



**EN FAIT**

1. Monsieur F\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né en 1955, a travaillé en tant que jardinier/chef d'équipe auprès de X\_\_\_\_\_ S.A. (ci-après l'employeur) à Genève. Il était assuré à ce titre au sens de la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20) auprès de la COMPAGNIE D'ASSURANCES NATIONALE SUISSE S.A. (ci-après l'assureur).
2. Le 5 octobre 1998, l'assuré a chuté d'une échelle d'une hauteur de trois mètres, provoquant une fracture styloïde du péroné droit (rapport du 26 octobre 1998 du Dr L\_\_\_\_\_).
3. Suite à cette chute, l'assuré a subi des périodes d'incapacité de travail totale et partielle.
4. L'assureur a pris en charge les suites de l'accident.
5. Une scanographie des chevilles effectuée le 31 mars 1999 a mis en évidence un status après traumatisme de la cheville droite avec fracture non consolidée de l'extrémité distale de la malléole externe et probable impaction interne et externe du dôme astragalien avec des petites fractures ostéo-chondrales résiduelles ainsi qu'une évolution arthrosique probable avec épanchement intra-articulaire (rapport du 1<sup>er</sup> avril 1999, Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie).
6. Le 27 avril 1999, l'assuré a subi une arthroscopie de la cheville droite.
7. L'évolution a été défavorable, avec une persistance des douleurs (rapports des 20 mai, 24 juin, 20 août, 20 septembre, 5 novembre 1999 du Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique).
8. Par déclaration d'accident du 8 novembre 1999, l'assuré a indiqué avoir glissé sur l'herbe et avoir heurté son genou droit. Un arrêt de travail a été prescrit du 2 au 22 novembre 1999 (rapport du Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, du 12 novembre 1999).
9. Le 7 décembre 1999, le Dr O\_\_\_\_\_ a informé le médecin conseil de l'assureur qu'il n'avait pas d'explication pour les douleurs persistantes de l'assuré et il avait préconisé une reprise de l'activité professionnelle à 100% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2000. L'assuré estimait ne pas pouvoir assumer un travail à plein temps, de sorte qu'il était disposé à une visite auprès du médecin conseil.
10. Par rapport du 29 février 2000, le Dr N\_\_\_\_\_ a attesté un arrêt de travail à 50% du 25 janvier au 20 février 2000. Le traitement avait pris fin le 18 février 2000 et la reprise du travail à 100% était possible dès le 21 février 2000.

11. Le 10 novembre 2000, une scanographie des chevilles a révélé une évolution arthrosique de l'articulation tibio-astragalienne droite, de même qu'un phénomène dégénératif peu marqué mais avec un important vide discal de la structure astragalienne antérieure du même côté.
12. Le 24 novembre 2000, le Dr P\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un status après fracture de la cheville droite et une évolution arthrosique. Il avait débuté un traitement par infiltrations depuis le 11 septembre 2000 en raison des douleurs. La cheville était tuméfiée. L'activité professionnelle n'était pas interrompue, mais l'assuré se plaignait de plus en plus.
13. Par déclaration d'accident du 6 mars 2001, l'assuré a indiqué avoir trébuché en taillant une haie et avoir subi une entorse du pied droit. Le 13 mars 2001, le Dr P\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de distorsion de la cheville droite sur ancienne pathologie. L'assuré a été en incapacité de travail totale du 2 au 26 mars 2001.
14. Par rapport du 31 mai 2002, le Dr P\_\_\_\_\_ a évoqué la possibilité d'effectuer une arthrodèse, suite à la confirmation par radiographie de l'arthrose débutante tibio-astragalienne.
15. Par rapport du 4 février 2003, la Dresse Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué que l'assuré était en incapacité de travail à 50% depuis le 16 décembre 2002. La capacité de travail pourrait être augmentée par le port de chaussures adaptées, diminuant ainsi le stress au niveau de la tibio-astragalienne.
16. Dès le 31 mars 2003, l'assuré a repris une activité à plein temps.
17. Par rapport du 4 août 2003, la Dresse Q\_\_\_\_\_ a fait état d'une augmentation des douleurs et de la raideur de la cheville.
18. Le 3 février 2004, un scanner de la cheville droite a mis en évidence la formation de géodes très importantes sous-chondrales et une arthrose tibio-péronéo-astragalienne secondaire (rapport du 4 février 2004 du Dr R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie).
19. Par rapports des 13 février et 10 mars 2004, la Dresse Q\_\_\_\_\_ a constaté une péjoration progressive des douleurs depuis mi-décembre 2003, malgré le port de chaussures spéciales, l'apparition d'une boiterie ainsi que des douleurs lombaires. Vu la nécessité de mettre la cheville au repos complet, une incapacité de travail à 100% a été prescrite. Une reprise à 50% était envisagée dès le 16 février 2004.
20. Par rapport du 25 mai 2004, la Dresse Q\_\_\_\_\_ a relevé l'absence d'amélioration du syndrome douloureux de la cheville droite. L'activité était

