

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1836/2010

ATAS/783/2011

**ORDONNANCE D'EXPERTISE
DE LA COUR DE JUSTICE**

Chambre des assurances sociales

du 29 août 2011

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur J_____, domicilié à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître FIVIAN DEBONNEVILLE
Sandra

Recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, case postale
4358, 6002 LUCERNE

Intimée

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente.

EN FAIT

1. Monsieur J_____ (ci-après l'assuré), né en 1955, travaillait en qualité de termineur à l'assemblage terminaison bijouterie auprès de X_____ SA depuis le 1^{er} novembre 2006. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après: SUVA).
2. En date du 9 novembre 2006, il a été victime d'un accident. Alors qu'il circulait à faible vitesse en scooter, il a glissé sur la route mouillée et a chuté.
3. En raison de douleurs intenses du genou droit, l'assuré s'est rendu aux Urgences des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG), où une IRM a été effectuée, laquelle a révélé une fracture multifragmentaire de l'épine tibiale du genou droit. Cette fracture a été opérée en date du 13 novembre 2006 par fixation trans-osseuse. Les suites opératoires étaient simples et l'assuré a pu rentrer chez lui le 24 novembre 2006.
4. Lors d'examens radiologiques effectués durant les mois d'avril et mai 2007, les médecins ont évoqué l'apparition d'une algodystrophie débutante.
5. Par courriel du 14 juin 2007, X_____ SA a informé la SUVA que l'assuré occupait un poste de polissage, que son activité se déroulait principalement en position assise devant sa machine, ponctuellement debout. Toutefois, l'activité debout pouvait être partiellement déléguée. Les efforts devaient être fournis au niveau des membres supérieurs, mais une stabilité des pieds favorisait l'aisance du travail. L'assuré devait se déplacer environ 10 fois par jour.
6. Lors d'un entretien du même jour dans les locaux de la SUVA, l'assuré a déclaré que son activité professionnelle se déroulait principalement en position assise, statique, devant un établi. Il ne devait pas faire d'effort physique particulier, mais ses tâches étaient fines et nécessitaient de la précision.
7. Le 20 juillet 2007, l'assuré a été opéré d'un nodule de la vésicule biliaire.
8. En août 2007, l'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité.
9. Par courriel du 17 septembre 2007, X_____ SA a précisé que le travail de l'assuré consistait à faire du polissage dans un poste manuel demandant des efforts avec le haut du corps, avec de faibles sollicitations d'appui sur les jambes pour

garder l'équilibre. Il exerçait en position assise à 90% et son poste de travail ne lui permettait pas d'allonger ses jambes ni de changer de position. Ses activités précédentes lui demandaient des déplacements réguliers dans la journée de travail, mais il pouvait être affecté à une autre cellule qui nécessiterait moins de mobilité.

10. Par rapport du 26 octobre 2007, le Dr L_____, spécialiste FMH en médecine interne, a informé le médecin conseil de la SUVA que le traitement postopératoire avait impliqué le port d'une attelle pendant trois mois et une physiothérapie intensive avec rééducation partielle du genou. Il a constaté un déplacement de la rotule qui compliquait l'évolution de la rééducation et une algodystrophie.
11. Le 5 novembre 2007, l'assuré a été examiné par le Dr M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, lequel a retenu que le genou droit de l'assuré était toujours caractérisé par un manque de mobilité, une atrophie musculaire et des douleurs.
12. Dans un rapport du 24 janvier 2008, le Dr N_____, chef de clinique de la Polyclinique des services de chirurgie des HUG, a retenu que la radiographie du genou montrait la guérison des épines tibiales dans une position correcte, mais qu'il y avait une contraction du tendon rotulien se traduisant par une rotule basse. Après discussion avec le Prof O_____, il a estimé que l'état actuel du genou de l'assuré ne pouvait pas être amélioré par une opération chirurgicale quelconque, de sorte qu'il proposait de poursuivre un traitement conservateur avec physiothérapie intensive de mobilisation et mesure antalgique locale.
13. Par courrier du 11 février 2008, X_____ SA a informé la SUVA que le contrat de travail de l'assuré avait été résilié pour le 30 avril 2008.
14. Sur demande de la SUVA du 4 juillet 2008, le Dr R_____, spécialiste en médecine interne, a constaté l'existence de gonalgies très importantes, d'une limitation fonctionnelle du genou et d'une algodystrophie du genou. Les traitements étaient les suivants : AINS, miacalcic, antalgiques et physiothérapie. L'incapacité de travail était totale pour l'instant.
15. Dans son rapport du 15 octobre 2008, ce même médecin a posé le diagnostic de status post-fracture multifragmentaire du plateau tibial droit avec lésion ligamentaire interne associée. Selon lui, les gonalgies étaient invalidantes et il existait peut-être une algodystrophie. La reprise du travail n'était pas envisageable. Il a transmis à la SUVA un rapport du 6 octobre 2008 du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, duquel il ressort que l'assuré

présentait des douleurs mixtes du genou droit, nociceptives et neurogènes, un status post-fracture multifragmentaire de l'épine tibiale et une rupture complète du ligament, un status post-ostéosynthèse par fixation trans-osseuse de l'épine tibiale et un status post-cholécystectomie par laparoscopie pour cholécystite chronique le 20 juillet 2007. A l'examen clinique, le genou droit était calme, il n'existait pas trouble trophique cutané, mais une amyotrophie nette du quadriceps et un abaissement de la rotule par rapport au genou contro-latéral. Les médecins ont relevé que le syndrome douloureux régional complexe (algoneurodystrophie) avait été évoqué et semblait compatible avec l'évolution clinique, bien que les examens en leur possession ne parlaient pas en faveur d'un tel diagnostic.

