RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4034/2005 **ATAS/724/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 17 août 2006

En la cause

Monsieur C_____, domicilié MEYRIN, représenté par FORTUNA, Assurance Protection Juridique.	recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, 6002 LUCERNE	intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente,
Juliana BALDE et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Monsieur C_____, né le 1959, vendeur au sein de la société coopérative X_____ GENÈVE, était, à ce titre, assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse en cas d'accident (ci-après: la SUVA).

2. Le 6 juillet 1999, il a subi une lésion au genou gauche alors qu'il changeait une ampoule au phare de sa voiture. Le cas a été pris en charge par la SUVA.

3. L'IRM pratiquée le 13 juillet 1999 a permis de diagnostiquer une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne et une entorse du ligament croisé antérieur avec un épanchement intra-articulaire modéré.

4. Après une résection méniscale par voie arthroscopique et de la physiothérapie, l'assuré a repris le travail à 50% dès le 20 septembre 1999, puis à 100% dès le 19 novembre 1999.

5. L'assuré a subi, le 1er juillet 2000, une nouvelle incapacité de travail, considérée comme une rechute de l'accident du 6 juillet 1999. L'IRM du genou gauche pratiquée le 13 juillet 2000 a conclu à une déchirure oblique de la corne postérieure du ménisque interne ainsi qu'à un aspect en faveur d'une fracture par insuffisance du plateau tibial interne.

6. Selon le certificat médical du Dr A_____ des ("établissement hospitalier"), l'assuré a été en incapacité de travail totale du 1er juillet au 3 septembre 2000, puis en incapacité à 50% du 4 au 19 septembre 2000.

7. Un second accident a eu lieu le 2 juillet 2001. L'IRM pratiquée le 13 juillet 2001 a mis en évidence une déchirure oblique de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit. Après une incapacité de travail totale dès le 2 juillet 2001, une reprise à 50% est intervenue le 27 août 2001, puis à 100% dès le 1er octobre 2001.

8. Une nouvelle rechute, intervenue le 1er mai 2002, a été annoncée le 7 mai 2002 à l'assureur-accidents. Le Dr B_____a alors posé le diagnostic de torsion du genou droit avec déchirure du ménisque interne droit et de gonarthrose du genou gauche et a préconisé une arthroscopie bilatérale et une ostéotomie à gauche. L'incapacité de travail a été complète dès la rechute.

9. Dans son rapport du 21 juin 2002, le Dr C_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a rappelé les différents événements intervenus depuis le premier accident, a résumé les rapports médicaux rendus et a conclu que les rechutes annoncées étaient en relation pour le moins probable avec les accidents des 6 juillet 1999 et 2 juillet 2001. Il a par ailleurs considéré qu'une ostéotomie de valgisation apparaissait indiquée.

10. L'opération, effectuée par le Dr D_____, a eu lieu le 23 juillet 2002. Lors de cette intervention, il a été procédé à une arthroscopie du genou gauche en raison d'une gonarthrose varisante avec régularisation d'une chondropathie fémorale et à la résection du ménisque interne, ainsi qu'à l'ostéotomie de valgisation. Le Dr B_____a également effectué une arthroscopie du genou droit et a procédé à une résection du ménisque interne ainsi qu'à une chondroplastie.

11. L'assuré a ensuite été hospitalisé à la Clinique romande de réadaptation à Sion du 16 octobre 2002 au 20 novembre 2002. Sa capacité de travail a été considérée comme nulle dès le 21 novembre 2002.

12. Une IRM du 3 décembre 2002 a conclu à un status après ménisectomie partielle interne au genou droit faisant apparaître des images compatibles avec une récidive de déchirure méniscale avec un large remaniement de signal de grade III atteignant la surface inférieure de la corne postérieure du ménisque interne, s'étendant probablement également au niveau de la portion intermédiaire.

13. Selon le rapport de la Clinique romande de réadaptation du 6 décembre 2002, les progrès en fin de séjour étaient importants, la physiothérapie était à poursuivre et l'arrêt de travail à réévaluer dans un délai de 4 à 6 semaines. Il était cependant rappelé que l'avenir du genou gauche était sérieusement hypothéqué à moyen terme et qu'il serait souhaitable que l'assuré puisse alterner les positions et éviter le port de charges lourdes.