maintenue à 50%. L'assuré ne voulait pas entendre parler d'une intervention chirurgicale qui prêterait son maintien de l'activité professionnelle à 50%.

21. Par rapport du 17 août 2004, la Dresse Q\_\_\_\_\_ a indiqué qu'une reprise de travail à 100% avait eu lieu le 1<sup>er</sup> août 2004 ; le cas était encore en évolution.
22. Dès le 13 septembre 2004, l'assuré a été mis en arrêt de travail à 50%.
23. Le 12 octobre 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI).
24. Dès le 10 novembre 2004, l'assuré a été en incapacité de travail totale. L'assuré avait été très sollicité dans son activité professionnelle d'élagueur et avait présenté une décompensation algique de sa cheville. L'assuré s'acheminait vers un traitement chirurgical, vu les nombreux arrêts de travail survenus pendant l'année (Dresse Q\_\_\_\_\_, rapport du 8 décembre 2004).
25. A la demande de l'assureur, le Dr S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a, par rapport du 12 octobre 2005, retenu que s'agissant de l'arthrose de l'articulation de la cheville droite (articulation tibio-astragaliennne), la relation de causalité naturelle avec l'accident initial de 1998 était très vraisemblable. S'agissant de l'arthrose sous-astragaliennne, fréquente dans les suites d'entorses ou de fracture de la cheville, le lien de causalité était vraisemblable. Par contre, l'obésité n'était pas en relation de causalité avec l'accident de 1998, ni même les lombalgies à répétition et le probable canal lombaire étroit. Le traitement n'était pas terminé. Il a estimé que l'incapacité de travail de l'assuré dans la profession de jardinier était de 50% et qu'elle était uniquement imputable aux conséquences de l'accident, l'obésité ou les lombalgies ne jouant pas de rôle prépondérant. Les limitations fonctionnelles étaient : travailler dans les pentes et les terrains irréguliers, travailler sur des échelles ou échafaudages, piétiner ou marcher de façon prolongée, se tenir accroupi ou à genoux de façon prolongée. Dans une activité de réceptionniste/téléphoniste, l'assuré n'avait pas d'incapacité, étant rappelé que l'assuré avait terminé sa scolarité au Portugal à l'âge de 11 ans. En tant que commis administratif, une limitation quant au temps passé debout devait être respectée, d'où une incapacité de travail de 25%. Les mêmes limitations existaient dans l'activité de préposé à un guichet et dans une assurance. Pour les postes de gardien, surveillant de musée, employé de régie et gardiennage de parking, il n'y avait aucune incapacité si le poste était assis.
26. Par rapport du 29 novembre 2005, la Dresse Q\_\_\_\_\_ a envisagé l'arthrodèse, vu la péjoration des douleurs depuis début octobre 2005. L'incapacité de travail était à nouveau totale depuis le 18 octobre 2005.
27. Le 17 octobre 2006, l'assuré a subi la pose d'une prothèse à la cheville droite (arthroplastie de la cheville droite).