16. Dans un rapport du 5 novembre 2008, le Dr P _____, chef de clinique auprès de la Polyclinique des services de chirurgie des HUG, a déclaré que l'assuré avait été vu, en date du 28 octobre 2008, à la consultation multidisciplinaire de Cressy Santé et que l'évolution de l'état de santé était actuellement stationnaire. Dans la mesure où un nouveau bilan radiologique et une scintigraphie osseuse avaient été sollicités, il a conclu que « l'on pouvait se donner encore quelques mois avant de stabiliser l'état de santé ».
17. Le 13 novembre 2008, l'examen scintigraphique osseux a mis en exergue des éléments en faveur d'une algodystrophie du genou et de la jambe droite.
18. Par appréciation du 24 novembre 2008, le Dr M _____ a indiqué que suite au traitement chirurgical, l'évolution avait été défavorable et qu'elle était caractérisée par la persistance d'une symptomatologie douloureuse ayant fait suspecter une algodystrophie. Toutefois, ce diagnostic ne faisait pas l'unanimité des intervenants. En outre, il a pris note qu'une évaluation allait être faite au Centre de réadaptation, en l'occurrence à Cressy Santé, et a conclu qu'aucun examen final ne devait intervenir en l'absence d'une telle évaluation.
19. Le 24 avril 2009 a été effectuée une nouvelle scintigraphie osseuse, de laquelle il a résulté que la situation n'avait pas évolué depuis le 13 novembre 2008, date de la dernière scintigraphie. Il existait une hyperactivité en phase tissulaire et osseuse de l'articulation fémoro-tibiale droite, prédominant sur son versant externe, évoquant une arthrose active précoce post-fracturaire ainsi qu'une hyperactivité de l'os cortical antérieur du tibia droit inchangée. Ces éléments pouvaient être compatibles avec une algoneurodystrophie atypique surajoutée à l'arthrose.
20. Le 16 juillet 2009, les médecins du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG ont expliqué que la douleur présentée par l'assurée semblait multifactorielle avec une composante nociceptive liée à

l'arthrose précoce, mais également avec une composante neurogène dans le cadre d'une algoneurodystrophie probable et un phénomène d'allodynie persistante sur la face interne du genou. Il y avait lieu de reprendre un programme de physiothérapie, afin de tonifier le quadriceps et de travailler sur la réduction du flexum. Enfin, ils ont indiqué à l'assuré qu'un soutien psychologique pourrait être initié, compte tenu de la difficulté de sa situation et de l'important sentiment d'injustice qu'elle générait. Toutefois, l'assuré refusait d'entrer en matière sur un tel soutien.

21. Le 7 août 2009, l'assuré a été reçu par le Dr Q_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, pour un examen médical final. Selon ce médecin, les radiographies mettaient tout d'abord en exergue que la déminéralisation observée en janvier 2008 était relativement modeste par rapport à 2007, ce qui traduisait une amélioration du processus algodystrophique, et qu'il existait effectivement une rotule en position basse. Les radiographies témoignaient également d'une enthésopathie rotulienne bilatérale préexistante à l'accident et d'un status après fracture du plateau tibial au niveau des épineuses, ayant évolué vers une patella baja, les derniers clichés ne montrant pas de manifestation arthrosique importante, hormis au niveau de la fémoro-patellaire. Quant à l'examen clinique, il était fortement perturbé par des hyper-réactions et des manifestations d'appréhension de l'assuré. Les amplitudes articulaires observées étaient variables à différents moments de l'examen et la déambulation se faisait de façon prudente avec une boiterie variable. Le médecin s'est dit frappé par la variation des limitations affichées en cours d'examen et par la relative modestie de l'hypotrophie musculaire de la cuisse (-1 cm à droite). En résumé, le médecin de la SUVA a conclu que l'assuré présentait une gonarthrose débutante à prédominance fémoro-patellaire sur patella baja, consécutive à une fracture du plateau tibial droit en novembre 2006. Les phénomènes d'amplification constatés à l'examen clinique et l'évolution atypique actuelle permettaient raisonnablement de retenir l'influence de facteurs non organiques sur l'évolution défavorable du cas. Il était également possible que le diabète de l'assuré puisse jouer un rôle dans les névralgies qui seraient survenues récemment. Le Dr Q_____ ne préconisait pas une approche chirurgicale de la patella baja et de l'arthrose fémoro-patellaire. Ainsi, la situation devait être considérée comme stabilisée, mais l'assuré devait pouvoir bénéficier, d'après le médecin, d'un suivi médical espacé de l'évolution radio-clinique du genou à long terme et de la prescription d'une médication anti-inflammatoire. Il a conclu que, sur la base des suites objectives ostéo-articulaires de l'accident, la capacité de travail l'assuré était entière dans toute activité sédentaire ou semi-sédentaire n'exigeant pas de marches en terrain irrégulier ou de marches prolongées, étant précisé qu'il ne pouvait se prononcer sur l'influence du facteur psychogène. Par ailleurs, le médecin a estimé l'atteinte à l'intégrité à 20%, en

tenant compte d'une part, d'une patella baja entraînant des altérations dégénératives fémoro-patellaires du genou droit et d'autre part, de l'évolution prévisible, à moyen ou long terme, de cette affection vers une pan-gonarthrose du genou.