14. Dans ses rapports intermédiaires des 7 et 8 janvier 2003, le Dr B_____ attestait une incapacité de travail totale sans prévision d'une reprise à court terme. Il prévoyait en revanche un dommage permanent sous forme de gonarthrose tant au genou gauche qu'au genou droit.

15. Compte tenu de son incapacité de travail continue depuis le mois de mai 2002 et de l'impossibilité d'exercer à l'avenir son activité antérieure, l'assuré a déposé une demande de prestation de l'assurance-invalidité le 15 janvier 2003.

16. Dans son rapport du 22 janvier 2003, le Dr C_____ a indiqué que dans la poursuite de la rééducation du genou gauche, une récidive de déchirure au niveau du ménisque interne au genou droit avait été mise en évidence. Il concluait qu'une reprise du travail essentiellement debout dans l'alimentation avec surcharge des membres inférieurs n'était plus exigible.

17. Le 28 janvier 2003, le Dr B_____ a effectué une arthroscopie du genou droit en raison de la déchirure du ménisque interne et a procédé à une résection du ménisque interne et synovectomie.

18. L'assuré a été licencié pour le 31 janvier 2003.

19. Selon le certificat médical du Dr B_____ du 10 février 2003, les opérations pratiquées aux deux genoux étaient des suites des accidents de 1999 et de 2001.

20. Le 20 mai 2003, l'assuré a été convoqué par la SUVA pour juger des possibilités de clore le dossier. Le médecin d'arrondissement a alors proposé l'arrêt de toute thérapie invasive pouvant retarder une réinsertion professionnelle et a conclu que l'assuré ne pouvait plus faire de longues stations debout, porter des charges, s'agenouiller fréquemment, monter et descendre des échelles et des escaliers, mais que sa capacité restait entière dans une activité adaptée, essentiellement assise ou faisant alterner les positions et des déplacements sur des terrains plats et de courtes distances. Des consultations auprès de son médecin traitant, des antalgiques et des séries de physiothérapie étaient toutefois considérées comme justifiées en raison des douleurs qui pouvaient s'accentuer par moment. L'atteinte à l'intégrité a été estimée à 10%.

21. Par courrier du 26 mai 2003, la SUVA a indiqué à l'assuré qu'elle mettait fin au paiement de l'indemnité journalière et des frais médicaux au 31 octobre 2003 et qu'elle allait se prononcer ultérieurement sur son droit à une rente d'invalidité ainsi que sur l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

22. En date du 8 septembre 2003, l'assuré consulta le Dr E_____ en raison de la persistance des douleurs aux genoux. A l'examen clinique, le status ostéo-articulaire ne montrait pas d'épanchement, les genoux étaient mobiles et il n'y avait pas d'instabilité ligamentaire. Le médecin concluait donc à des gonalgies bilatérales avec un status après ostéotomie du genou gauche et un status post-arthroscopie itérative au niveau du genou droit. Il a pratiqué une synoviorthèse à l'hexatrione au niveau des deux genoux suivie d'un repos strict de 48 heures. Selon l'évolution, il envisageait des injections intra-articulaires de Synvisc.

23. Le 20 septembre 2004, le Dr E_____ a réexaminé l'assuré et constaté à l'examen clinique que le status ostéo-articulaire montrait des genoux mobiles, sans instabilité ligamentaire et sans épanchement. Il précisait ne pas comprendre l'indication opératoire à l'ostéotomie du genou gauche en juillet 2002 alors que les espaces articulaires étaient parfaitement conservés et constatait qu'il n'y avait aucune indication à pratiquer ce genre d'intervention au niveau du genou droit. Il demandait en revanche l'accord de la SUVA pour la prise en charge d'un traitement de visco-supplémentation.

