

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3430/2013

ATAS/979/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 septembre 2014

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître PETITAT Pierre-Bernard

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître ELSIG Didier

intimée

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Monique STOLLER FÜLLEMANN et Maria
Esther SPEDALIERO, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né le _____ 1955 et d'origine tunisienne, travaillait en qualité de termineur à l'assemblage terminaison bijouterie auprès de B_____ 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. Cet accident a provoqué une fracture complexe du plateau tibial droit avec arrachement du ligament croisé antérieur et des ligaments latéraux internes, ainsi qu'une fracture plurifragmentaire de l'épine tibiale. L'assuré n'a pas repris le travail depuis cette date. L'évolution de ses lésions était marquée par des douleurs persistantes et une raideur du genou.
3. Par courriels du 14 juin et du 17 septembre 2007, B_____ SA a informé la Suva que l'assuré occupait un poste de polissage, que son activité se déroulait principalement en position assise (90%) devant sa machine, ponctuellement debout. Toutefois, l'activité debout pourrait être partiellement déléguée. Son poste de travail ne lui permettait pas d'allonger ses jambes ni de changer de position. 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, mais il pourrait être affecté à une autre cellule qui nécessiterait moins de mobilité.
4. 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.
5. Le 7 août 2009, l'assuré a été reçu par le Docteur C_____, 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 pût jouer un rôle dans les névralgies qui seraient survenues récemment. Le Dr C_____ 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'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 de 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. Enfin, le médecin a évalué 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.

6. Par décision du 24 août 2009, la Suva a refusé à l'assuré le droit à une rente et a mis 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. Enfin, elle a fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 20%, soit à 21'360 francs. Par décision du 22 avril 2010, elle a rejeté l'opposition de l'assuré à cette décision.
7. En avril 2010, l'assuré a fait l'objet d'une expertise psychiatrique par le Dr D_____. Dans son rapport du 10 juin 2010, l'expert a constaté une dysthymie et a émis l'hypothèse d'un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale chronique. Les tests psychométriques suggéraient une tendance à la dramatisation. L'assuré pouvait par ailleurs conserver la position assise, selon ses observations. Il n'y avait aucune incapacité de travail d'un point de vue psychiatrique.
8. Le 11 octobre 2010, l'assuré a subi une arthroscopie et une arthrolyse du genou droit.

9. Selon le rapport du 5 novembre 2010 des médecins de l'Unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG, l'assuré 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 tricompartmentale. L'assuré 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.
10. Dans le cadre du recours de l'assuré contre la décision sur opposition du 22 avril 2010, expertise judiciaire a été ordonnée et confiée au Docteur E_____, spécialiste en orthopédie et chirurgie FMH. Dans son rapport du 12 décembre 2011, l'expert a posé les diagnostics de status après fracture de tout le massif des épines tibiales du genou droit et après ostéosynthèse de l'épine tibiale antérieure, sur laquelle est inséré le ligament croisé antérieur, de fracture multifragmentaire de toute la partie postérieure du massif des épines tibiales et fracture en écaille du bord postérieur du plateau tibiale vraisemblablement externe, de défaut d'extension du genou droit résiduel, et d'arthrose fémoro-tibiale et fémoro-rotulienne (gonarthrose tricompartmentale). Ces diagnostics étaient en rapport avec l'accident. Les douleurs alléguées par l'assuré étaient au degré de la vraisemblance prépondérante compatibles avec les atteintes constatées. De septembre 2009 à mai 2010, l'assuré présentait une incapacité de travail complète dans une activité adaptée. Quant aux limitations fonctionnelles actuelles, après l'intervention d'octobre 2010, elles étaient les mêmes qu'avant cette intervention hormis vraisemblablement une légère amélioration temporaire de la flexion du genou et une légère diminution temporaire des douleurs, lesquelles ont repris depuis lors. A l'heure de l'expertise, l'état n'était toujours pas stabilisé et continuait à se péjorer. Il était impossible de savoir quand l'état serait stabilisé. Vraisemblablement, cela allait dépendre essentiellement du résultat de la pose d'une prothèse totale du genou et ne pourrait être évalué qu'au délai d'une année après cette intervention. Pour l'instant, la durée de l'incapacité de travail totale suite à l'intervention d'octobre 2010 était illimitée. Une éventuelle reprise de travail n'allait être envisageable que lorsque l'état allait être stabilisé après la pose d'une prothèse totale du genou. Le pronostic de l'expert judiciaire n'était pas favorable, dès lors que l'arthrose allait continuer à progresser et les douleurs perdurer, provoquant une incapacité totale de travailler. En cas de pose d'une prothèse totale du genou avec succès, le pronostic sera relativement favorable.