22. Sur demande de la SUVA, le dernier employeur de l'assuré a attesté, en date du 21 août 2009, que le revenu mensuel brut de celui-ci aurait été de 5'973 fr. en 2009, complété par une indemnité mensuelle de 130 fr. et par un treizième salaire.
23. Le Dr Q_____ a précisé, en date du 21 août 2009, que, d'un point de vue somatique, l'ancienne activité lucrative, telle que décrite par l'assuré en date du 14 juin 2007, pouvait être exercée à plein temps.
24. Par décision du 24 août 2009, la SUVA a indiqué à l'assuré que conformément à l'examen médical du 7 août 2009, il présentait actuellement une entière capacité de travail dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire, n'exigeant pas de marches en terrain irrégulier ou de marches prolongées, de sorte qu'il pouvait exercer à plein temps sa dernière activité lucrative, soit celle de termineur à l'assemblage terminaison bijouterie à partir du 14 septembre 2009. Ainsi, en l'absence de diminution de la capacité de gain, il n'avait pas de droit à une rente de l'assurance-accidents. Quant aux troubles psychiques, ils n'étaient pas en rapport de causalité adéquate avec l'accident. De plus, il n'y avait pas lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident, de sorte que la SUVA mettait fin au paiement des soins médicaux, hormis à une à deux consultations annuelles avec, si nécessaire, contrôles radiologiques et prescription d'une médication anti-inflammatoire au moyen d'ordonnances renouvelables. Par ailleurs, il résultait de l'appréciation médicale une atteinte à l'intégrité de 20%, de sorte que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité s'élevait à 20%, soit à 21'360 francs. L'effet suspensif de l'opposition était retiré, dans la mesure où la décision réduisait ou supprimait des prestations en cours.
25. Le 17 septembre 2009, l'assuré, représenté par son conseil, a formé opposition à la décision de la SUVA, requérant principalement, la poursuite du versement des indemnités journalières sur la base d'une totale incapacité de travail, la prise en charge de ses frais médicaux encore nécessaires et la restitution de l'effet suspensif, ainsi que, subsidiairement, l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il a fait valoir que son état de santé n'était pas stabilisé et que sa capacité de travail était nulle. De surcroît, une nouvelle opération allait être encore nécessaire. Toutefois, elle ne pouvait pas encore être réalisée, en raison de la présence d'une algoneurodystrophie et d'une arthrose précoce. En ce qui concernait l'indemnité pour atteinte à

l'intégrité, il ne contestait pas le calcul effectué. Il a notamment transmis à la SUVA :

- un rapport du 20 août 2009 de Madame K_____, physiothérapeute, laquelle a notamment retenu que le traitement était essentiellement antalgique et consistait à diminuer l'infiltration par des techniques de pompage articulaire et de drainage manuel ;

- un certificat du 26 août 2009 du Dr P_____, chef de clinique du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, lequel a attesté que l'assuré était en traitement dans son service pour accident depuis 2006 et que son incapacité de travail était totale de 2006 au 31 octobre 2009 ;

- un certificat du 27 août 2009 du Dr _____ qui a déclaré que l'évolution clinique était défavorable, marquée par une algodystrophie du genou droit et une gonarthrose droite précoce; le problème orthopédique n'était actuellement pas résolu et il persistait des gonalgies droites chroniques invalidantes, nociceptives et neurogènes et un handicap fonctionnel important; l'état de santé nécessitait un suivi médical régulier et la poursuite d'un traitement médicamenteux et physiothérapeutique ;

- un rapport du 7 septembre 2009 du Dr P_____ qui a posé les diagnostics de gonalgies droites chroniques d'origine mixte, de status post-fracture multi-fragmentaire de l'épine tibiale droite et rupture complète du ligament le 10 novembre 2006, ainsi que de status post-ostéosynthèse par fixation trans-osseuse de l'épine tibiale le 13 novembre 2006; l'évolution à ce jour était stationnaire, tant au niveau des douleurs que de la mobilité du genou; une composante d'arthrose précoce avait été mise en évidence sur les clichés radiologiques, à laquelle s'était ajoutée une algoneurodystrophie, qui était présente depuis 2 ans et 10 mois; le patient souffrait également d'une amyotrophie importante de son quadriceps, nécessitant un traitement intensif de physiothérapie; le Dr P_____ a conclu que la situation médicale de l'assuré n'était pas réglée ;

- un certificat du 14 septembre 2009 du Dr R_____, indiquant que la capacité de travail était nulle du 1^{er} au 30 octobre 2009.

26. Par courrier du 5 octobre 2009, l'assuré a complété son opposition et a persisté dans ses conclusions. Il a soutenu qu'au vu des documents médicaux au dossier, l'examen pratiqué par le Dr Q_____ était partial. De plus, la reprise

chirurgicale prévue depuis 2007 n'avait pas encore été effectuée. Enfin, son état de santé, nécessitant encore des traitements et un séjour auprès de la CRR notamment, ne pouvait pas être considéré comme stabilisé, ce d'autant plus que le Dr Q_____ avait fixé l'atteinte à l'intégrité en tenant compte du fait que la situation allait encore se détériorer.