24. Le 2 novembre 2004, le dossier complet de l'assuré a été soumis au médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr F_____, qui a conclu que l'état du genou gauche était superposable à celui qui existait au moment de l'examen du 20 mai 2003. S'agissant du genou droit, il n'y avait pas non plus de changement par rapport à l'examen précité. Il relevait que l'assuré n'avait subi à son genou droit que des résections méniscales partielles lors de deux arthroscopies et les radiographies

les plus récentes de janvier 2004 ne montraient aucun pincement compatible avec une gonarthrose évolutive et aggravée comme le relevait le Dr E_____ dans son rapport du 11 octobre 2004 qui estimait qu'il n'y avait aucune indication à pratiquer une ostéotomie du côté droit comme cela avait été le cas du côté gauche. Le médecin d'arrondissement indiquait en outre qu'il lui semblait prématuré, par rapport à l'examen clinique et aux radiographies de ce genou, de définir un dommage permanent.

25. Sur la base des indications du médecin d'arrondissement, la SUVA a notifié une décision le 7 janvier 2005 fixant une rente d'invalidité, sur la base d'une invalidité de 27% et un gain assuré de 52'569 fr., de 952 fr. par mois dès le 1er novembre 2003 et de 965 fr. depuis le 1er janvier 2005 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% sur un gain annuel de 97'200 fr. soit un montant de 9'720 fr.

26. Par courrier du 4 février 2005, l'assuré a formé opposition à la décision précitée et a demandé copie du dossier afin qu'il puisse motiver son opposition.

27. Par décision du 7 mars 2005, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) a, sur la base d'un revenu avec invalidité de 54'261 fr., fixé le degré d'invalidité à 0,7% et refusé par conséquent l'octroi d'une rente d'invalidité sans se prononcer sur l'octroi de mesures de réadaptation. L'assuré a formé opposition à cette décision par courrier du 21 mars 2005.

28. Sur demande du conseil de l'assuré, le Dr E_____ a indiqué, en date du 11 avril 2005, que son patient avait des difficultés importantes à se déplacer en raison de ses douleurs de genou mais également en raison des douleurs au membre inférieur droit, que son activité antérieure de magasinier était contre-indiquée et qu'il faudrait veiller à le faire bénéficier d'une activité comprenant de préférence une position assise et à éviter tout effort de charge. Il considérait que l'état de santé n'était pas stabilisé et précisait que le traitement de visco-supplémentation au niveau du genou gauche s'était terminé en janvier 2005 et qu'un traitement identique était entrepris pour le genou droit. Il ajoutait que dans le contexte du traitement actuel, il était encore trop tôt pour répondre à la question du taux d'atteinte à l'intégrité mais que l'on pouvait déjà affirmer que l'intervention effectuée au niveau du genou gauche aura un effet persistant avec une atteinte à l'intégrité.

29. L'assuré a motivé son opposition le 2 juin 2005 contestant que l'état de santé ait été stabilisé le 1er novembre 2003 de sorte que les indemnités journalières devaient être reprises dès cette date et les frais médicaux pris en charge. Son argument principal consistait en la constatation que les infiltrations avaient été effectuées pour tenter d'améliorer son état de santé postérieurement au 1er novembre 2003. Il concluait subsidiairement à une instruction complémentaire pour déterminer si l'état de santé

était stabilisé et procéder à l'évaluation des atteintes à l'intégrité pour les deux genoux.

30. Par décision sur opposition du 14 juillet 2005, la SUVA a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Elle a précisé que l'entier des dossiers avait été examiné par le Dr G_____(spécialiste en chirurgie orthopédique) qui a rendu un rapport d'examen le 7 juillet 2005 dans lequel il a exposé les raisons pour lesquelles le status devait être considéré comme stabilisé sur le plan médical. L'assureur-accidents se considérait dès lors fondé à faire partir le droit à la rente dès le 1er novembre 2003 soit postérieurement au rapport du Dr C_____ qui considérait l'état stabilisé en mai 2003 déjà. Il relevait, par ailleurs, que malgré les limitations imputables aux séquelles accidentelles, l'assuré était en mesure de trouver un emploi sur un marché du travail équilibré. En effet, la possibilité d'exercer des activités, sans les sollicitations contre-indiquées médicalement, restait entière et permettrait de réaliser un revenu de l'ordre du 3'400 fr. selon les descriptifs des postes de travail (DTP), revenu avec invalidité inférieur au revenu calculé sur la base des chiffres statistiques de l'enquête suisse sur la structure des salaires 2002 (ESS) de l'Office fédéral de la statistique. Comparé au revenu que l'assuré aurait touché sans accident de 4'650 fr., le préjudice économique s'élevait à 26,8% et la rente d'invalidité à 27%. Enfin, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne pouvait être supérieure à 10% fixée par le Dr C_____, aucune atteinte au genou droit n'étant indemnisable.