11. Après que l'intimée ait acquiescé au recours, la chambre de céans a pris acte, par arrêt du 28 mars 2012, de ce que l'intimée s'engageait à annuler sa décision du 22 avril 2010 et à octroyer au recourant les prestations légales au-delà du 13 septembre 2009 pour les lésions en rapport avec son accident du 9 novembre 2006. Statuant contradictoirement, la chambre de céans a condamné l'intimée à octroyer au recourant les prestations légales au-delà du 13 septembre 2009 sur la base d'une incapacité de travail complète.
12. Le 10 mai 2012, l'assuré a subi une prothèse totale du genou droit.
13. Par courrier du 21 décembre 2012, la Suva a confirmé à l'assuré la prise en charge de supports plantaires et l'a informé que, selon l'avis de son service médical, les troubles des deux hanches ne faisaient pas partie du traitement des lésions consécutives à l'accident du 9 novembre 2006.
14. Par courrier du 18 mars 2013, l'assuré a fait savoir à la Suva que son état de santé était très loin de se stabiliser, ses médecins lui suggérant trois nouvelles opérations. Toutefois, il n'avait pas l'intention de s'y soumettre. Il lui a par ailleurs transmis les nouveaux rapports des professeurs F_____, G_____, H_____, I_____, J_____ et K_____, ainsi que de Monsieur L_____, physiothérapeute.
15. Selon le rapport du 11 janvier 2013 de Monsieur L_____, l'articulation du genou droit présentait notamment un œdème. Depuis mi-août 2012, l'assuré se plaignait de douleurs de plus en plus intenses et persistantes des deux hanches et une échographie avait mis en évidence une inflammation de type bursite. Ces nouvelles douleurs étaient probablement provoquées par compensation et surcharge dues à la difficulté de la marche. La prise en charge restait difficile à cause de l'hyper-algie musculaire.
16. Selon le rapport relatif à l'échographie des deux hanches 11 janvier 2013, établi par le Dr K_____, l'assuré a subi une infiltration des bourses de glissement para-trochantérien de chaque côté par une ampoule de corticostéroïde. Il présentait une hyperalgie de la racine des deux cuisses et de la face interne de la cuisse droite, un petit nodule sur le nerf saphène interne droit et une double hernie à droite.
17. Dans son rapport du 15 janvier 2013, le Dr J_____ a attesté que l'assuré souffrait d'une tendinite des muscles fessiers et d'une bursite para-trochantérienne bilatérale, génératrices de douleurs intenses et d'une importante limitation fonctionnelle. Dans la mesure où ces affections étaient survenues suite à la mise en place de la prothèse du genou droit, elles semblaient à ce médecin en relation directe avec les difficultés à la marche consécutives à cette intervention. L'assuré nécessitait une prise en charge médicale et physiothérapeutique spécifiques. A cela s'ajoutaient des problèmes digestifs en lien avec la prise d'antalgiques majeurs et une majoration des douleurs lombaires.
18. Dans son rapport du 22 janvier 2013, le Professeur F_____ a notamment mentionné que, suite à l'opération du genou droit, un déficit d'extension de 20 degré persistait et n'était pas réductible manuellement. Il y avait de multiples zones

douloureuses et le traitement médicamenteux ne semblait pas efficace. Il a suggéré de reprendre l'hydrothérapie.

