

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2553/2009

ATAS/169/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 22 février 2010

En la cause

Monsieur S _____, domicilié à Genève, représenté par
PROCAP service juridique

recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, division juridique, Fluhmattstrasse 1, postfach
4358, 6002 Luzern

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur S_____ (ci-après : l'assuré), né en 1969, de nationalité portugaise, sans formation professionnelle, célibataire, domicilié en Suisse depuis 1996, après y avoir séjourné de 1991 à 1992, est titulaire d'une autorisation d'établissement C.
2. L'assuré a exercé une activité de peintre en bâtiment auprès de l'entreprise X_____ depuis le 1^{er} février 2004 et était assuré à ce titre contre le risque accident auprès de la Caisse Nationale Suisse d'Assurances (ci-après : la SUVA).
3. Le 21 février 2005, il a subi un accident professionnel (chute dans des escaliers) ayant occasionné une rupture de ligament croisé et des lésions méniscales du genou droit suite à une grave entorse.
4. L'assuré a été suivi par le département de chirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) puis par la Doctoresse A_____, FMH en rhumatologie et médecine physique et rééducation.
5. Selon le rapport de la Doctoresse A_____, l'assuré a été en incapacité totale de travailler dès le 21 février 2005.
6. L'examen par le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Docteur B_____, du 17 août 2005, a conclu à une situation pas du tout stabilisée et à une incapacité de travail totale justifiée.
7. Le 16 septembre 2005, l'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité.
8. Le 13 octobre 2005, le Docteur C_____ du département de chirurgie des HUG a estimé que les douleurs de l'assuré étaient peu compatibles avec les lésions ménisco-ligamentaires vues à l'IRM.
9. Le 24 octobre 2005, X_____ Entreprise peintures, papiers peints carrelages a rempli le questionnaire pour l'employeur en indiquant un engagement depuis le 1^{er} février 2004, un salaire annuel de 62'158 fr. en 2004 (sur onze mois) et de 66'000 fr. depuis le 1^{er} mai 2005.
10. Le 2 novembre 2005, le Docteur C_____ a constaté que l'assuré se plaignait toujours de douleurs au genou droit dès la mobilisation. Une plastie était à envisager quand les douleurs cesseraient.
11. Le 4 novembre 2005, la Doctoresse A_____ a attesté qu'elle suivait le patient depuis le 9 mai 2005 lequel se plaignait de douleurs aux deux genoux (le genou gauche ayant été accidenté en 1995) et de dorsalgies, plaintes en rapport avec la problématique de rupture du ligament croisé articulaire. Une autre activité que celle exercée jusqu'à maintenant était exigible.

12. L'assuré a séjourné du 8 au 24 novembre 2005 à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) à Sion qui a conclu à la nécessité d'une intervention vu l'insuffisance ligamentaire; le consilium psychiatrique du 14 novembre 2005 a conclu à un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive (F 43.2).
13. Le 3 février 2006, l'employeur de l'assuré a attesté d'un salaire de 27 fr. 35 de l'heure pour 42,5 heures par semaine et d'une gratification de 8,33 %.
14. Le 10 mai 2006, l'assuré a subi aux HUG une plastie du ligament croisé antérieur du genou droit et une ménisectomie interne partielle, intervention qui, selon le rapport de la Doctoresse A_____ du 4 septembre 2006, n'a pas amélioré la situation et l'a même aggravée sur le plan des douleurs, entraînant une incapacité de travail dans toute activité. Le 26 septembre 2006, elle a attesté d'une aggravation avec algoneurodystrophie et des dorso-lombalgies et gonalgies.
15. Le 19 septembre 2006, la CRR a rendu un rapport suite au séjour de l'assuré du 13 juin au 25 août 2006. Elle a posé les diagnostics de :
 - thérapies physiques et fonctionnelles;
 - gonalgies droites et persistantes;
 - instabilité du genou droit et ménisectomie interne partielle le 10.05.2006;
 - troubles dégénératifs avec ulcération cartilagineuse et œdème sous-chondral des compartiments externes et internes sur l'IRM du 23.02.2005

et a conclu à terme, si la reprise de l'ancienne activité s'avérait impossible, à une pleine capacité de travail dans un travail moins contraignant pour les genoux, la situation n'étant pour l'instant pas stabilisée et l'incapacité de travail actuellement totale.

A la sortie le patient marchait sans canne, avec boiterie de décharge du membre inférieur droit. Il n'y avait pas d'argument pour une algodystrophie. Il n'y avait pas d'explication objective pour les importantes plaintes alléguées par le patient, hormis quelques troubles dégénératifs.

