. Le 2 juin 2023, l'assuré a bénéficié d'une arthroscopie de l'épaule droite avec ténodèse LCB et débridement d'un kyste paralabral postéro-supérieur et d'une ablation de matériel d'ostéosynthèse de la plaque Philos (OTHER-1).

j. Par projet de décision du 6 juin 2023, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

k. Le 15 juin 2023, le docteur T_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a attesté d'une capacité de travail nulle, en raison d'un syndrome douloureux chronique et d'un état dépressif modéré. Les douleurs étaient constantes et invalidantes dans la vie de tous les jours. Le même jour, le service de pneumologie des HUG a retenu un diagnostic de syndrome d'hypopnées obstructives du sommeil de degré sévère.

l. Le 26 juin 2023, l'OAI a décidé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

m. Le 5 juillet 2023, le Dr S_____ a attesté de douleurs chroniques de l'épaule droite. L'assuré pouvait éventuellement reprendre un travail de bureau à un taux de 50-60%.

n. Le 26 juillet 2023, la clinique de la douleur de l'hôpital de La Tour a attesté de plaintes de douleurs de type musculo-squelettique essentiellement cervicales à droite, lombaires, surtout à droite et au niveau du genou droit. L'assuré n'avait plus la joie de vivre et était désespéré.

o. Les 28 août et 26 novembre 2023, la Team épaule-coude des HUG a attesté d'une évolution favorable après l'intervention du 2 juin 2023.

p. Le 30 août 2023, le docteur U_____, spécialiste FMH en anesthésiologie et médecin chef de la Clinique de la douleur à l'Hôpital de La Tour, a attesté d'un suivi depuis le 30 mai 2019. L'assuré présentait des lombalgies chroniques sur discopathie L5-S1. Il allait mieux du point de vue des douleurs.

q. Par arrêt du 25 septembre 2023 (ATAS/715/2023), la chambre de céans a partiellement admis le recours interjeté par l'assuré à l'encontre de la décision d'ALLIANZ du 23 novembre 2022 et dit que le recourant avait droit à une rente d'invalidité de 30% au-delà du 31 mai 2022. Cet arrêt a été annulé par le Tribunal fédéral le 10 juin 2024 (arrêt 8C_689/2023), lequel a considéré que la capacité de

travail du recourant de 70% avait évolué favorablement et qu'en mai 2022 au plus tard, le recourant était à même d'exercer une activité d'employé administratif / aide-comptable adaptée à ses limitations fonctionnelles, à plein temps et sans diminution de rendement, ce qui justifiait la suppression de sa rente d'invalidité.

r. Le 9 octobre 2023, le Prof. L_____ a indiqué une lente aggravation de l'arthrose surtout au niveau des genoux. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : marche prolongée, travail sur échelle ou escabeau, port de charge à 5 kg, station debout ou assise prolongée, se baisser, gestes répétitifs et bras en dessus de l'épaule. L'assuré était apte à suivre une réadaptation professionnelle et il présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée.

s. Le 5 décembre 2023, la Dre J_____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, troubles du sommeil et syndrome douloureux somatoforme persistant. La capacité de travail était nulle dans toute activité.

t. Le 28 décembre 2023, le département de chirurgie des HUG a attesté de lombalgies mécaniques chroniques nécessitant un bilan complémentaire.

u. Le 22 mars 2024, la Dre J_____ a indiqué qu'il n'y avait pas de changement depuis son rapport du 5 décembre 2023. L'assuré ne pouvait pas travailler en raison de plusieurs problèmes orthopédiques.

v. Par projet de décision du 12 avril 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en se fondant sur un avis du SMR du 8 avril 2023, estimant que l'état de santé était resté stationnaire et que l'assuré pouvait exercer l'activité d'aide-comptable à un taux de 100%.

w. Le 13 mai 2024, le recourant, représenté par ASSUAS, s'est opposé au projet précité, en faisant valoir que le diagnostic de syndrome d'hypopnées obstructives du sommeil n'avait pas été évalué. Or, il entraînait des troubles de la mémoire, de la concentration / attention, une thymie triste, une asthénie, une anhédonie et une baisse de l'élan vital. Le Dr U_____ avait aussi constaté une composante psychique aux douleurs. Le Dr S_____ retenait une capacité de travail de 50 à 60% et le 5 avril 2024, le Prof. L_____ estimait que la capacité de travail était nulle. Il a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité.

Il a communiqué un rapport du Prof. L_____ du 2 mai 2024, selon lequel l'assuré présentait des difficultés à la marche et la situation s'aggravait au niveau des genoux, de la colonne cervicale, lombaire, de l'épaule et du pied droits entraînant une incapacité de travail totale.

x. Le 28 mai 2024, le SMR a constaté que le rapport du Prof. L_____ du 2 mai 2024 était superposable à celui du 9 octobre 2023. L'aggravation au niveau des genoux ne modifiait pas la capacité de travail et la nouvelle limitation des gestes au-dessus de l'épaule droite (suite à la fracture de l'humérus) n'était pas incompatible avec l'activité d'aide-comptable.

y. Par décision du 3 juin 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en constatant que l'activité habituelle sédentaire demeurerait adaptée.