27. Dans une appréciation complémentaire du 11 février 2010, le Dr Q_____ a tout d'abord expliqué que l'évolution naturelle d'une algodystrophie du genou était généralement favorable et que, dans le cas de l'assuré, les radiographies du mois de janvier 2008 démontraient déjà une amélioration significative de la déminéralisation dystrophique observée en 2007, ces éléments étant confirmés par la scintigraphie effectuée en 2009. Quant au séjour à la CRR sollicité par l'assuré, il permettrait essentiellement d'apporter un complément d'évaluation psychosomatique, afin d'établir l'influence des éléments psychologiques sur le pronostic du cas. Toutefois, l'indication à une réadaptation stationnaire, laquelle pouvait être posée en 2007 ou en 2008, n'était plus d'actualité, attendu d'une part, que l'amyotrophie musculaire constatée était modeste et d'autre part, que l'évolution vers une patella baja apportait une relative contre-indication à des mesures intensives de kinésithérapie du genou. Par ailleurs, le médecin n'a pas contesté l'existence d'une atteinte dégénérative post-fracturaire débutante du genou susceptible d'évoluer avec le temps, ce qui justifiait un suivi médical espacé à long terme et des mesures symptomatiques ponctuelles, comme indiqué dans son examen final. En revanche, une intervention chirurgicale n'était pas indiquée actuellement, laquelle ne permettrait pas d'améliorer les troubles de l'assuré. Une telle intervention avait déjà été écartée par le Prof. O_____. Il a réservé une éventuelle indication opératoire nécessitée par une aggravation ultérieure de l'atteinte dégénérative, laquelle avait justifié l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité à 20%. Toutefois, l'état arthrosique objectif actuel ne permettait que de retenir une atteinte à l'intégrité ne dépassant pas 10%, de sorte qu'il a proposé de revoir son appréciation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à la baisse, tout en laissant ouverte la possibilité d'une réévaluation future de l'atteinte à l'intégrité. En conclusion, il a confirmé qu'en l'absence de mesures thérapeutiques susceptibles d'améliorer de manière notable l'état somatique de l'assuré, la situation devait être considérée comme suffisamment stabilisée pour permettre le bouclage asséculo-logique du cas.
28. Par courrier du 23 mars 2010, la SUVA a informé l'assuré que le rapport du Dr Q_____ du 11 février 2010 était susceptible de conduire à une reformatio in pejus, concernant le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, et lui a fixé un délai pour se déterminer sur cette question.

29. Le 13 avril 2010, l'assuré, sous la plume de son conseil, a rappelé les termes de son opposition, soit notamment le fait qu'il était prêt à accepter le versement de l'indemnité, et a indiqué que son opposition portait principalement sur la problématique des indemnités journalières et de la prise en charge des frais de traitement. Il a enfin estimé qu'une expertise médicale était indispensable, ce qui était également requis par les médecins conseils de la SUVA.
30. Par décision sur opposition du 22 avril 2010, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré et a entièrement confirmé sa décision du 24 août 2009, tout en précisant qu'un éventuel recours n'aurait pas d'effet suspensif. Sa décision du 24 août 2009 était entrée en force sur la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. La SUVA a tout d'abord conclu qu'il n'existait pas de lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques de l'assuré et l'accident, lequel devait être classé parmi les accidents de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité. En effet, elle a estimé que l'accident n'était pas survenu dans le cadre de circonstances particulièrement dramatiques ou revêtant un caractère particulièrement impressionnant, que les lésions physiques n'étaient pas graves ou propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques et que les traitements médicaux, essentiellement conservateurs, hormis l'intervention chirurgicale du 13 novembre 2006, ne pouvaient pas être considérés comme anormalement longs ou d'une ampleur inhabituelle, eu égard aux séquelles somatiques en cause. En outre, il n'y avait pas d'erreur dans le traitement médical ayant entraîné une aggravation notable des séquelles accidentelles. En ce qui concernait les difficultés apparues lors de la guérison, l'assuré avait développé une algodystrophie du genou droit, mais avait immédiatement bénéficié d'un traitement idoine permettant la régression de cette affection. Quant à l'incapacité de travail, elle ne pouvait pas être qualifiée d'anormalement longue, eu égard au type de traumatisme subi, et a été influencée par des facteurs psychogènes. Enfin, le facteur des douleurs physiques persistantes, dont l'intensité restait toutefois difficile à évaluer, ne revêtait pas, à lui seul, une intensité suffisante propre à faire admettre l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident. En outre, elle a considéré que les rapports du Dr Q_____ présentaient pleine valeur probante et qu'il y avait dès lors lieu de suivre ses conclusions. En particulier, il devait être considéré que l'état de santé somatique de l'assuré était stabilisé et que, dans la mesure où aucun traitement n'était susceptible d'améliorer notablement son état de santé et qu'il n'apparaissait pas que des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité avaient été mises en œuvre, c'était à juste titre qu'elle avait mis fin aux prestations légales au 13 septembre 2009 et qu'elle avait examiné le droit potentiel de l'assuré à une rente d'invalidité. Par ailleurs, au vu des renseignements délivrés par l'ancien employeur et l'assuré, le Dr Q_____ avait estimé que celui-ci présentait une

entière capacité de travail dans sa dernière activité lucrative, de sorte que la SUVA a confirmé, d'une part, la cessation des prestations d'assurance au 13 septembre 2009, hormis la prise en charge de deux consultations annuelles avec contrôles radiologiques et la prescription d'une médication anti-inflammatoire au moyen d'ordonnances renouvelables et d'autre part, le refus d'octroi d'une rente d'invalidité.