Le consilium psychiatrique du 10 juillet 2006 a conclu à l'absence de diagnostics psychiatrique avec un champ plus psychopathologique. Le rapport de physiothérapie du 28 août 2006 a relevé une ponctualité et coopération moyenne du patient, très centré sur sa douleur, ce qui avait empêché la mise sur pied d'un plan de rééducation fonctionnelle.

16. Le 5 octobre 2006, le Docteur B_____ a estimé que les dorsalgies n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident du genou droit et qu'il n'y avait aucune lésion objectivée au niveau rachidien.
17. Le 29 novembre 2006, le Docteur D_____ du Département de chirurgie des HUG a attesté d'une vraisemblable complication, suite à l'intervention, soit une algoneurodystrophie. L'évolution après l'intervention avait été plutôt défavorable. Le patient ne marchait sans béquilles qu'à l'intérieur de la maison.
18. Le 1^{er} février 2007, le Docteur E_____, FMH chirurgie orthopédique et médecine du sport, a attesté d'une crise inflammatoire du genou droit et d'une algoneurodystrophie floride ainsi que d'un syndrome de surcharge compensatoire du genou gauche.
19. L'assuré a signalé à la SUVA lors d'un entretien du 6 février 2007 que son état ne s'était pas amélioré, qu'il nécessitait des cannes pour marcher et une attelle, sans quoi son genou lâchait.
20. Le 21 février 2007, l'employeur a indiqué que le salaire 2007 était identique à celui de 2006.
21. Le 5 avril 2007, le Docteur F_____, FMH chirurgie orthopédique, a considéré qu'un reconditionnement musculaire était souhaitable et ne pensait pas que le patient puisse reprendre son travail de peintre, le genou droit présentant déjà des signes de gonarthrose. L'évolution était défavorable depuis un mois.
22. le 23 avril 2007, l'assuré a été examiné par le Docteur G_____, lequel a relevé que la situation n'était pas du tout stabilisée, que l'incapacité de travail totale était justifiée et qu'une hospitalisation à Beau-Séjour était souhaitable.
23. Par décision du 30 avril 2007, la SUVA a refusé de prendre en charge les frais liés aux lésions lombaires et au genou gauche.
24. Le 8 mai 2007, le Docteur F_____ a confirmé une évolution défavorable.
25. L'assuré a séjourné aux HUG, Unité de rééducation locomotrice du 31 mai au 27 juin 2007. Les diagnostics posés ont été les suivants, selon un rapport du 17 juillet 2007 :
 - "douleurs chroniques du genou droit sur instabilité antérieure majeure chronique.
 - Accident de chantier le 21.02.2005 : avec rupture du LCA du genou droit et déchirure de la corne postérieure des ménisques interne et externe du genou droit, traitée par plastie du LCA et ménissectomie partielle interne, le

10.05.2006. Déchirure de la plastie et redéchirure du ménisque interne à l'IRM de mai 2007.

- Neurapraxie du nerf cubital gauche au coude.
- Syndrome de surcharge du genou gauche.
- Dysfonctions dorsales et de la ceinture scapulaire sur syndrome myofascial".

L'assuré était totalement incapable de travailler. Il est mentionné que l'assuré quitte le service étant autonome avec deux cannes, et une limitation du périmètre de marche à 1 km/h maximum/j. avec toujours des douleurs dorsales à composante myofasciale, développées depuis l'utilisation des cannes, des douleurs de type surcharge du genou gauche et des douleurs chroniques au niveau du genou droit.

26. Le 12 septembre 2007, l'assuré a déclaré lors d'un entretien avec la SUVA que son état empirait.
27. Le 1^{er} octobre 2007, la Doctoresse A_____ a informé la SUVA que l'assuré souffrait aussi de vertiges non encore investigués et de gastrites suite au traitement médicamenteux.
28. Le 20 novembre 2007, la Doctoresse A_____ a confirmé une incapacité de travail totale. Un reclassement professionnel devait être considéré. Le patient ne pouvait pas travailler debout à cause des béquilles et devait changer de position du membre inférieur droit en raison des douleurs.
29. Le 6 février 2008, l'assuré a été examiné par le Docteur G_____ lequel a conclu le 8 février 2008 à une atteinte du genou droit encore sévère et une incapacité de travail totale comme peintre en bâtiment, probablement définitive, les capacités professionnelles résiduelles devant être examinées à la CRR.
30. Le 4 mars 2008, la Doctoresse A_____ a rempli un rapport médical intermédiaire AI dans lequel elle a attesté que l'état était stationnaire, qu'il existait des douleurs, une inflammation chronique du genou droit et une instabilité majeure ainsi qu'une algoneurodystrophie après l'intervention du 10 mai 2006.