19. Le 31 janvier 2013, le Dr G_____ a écrit à la Suva que, selon le Docteur I_____, il y avait une problématique des tendinites des muscles fessiers, liée à une mauvaise statique des membres inférieurs en rapport avec le flexum du genou droit, lequel était déjà présent avant la pose de la prothèse du genou.
20. Le 26 mars 2013, le Dr H_____ du département de chirurgie des HUG, a indiqué que l'assuré présentait des troubles posturaux importants, une mauvaise statique des membres inférieurs et du dos liés au flexum résiduel majeur de son genou à droite. Il souffrait également au niveau des deux hanches d'une bursite rétro-trochantérienne et d'une tendinopathie d'insertion de la musculature fessière, infiltrée à quelques reprises sous échographie par le Dr K_____. Cette problématique du bassin et des hanches était directement liée aux problèmes sous-jacents du genou.
21. Par courrier du 28 mars 2013, la Suva a reconnu les troubles des hanches comme suite de l'accident et, partant, a accepté la prise en charge des traitements y relatifs.
22. Du 24 avril au 8 mai 2013, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation à Sion (CRR). Dans le rapport de synthèse du 22 mai 2013, les Drs M_____ et N_____ ont relevé que les radiographies du genou droit montraient une prothèse en place, sans signe de descellement. On notait une très discrète asymétrie diffuse de captation du genou et de la jambe droite, compatible avec une algodystrophie. La radiographie du bassin ne montrait pas de lésion osseuse ou pré-articulaire. Les rapports articulaires étaient conservés et il n'y avait pas d'arthrose coxo-fémorale évidente. L'échographie des hanches ne mettait pas en évidence des signes de tendinopathie marquée, ni de bursite. L'évaluation psychiatrique ne révélait pas de franches croyances ou de peurs, mais un discours complètement centré sur la douleur, ce que l'assuré reconnaissait. Des facteurs personnels (perception élevée du handicap fonctionnel, peur du mouvement, focalisation sur les douleurs) et contextuels (pas d'activité professionnelle depuis plus de six ans, absence de contrat de travail, conflit avec l'assurance) jouaient un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées et influençaient négativement le retour au travail. L'assuré poursuivait un traitement antalgique. La participation de l'assuré aux thérapies a été considérée comme faible et l'évaluation aux ateliers professionnels était marquée par le comportement douloureux de l'assuré. Néanmoins, un an après la mise en place de la prothèse totale du genou droit, la situation était stabilisée du point de vue médical, dans le sens qu'aucune thérapie n'était susceptible d'améliorer significativement la situation. Les limitations fonctionnelles définitives étaient les suivantes : marches en terrain irrégulier, montées-descentes d'escaliers ou d'échelles répétées, positions à genoux ou accroupies. Le pronostic de réinsertion dans une activité respectant les limitations fonctionnelles était défavorable, essentiellement en raison de facteurs contextuels chez un assuré centré sur les douleurs et qui ne se projetait pas dans une

activité professionnelle. Un processus d'invalidation était en cours. Cela étant, les experts de la CRR ont retenu une incapacité de travail à 100% seulement du 8 mai 2005 au 8 juin 2013 dans la profession actuelle de bijoutier en horlogerie.

23. Ayant reçu une ordonnance pour des troubles de la prostate de l'assuré, la Suva a demandé au Dr O_____ le 26 avril 2013, si ces troubles étaient en rapport avec l'accident, ce à quoi ce médecin a répondu négativement.
24. Dans son rapport du 30 mai 2013 au Dr F_____, le Dr G_____ lui a communiqué que la situation était inchangée par rapport à novembre 2012, dans le sens que le patient se plaignait toujours de douleurs intermittentes au niveau de sa prothèse avec une mobilité limitée à 90° de flexion et un flexum de 20 à 30°. Radiologiquement, il n'y avait pas d'anomalie majeure visible, mais une scintigraphie osseuse effectuée à la CRR montrait une captation diffuse autour de la prothèse qui était à suivre. Le Dr G_____ proposait la poursuite du traitement conservateur par la rééducation.
25. Dans son appréciation médicale du 10 juillet 2013, le Dr O_____ a relevé que l'état était stabilisé et a confirmé les limitations fonctionnelles constatées par la CRR. L'activité exercée au moment de l'accident répondait à ces limitations et pouvait dès lors être considérée comme adaptée. Théoriquement, une reprise passerait par une période de réadaptation de trois à six mois à 50%, suivie d'une reprise à plein temps. Selon ce médecin, la Suva devait continuer à prendre en charge les médicaments antalgiques à long terme, la physiothérapie pour tenter de gagner des degrés de flexion du genou et des consultations spécialisées en milieu de rééducation en appareil locomoteur.
26. Par décision du 23 juillet 2013, la Suva a admis une capacité de travail à 50% à partir du 19 août 2013 et à 100% dès le 1^{er} janvier 2014. Elle a par ailleurs mis fin au paiement des soins médicaux hormis ceux préconisés par le Dr O_____. Il n'existait en outre pas de lien de causalité avéré ou probable entre l'accident du 9 novembre 2006 et les troubles de la prostate, l'hyperkératose plantaire, ainsi que les troubles lombaires et cervicaux, de sorte que les frais y relatifs n'allaient pas être pris en charge. La Suva a cependant accepté de payer l'examen radiologique de la colonne cervicale et de la colonne lombaire réalisée le 11 octobre 2013, à titre de mesure d'éclaircissement.
27. Par décision du 30 juillet 2013, la Suva a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40%.
28. Par courrier du 2 août 2013, l'assuré a formé opposition à la décision du 23 juillet 2013, en contestant les rapports médicaux et en jugeant cette décision contraire à l'arrêt de la chambre de céans du 28 mars 2012.
29. Le 4 août 2013, l'assuré a également formé opposition à la décision du 30 juillet 2013.