31. Par acte du 25 mai 2010, l'assuré, représenté par un conseil, a interjeté recours contre cette décision, requérant principalement, son annulation, la prise en charge des traitements médicaux au-delà du 13 septembre 2009 et la prise en charge de sa perte de gain, en raison d'une incapacité de travail de 100% au-delà du 13 septembre 2009, sous suite de dépens, et subsidiairement, la mise en œuvre d'une expertise. Il a en substance invoqué que son état de santé somatique n'était pas stabilisé, dans la mesure où de nombreux traitements, et notamment de la physiothérapie pour muscler sa jambe, étaient encore en cours et qu'il présentait toujours une totale incapacité de travail. De plus, il a estimé que les rapports d'examen des Dr M_____ et Q_____ ne présentaient pas valeur probante, alléguant que ces médecins avaient un parti pris, qu'ils n'avaient pas tenu compte des rapports présents au dossier et qu'une évaluation au Centre romand de réadaptation aurait dû être effectuée. Par ailleurs, il a contesté que les troubles non organiques ne soient pas en rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'accident, et notamment que l'accident soit à classer dans les accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité. Il a notamment produit

- un rapport du 5 mai 2010 du Dr P_____, lequel a expliqué avoir sollicité un bilan radiologique au vu des douleurs persistantes du recourant, afin de discuter d'une éventuelle intervention; actuellement, le périmètre de marche était de 15 minutes à plat, lors des bons jours; à l'examen clinique, le recourant marchait avec une boiterie à droite, avec un flexum d'environ 10° de son genou droit et il persistait une amyotrophie au niveau de la musculature du membre inférieur droit ;

- un certificat du 1^{er} juin 2010 de ce même médecin, lequel a attesté d'une totale incapacité de travail depuis 2006.

32. Le 22 juin 2010, le recourant a réaffirmé que son état de santé n'était pas stabilisé et a notamment produit un rapport du 8 juin 2010 du Dr P_____, lequel a noté que son périmètre de marche était de 30 minutes les bons jours et a établi que le bilan radiologique du mois de mai 2010 mettait en exergue une consolidation incomplète au niveau du massif des épines, des troubles dégénératifs apparaissant

au niveau de l'articulation fémoro-tibial interne, externe et fémoro-patellaire et un status post-entorse du LLI (ligament latéral interne) avec un ligament augmenté en taille, ainsi qu'une rotule basse et des signes dégénératifs au niveau des interlignes articulaires. Les examens objectivaient des douleurs irradiant dans la jambe droite, des douleurs nocturnes avec sensation d'engourdissement de tout le genou et de la jambe, ainsi que la présence de contractions très invalidantes. L'assuré présentait donc plusieurs problèmes au genou qui évoluait peu favorablement depuis quatre ans. Une prothèse totale du genou n'était pas indiquée à l'heure actuelle, toutefois, une chirurgie pour traiter la rotule basse de l'assuré pourrait être envisagée. Il a ainsi adressé l'assuré au Dr S_____, pour qu'il détermine si une intervention était nécessaire.

33. Lors d'un entretien téléphonique du 5 juillet 2010, le recourant a informé l'intimée qu'un médecin des HUG lui avait proposé, en date du 1^{er} juillet 2010, une greffe du tendon du genou pour voir si la rotule resterait en place et, par la suite, la mise en place d'une prothèse du genou. La SUVA a émis des réserves.
34. Par courrier du 20 juillet 2010, le recourant a fait part au Tribunal cantonal des assurances sociales, compétent jusqu'au 31 décembre 2010, qu'une intervention chirurgicale avait été fixée au 11 octobre 2010.
35. Dans son appréciation du 29 juillet 2010, le Dr Q_____ a indiqué qu'il ne partageait pas l'opinion du médecin des HUG quant à l'indication chirurgicale, laquelle ne permettrait pas d'améliorer les troubles du recourant, compte tenu des antécédents d'algodystrophie et de son contexte psychologique. Cependant, il était prêt à revoir sa position, si un second avis universitaire devait confirmer cette indication. La problématique orthopédique pouvait certes limiter le recourant dans son périmètre de marche, toutefois, sur le plan médico-théorique, le médecin a estimé que le recourant pouvait mettre en valeur une capacité de travail proche de 100% dans une activité principalement sédentaire.
36. Dans une appréciation du 4 août 2010, le Dr T_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a entièrement confirmé l'appréciation du médecin d'arrondissement de la SUVA. Les dernières imageries ne montraient en effet que des modifications arthrosiques débutantes avec des ménisques et des ligaments intacts, sans signe d'algodystrophie. Par ailleurs, il a considéré qu'une opération chez le recourant pour légère patella baja était sans utilité concernant l'arthrose débutante et comportait un risque important d'une nouvelle algodystrophie, de sorte qu'elle était contre-indiquée. Il n'y avait pas de raison orthopédique ou rhumatologique pour laquelle une activité principalement assise, comportant

diverses sollicitations, ne serait pas entièrement exigible du recourant sur le marché général du travail.