31. En date du 7 novembre 2005, l'assuré a effectué une IRM du genou droit auprès du Dr H_____dont les conclusions étaient les suivantes : status post-méniscectomie partielle interne; résidu méniscal irrégulier, compatible avec une nouvelle déchirure, amincissement du cartilage de la zone de charge de l'articulation fémoro-tibiale interne; absence de lésion ligamentaire ou tendineuse.

32. Une IRM du genou gauche a été effectuée le 9 novembre 2005 par le Dr GARCIA qui concluait à un status après ostéotomie externe du tibia, arthrose fémoro-tibiale externe, à comparer au status avant l'opération, minime arthrose fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire interne, minime épanchement synovial.

33. Par mémoire du 15 novembre 2005, l'assuré recourt auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Il rappelle principalement, qu'après avoir considéré que l'état de santé était stabilisé, l'intimée a accepté la prise en charge de plusieurs infiltrations qui ont été effectuées en septembre 2004, janvier 2005 et avril 2005. Il considère qu'en acceptant la prise en charge du traitement, l'intimée a admis son bien-fondé et sa nécessité. Cet état de fait est corroboré par l'attitude de l'assureur-accidents qui a demandé un nouveau rapport au Dr I_____en novembre 2004 pour connaître son état de santé alors qu'elle l'estimait stabilisé depuis novembre 2003. Ce médecin a d'ailleurs considéré qu'il était prématuré de se prononcer sur un éventuel dommage permanent du genou droit. Le recourant relève

par ailleurs que les derniers examens IRM mettent en exergue une atteinte objective qui explique ses douleurs ainsi qu'une détérioration de son état. Il conclut préalablement à ce que le tribunal de céans ordonne une expertise et à ce que l'intimée reprenne le paiement des indemnités journalières rétroactivement au 1er novembre 2003, ainsi que le paiement des frais médicaux, les conditions nécessaires pour la fixation d'une rente et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité n'étant pas encore réalisées. S'agissant de l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, le recourant conclut notamment à la détermination de l'atteinte au genou droit qui a déjà été mise en évidence par l'IRM et qui fonde déjà une indemnité. Il considère que le taux fixé à 10% est d'ores et déjà insuffisant.

34. Dans sa réponse du 14 février 2006, l'intimée précise qu'elle a, pour statuer sur l'opposition, soumis le dossier entier à sa division médicale qui a exposé les raisons pour lesquelles l'état de santé a été considéré comme stabilisé à la date du 1er novembre 2003. Aucune amélioration, ni aucune péjoration ne se sont produites en tout cas jusqu'à la décision sur opposition du 14 juillet 2005. Elle relève que l'affirmation du Dr E_____ dans son courrier du 11 avril 2005 selon laquelle l'état de son patient ne serait pas stabilisé n'est étayée que par le fait que le traitement sous forme d'infiltrations est en cours. Or, un tel traitement a une visée antalgique et ne fait pas obstacle à la stabilisation du cas. Par ailleurs, le rapport complémentaire du Dr F_____ a été requis suite aux courriers du médecin traitant des 8 septembre 2003 et 11 octobre 2004 afin de vérifier si l'état de santé du recourant s'était modifié après les conclusions du Dr C_____ de mai 2003. L'intimée précise encore que, dans son appréciation du 7 juillet 2005, le Dr G_____ne retient aucune atteinte à l'intégrité pour le genou droit et estime celle du genou gauche à 5%. Cette appréciation est confirmée par celui-ci dans un rapport du 16 janvier 2006 qui a été communiquée au recourant par le tribunal de céans en date du 15 mars 2006. L'intimée relève enfin qu'elle a renoncé à la reformatio in pejus qu'elle était fondée à envisager compte tenu de l'estimation du Dr J_____.