30. Le 23 août 2013, l'assuré a complété son opposition et relevé notamment que la prothèse totale du genou avait engendré d'autres complications, tels que la nécessité de porter des supports plantaires, des bursites para-trochantériennes gauche et droite, des problèmes de constipation et urinaires en raison du traitement de morphine, des hernies suite aux constipations dues aux médicaments, des tendinites aigües des muscles fessiers gauches et droits, une limitation de la marche, l'utilisation d'une canne pour la marche et pour contenir les lâchages du genou droit, et enfin des douleurs 24h/24h en plus de crises de douleurs aigües des deux jambes, sans parler des crampes. Par ailleurs, l'algoneurodystrophie avait été réactivée de façon importante suite à cette opération. Les bursites et les tendinites, même si elles n'avaient pas été détectées clairement lors des examens à la CRR, étaient toujours présentes et l'obligeaient à changer fréquemment de position. L'assuré s'est enfin étonné que la Suva eût toujours assumé tous les frais découlant de l'ensemble de ses problèmes de santé et qu'elle supprimât subitement leur prise en charge, alors que son état de santé ne s'était pas amélioré.
31. Selon l'échographie des deux hanches du 15 octobre 2013, l'assuré présente une bursite irritative para-trochantérienne nettement plus marquée à droite qu'à gauche qui avait été infiltrée sous contrôle échographique par des corticostéroïdes. Il y avait également une hyper-sensibilité cutanée.
32. Par décision du 27 septembre 2013, la Suva a rejeté l'opposition de l'assuré à ses décisions, en attribuant notamment une pleine valeur probante aux appréciations du Dr O_____. Par ailleurs, l'arrêt de la chambre de céans du 28 mars 2012 ne préjugait pas des prestations à la charge de la Suva dans le futur.
33. Par acte du 28 octobre 2013, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant, préalablement, à la restitution de l'effet suspensif au recours. Principalement, il a conclu à l'annulation de la décision, à la constatation que son état n'était pas stabilisé, à la poursuite du paiement des indemnités journalières et de la prise en charge de l'ensemble des traitements médicaux, sous suite de dépens. Subsidièrement, il a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité compatible avec une rente entière de l'assurance-invalidité (sic), ainsi qu'à la prise en charge de l'intégralité des frais médicaux en relation avec l'événement accidentel, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité à un taux supérieur de 40%. Plus subsidiairement encore, il a conclu à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Il a soutenu que, dans son rapport du 5 avril 2013, le Dr O_____ avait estimé que la situation évolutive sur le moyen terme de la prothèse totale du genou n'était pas complètement stabilisée. Le 10 juillet 2013, il avait subitement admis la stabilisation du genou sans indiquer quels éléments l'avaient fait changer d'avis. Quant à la prise en charge des frais du traitement médical, le recourant n'avait d'autres problèmes de santé que ceux résultant de l'accident de 2006, notamment aucun problème de prostate. Son diabète de type II résultait de l'immobilisation liée à l'accident, n'ayant eu auparavant aucun problème de ce genre. La Suva avait jusqu'à présent pris en charge les frais médicaux liés au

diabète. Les problèmes de constipations et urinaires, ainsi que les hernies dues aux constipations étaient liées au fait qu'il prenait de la morphine depuis sept ans (MST CONTINUS 10mg, MST CONTINUS 30mg, SEVREDOL 10mg). La Suva avait également admis que les problèmes de bursites aux hanches étaient consécutifs à l'accident de 2006, ce qui avait été mis en évidence à la CRR, ainsi que dans l'échographie du 15 octobre 2013. Les tendinites aiguës aux muscles fessiers gauches et droits, apparues après la pose de la prothèse, avec des crampes dans les deux jambes, étaient aussi en lien de causalité avec l'accident. Les frais de traitement relatifs à ces problèmes de santé devaient ainsi être assumés par l'intimée. Quant à la conclusion subsidiaire à une rente d'invalidité, le recourant a relevé que le pronostic de réinsertion dans une activité respectant les limitations fonctionnelles était défavorable et que la tentative d'évaluation des capacités fonctionnelles lors de son passage à la CRR avait été un échec. Ainsi, l'évaluation de la capacité de travail n'était que théorique. En effet, le recourant n'avait pu effectuer des mesures d'évaluation professionnelle dans les ateliers de la CRR à cause des douleurs ayant nécessité un alitement et la prise de morphine. Il n'y avait ainsi aucune mauvaise volonté de sa part. En raison de ses nombreuses limitations, il avait ainsi assurément un taux d'invalidité supérieur à 10% donnant droit à une rente. Le recourant a également contesté l'impartialité du Dr O_____ qui avait évoqué des problèmes de prostate et d'autres maux inexistantes au lieu de prendre en compte les vrais problèmes de santé. Pour la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il y avait lieu de tenir compte de toutes les atteintes à la santé engendrées par l'accident avant et après la pose de la prothèse. Il était enfin inexact que l'intimée avait déjà payé une indemnité de 20% à titre de cette indemnité, comme elle l'a mentionné dans la décision querellée.