28. L'assuré a continué à présenter des douleurs persistantes (rapport du 29 mars 2007 du Dr T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).
29. En raison de la rupture partielle du tendon du jambier postérieur, l'assuré a subi une nouvelle intervention chirurgicale le 26 juin 2007.
30. Par rapport du 14 novembre 2007, le Dr T\_\_\_\_\_ a confirmé la présence d'un impingement antérieur de la prothèse de la cheville et a proposé un débridement.
31. Par avis du 11 décembre 2007, la Dresse Q\_\_\_\_\_ a indiqué qu'un an après la prothèse totale de la cheville droite, une reprise du travail n'était pas à l'ordre du jour et que l'évolution était défavorable. Une nouvelle opération était même proposée.
32. Par avis du 22 janvier 2008, le Dr U\_\_\_\_\_ du Service médical régional AI (ci-après SMR) a estimé qu'au vu de l'évolution défavorable et du fait qu'une nouvelle opération avait été proposée en novembre 2007, l'incapacité de travail était totale depuis février 2004 dans toute activité. L'atteinte à la santé retenue était un conflit tibio-astragalien à un an après prothèse totale de la cheville droite.
33. Le 16 avril 2008, le Dr T\_\_\_\_\_ a procédé à l'arthroscopie antérieure et dorsale avec décompression et mobilisation de la cheville.
34. Par décision du 23 avril 2008, l'OAI a alloué à l'assuré une demi-rente (invalidité 50%) dès le 1<sup>er</sup> septembre 2005 et une rente entière (invalidité 100%) dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006. L'incapacité de travail était totale dans toute activité.
35. Par avis du 30 mai 2008, le Dr V\_\_\_\_\_, médecin conseil de l'assureur, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a estimé que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après IPAI) s'élèverait à 25% en cas de prothèse et à 15% dans l'hypothèse d'une arthrolyse.
36. Le 2 juin 2008, une IPAI, au taux provisoire de 15%, a été versée à l'assuré.
37. Par rapport du 11 juin 2008, la Dresse Q\_\_\_\_\_ a observé une nette augmentation de la mobilité, mais l'assuré n'avait pas retrouvé sa capacité de travail.
38. Par rapport du 28 novembre 2008, la Dresse Q\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état était stationnaire à six mois post-arthrolyse. L'assuré marchait avec des cannes à l'extérieur.
39. Le 3 décembre 2008, à la demande de l'assureur, l'OAI a expliqué que le taux d'invalidité de 100% se justifiait par les diagnostics retenus dans l'avis du SMR du 22 janvier 2008.