35. Par courrier du 16 mars 2006, le recourant a renoncé à répliquer.

36. Après communication du courrier de celui-ci à l'intimée, la cause a été gardée à juger.

37. Renseignements pris par le greffe du tribunal de céans auprès l'OCAI en date du 12 juillet 2006, l'opposition du recourant n'avait pas encore été traitée.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges,

dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 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.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, le présent recours concerne la stabilisation de l'état de santé du recourant au 1er novembre 2003 donnant droit à une rente d'invalidité, à savoir à une date postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, sur le plan matériel, cette dernière s'applique au présent litige. Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

4. Selon l'art. 56 al. 1 LPGA, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 60 al. 1er LPGA) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1er LPGA). En matière d'assurance-accidents toutefois, en dérogation à l'art. 60 LPGA, le délai de recours est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance (art. 106 LAA). Interjeté dans les forme et délai légaux, le présent recours est recevable.

5. Le litige porte sur la question de savoir si, au moment de la décision litigieuse, l'état de santé du recourant devait être considéré comme stabilisé, justifiant ainsi la

cessation de la prise en charge du traitement médical et le versement d'une rente en lieu et place de l'indemnité journalière.

6. Selon l'art. 19 al. 1 LAA, 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 santé 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.

   Toutefois, aux termes de l'art. 30 al. 1 OLAA (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 1998), édicté par le Conseil fédéral en application de l'art. 19 al. 3 LAA, lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'AI concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Le droit s'éteint avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle (let. b) ou avec la fixation de la rente définitive (let. c).

   Dans son message à l'appui d'un projet de loi fédérale sur l'assurance-accidents du 18 août 1976, le Conseil fédéral n'avait prévu l'allocation de rentes qu'à partir du moment où les mesures de réadaptation auraient été menées à chef (FF 1976 III 193-194, ad art. 19). Lors de la lecture de l'art. 19 al. 3 du projet de loi, le rapporteur de la commission du Conseil national a relevé qu'il fallait souvent attendre plusieurs mois avant que les organes de l'assurance-invalidité fixent le montant des rentes ou statuent sur les mesures de réadaptation. Aussi a-t-il paru nécessaire à la commission de donner mandat au Conseil fédéral d'édicter des prescriptions afin que l'assureur puisse verser les rentes entre le moment où l'on constate qu'on ne peut plus attendre de la poursuite du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et le moment où la décision est prise par l'assurance-invalidité (BO CN 1979 pp. 180-181).

   Selon la jurisprudence (ATF 129 V 284 consid. 4.2), si le législateur n'a pas réglé expressis verbis la question du droit à une rente transitoire de l'assureur-accidents durant une éventuelle procédure de recours concernant les mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité, il a néanmoins manifesté clairement son intention de garantir le versement de telles rentes aussi bien pendant le déroulement desdites mesures de réadaptation que pendant la période qui va de la fin du traitement médical jusqu'au moment où décision est prise quant à d'éventuelles mesures de réadaptation, cas échéant à la mise en oeuvre de celles-ci. Ainsi cette rente transitoire est allouée pendant la durée de la procédure menant à la décision de l'AI; elle concerne la durée totale de cette procédure, y compris lorsqu'il y a recours dès lors que l'obligation de l'assureur-accidents d'allouer ses prestations dépend indubitablement de la décision de l'AI portant sur le droit de l'assuré aux mesures

de réadaptation d'ordre professionnel (art. 19 al. 1 LAA; OMLIN, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, thèse Fribourg 1995, p.199; ATFA non publié du 27 mars 2006, U 434/2004 consid. 2).

7. En l'occurrence, à l'époque de la décision litigieuse, l'assuré avait sollicité des prestations de l'assurance-invalidité qui lui ont été refusées par décision du 7 mars 2005. Il a formé opposition à ladite décision mais, en l'état actuel, aucune décision définitive n'est encore intervenue.