34. Par arrêt incident du 19 novembre 2013, la chambre de céans a rejeté la requête en restitution de l'effet suspensif au recours.
35. Dans ses écritures du 6 janvier 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours, en se fondant pour l'essentiel sur l'évaluation du recourant à la CRR, ainsi que les appréciations du Dr O_____. Le recourant n'apportait aucun élément médical nouveau pour soutenir ses conclusions et pour mettre en doute les appréciations de son médecin d'arrondissement. Il n'existait pas non plus de circonstances propres à faire naître un doute sur l'impartialité du Dr O_____. Enfin, il n'y avait pas d'argument médical concret susceptible de jeter un doute sur le bienfondé du taux retenu par le Dr O_____ pour déterminer l'atteinte à l'intégrité.
36. Le 13 décembre 2013, le recourant a produit les pièces suivantes :
 - certificat médical du Dr J_____ du 28 octobre 2013 attestant que le recourant souffrait d'une tendinite des muscles fessiers, d'une récurrence de bursite paratrochantérienne bilatérale, nécessitant des soins en physiothérapie et de nouvelles infiltrations échoguidées ; ces problèmes semblaient en relation directe avec les difficultés à la marche et les troubles posturaux présents depuis la mise en place de la prothèse du genou droit ; la situation orthopédique du

patient ne pouvait ainsi être considérée comme étant stabilisée ; il y avait également différents problèmes digestifs et une majoration des douleurs lombaires ;

- certificat d'arrêt de travail du Dr J_____ du 29 octobre 2013 pour le mois de novembre 2013 ;
- certificat d'arrêt de travail du Dr H_____ du 5 novembre 2013 pour le mois de novembre 2013 ;
- prescription médicale du Dr H_____ du 5 novembre 2013, comprenant notamment de la morphine ;
- certificat médical du Dr H_____ du 28 novembre 2013, attestant que le genou droit du recourant ne s'améliorait pas, tant sur le plan de la symptomatologie douloureuse subjective que de l'instabilité et des lâchages, et qu'il y avait aussi une certaine réduction des amplitudes articulaires au fil du temps, malgré un traitement encore assez régulier de physiothérapie; à cela s'ajoutaient une tendinopathie fessière et des bursites rétro-trochantériennes bilatérales, soit indiscutablement une rechute douloureuse au niveau du bassin et de la région lombaire, qui était consécutive à l'importante boiterie présentée par le recourant en relation avec la problématique initiale du genou.

37. Le 15 janvier 2014, le recourant a produit :

- le certificat d'arrêt de travail du 18 décembre 2013 du Dr G_____ pour le mois de décembre 2013 ;
- la lettre du Dr G_____ au Docteur P_____ du 19 décembre 2013 faisant notamment état d'une limitation du flexum du genou à 40° qui pourrait éventuellement nécessiter un changement de prothèse du genou ou une mobilisation sous narcose.

38. Le 24 mars 2014, le Dr O_____ de la Suva a procédé à une appréciation médicale sur la base des nouvelles pièces produites par le recourant, ainsi que d'un rapport du 13 mars 2014 du Dr P_____ du département de chirurgie des HUG. Il a constaté que le calcul des rotations fémorales et tibiales établi par scanner le 26 février 2014 ne montrait pas d'anomalie significative, que la radiographie des membres inférieurs permettait de constater un status post-prothèse totale du genou à droite et que la surélévation du bassin de 14 mm à gauche était probablement liée au flexum du genou (genou fléchi en permanence à droite). Le rapport du Dr P_____ reprenait les constatations du Dr O_____ et celles de la CRR. Le taux d'atteinte à l'intégrité de 40% correspondait au taux maximum attribué à une endoprothèse. Il avait été ainsi tenu compte du mauvais résultat de la prothèse lors de l'attribution de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. En conclusion, le Dr O_____ a estimé que les derniers documents médicaux ne modifiaient pas sa position.