La marche était difficile avec deux cannes, l'incapacité de travail totale comme travailleur du bâtiment et la capacité de travail dans une autre activité à évaluer par un stage SUVA en avril 2008.

31. Le 15 avril 2008, l'employeur a indiqué que le salaire 2008 était identique à 2007 et à 2006, lequel était de 27 fr. 35 de l'heure x 42,5 heures par semaine plus gratification 13^{ème} de 8,33 %.

32. L'avis de sortie du 15 mai 2008 de la CRR qui fait suite à l'hospitalisation de l'assuré du 22 avril au 15 mai 2008 a relevé qu'un changement de profession était indiqué.
33. Le rapport de la CRR du 12 juin 2008 a mentionné que l'assuré se plaignait de gonalgies droites permanentes, de gonalgies gauches, de lombalgies et d'épigastralgies.

En fin de séjour il n'y avait aucune amélioration s'agissant du membre inférieur droit. La coopération du patient était moyenne et le comportement douloureux très démonstratif. Le patient sous-estimait ses aptitudes fonctionnelles de façon importante. Un diagnostic d'algodystrophie ne pouvait être retenu. Il y avait plutôt des troubles dégénératifs actifs avec synovite.

Ce rapport relève que "d'un point de vue professionnel, dans le contexte d'un status après plastie du LCA, avec rupture itérative du LCA et d'une gonarthrose, l'assuré présente les limitations suivantes : pas de marche en terrain irrégulier, pas de montée et descente fréquente des escaliers, pas de port de charge lourde au-dessus de 15 kg, pas de travail en position agenouillée ou accroupie. D'un point de vue médico-théorique, dans une activité adaptée, la capacité de travail serait complète. Cependant, le comportement douloureux adopté par le patient, son attitude passive et fataliste son manque de réceptivité aux explications, la pensée de type catastrophisation et focalisation sur la douleur, rendent probablement illusoire actuellement toute tentative de reconversion professionnelle. D'un point de vue médical, la situation est stabilisée. Il nous semble important de ne pas intervenir ni chirurgicalement, ni par des mesures thérapeutiques semi-invasives chez ce patient.

Du point de vue psychique, "l'assuré se plaint d'une baisse de moral, surtout le matin accompagné de vertiges et d'angoisses face à son avenir incertain, de nervosité, d'irritabilité, de ruminations et de solitude". Il n'y a pas de pathologie psychiatrique.

Le consilium neurologique du 29 avril 2008 a exclu une polyneuropathie et un substrat neurologique organique.

34. Le 25 juin 2008, le Docteur G_____ a estimé une atteinte à l'intégrité de 15 % et conclu à la prise en charge par la SUVA de quatre à six consultations annuelles chez le médecin-traitant, des médicaments antalgiques et l'orthèse du genou droit.
35. Par courrier du 7 juillet 2008, la SUVA a informé l'assuré que l'indemnité journalière entière lui serait versée jusqu'au 30 novembre 2008. Postérieurement, une décision sur le droit à la rente interviendrait.

36. Le 21 juillet 2008, le Docteur H_____ du SMR a estimé que la capacité de travail de l'assuré était de 100 % dès juillet 2008.
37. Le 26 septembre 2008, la réadaptation professionnelle, à la suite d'un entretien du même jour, a indiqué que l'assuré se trouvait dans un contexte subjectif négatif.
38. Le 20 octobre 2008, la réadaptation professionnelle a estimé que des mesures n'étaient pas indiquées, l'assuré se considérant inapte à reprendre une activité professionnelle. Le degré d'invalidité était de 17 % compte tenu d'un revenu sans invalidité à 100 % de 65'480 fr. et d'un revenu d'invalidité à 100 % de 54'203 fr. fondé sur les ESS 2006, tableau TA1, niveau 4, pour une durée hebdomadaire de travail de 41,7 heures et une déduction de 10 % (pour limitations fonctionnelles).
39. Par projet d'acceptation de rente du 29 octobre 2008, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a octroyé à l'assuré une rente entière du 21 février 2006 au 30 septembre 2008, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %.

Dès le 1^{er} septembre 2008, le degré d'invalidité de 17 % n'ouvrait pas droit à prestations.