   Il convient donc d'examiner si, au moment où l'intimée a pris sa décision de cesser le versement d'indemnité journalière, il était médicalement établi que l'état de santé de l'assuré ne pouvait plus être sensiblement amélioré par un traitement médical.

8. Selon la jurisprudence et la doctrine, 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, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, 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 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 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 322 consid. 5 let. a).

   Pour apprécier la valeur probante d'un rapport médical, 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 du contexte médical soit claire et, enfin, que les conclusions soient bien motivées (ATF 122 V 157 consid. 1c p. 160 et les références).

   Selon la jurisprudence, 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 (ATFA non publié du 11 mai 2005, U 136/04 consid. 4.1).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

9. En l'occurrence, le recourant conteste que son état de santé ne pouvait plus s'améliorer le 1er novembre 2003. Il se fonde plus particulièrement sur le fait qu'il était toujours en traitement à cette date, traitement qui consistait en des infiltrations qui étaient prises en charge par la SUVA. Il s'appuie également sur les résultats d'IRM réalisées en novembre 2005. Il fait grief à l'intimée d'avoir mis en œuvre un nouvel examen médical en novembre 2004, soit plus d'une année après le rapport médical final sur la base duquel elle a mis fin aux indemnités journalières.

   L'intimée quant à elle, considère que les infiltrations en question constituaient un traitement à but antalgique qui n'était pas apte à améliorer l'état de santé du recourant. Elle se fonde sur les rapports de ses médecins d'arrondissement ainsi que sur l'avis d'un médecin de sa division médicale, spécialiste en chirurgie orthopédique. Elle explique les nouvelles demandes d'examens et d'avis médicaux par la nécessité de vérifier la pertinence des allégations de recourant et les pièces produites dans le cadre de son opposition.

   Tant le Dr C_____ que le Dr F_____, dont l'impartialité n'est pas mise en doute, ont établi leur rapport sur la base d'un examen clinique du recourant en tenant compte de toutes les pièces médicales et radiologiques du dossier. Ils ont par ailleurs pris en considération les déclarations et les plaintes de l'intéressé. Leurs appréciations concluant notamment à la stabilisation de l'état de santé et à l'absence de gonarthrose évolutive au niveau du genou droit sont motivées et convaincantes.

   L'absence de stabilisation de l'état de santé du recourant invoquée par celui-ci n'est pas établie au degré de vraisemblance prépondérante dans la mesure où aucune mesure thérapeutique propre à améliorer l'état de santé du recourant n'a été proposée. En effet, il apparaît que les traitements effectués par le Dr E_____, à savoir une synoviorthèse ainsi qu'un traitement de visco-supplémentation au Synvisc, n'étaient pas de nature à améliorer notablement l'état du recourant mais visaient à réduire la douleur et la gêne et à accroître l'ampleur du mouvement de l'articulation. L'avis du Dr E_____ qui, dans son courrier du 11 avril 2005, considère que l'état de santé n'est pas stabilisé n'est étayé par aucun élément médical ni aucune pièce et ne saurait avoir valeur probante, ce d'autant plus qu'il s'agit de l'avis d'un médecin traitant qui admet que le traitement n'a engendré qu'une discrète amélioration. Le fait que le traitement ait été pris en charge par

l'intimée n'y change rien. L'argument du recourant tiré de cet élément est sans pertinence sur l'issue du litige.

Il sied par conséquent de considérer que les rapports des médecins d'arrondissement de la SUVA répondent aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante d'un rapport médical et de constater qu'aucun élément du dossier ou produit par le recourant dans le cadre de la présente procédure n'est de nature à mettre en doute les conclusions des médecins précités. Il n'y a dès lors pas lieu d'ordonner une expertise dans le cadre de la présente procédure.

La question de la valeur probante du rapport du Dr J_____, médecin-conseil de l'intimée, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui n'a pas procédé à l'examen du recourant, n'a pas à être tranchée dans la mesure où il n'apporte aucun élément nouveau par rapport à l'avis des médecins d'arrondissement qu'il ne fait que confirmer.