E. a. Le 28 juin 2024, l'assuré, représenté par ASSUAS, a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision précitée, en concluant à une rente d'invalidité. Les Drs S_____ et L_____ attestaient d'une capacité de travail, respectivement de 50-60% et nulle.

b. Le 17 juillet 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a précisé que la capacité de travail était non pas de 100%, comme noté dans l'avis du SMR du 8 avril 2024, mais de 70% dès le 19 février 2016, de sorte que le degré d'invalidité était de 30%. La situation du recourant ne s'était pas péjorée depuis le 27 octobre 2022. Les constatations de la Dre J_____ (rapport du 22 mars 2024) étaient déjà faites les 15 janvier, 30 juin et 14 novembre 2020 et elle estimait que l'état de santé était stationnaire depuis le 25 février 2016. Le Dr S_____ ne motivait pas la capacité de travail réduite à 50-60%. Quant au Prof. L_____, il avait retenu, le 9 octobre 2023, une capacité de travail totale du recourant dans une activité adaptée et aucun élément d'aggravation durable ne figurait dans son rapport subséquent du 2 mai 2024.

c. Le 6 août 2024, le recourant a répliqué, après avoir pris connaissance de l'arrêt du Tribunal fédéral du 10 juin 2024. Il a relevé que le syndrome d'hypopnées entraînait une fatigabilité objectivée et l'épisode dépressif entraînait, selon la Dre J_____, une incapacité de travail totale.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 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-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

1.2 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur une éventuelle aggravation de son état de santé depuis la décision de l'intimé du 27 octobre 2022.

3. Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naitrait au plus tôt en 2023, soit six mois après le dépôt de la demande du 31 mai 2023 (art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

3.1 A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

3.2 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

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

3.3 En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2) ; pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour les taux d'invalidité compris entre 40 et 49%, la quotité de la rente s'échelonne de 25 à 47,5% (al. 4).

La quotité de la rente est déterminée en fonction de l'incapacité de gain au moment où le droit à la rente prend naissance (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI). Le droit à la rente naît au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

3.4 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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 et les références).

3.4.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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.

3.4.2 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

3.4.3 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

Selon l'art. 54a LAI, les services médicaux régionaux établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels (al. 3).

Lors de la détermination des capacités fonctionnelles, la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales et psychiques (art. 49 al. 1^{bis} RAI).

3.4.4 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 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

3.4.5 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ;

arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion distincte. 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 8C_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

3.5 Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, après avoir nié le droit à une prestation (art. 87 al. 3 RAI), l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 141 V 585 consid. 5.3 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_12/2023 du 22 août 2023 consid. 3.2). Elle doit donc traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (examen « *allseitig* »). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés, le degré d'invalidité doit ainsi être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 consid. 6.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_498/2023 du 11 décembre 2023 consid. 5.1 et les références).

3.6 L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. 1), ou atteint 100% (let. b).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 149 V 91 consid. 7.5 et les références). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références).

En revanche, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Le simple fait qu'un diagnostic ne soit plus retenu à la suite d'un examen ultérieur ne saurait justifier, à lui seul, la révision du droit à la rente, dans la mesure où un tel constat ne permet pas d'exclure l'existence d'une appréciation

différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé. Une modification sensible de l'état de santé ne saurait être admise que si le nouveau diagnostic est corroboré par un changement clairement objectivé de la situation clinique et par l'amélioration, voire la disparition des limitations fonctionnelles précédemment décrites (arrêts du Tribunal fédéral 9C_860/2015 du 1^{er} juin 2016 consid. 4.3 ; cf. également 9C_353/2020 du 5 mai 2021 consid. 2.2 et les références).

Les constatations et conclusions médicales dans le cadre d'une révision doivent porter précisément sur les changements survenus par rapport à l'atteinte à la santé et à ses effets depuis l'appréciation médicale antérieure déterminante. La valeur probante d'une expertise réalisée dans le cadre de la révision du droit à la rente dépend donc essentiellement de la question de savoir si elle contient des explications suffisantes sur la mesure dans laquelle une modification de l'état de santé a eu lieu. Demeurent réservées les situations dans lesquelles il est évident que l'état de santé s'est modifié (arrêt du Tribunal fédéral 8C_385/2023 du 30 novembre 2023 consid. 4.2.3 et les références).

4. En l'occurrence, l'intimé a rejeté la demande de prestations, en considérant que la situation de santé du recourant ne s'était pas notablement modifiée depuis le 27 octobre 2022.

Le recourant estime en revanche que les avis de ses médecins traitants, les Drs S____, L____ et J____, démontrent une aggravation de son état de santé, avec une symptomatologie incapacitante, à tout le moins à hauteur de 40 à 50%.