39. Selon le rapport du 13 mars 2014 du Dr P_____ précité, le recourant présentait une raideur articulaire persistante et douloureuse, avec une mobilité réduite, des

épanchements sporadiques, une boiterie à la marche avec des répercussions sur tout l'axe du membre inférieur droit, associés à une bursite bilatérale des hanches et un lumbago. A cela s'ajoutait une zone d'hyposensibilité de la face antérieure du tibia et une importante dysesthésie. Néanmoins, l'implant était bien en place. Ce médecin a demandé des examens complémentaires pour déterminer précisément la région d'instabilité interne présente à l'examen clinique. Il a également demandé des examens pour connaître les paramètres inflammatoires. Une infection de la prothèse ne paraissait pas probable. Enfin, il a exclu une révision de la prothèse, dès lors qu'on risquait de se retrouver avec la même symptomatologie et la même mobilité avec un risque d'infection non négligeable.

40. Le 7 avril 2014, l'intimée a persisté dans ses conclusions et s'est opposée à une expertise médicale, estimant que la cause était suffisamment instruite, en se référant à l'appréciation médicale du 24 mars 2014 du Dr O _____, ainsi que le rapport du Dr P _____ du département de chirurgie des HUG.
41. Dans ses écritures du 24 avril 2014, le recourant a également maintenu ses conclusions. Il a notamment tenu pour certain que l'apparition de son diabète de type II était liée à l'accident et a répété n'avoir jamais souffert de troubles de la prostate. Le seul fait d'évoquer de tels troubles mettait en doute la pleine valeur probante de l'analyse médicale du Dr O _____ dont le recourant avait toujours eu le sentiment qu'il était partial, ce qu'il avait précédemment déjà dénoncé. Dans sa nouvelle évaluation, ce médecin avait minimisé le résultat des nouvelles évaluations par scanner et radiographie. D'ailleurs, l'intimée avait précédemment accepté de prendre en charge tous les problèmes de santé en lien de causalité avec l'accident. Par conséquent, elle devait continuer à assumer la couverture de l'ensemble de ses problèmes, notamment ceux liés aux mobilités posturales importantes, à la dégradation de la mobilité du genou, à la mauvaise statique de ses membres inférieurs, au déplacement du bassin, aux tendinites, aux douleurs du bassin et de la colonne vertébrale et lombaire, ainsi que au lâchage du genou qui l'obligeait à se déplacer avec une canne.
42. Avec ses écritures, le recourant a produit les pièces suivantes :
 - projet d'acceptation d'une rente d'invalidité entière du 1^{er} novembre 2007 au 31 mai 2013, ainsi que d'une demi-rente dès cette date jusqu'au 31 décembre 2013 ;
 - le rapport relatif à l'IRM du bassin du 31 mai 2014 révélant des mini-bursites bilatérales du petit fessier et une fine lame dans la bourse du grand fessier, sans caractère pathologique, ainsi qu'une absence d'évidence de tendinopathie, en particulier du moyen fessier ;
 - le rapport du 4 avril 2014 relatif à l'infiltration sous contrôle échographique des bourses de glissement para-trochantériennes des deux hanches ;

-
- le certificat médical du 7 mars 2014 de la Dresse Q_____ du département de chirurgie des HUG, attestant une capacité de travail nulle dès le 1^{er} avril jusqu'au 1^{er} juin 2014.

43. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).

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

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA), sauf toutefois les conclusions de nature constatatoire qui sont irrecevables, dès lors que le recourant/intimé peut obtenir en sa faveur un jugement condamnoire ou une décision formatrice (ATF 135 I 119 consid. 4 p. 122; 132 V 18 consid. 2.1 p. 21).
3. L'objet du litige est la question de savoir si l'état de santé du recourant est stabilisé, cas échéant le degré d'invalidité et l'ampleur de la prise en charge des frais médicaux en relation avec l'événement accidentel, ainsi que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.
4. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

5. a. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait

provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

b. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).

6. En vertu de l'art. 16 al. 1 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière.

A teneur de l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident a droit à une rente d'invalidité.

Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

7. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

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. A 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 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance

prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

9. a. En l'espèce, le recourant a séjourné pendant deux semaines à la CRR et a fait l'objet d'exams très approfondis. Dans leur rapport de synthèse du 22 mai 2013, les médecins de cette clinique émettent les diagnostics de post-status fracture multifragmentaire de l'épine tibiale du genou droit, de mise en place d'une prothèse totale du genou droit et probable *Complex Regional Pain Syndrome* (CRPS; aussi connu sous maladie de Sudeck) du genou droit, actuellement en décours, d'antécédents de bursites péritrochantériennes bilatérales infiltrées, de hernies crurales bilatérales et de diabète de type II. Selon les médecins, la situation est stabilisée du point de vue médical, un an après la mise en place de la prothèse, sans amélioration des douleurs ou de la mobilité du genou. En effet, aucune thérapie n'est susceptible d'améliorer significativement la situation. Cela étant, il n'y a plus d'incapacité de travail dès le 9 juin 2013 dans la profession actuelle de bijoutier en horlogerie.

L'expertise de la CRR remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante, étant fondé sur des examens approfondis pluridisciplinaires, prenant en compte les plaintes du recourant et arrivant à des conclusions convaincantes.

Sur la base de ce rapport, ainsi que de l'ensemble du dossier médical, le Dr O_____ considère également que le cas est stabilisé. Sur le plan théorique, la capacité de travail est de 100 % dans l'activité exercée au moment de l'accident, après une période de réadaptation de trois à six mois à 50 %.

Le recourant met en cause l'appréciation du Dr O_____. Il sied toutefois de constater que le médecin de l'intimée arrive aux mêmes conclusions que les médecins de la CRR dont l'impartialité n'est pas contestée. Par conséquent, il n'y a aucun élément pour douter de l'évaluation du Dr O_____, même si celui-ci a mentionné une pathologie, à savoir les problèmes de prostate, qui semble-t-il n'existe pas. Il est toutefois à noter à cet égard que le Dr O_____ a dû se prononcer dans le passé sur le rapport de causalité de tels problèmes avec l'accident, dès lors que l'intimée a reçu une ordonnance médicale pour le traitement de troubles de la prostate. Il ne s'agit donc pas d'une pure invention de la part du médecin de l'intimée.

Sur la base du rapport de la CRR, il sied de constater que la situation est stabilisée, aucun traitement n'étant susceptible d'améliorer l'état de santé du recourant. De surcroît, selon les constatations du Dr R_____, l'implant est bien en place et une

révision de la prothèse est exclue, dès lors qu'elle n'améliora vraisemblablement pas la situation. En ce que ce médecin constate une raideur articulaire persistante et douloureuse, avec une mobilité réduite, des épanchements sporadiques et une boiterie à la marche avec des répercussions sur tout l'axe du membre inférieur droit, ainsi qu'une zone d'hyposensibilité de la face antérieure du tibia et une importante dysesthésie, ses constatations ne diffèrent pas de celles de la CRR. Il est vrai qu'il fait aussi état d'une bursite bilatérale des hanches et d'un lumbago, alors que la CRR ne retient que des antécédents de bursite bilatérale. Cependant, le rapport relatif à l'IRM du bassin du 31 mai 2014 ne révèle que des mini-bursites bilatérales du petit fessier et une fine lame dans la bourse du grand fessier, sans caractère pathologique, ainsi que l'absence d'évidence de tendinopathie, en particulier du moyen fessier. Par ailleurs, dès lors que ces pathologies découlent des difficultés à la marche du recourant, il ne peut être considéré pour autant que l'état ne soit pas stabilisé, s'agissant d'un problème récurrent, qui ne pourra pas être amélioré, le recourant présentant une importante boiterie définitive.

b. L'état devant être considéré comme stabilisé, au vu de ce qui précède, il sied de déterminer la capacité de travail du recourant.

Selon les médecins de la CRR, des limitations fonctionnelles existent pour la marche en terrain irrégulier, les montées et descentes d'escaliers ou d'échelles répétées et les positions accroupies ou à genoux. La capacité de travail est entière dans l'activité exercée précédemment, celle-ci étant adaptée aux limitations précitées. Le pronostic de réinsertion dans une activité professionnelle adaptée est néanmoins défavorable, essentiellement en raison de facteurs personnels (perception élevée du handicap fonctionnel, peur du mouvement, focalisation sur les douleurs) et contextuels (absence d'activité professionnelle depuis plus de six ans et de contrat de travail, conflit avec ses assurances) chez un patient centré sur les douleurs et qui ne se projette pas dans une activité professionnelle.

A cet égard, il convient de relever que déjà le Dr D _____ a émis l'hypothèse d'un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale chronique, dans son expertise du 10 juin 2010. Les tests psychométriques suggéraient une tendance à la dramatisation. Selon le rapport du 5 novembre 2010 des médecins de l'Unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG, l'intensité des douleurs du recourant ne pouvait pas non plus être entièrement expliquée par une composante mécanique.