Dans le cadre de la présente procédure, deux IRM ont été produites par le recourant, IRM qui laissent soupçonner une nouvelle déchirure de la corne du ménisque interne droit. L'existence de cette déchirure n'a toutefois pas à être établie dans le cadre de la présente procédure puisqu'il s'agit d'une nouvelle déchirure qui est, par définition, postérieure à la décision sur opposition et devrait, le cas échéant, faire l'objet d'une autre procédure.

Outre cette suspicion de nouvelle déchirure au genou droit et une légère arthrose au genou gauche, les IRM pratiquées n'apportent pas d'éléments en faveur d'un état non stabilisé.

Le tribunal de céans considère, qu'au vu des rapports des médecins de la SUVA auxquels une pleine valeur probante peut être accordée, aucune amélioration sensible de l'état de santé du recourant n'était envisageable postérieurement au 31 octobre 2003 et constate que l'intimée était fondée à mettre fin aux indemnités journalières et au traitement médical dès cette date.

Dès lors, et faute de décision négative exécutoire de l'OCAI, l'intimée était habilitée à fixer la rente à titre provisoire en prenant en considération la situation d'un assuré non encore réadapté (ATF 116 V 246) sans qu'il soit nécessaire d'examiner, si, au moment où la décision sur opposition a été rendue, d'éventuelles mesures de réadaptation étaient envisagées par l'OCAI. C'est bien ce qu'a fait l'intimée par décision du 7 janvier 2005, confirmée par décision sur opposition du 14 juillet 2005, sans toutefois préciser que la rente était transitoire.

10. La rente transitoire doit être fixée en fonction d'une comparaison des revenus qui prenne en considération l'activité qui peut raisonnablement être exigée de la part d'un assuré non encore réadapté, compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (ATF 129 V 286 consid. 4.3; 116 V 246).

11. Dans sa décision sur opposition du 14 juillet 2005, l'intimée a admis que le recourant ne pouvait plus reprendre son ancienne activité au sein de la X_____ qui imposait la manutention et le port de lourdes charges mais a considéré que, sur le plan médical, il était à même d'avoir une capacité de travail complète (en temps et rendement) dans une activité permettant l'alternance des positions, mettant cependant l'accent sur la position assise, sur sol plat, n'exigeant ni fréquents déplacements, ni travaux à genoux ou en position accroupie, ni descentes ou montées fréquentes d'escaliers ou d'échelles. Elle s'est fondée pour cela sur les avis de ses médecins d'arrondissement.

    Le recourant conteste que les conditions du droit à la rente soient réalisées et ne se détermine donc pas sur le taux d'invalidité et le calcul de la rente. Il n'apporte toutefois aucun élément permettant d'inférer qu'il n'est pas en mesure d'exercer l'activité retenue par l'intimée. Le rapport de son médecin traitant qu'il produit va d'ailleurs dans le sens de l'intimée puisqu'il confirme la possibilité pour le recourant d'exercer une activité adaptée à son état de santé comprenant de préférence une position assise et évitant tout effort de charge.

    L'activité décrite par le médecin traitant est tout à fait compatible avec celle retenue par l'intimée et l'on doit donc considérer que le recourant est à même d'exercer, sans limitation, une activité permettant l'alternance des positions, mettant l'accent sur la position assise, sur sol plat, n'exigeant ni fréquents déplacements, ni travaux à genoux ou en position accroupie ni descentes ou montées fréquentes d'escaliers ou d'échelles.

    Sur la base de descriptifs des postes de travail (DTP), l'intimée a considéré que les activités, sans les sollicitations médicalement contre-indiquées, offertes au recourant sur un marché du travail lui permettraient de réaliser un revenu mensuel de l'ordre de 3'400 fr. Comparé à un gain sans invalidité - non contesté - de 4'650 fr., il en résulte une perte de gain de 26,88%, taux arrondi à 27%.