40. Le 17 novembre 2008, la Doctoresse A_____ a rendu un rapport médical en relevant que le patient souffrait, à la suite de l'accident, probablement d'une majoration des troubles dégénératifs déjà existants. Dans les suites de l'opération du 10 mai 2006 une algoneurodystrophie était apparue, une distension du greffon et la présence d'un fragment osseux indépendant. Il avait besoin d'un traitement antalgique. Il nécessitait deux cannes anglaises pour ses déplacements et une attelle au genou. Il ne pouvait porter de charges.

Elle a listé les facteurs défavorables à la reprise d'une activité dite adaptée comme suit :

- "Monsieur S_____ est hermétique à toute discussion concernant une reprise de travail ou un reclassement professionnel, il est convaincu de ne plus pouvoir rien faire. Il se ferme lui-même les portes.
- Personnellement je l'ai vu souffrir et je le crois. Actuellement, le genou est nettement moins chaud, cependant à chaque pas les douleurs mécaniques de frottement sont présentes. C'est le comportement d'amplification qui diminue sa crédibilité.
- Pour avoir un autre avis psychiatrique dans cette histoire complexe et éventuellement être appuyée par rapport aux démarches AI, j'ai donné à Monsieur S_____ l'adresse d'un conseiller et l'ai engagé plusieurs fois à prendre contact ce qu'il n'a jamais fait. Je lui ai donné un traitement anxiolytique et antidépresseur qu'il a de son propre chef arrêté.

- Après l'accident Monsieur ressentait des vertiges, il n'est jamais allé passer les tests spécifiques auprès d'un ORL, il ne s'est pas présenté au rendez-vous pris par mes soins alors que l'examen aurait été pris en charge par la SUVA.
 - Les gastralgies sont exacerbées par les médications anti-inflammatoires dans le contexte d'un Hélicobacter certainement présent dans l'estomac avant l'accident, la SUVA est entrée en matière pour les frais médicaux. Il se peut que l'Hélicobacter soit résistant au traitement antibiotique et cela est du domaine LAMAL. Monsieur S_____ ne veut engager aucun soin supplémentaire ayant une franchise d'assurance très élevée.
 - Les lombalgies n'ont à mon sens rien à voir avec le traumatisme, j'ai demandé une scintigraphie osseuse qui a écarté un traumatisme sur toute la colonne. Je ne peux demander plus actuellement étant limitée par les mêmes raisons que ci-dessus".
41. Le 27 novembre 2008, l'assuré, représenté par PROCAP, a requis de l'OAI un complément d'instruction car le SMR se fondait exclusivement sur la procédure LAA alors même que la SUVA avait écarté les problèmes lombaires, gastroentérologiques et du genou et coude gauches. En plus, il souffrait de vertiges. Le revenu avec et sans invalidité était aussi contesté.
42. Le 9 décembre 2008, le Dr H_____ du SMR a rendu un "avis médical sur audition" en relevant que l'activité sédentaire, en position assise avec possibilité de changer de position qui était exigible pouvait également être effectuée en présence de lombalgies et de gonalgies gauches. Par ailleurs, les gastralgies n'étaient pas incapacitantes et facilement traitables. Enfin, la Doctoresse A_____ expliquait que l'assuré se considérait lui-même comme incapable de travailler et n'était pas collaborant, sans indiquer qu'il ne pourrait effectuer un travail adapté.
43. Le 12 décembre 2008, la SUVA a retenu cinq postes de travail considérés comme adaptés à l'état de santé de l'assuré et un salaire annuel moyen de 51'131 fr., soit employé de bureau (service clients), collaborateur de production (montage et employé à la presse), praticien en logistique (emballage) et ouvrier en montage.
44. Par décision du 16 décembre 2008, la SUVA a calculé un degré d'invalidité de 19 % et alloué une rente en conséquence (mensuelle de 799 fr. 55) ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 16'020 fr. (15 %). Le revenu sans invalidité était de 65'478 fr. (soit 27 fr. 35 x 8,5 x 5 x 52 + 13^{ème} salaire) et le revenu d'invalidité de 53'200 fr.
45. Le 13 janvier 2009, la Doctoresse A_____ a écrit au mandataire de l'assuré qu'une opposition à la décision de la SUVA était justifiée car ce dernier présentait des signes inflammatoires chroniques du genou droit et des douleurs chroniques exacerbées dès le moindre mouvement et présentes au repos, nécessitant la prise

constante d'antalgiques et entraînant un sommeil perturbé et des troubles de concentration limitant une activité professionnelle. L'assuré devait porter une orthèse au genou droit et présentait des lésions dégénératives douloureuses de ce genou. Il devait se déplacer en tout temps avec deux cannes anglaises. Il ne pouvait qu'exercer un travail à 100 % en position assise, sans port de charges en raison des cannes anglaises et sans déplacement régulier.