37. Sur requête de l'intimée, le Dr _____, chef de clinique du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur des HUG, a posé en août 2010 les diagnostics de gonarthrose débutante, de pseudarthrose du massif des épines tibiales et de patella baja. Les traitements consistaient en physiothérapie et en une intervention chirurgicale prévue pour les mois d'octobre ou novembre 2010. Le médecin a retenu que l'incapacité de travail prévue était indéterminée, mais que le recourant n'avait que peu de gêne pour effectuer sa précédente activité lucrative, laquelle se déroulait essentiellement en position assise, statique, devant un établi. Toutefois, il devait pouvoir étendre la jambe et/ou obtenir un siège haut.
38. Par réponse du 24 septembre 2010, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a fait valoir qu'aucun document médical ne permettait de s'écarter des rapports du Dr Q_____ ni d'ailleurs de l'appréciation du Dr T_____, lesquels avaient notamment retenu que l'état de santé somatique du recourant était bel et bien stabilisé depuis le mois d'avril 2009, qu'aucun traitement ne permettait d'améliorer son état de santé, qu'il présentait dès lors une entière capacité de travail et qu'une opération pour légère patella baja était contre-indiquée, étant précisé que les récents examens radiologiques n'avaient rien permis de déceler de nouveau. En outre, elle a confirmé qu'il n'existait pas de rapport de causalité adéquate entre des troubles non organiques dont souffrait le recourant et l'accident. Par ailleurs, eu égard aux rapports des Drs Q_____, T_____ et S_____, elle a maintenu que le recourant présentait une entière capacité de travail dans son ancienne activité lucrative. Enfin, l'intimée a estimé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en œuvre une expertise médicale, dans la mesure où les rapports présentaient pleine force probante.
39. Par courrier du 21 octobre 2010, le recourant a fait savoir avoir subi une nouvelle intervention, laquelle s'était déroulée en date du 11 octobre 2010.
40. Le 17 novembre 2010, le recourant a fait valoir que cette opération était en lien avec l'accident survenu en novembre 2006 et a requis qu'une expertise judiciaire pluridisciplinaire soit ordonnée. Il a notamment produit
- un certificat du 13 octobre 2010 du Dr S_____, lequel a déclaré que, suite à l'accident du mois de novembre 2006, le recourant avait présenté des raideurs et des gonalgies lors de la mise en charge, problèmes que les médecins avaient convenu de traiter chirurgicalement; selon ce certificat,

« l'intervention a donc consisté en la réalisation d'une arthroscopie diagnostique. Celle-ci a mis en évidence une arthro-fibrose sévère qui a été traitée par arthrolyse arthroscopique. Celle-ci a permis de récupérer des mobilités articulaires tout à fait satisfaisantes ne justifiant donc pas la réalisation d'une ostéotomie de la tubérosité tibiale antérieure. Par ailleurs, différents corps étrangers intra-articulaires ont pu être retirés lors de l'intervention. Ces derniers expliquent probablement, au moins en partie, les douleurs alléguées par le patient lors de la mise en charge » ;

- un compte-rendu opératoire du 14 octobre 2010, attestant de l'arthrolyse arthroscopique subie par le recourant en date du 11 octobre 2010, en raison de raideurs et de douleurs du genou droit;

- un certificat médical du même jour d'un médecin interne des HUG, certifiant de l'hospitalisation du recourant entre le 11 et le 14 octobre 2010 au Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ;

- un rapport du 5 novembre 2010 des médecins de l'Unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG, lesquels ont attesté que le recourant y avait séjourné du 14 octobre au 5 novembre 2010, pour suivre un programme de rééducation intensive pour lutter contre l'enraidissement, améliorer l'amplitude du genou droit et procéder à une rééducation à la marche, ainsi qu'à un renforcement musculaire du membre inférieur droit; ils ont retenu les diagnostics d'arthroscopie et d'arthrolyse du genou droit le 11 octobre 2010 pour arthro-fibrose sévère, post-traumatique, de douleurs mixtes chroniques du genou droit, nociceptives et neurogènes, et de gonarthrose droite tricompartimentale; le recourant présentait une symptomatologie douloureuse complexe, dont l'intensité ne pouvait pas être entièrement expliquée par une composante mécanique; dans la mesure où la situation n'était pas médicalement stabilisée, ils ont conclu à une totale incapacité de travail jusqu'au prochain rendez-vous médical, lequel devait avoir lieu le 30 novembre 2010.

41. Dans son appréciation médicale du 6 décembre 2010, le Dr T_____ a constaté que le rapport opératoire fournissait des éléments nouveaux permettant de considérer que l'intervention d'octobre 2010, laquelle avait en particulier nettement amélioré la mobilité du genou, constituait une rechute brève de l'accident. Toutefois, l'incapacité de travail faisant suite à cette intervention ne devrait pas excéder six semaines, en l'absence de complications.

42. Le 14 décembre 2010, l'intimée a expliqué qu'elle avait refusé, par décision du 27 novembre 2010, de prendre en charge l'intervention chirurgicale du 11 octobre 2010, ainsi que l'incapacité de travail de 100% attestée dès le 1^{er} juin 2010. Le recourant ayant formé opposition, cette question faisait actuellement l'objet d'un examen. En ce qui concernait le cas initial, elle a persisté dans ses conclusions.
43. Selon le certificat médical du 11 janvier 2011 du Dr U_____, les lésions encore actuelles du genou droit étaient "sans l'ombre d'un doute" consécutives à l'accident de 2006. Le recourant était toujours en incapacité de travail complet pour une durée indéterminée.
44. Invitée à se déterminer sur les nouvelles pièces produites, l'intimée a persisté dans ses conclusions, par écriture du 22 février 2011.
45. Le 27 avril 2011, le Dr U_____ a précisé, à la demande de la Cour de céans, compétente depuis le 1^{er} janvier 2011, que l'état de santé du recourant était sans doute provisoirement stabilisé entre août 2009 et octobre 2010, sans nouvelle intervention chirurgicale, puisqu'aucune mesure médicale non orthopédique n'était susceptible de modifier la situation. L'intervention d'octobre 2010 avait fonctionnellement aidé le patient, mais n'avait pas apporté de changement au niveau de la douleur résiduelle qui nécessitait toujours un traitement régulier de petites doses de morphine à longue durée d'action, ainsi que des anti-inflammatoires et antidouleurs. Vraisemblablement, la composante douloureuse ne s'améliorera que très discrètement dans les mois à venir. De surcroît, il existait une gonarthrose droite tri-compartimentale dont l'évolution était incertaine. Selon ce médecin, le recourant avait certainement une capacité de travail résiduelle entre août 2009 et octobre 2010, sans que ce praticien soit en mesure d'en préciser le taux. L'intervention d'octobre 2010 n'était par ailleurs pas prévisible en août 2009, dès lors qu'il fallait observer l'évolution spontanée qui était manifestement lentement défavorable avec une aggravation de la rotule basse et une diminution des amplitudes articulaires. Enfin, à cinq mois de l'intervention, la situation paraissait relativement stabilisée et sous contrôle, avec néanmoins quelques troubles trophiques cutanés, une douleur diffuse du genou, principalement neurogène, et un traitement médicamenteux et physiothérapeutique encore relativement conséquent.
46. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties en date du 25 mai 2011, le recourant a déclaré ce qui suit :
- « En 2009, je n'aurais pas pu reprendre mon travail, car je souffrais d'énormément de douleurs, surtout la nuit, où j'avais des crises de douleurs qui me rendaient insomniaque. A cause des douleurs, je devais