    L'intimée a fixé correctement la rente transitoire en fonction d'une comparaison des revenus prenant en considération l'activité raisonnablement exigible de la part d'un assuré non encore réadapté. Ce calcul n'est pas critiquable et l'on aboutit pas à un résultat plus favorable pour l'assuré en se fondant sur les statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique. En effet, le salaire de référence est celui auquel peut prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, à savoir 4'557 fr. par mois en 2002 (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, tableau 1, niveau de qualification 4). Ce salaire mensuel hypothétique représente, compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés sont fondés sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures; La Vie économique, 7/8 2005, p. 98, tableau B 9.2) un revenu d'invalide de 4'750 fr. par mois (4'557 X 41,7 : 40).

Même si l'on admettait un abattement généreux de 20% afin de tenir compte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du recourant dans le cas d'espèce, le revenu mensuel d'invalide s'élèverait à 3'800 fr., soit un montant encore supérieur à celui qui a été arrêté par l'intimée.

Le taux d'invalidité retenu ainsi que le montant de la rente doivent donc être confirmés, étant précisé qu'il s'agit d'une rente transitoire qui pourra être revue lorsque la décision de l'OCAI sera devenue définitive.

Reste à examiner la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

12. En vertu de l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Aux termes de l'art. 36 al. 1 première phrase OLAA (ATF 124 V 29 et 209), 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.

Il résulte de l'art. 25 al. 1 LAA que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte. Celle-ci s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée en effet de manière abstraite, égale pour tous. En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assurance-accidents se distingue donc de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. 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, 113 V 221 consid. 4b, et les références; ATFA non publié du 30 juillet 2002, U 249/01).

L'annexe 3 à l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA) comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b et les références). Il représente une «règle générale» (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe).

A cette fin, la division médicale de la SUVA a établi des tables complémentaires comportant des valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés. Ces tables émanant de l'administration ne constituent pas une source de droit et ne lient pas le juge, mais sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 32 consid. 1c, 211 consid. 4a/cc, 116 V 157 consid. 3a; ATFA non publié du 28 novembre 2003, U 11/03).

13. Le recourant soutient que le pourcentage de 10% retenu par le Dr C_____ ne concerne que le dommage permanent au genou gauche alors qu'il a subi des lésions aux deux genoux. Or, en retenant une arthrose également au genou droit, le taux doit être augmenté. Il relève qu'en cas de pluralité d'atteintes, il y a lieu d'additionner les pour cents afférents à chacune des atteintes même si celles-ci n'atteignent pas les 5 %. Il considère que les derniers examens IRM contredisent l'appréciation faite du cas par le Dr C_____ concernant l'arthrose qualifiée de moyenne. Il conclut, dans l'hypothèse où le tribunal de céans devait considérer l'état de santé comme stabilisé, à ce qu'une expertise ou une instruction complémentaire soit ordonnée afin d'évaluer le taux des atteintes.

Il résulte des pièces du dossier que seul le rapport intermédiaire du Dr B_____ du 7 janvier 2003 fait état d'un éventuel dommage permanent sous forme de gonarthrose au genou droit. Le Dr F_____ quant à lui estime qu'il est prématuré à la date de l'examen, soit le 2 novembre 2004, de définir un dommage permanent au genou droit. Aucun autre élément du dossier médical ne plaide en faveur d'un dommage permanent au genou droit d'ores et déjà établi au moment où la décision sur opposition a été rendue.

Le recourant n'apporte aucun élément médical ou juridique susceptible d'établir l'existence d'une atteinte permanente au genou droit. En particulier, les deux examens IRM récents produits par le recourant dans le cadre de la procédure de recours font état d'une arthrose au genou gauche mais non pas au genou droit. Une atteinte durable au genou droit n'a, à ce stade, pas été établie.

Il convient donc de considérer que le taux retenu par le Dr C_____ et basé sur la table n°5 publiée par la SUVA pour une arthrose fémoro-tibiale du genou gauche uniquement est justifié et doit être confirmé en l'état, sans qu'il se soit nécessaire d'ordonner une expertise sur ce point.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Confirme les décisions des 7 janvier et 14 juillet 2005 en tant qu'elles accordent une rente d'invalidité de 27% à titre de rente transitoire et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% pour le genou gauche.

3. Rejette le recours pour le surplus.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière	La Présidente :
Janine BOFFI	Karine STECK

La greffière-juriste : Catherine VERNIER

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