Il n'y a par ailleurs pas d'aggravation notable de l'état de santé depuis l'expertise de la CRR, même si le recourant ne semblait pas souffrir au moment de celle-ci d'une bursite bilatérale, l'importance de cette affection devant être relativisée comme relevé ci-dessus. Du reste, les plaintes du recourant au moment de l'expertise de la CRR correspondaient déjà aux bursites, le recourant se plaignant de douleurs permanentes sur le bord externe des hanches, augmentées au moindre mouvement (p. 4 du rapport de synthèse).

Cela étant, la chambre de céans se rallie aux conclusions de l'expertise de la CRR et admet ainsi une capacité de travail entière dans l'ancien métier du recourant dans l'horlogerie.

Le recourant étant théoriquement toujours capable de travailler dans l'activité habituelle, il n'y a pas de perte de gain. Partant, la décision de l'intimée, par laquelle elle a mis fin au versement des indemnités journalières au 18 août 2013 et octroyé une demi-rente d'invalidité au recourant dès cette date jusqu'au 31 décembre 2013, est conforme au droit.

10. Se pose ensuite la question de la prise en charge des frais médicaux en relation avec l'événement accidentel.

a. Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. En principe, le traitement médical est appliqué et accordé à l'assuré jusqu'à la fixation de la rente d'invalidité (art. 19 al. 1 LAA, a contrario). Lorsque la rente a été fixée, l'assuré n'a généralement plus droit aux prestations pour soins et remboursement de frais selon l'art. 19 al. 1 LAA. Exceptionnellement, elles peuvent lui être accordées aux conditions énumérées à l'art. 21 al. 1 LAA, à savoir lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle (let. a), lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (let. b), lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c), lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d).

Selon la jurisprudence, l'assuré ne peut prétendre à la prise en charge du traitement médical lorsqu'il n'a pas droit à une rente (arrêt du Tribunal fédéral 8C_191/2011 du 16 septembre 2011 consid. 5.3).

b. En l'occurrence, comme relevé ci-dessus, le recourant n'a pas droit à une rente. Partant, il n'a en principe pas non plus droit aux prestations pour soins. Il est ainsi sans importance si le diabète, les bursites, les troubles lombaires et cervicaux sont dans un rapport de causalité avec l'accident.

11. Reste à examiner le droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

a. Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1^{ère} phrase); elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2^{ème} phrase). Elle est également versée en cas de maladie

professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (ATF non publié 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d).

b. Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1ère phrase); elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2ème phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA ; RS 832.202) (al. 2). Pour les atteintes à l'intégrité désignées dans cette annexe, l'indemnité s'élève en règle générale au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie en tenant compte de la gravité de l'atteinte. Il est procédé de la même façon lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5 % serait appliqué selon le barème de cet annexe ne donnent droit à aucune indemnité. (ch. 1 al. 2). La Suva a élaboré d'autres documents d'évaluation sous forme de tables, lesquelles ont été considérées

compatibles avec l'annexe 3 OLAA, en tant qu'elles comprennent des barèmes destinés à assurer l'égalité de traitement de tous les assurés (ATF 116 V 157 consid. 3a)

Selon la table 2 de la Suva relative à l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, un genou bloqué en flexion à 30 degrés représente un taux d'atteinte à l'intégrité de 35 %. 50 % est le taux applicable en cas de blocage des deux côtés. La table 5 relative aux atteintes à l'intégrité résultant d'arthroses prévoit un taux maximal de 40% pour une endoprothèse avec un résultat mauvais. En cas d'arthrose et d'instabilité de l'articulation, le taux d'atteinte à l'intégrité le plus élevé est retenu et il n'y a pas de cumul en règle générale. La table 6 retient pour les problèmes d'instabilité du genou un taux maximal de 30%.

c. En l'occurrence, l'intimée a attribué au recourant une indemnité correspondant à 40 % d'atteinte à l'intégrité, soit le barème maximal pour une endoprothèse, en application de la table 5. Il n'y pas de cumul avec des éventuelles atteintes résultant d'une instabilité du genou, étant rappelé que les taux retenus pour de telles atteintes sont en tout état de cause inférieurs à ceux résultant d'une endoprothèse avec un mauvais résultat. Le recourant ne se prévaut enfin pas d'autres atteintes pouvant donner droit à une indemnité selon les tables élaborées par la Suva. Par conséquent, le calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'intimée n'est pas critiquable.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.
13. La procédure est gratuite.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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