40. Sur la base de l'échographie de la cheville du 3 décembre 2008, le Dr W \_\_\_\_\_ a relevé une importante tuméfaction des parties molles articulaires tibio-astragaliennes et péronéo-astragaliennes.
41. Par rapport du 8 avril 2009, le Dr T \_\_\_\_\_ a précisé que l'arthrolyse n'avait pas apporté d'amélioration. L'assuré avait des douleurs avant tout à la charge ; il avait besoin d'une canne.
42. Dans le cadre de la révision de la rente initiée par l'OAI, le SMR a estimé que la situation n'était pas stabilisée. L'incapacité de travail totale était par conséquent justifiée (avis du 27 mars 2009).
43. Lors d'un entretien téléphonique le 27 mars 2009, l'OAI a informé l'assureur du maintien de la rente entière en faveur de l'assuré étant donné que la situation médicale n'allait pas se stabiliser avant un an environ.
44. Le 30 octobre 2009, la Dresse Q \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré refusait une nouvelle intervention d'arthrolyse sous arthroscopiques. L'évolution étant favorable, elle ne pensait pas qu'il y avait une indication à l'ablation de la prothèse et à une arthrodèse, le patient étant moins algique.
45. Le 24 décembre 2009, la Dresse Q \_\_\_\_\_ a notamment expliqué au Dr S \_\_\_\_\_ que l'assuré préférerait ne pas envisager une nouvelle chirurgie qui serait soit une nouvelle arthrolyse soit une ablation de la prothèse totale et une arthrodèse de la cheville. Dans le contexte de l'arthrose sous astragalienne, cette praticienne pensait que cette intervention ne devait pas être proposée actuellement.
46. A compter du 1<sup>er</sup> février 2010, l'assureur a mis fin au versement des indemnités journalières.
47. Mandaté par l'assureur, le Dr S \_\_\_\_\_ a, par rapport du 1<sup>er</sup> février 2010, suite à un examen du 19 janvier 2010, diagnostiqué une arthrose tibio-astragalienne de la cheville droite traitée par prothèse totale en relation de causalité très vraisemblable avec la chute de 1998 et une arthrose sous astragalienne de la cheville droite en relation de causalité vraisemblable avec l'accident. Par contre, l'obésité morbide et le syndrome d'apnées du sommeil étaient sans rapport direct avec l'événement assuré. S'agissant de la cheville droite, le statu quo ante vel sine ne sera jamais atteint. L'évolution après prothèse avait été défavorable, l'assuré ayant probablement des douleurs en partie mécaniques sur des conflits au niveau des malléoles. Les douleurs de type inflammatoire et/ou neurologiques étaient certainement également responsables de la symptomatologie algique persistante. Il n'y avait plus de signes de pathologie dorsale ou lombaire. L'assuré suivait un traitement anti-dépresseur depuis quelques mois, mais ne souhaitait pas être suivi par un psychiatre. En cas de péjoration des douleurs, il fallait prévoir l'ablation de la prothèse et l'arthrodèse de la cheville, y compris de la sous astragalienne très

probablement. Même si le handicap était actuellement indéniable, l'intensité des douleurs n'était pas telle que l'intervention devait impérativement être effectuée actuellement. L'assuré était au courant que cette opération avait des chances d'apporter une nette diminution des douleurs. A la question de savoir si on pouvait attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé, l'expert a répondu positivement, par le biais de traitements antalgiques, anti-inflammatoires (à la demande) et le port de chaussures et semelles orthopédiques de stabilisation, d'une durée non limitée.

Les limitations fonctionnelles étaient : conduire des machines, y compris les tondeuses, travailler dans les pentes ou les terrains irréguliers, travailler sur des échelles ou des échafaudages, retourner le sol avec une bêche, piétiner ou marcher de façon prolongée, se tenir accroupi ou à genoux de façon prolongée, monter et descendre des pentes et/ou des escaliers de façon répétitive, marcher sans cannes plus de quelques mètres, maintenir une station debout plus de 15-30 minutes, rester assis sans bouger plus de 15-30 minutes, porter des charges - même de 1kg - en raison des cannes, conduire de façon prolongée en ville. Selon le médecin, dans une profession capable de respecter toutes ces limitations, la capacité de travail était totale, en tenant compte uniquement des séquelles liées à l'accident. L'assuré avait une incapacité totale de travailler comme jardinier sur le terrain et une incapacité partielle pour le travail sédentaire qui s'y rapporte, tel que planification, gestion et devis. La capacité de travail était entière dans une activité adaptée tenant compte des limitations précitées. Enfin, une indemnisation pour atteinte à l'intégrité à hauteur de 20% a été retenue par l'expert et un taux de 25% était réservé en cas d'ablation de la prothèse ou arthrodeuse.