constamment changer de position, à savoir m'asseoir, marcher et beaucoup m'allonger.

Le Dr N_____, qui m'a opéré en 2006 et suivi, pourrait vous donner des renseignements sur ma capacité de travail entre septembre 2009 et août 2010. Il était parti des HUG, mais il est revenu aujourd'hui. Il travaille au service de chirurgie.

J'étais aussi diminué psychiquement par la longueur du traitement.

Aujourd'hui, je n'ai plus l'impression de marcher sur du gravier, mais je dois toujours prendre de la morphine contre les douleurs, ainsi que des anti-inflammatoires. Je suis également encore en rééducation et suis une physiothérapie. »

Le mandataire du recourant a précisé que le certificat médical du Dr P_____ atteste une incapacité de travail encore en août 2009 jusqu'au 31 octobre 2009. Par ailleurs, l'intimée a déclaré qu'elle était finalement d'accord de considérer que le recourant avait subi une rechute en juin 2010 et de lui verser les indemnités journalières.

47. Par courrier du 31 mai 2011, la Cour de céans a informé les parties que le Dr P_____ était en novembre 2008 déjà chef de clinique auprès de la polyclinique des services de chirurgie des HUG, de sorte que le Dr N_____ ne pourrait pas se prononcer sur la capacité résiduelle de travail du recourant entre septembre 2009 et août 2010. En ce qui concernait le Dr P_____, il ne travaillait plus aux HUG, de sorte qu'il n'a plus accès aux dossiers de ceux-ci. Cela étant, la Cour a informé les parties qu'elle gardera la cause à juger et statuera en l'état, sauf avis contraire des parties d'ici au 21 juin 2011.
48. Dans son appréciation du 31 mai 2011, le Dr T_____ a maintenu son appréciation précédente en ce qui concerne l'incapacité de travail et la stabilisation de l'état consécutives à l'opération, en se fondant sur son expérience chirurgicale et des critères objectifs. Il a relevé que, "abstraction faite de l'amplification psychogène des symptômes", le recourant présentait une capacité de travail totale dans son ancien métier ou toute autre activité adaptée.
49. Par courrier du 31 mai 2011, le recourant a sollicité l'audition des Drs P_____ et N_____.

50. Par écritures du 31 mai 2011, l'intimée a relevé que le Dr U_____ partageait l'avis du Dr Q_____, selon lequel l'état de santé du recourant était stabilisé au mois d'août 2009. Le Dr U_____ avait également considéré que l'intervention d'octobre 2010 n'était pas prévisible en août 2009. L'intimée a ainsi persisté à conclure au rejet du recours.
51. Par écritures du 21 juin 2011, le recourant a demandé la mise en œuvre d'une expertise orthopédique, rhumatologique et psychologique pour évaluer sa capacité de travail entre août 2009 et juin 2010.
52. Le 28 juin 2011, la Cour de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de mettre en œuvre une expertise et de la confier au Dr V_____, spécialiste en chirurgie orthopédique à Genève. Elle leur a également communiqué la liste des questions à poser à l'expert.
53. Le 4 juillet 2011, l'intimée a transmis à la Cour de céans copie de sa décision du 4 juillet 2011. Par cette décision, elle a reconnu au recourant le droit aux indemnités journalières du 1^{er} juin 2010 au 11 mars 2011 et à la prise en charge de l'intervention du 11 octobre 2010, ainsi que les frais médicaux jusqu'au 11 mars 2011, hormis un suivi médical espacé de l'évolution radio-clinique du genou à long terme, ainsi que la prescription d'une médication anti-inflammatoire.
54. Le 4 août 2011, le recourant a fait savoir qu'il n'avait aucun motif de récusation envers l'expert et a suggéré de compléter la mission d'expertise. Il a en outre produit notamment les pièces suivantes :
- des quittances de la location de cannes anglaises du 12 octobre 2010 jusqu'au 11 mai 2011 ;
 - des certificats médicaux du Dr U_____ attestant une incapacité de travail totale de juin à août 2011 ;
 - un certificat médical du 27 mai 2011 du même médecin attestant que l'état de santé du recourant évoluait à long terme vers la mise en place d'une prothèse totale ;
 - un rapport non daté de Madame K_____, physiothérapeute attestant une amélioration des amplitudes articulaires, la présence de dysesthésies, mais moins importante qu'auparavant, un œdème périarticulaire du genou droit, amélioré dans un premier temps, puis aggravé avec plus de douleurs.