46. Par décision du 30 janvier 2009, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 21 février 2006 au 30 septembre 2008 en constatant que la capacité de travail était nulle depuis le 21 février 2005 et entière dans une activité adaptée dès le 1^{er} juillet 2008 de sorte que dès le 1^{er} octobre 2008, le degré d'invalidité était de 17 %.
47. Le 29 janvier 2009, l'assuré a fait opposition à la décision de la SUVA du 16 décembre 2008 en faisant valoir qu'elle ne tenait pas compte de ses réelles limitations fonctionnelles, que le revenu sans invalidité, imprécis, devait se fonder sur l'ESS 2006 (TA1, position 45, niveau 3) soit 72'000 fr. en 2008 et un revenu d'invalidité devait être celui d'un travail en atelier protégé en raison de la nécessité de travailler assis, la jambe allongée.
48. Le 2 mars 2009, l'assuré a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision de l'OAI du 30 janvier 2009 (procédure A/694/2009 - AI) en concluant à son annulation et à la constatation de son droit aux prestations. Une expertise pluridisciplinaire était requise.

L'évolution de son genou droit avait été défavorable depuis l'intervention du 10 mai 2006. Les troubles additionnels suivants avaient échappés au SMR, lequel avait à tort considéré qu'il s'agissait d'un cas essentiellement SUVA : neuropraxie du nerf cubital gauche (coude); surcharge du genou gauche, dysfonction dorsale et de la ceinture scapulaire sur syndrome myofascial; éléments anxieux très importants avec dépression larvée justifiant un traitement de rémeron ainsi que des problèmes gastriques et des vertiges.

S'agissant du taux d'invalidité, le revenu sans invalidité indiqué par l'employeur le 24 octobre 2005 était de 66'000 fr.. Ce revenu aurait dû évoluer. C'était à tort que l'intimé prenait en compte un revenu de 65'480 fr.. En présence d'informations contradictoires, il fallait se fonder sur l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2006, TA1, position 45, niveau 3, indexé en 2007, pour 41,7 heures par semaine; on parvenait à un revenu de 71'966 fr. 80. Le revenu d'invalidité devait se fonder sur une activité en atelier protégé. Dans le cas contraire, une déduction maximale de 25 % devait être opérée. Enfin, il avait droit à des mesures de reclassement vu le taux d'invalidité de 17 %, proche du 20 % et de son jeune âge.

49. Le 24 mars 2009, le Docteur H_____ du SMR a relevé qu'une dépression larvée n'était pas invalidante et que la Doctoresse A_____ admettait elle-

même qu'un travail en position assise, avec possibilité de relaxer le membre inférieur droit sans port de charge et sans déplacement régulier était possible à 100 %. Une nouvelle expertise n'était donc pas nécessaire.