4.1 Du point de vue somatique, l'intimé considère, dans la décision litigieuse du 3 juin 2024 (selon les précisions données dans sa réponse au recours), que le recourant présente une capacité de travail de 70% dans son activité habituelle, sur la base de l'expertise judiciaire du Prof. L____ du 21 novembre 2018. La chambre de céans constate que cette évaluation est généreuse dès lors que l'arrêt du Tribunal fédéral du 10 juin 2024 a considéré que le Prof. L____ ne mentionnait finalement plus de diminution de rendement du recourant, tout comme le Dr O____, de sorte que la capacité de travail, limitée en 2018 à un taux de 70%, avait évolué favorablement en mai 2022 et était totale depuis cette date, comme employé administratif / aide-comptable.

En outre, les rapports médicaux transmis par le recourant sont insuffisants pour établir une aggravation de l'état de santé somatique de celui-ci depuis le 27 octobre 2022. En effet, le Prof. L____ relève, le 9 octobre 2023, que le recourant présente une lente aggravation de l'arthrose surtout au niveau des genoux, que les limitations fonctionnelles sont celles de marche prolongée, de travail sur échelle ou escabeau, de port de charge à 5 kg, de station debout ou assise prolongée, se baisser, les gestes répétitifs et les bras en dessus de l'épaule, mais que le recourant est capable, dans une activité adaptée, de travailler à un taux

de 100%. Il dispose par ailleurs d'un réseau social, de bonnes aptitudes à la communication et était motivé.

Dans son rapport subséquent, rendu seulement six mois plus tard, le 2 mai 2024, le Prof. L_____ fait les mêmes constats, soit que la situation s'aggrave au niveau des genoux. Il ajoute qu'elle s'aggrave aussi au niveau de la colonne cervicale, lombaire, à l'épaule et au pied droits. Il n'explique cependant pas en quoi, depuis son dernier rapport d'octobre 2023, la péjoration de l'état de santé a pu entraîner une incapacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit qui ménage les genoux, l'épaule et le pied droits ainsi que la colonne cervicale et lombaire, telle que l'activité habituelle d'aide-comptable.

De surcroit, considérant que la capacité de travail du recourant est finalement, selon le Tribunal fédéral, de 100% sans baisse de rendement depuis mai 2022, une capacité de travail de 70%, telle que retenue par l'intimé, tient compte d'une éventuelle aggravation de l'état de santé somatique du recourant. En particulier, le recourant ne démontre pas qu'il présente une capacité de travail inférieure à 70%, étant relevé que le rapport succinct du Dr S_____ du 5 juillet 2023 se borne à arrêter une capacité de travail dans une activité adaptée de bureau de 50-60%, en indiquant pour seules limitations fonctionnelles, une douleur et raideur de l'épaule droite et des difficultés avec le bras au-dessus de la tête. Or, ces limitations fonctionnelles ont été prises en compte par l'intimé, lequel a estimé que l'activité d'aide-comptable permettait de les respecter, ce qui n'est pas contesté par le recourant. Le Dr S_____ ne motive pas la diminution de rendement qu'il mentionne dans une activité respectant strictement les limitations fonctionnelles.

Quant au Dr U_____, il a mentionné dans son rapport du 30 août 2023, un suivi depuis le 30 septembre 2019 et indiqué qu'à sa connaissance, le recourant allait mieux du point de vue des douleurs, ce qui atteste plutôt d'une amélioration que d'une péjoration de l'état de santé du recourant.

Enfin, aucun médecin n'établit que le diagnostic de syndrome d'hypopnées obstructives du sommeil de degré sévère posé par le service de pneumologie des HUG le 15 juin 2023 serait incapacitant. De surcroit, les HUG ont indiqué que sa prise en charge sera assurée par le service de chirurgie maxillo-faciale qui doit convoquer le recourant, celui-ci refusant un traitement par CPAP.

Aucune aggravation déterminante de l'état de santé somatique du recourant ne saurait, dans ces conditions, être retenue.

4.2 Du point de vue psychique, la chambre de céans, comme relevé par l'intimé, a déjà considéré que les rapports de la Dre J_____ n'étaient pas à même d'établir un diagnostic incapacitant (ATAS/238/2023) et ne pouvaient être suivis. Le recourant était capable d'exercer toute activité à un taux de 100%.

En l'espèce, le recourant se prévaut du rapport du 22 mars 2024 de la Dre J_____, laquelle estime cependant que depuis le 25 février 2016 l'évolution de l'état de santé du recourant est stationnaire et qu'il n'y a pas de changement

dans les diagnostics. Aucune aggravation de l'état de santé psychique du recourant ne saurait, dans ces conditions, être retenue. En outre, la Dre J_____ précise que la capacité de travail est nulle, en raison de problèmes orthopédiques et non pas psychiques, ce qui ne permet pas d'établir une aggravation de l'état de santé psychique.

4.3 Au vu de ce qui précède, il n'est pas établi que l'état de santé du recourant se soit aggravé depuis le 27 octobre 2022, dans une mesure qui affecte sa capacité de travail, de sorte que la décision litigieuse rejetant la demande de prestations du recourant, au motif que le degré d'invalidité, de 30%, est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité, ne peut qu'être confirmée.

5. Le recours est rejeté.

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à charge du recourant.
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

La présidente

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le