- les réponses du 18 juillet 2011 du Dr P_____ aux questions posées par la mandataire du recourant, attestant que l'état de santé de celui-ci était en septembre 2009 plus ou moins stationnaire du point de vue des douleurs et des plaintes, tout en précisant qu'il était difficile d'affirmer que l'état était provisoirement stabilisé; ce médecin a précisé que, pendant la période entre septembre 2009 et octobre 2010, le patient présentait des douleurs autant à la marche qu'au repos, associées à des douleurs nocturnes et des insomnies l'obligeant à se coucher ; il devait alterner les positions assise et la marche, pour rendre la vie supportable ; néanmoins, il était difficile de répondre à la question de la capacité de travail résiduelle pendant cette période; il fallait également tenir compte de ce que le patient était sous traitement important d'antalgiques avec de la morphine à l'époque; enfin, les médecins ont voulu éviter une opération en août 2009, par peur de réactiver l'algoneurodystrophie, et cette opération a finalement été proposée en octobre 2010 ;
- un certificat médical du 27 juillet 2011 du Dr U_____ attestant que le recourant était hospitalisé durant près de trois semaines à la suite de l'opération et a été incapable de travailler pendant trois semaines après sa sortie ; en raison d'importantes douleurs résiduelles, il devait marcher avec deux cannes anglaises jusqu'au début de l'année 2011 ; aujourd'hui, il marchait sans cannes et on constatait une amélioration fonctionnelle indéniable, même si les douleurs étaient toujours très présentes avec une composante inflammatoire autour du genou très nette ; huit mois après la dernière arthrolyse, le Dr U_____ estime que la situation n'est pas encore stabilisée et l'évolution très lentement favorable.

55. Le 12 août 2011, l'intimée a adhéré au choix de l'expert et à la mission de celui-ci, tout en précisant qu'il n'appartenait pas à l'expert de répondre à la question de savoir si le traitement était anormalement long.

EN DROIT

1. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPG), l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux

du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; ATFA non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4).

2. En l'occurrence se pose la question de la capacité de travail du recourant entre septembre 2009, mois au cours duquel l'intimée a cessé ses prestations, et mai 2010.

Même en admettant que l'état de santé du recourant était le cas échéant provisoirement stabilisé pendant cette période, il y a des doutes quant au recouvrement d'une capacité de travail à 100 %, compte tenu des constatations faites lors de l'arthroscopie du 11 octobre 2010, de l'importance des douleurs alléguée et du lourd traitement antalgique. Par ailleurs, les médecins traitant, les Dr U _____ et P _____, n'ont pas répondu à cette question.

Cela étant, il s'avère nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire, laquelle sera confiée au Dr V _____.

Enfin, dès lors qu'un nouveau litige est né concernant la durée de l'incapacité de travail et la stabilisation de l'état de santé du recourant suite à l'intervention du 11 octobre 2010, l'expertise portera également sur ces questions, par économie de procédure, même si cela ne fait pas l'objet de la présente procédure.

3. Quant à la mission de l'expert, la Cour tiendra compte des remarques du recourant. En ce qui concerne celles de l'intimée, la question incriminée sera maintenue, dès lors qu'il peut être intéressant d'avoir l'avis d'un expert concernant la durée d'un traitement médical, même si, en fin de compte, il s'agit d'une question juridique.

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

Statuant préparatoirement

- A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.
- B. La confie au Dr V_____.
- C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :
- Prendre connaissance du dossier médical de Monsieur J_____.
 - Examiner personnellement l'expertisé.
 - Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'expertisé, en particulier des médecins traitants.
 - S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant.
 - Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes :
 1. Sur la base du dossier, quels diagnostics, en rapport avec l'accident, doivent être retenus en septembre 2009 ?
 2. Les plaintes de Monsieur J_____ en 2009, notamment les douleurs alléguées, sont-elles, au degré de la vraisemblance prépondérante, compatibles avec les atteintes constatées ou estimez-vous qu'elles sont dues à des facteurs non organiques, respectivement psychiques?
 3. Quelles limitations et douleurs ont engendrées les atteintes post-traumatiques que vous avez retenues en septembre 2009, au degré de la vraisemblance prépondérante ?
 4. L'état de santé de Monsieur J_____ était-il provisoirement stabilisé en septembre 2009 ?
 5. L'expertisé présentait-il, entre septembre 2009 et mai 2010, une capacité de travail complète dans une activité adaptée, au degré de la

vraisemblance prépondérante, sur la base du dossier médical et des renseignements pris auprès des médecins traitants ? Dans la négative, quel était selon toute vraisemblance le taux de capacité de travail ?

6. Peut-on considérer que, déjà en septembre 2009, la durée du traitement des lésions post-traumatiques était particulièrement longue ?
7. Partagez-vous les conclusions de l'examen final du Dr Q_____ du 7 août 2009, notamment en ce qui concerne la stabilisation de l'état et la capacité résiduelle de travail ?
8. Quelles limitations fonctionnelles présente Monsieur J_____ après l'intervention d'octobre 2010 ?
9. Son état est-il aujourd'hui stabilisé et, si oui, depuis quand ? Dans la négative, quand son état sera-t-il stabilisé vraisemblablement ?
10. Quelle est la durée de l'incapacité de travail totale suite à l'intervention d'octobre 2010 et comment la capacité de travail résiduelle de l'expertisé a-t-elle évolué depuis lors ?
11. Quel est votre pronostic ?

D. Invite le Dr V_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires à la Chambre de céans.

E. Réserve le fond.

La greffière

La Présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le