50. Le 31 mars 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours A/694/2009 en arguant que tous les médecins reconnaissaient au recourant une capacité de travail de 100 %. Même si les gastralgies et l'état dépressif étaient invalidants, on pouvait reprocher au recourant de ne pas avoir entrepris tout ce qui était exigible pour réduire l'incapacité de travail. L'assuré n'avait pas manifesté d'intérêt à reprendre le travail, ce qui justifiait le refus de toutes mesures de réadaptation professionnelle. Enfin, le revenu d'invalidé pouvait être fixé sans qu'il soit nécessaire de déterminer précisément les activités possibles et le revenu sans invalidité provenait des informations fournies par l'employeur soit 65'480 fr. par an, en 2006, 2007 et 2008.
51. Le 8 mai 2009, l'assuré a répliqué en relevant qu'il n'était pas tenu compte de toutes ses pathologies, en particulier de la complication post-opératoire de type algodystrophique. L'évaluation de la Doctoresse A_____ ne valait que sur le plan rhumatologique. L'OAI devait déterminer précisément quelles activités concrètes il était capable d'exercer. Des mesures de réinsertion étaient requises.
52. Une scintigraphie osseuse partielle des genoux du 25 mai 2009 a conclu à un diagnostic différentiel d'arthrite et un élément de périostite du genou droit, sans argument en faveur d'une algoneurodystrophie du membre inférieur droit.
53. Le 15 juin 2009, le Dr H_____ a rendu un avis médical en précisant que les problèmes lombaires, scapulaires, du genou gauche et du coude relevaient bien du domaine de la rhumatologie, compétence de la Doctoresse A_____. Quant au problème psychique invoqué, l'assuré avait refusé de se rendre chez un psychiatre pas plus que, s'agissant de gastralgies, il ne s'était rendu chez un gastro-entérologue.
54. Le 24 juin 2009, l'OAI a dupliqué en précisant que l'assuré ne remplissait pas les conditions d'octroi de mesures de réinsertion (notamment une incapacité de 50 % au moins durant six mois au minimum) puisque le SMR l'avait reconnu capable de travailler à 100 % et s'est référé à l'avis du SMR du 15 juin 2009.
55. Par décision du 29 juin 2009, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré. Les conclusions de l'expertise de la CRR étaient pertinentes et n'étaient en particulier pas valablement remises en cause par la Doctoresse A_____. Le revenu annuel d'invalidé calculé selon les DPT versés au dossier était de 53'200 fr. Il était de 55'080 fr. 20 si l'on se fondait sur les chiffres de l'ESS 2006, adaptés à 2008, avec un abattement de 10 %. Le salaire sans invalidité était de 65'478 fr. selon les indications de l'employeur, de sorte que le degré d'invalidité était bien de 19 %.
56. Une arthrographie et arthro-IRM du genou droit du 2 juillet 2009 a conclu à une gonarthrose fémoro-tibiale et une tuméfaction des tissus mous prérotuliens.

57. Le 17 juillet 2009, l'assuré, représenté par PROCAP, a recouru par devant le Tribunal de céans à l'encontre de la décision sur opposition de la SUVA du 29 juin 2009 (procédure A/2553/2009) en concluant à son annulation, à l'ordonnance d'une expertise orthopédique et à la constatation de son droit aux prestations, subsidiairement, au renvoi du dossier à la SUVA pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Les avis au dossier étaient très contradictoires, notamment s'agissant de la présence d'une algoneurodystrophie et/ou d'un fragment osseux en projection des épines tibiales, de sorte qu'un complément d'instruction était nécessaire. Les conditions de travail en raison de ses limitations fonctionnelles étaient, en outre, incompatibles avec les exigences du marché du travail.
58. Le 25 août 2009, la SUVA a conclu au rejet du recours en relevant que l'hypothèse du fragment osseux n'avait été évoquée qu'une fois par la Doctoresse A_____ et jamais confirmée ensuite et l'algodystrophie n'avait plus été retenue en fonction d'examens IRM et scintigraphiques.
59. Le 28 août 2009, le Docteur F_____ a rendu un rapport dans lequel il mentionne avoir examiné le patient le 27 août 2009, que l'évolution depuis le 5 avril 2007 était tout à fait défavorable, que l'examen clinique n'était guère possible en raison des douleurs, qu'il était actuellement totalement incapable de travailler, que la scintigraphie du 25 mai 2009 et l'arthro-IRM du 2 juillet 2009 confirmaient un état inflammatoire.
60. Le 17 septembre 2009, la Doctoresse A_____ a attesté qu'elle avait revu le patient le 15 septembre 2009, que la symptomatologie douloureuse avait augmenté, que le genou était difficilement testable, que le genou gauche présentait une exacerbation douloureuse sur gonarthrose en relation avec la surcharge, que l'utilisation chronique des cannes et le déconditionnement musculaire global induisaient des tensions musculaires et des contraintes articulaires aux niveaux charnières des segments, qu'en raison des douleurs intenses de caractère inflammatoire du genou droit le patient ne pouvait exercer aucune activité professionnelle même en position assise.
61. Le 21 septembre 2009, l'assuré a répliqué à la réponse de la SUVA en invoquant une aggravation de son état de santé, attestée par les Docteurs F_____ et A_____. Une instruction complémentaire était justifiée.
62. A la demande du Tribunal de céans, le Dr I_____ de la Clinique romande de réadaptation (CRR) a indiqué le 24 septembre 2009 qu'une incapacité de longue durée pour la profession de peintre en bâtiment avait été reconnue au recourant, que les capacités résiduelles avaient été définies mais que l'exigibilité était du ressort du médecin d'agence de la SUVA. Il était impossible de confirmer le rapport de la Dresse A_____ qui avait été établi plusieurs mois après la sortie de la CRR le

25 mai 2008. Pour ce qui concernait l'affection du genou, il n'était cependant pas fait état d'éléments médicaux nouveaux.

63. Le 13 octobre 2009, la SUVA a dupliqué en observant que l'aggravation de l'état de santé alléguée était postérieure à la décision litigieuse, qu'aucun élément objectif nouveau n'était de toute façon amené, qu'en tant que de besoin les examens d'imagerie pouvaient être soumis à la CRR.
64. Le "29 janvier 2009", la Doctoresse A_____ a indiqué que la SUVA ne retenait pas de laxité du genou, démontrée par les médecins orthopédistes, qu'elle n'avait pas pu être testée par le Docteur F_____ en raison des douleurs et qu'elle ne pouvait s'améliorer que par une intervention chirurgicale.
65. Par ordonnance du 16 novembre 2009, le Tribunal de céans a versé une copie des pièces du dossier A/694/2009 - AI dans le dossier LAA - A/2553/2009.
66. A la demande du Tribunal de céans, la Dresse A_____ a rendu un avis médical le 2 décembre 2009 relevant que, depuis mai 2009, l'assuré présentait en plus des douleurs mécaniques des douleurs de type inflammatoire prépondérantes et permanentes, une fatigue sévère en lien avec la perte de sommeil et des difficultés dans ses déplacements, qu'un traitement de morphine était tenté, que courant juin l'assuré ne pouvait plus poser le pied par terre pendant plusieurs jours, que la scintigraphie du 25 mai 2009 montrait une inflammation très intense et une évolution chronique persistante, qu'en raison des douleurs sur le phénomène inflammatoire sa capacité de travail était nulle depuis mai 2009, qu'enfin il était suivi depuis un mois par le Dr J_____ en raison d'un trouble dépressif consécutif aux douleurs.
67. Le 16 décembre 2009, l'assuré a estimé que le rapport de la Dresse A_____ établissait l'aggravation et permettait d'admettre dans la procédure AI et dans la procédure LAA une incapacité de travail totale depuis mai 2009, dans n'importe quelle activité, de sorte que la rente d'invalidité à 100 % devait être réintroduite en tout cas dès le 1^{er} mai 2009.
68. Le 7 janvier 2010, l'OAI a constaté que l'aggravation de l'état de santé du recourant, reconnue de façon indéniable par le SMR dans un avis du 7 janvier 2010, était survenue postérieurement à sa décision du 30 janvier 2009, de sorte qu'une nouvelle demande pouvait être déposée par le recourant.
69. Le 21 janvier 2010, le Dr K_____, FMH chirurgie orthopédique médecin de la SUVA, a rendu une appréciation médicale. Il a relevé qu'il n'avait pu prendre connaissance que des investigations d'imagerie faites les 21 février 2005, 23 avril et 2 mai 2008. Sans avoir vu la scintigraphie du 28 avril 2008, il avait l'impression qu'il y avait même une amélioration par rapport à celle du 25 mai 2009. Il y avait une différence d'interprétation, le Dr L_____ évoquant une arthrite alors que le

Dr M _____ parlait de troubles dégénératifs. Il ne pouvait pas dire lequel avait raison. Quant à l'arthro-IRM du 2 juillet 2009, elle démontrait que la situation ne s'était pas dégradée depuis la clôture administrative du cas. Le Dr F _____ (rapport du 27 août 2009) ne s'était fondé que sur les plaintes du patient de sorte que c'était à tort qu'il s'était prononcé sur la capacité de travail de l'assuré. La Dresse A _____ parlait d'inflammation (rapport du 2 décembre 2009) laquelle n'avait toutefois pas pu être élucidée et avait déjà été analysée et rejetée par les médecins de la CRR. La Dresse A _____ ne pouvait ainsi se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré. En conclusion, il n'y avait pas d'éléments nouveaux, en particulier, pas d'état inflammatoire. Il n'y avait pas d'explication satisfaisante ou plan somatique des douleurs. Il y avait de troubles dégénératifs. L'exigibilité devait être confirmée.

70. Le 1^{er} février 2010, la SUVA a considéré que la situation ne s'était pas péjorée, qu'il n'y avait en particulier pas d'arthrite, ni de synovite, ni d'inflammation de sorte qu'elle maintenait ses conclusions.
71. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

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

2. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).
3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité LAA supérieure à celle de 19 %, accordée depuis le 1^{er} décembre 2008.
4. a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 2 al. 2 LAMal; art. 9 al. 1 OLAA, dans leur teneur en vigueur au moment de l'événement du 2 septembre 2000; cf. ATF 127 V 466, consid. 1 p. 467).

b) Un rapport de causalité naturelle (et adéquate) est nécessaire entre l'atteinte à la santé et l'événement accidentel. La condition du rapport de causalité naturelle est remplie lorsque sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du

tout ou ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV [Meyer, édit.], 2ème éd., Bâle, Genève, Munich 2007, no 79 p. 865). A cet égard, la constatation que l'assuré était asymptomatique avant l'accident repose sur le principe "post hoc, ergo propter hoc", lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 119 V 341).

c) La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré est propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat apparaissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références).

Selon la jurisprudence, si le rapport de causalité avec l'accident est établi selon la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (ATFA non publié du 7 juillet 2004 en la cause U 179/03 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2).

d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo

sine; cf. RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., no 80 p. 865).

5. Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves (art. 61 let. c LPGA; art. 95 al. 2 OJ, en relation avec les art. 113 et 132 OJ). Mais si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 125 V 352 consid. 3a).

L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4^{ème} édition, Berne 1984, p. 136; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2^{ème} éd., p. 278, ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence). Aussi n'existe-t-il pas en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (RAMA 1999 n° U 349, p. 478 consid. 2b ; ATFA non publié du 25 juillet 2002 en la cause U 287/01).

C'est le lieu de rappeler que, selon la jurisprudence, une expertise médicale établie uniquement sur la base d'un dossier n'a de valeur probante que pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 346 consid. 3d).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée. Cela dit, le simple fait qu'un rapport médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. Le juge examinera si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal (ATF 125 V 352 ss consid. 3b).

Si les pièces médicales versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le litige, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise est superflue et le juge peut s'en dispenser par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1 p. 428/429), dans le respect du droit d'être entendu de l'assuré.

6. En l'espèce, dans sa décision sur opposition du 29 juin 2009, l'intimée a considérée qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux déterminants permettant de douter du bien fondé de l'exigibilité médicale émise par les médecins de la CRR ou qui apporteraient la preuve d'une aggravation objective. Cette conclusion peut être suivie comme cela a également été jugé dans le cadre de la procédure AI par arrêt de ce jour, en tous les cas jusqu'en avril 2009. Le Tribunal constate en effet que l'expertise de la CRR du 12 juin 2008 répond aux exigences jurisprudentielles pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante, qu'elle comprend à cet égard non seulement un volet orthopédique mais aussi un consilium neurologique, un rapport de physiothérapie, une évaluation des capacités fonctionnelles et un consilium psychiatrique. En outre, aucun élément médical ne permet, jusqu'en avril 2009, de mettre en doute la conclusion de la CRR selon laquelle le recourant présente une capacité de travail complète dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cependant, tel n'est plus le cas depuis mai 2009 dès lors qu'une aggravation a été attestée depuis cette date par la Dresse A_____ (rapport des 17 septembre et 2 décembre 2009 notamment sur la base d'une scintigraphie osseuse du 25 mai 2009 et arthrographie et arthro-IRM du 2 juillet 2009) et par le Dr F_____ (rapport du 28 août 2009) et confirmée par la Dresse N_____, qui n'est pas médecin-traitante du recourant mais médecin au du SMR le 7 janvier 2010, laquelle a mentionné que sur la plan médical, il était indéniable que l'assuré présentait une aggravation manifeste de son état de santé vraisemblablement depuis mai 2009, en mentionnant que la scintigraphie osseuse du 25 mai 2009 montrait une inflammation tellement intense qu'il avait été suspecté une infection, écartée par la suite.

A cet égard, les considérations théoriques du Dr K_____ - lequel n'a ni examiné l'assuré, ni disposé de l'entier du dossier pour rendre son appréciation médicale et notamment pas de la scintigraphie osseuse du 25 mai 2009 - ne sont pas probantes pour écarter toute possibilité d'aggravation de l'état de santé du recourant depuis mai 2009.

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement devant fait l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366).

Or, en l'espèce l'aggravation de l'état de santé du recourant est attestée par les Dresse A_____ et N_____ très probablement depuis mai 2009, soit à une

date antérieure à la décision sur opposition de l'intimée du 29 juin 2009. Il incombera en conséquence à l'intimé d'investiguer médicalement l'aggravation alléguée et de rendre ensuite une nouvelle décision sur le droit à la rente du recourant.

7. Partant, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour nouvelle décision au sens des considérants.
8. Une indemnité de 2'000 fr. sera allouée au recourant, à charge de l'intimée.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimée du 29 juin 2009.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de 2'000 fr.
6. 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); 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

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

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