48. Par décision du 3 février 2010, entrée en force, l'assureur a octroyé à l'assuré une IPAI de 25% (sous déduction des 15% déjà versés le 2 juin 2008).
49. Par décision du 12 avril 2010, l'assureur a informé l'assuré qu'elle considérait son état de santé comme étant désormais stabilisé, au vu des conclusions du Dr S\_\_\_\_\_. C'était donc à bon droit que le versement des indemnités journalières avait pris fin le 31 janvier 2010, date à partir de laquelle allait être versée une rente de 1'362 fr., correspondant à un taux d'invalidité de 27%, compte tenu d'une activité exercée à plein temps et respectant les limitations fonctionnelles constatées par le Dr S\_\_\_\_\_, telle que gardien/surveillant, huissier dans une administration, gérant de magasin de tabacs et journaux ou employé de bureau. S'agissant du traitement médicamenteux, antalgique et anti-inflammatoire, et les consultations liées uniquement à la prescription des médicaments, l'assureur les prenait à sa charge pour une durée indéterminée, tout comme le remboursement des frais liés à la confection de chaussures et semelles orthopédiques.
50. Par rapport du 10 mai 2010, le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a déclaré suivre l'assuré depuis le 31 octobre 2006 et l'avoir traité pour un

syndrome obstructif des apnées du sommeil et une aggravation du reflux gastro-oesophagien. Il a ajouté que l'assuré avait développé un état dépressif qui l'empêchait totalement de travailler depuis environ un an. L'état dépressif était probablement secondaire au problème orthopédique de la cheville. Les autres problèmes médicaux n'avaient pas de répercussion sur sa capacité de travail, mis à part le problème orthopédique.

51. Par avis du 11 mai 2010, la Dresse Q \_\_\_\_\_ a expliqué que la situation au niveau de la cheville était stabilisée avec un handicap fonctionnel qui n'avait pas évolué depuis les douze derniers mois. L'assuré présentait d'autres troubles, traités pas le Dr A \_\_\_\_\_, soit un syndrome d'apnées du sommeil, une obésité morbide et de l'hypertension artérielle. L'activité de jardinier n'était plus exigible, mais une autre activité l'était, entre 50% et 75% au maximum, à condition que cette activité tienne compte des limitations de l'assuré, telles qu'elles ressortent de l'expertise du Dr S \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> février 2010. L'évaluation de la capacité de travail théorique chez l'assuré était difficile. Elle avait des doutes que l'assuré, en raison des souffrances occasionnées par sa cheville, puisse pratiquer une activité, même adaptée, au-delà de 50%, voire au maximum 75%. En cas de diminution progressive de la fonction avec diminution de la mobilité et augmentation des douleurs, il conviendrait d'effectuer une ablation de la prothèse et une arthrodeuse secondaire de la cheville.
52. Le 12 mai 2010, l'assuré a formé opposition à la décision, concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité totale. Il a précisé qu'il ne contestait pas la décision quant à la prise en charge de certains traitements médicaux et à la cessation du versement des indemnités journalières au 31 janvier 2010. Seule la quotité de la rente était contestée. Il fait notamment valoir qu'il souffre de troubles psychiques consécutifs à l'accident qui n'ont pas été pris en compte par l'assureur. En outre, vu les limitations fonctionnelles constatées par le Dr S \_\_\_\_\_, l'exercice d'une activité était irréaliste.
53. En juillet 2010, l'OAI a à nouveau maintenu le droit à la rente entière en faveur de l'assuré.
54. Par décision sur opposition du 1<sup>er</sup> décembre 2010, l'assureur a admis partiellement l'opposition, en retenant un salaire avec invalidité plus élevé, de sorte que le degré d'invalidité s'élevait à 29% au lieu de 27%. Il a maintenu que la capacité de travail était totale dans une activité adaptée et les troubles psychiques ne pouvaient pas être pris en compte dans l'octroi de la rente, à défaut de lien de causalité avec l'accident.
55. Par acte du 18 janvier 2011, l'assuré a interjeté recours contre la décision, concluant, préalablement à la mise en œuvre d'une expertise interdisciplinaire, à l'audition du psychiatre traitant et principalement, à l'annulation de la décision et à

l'octroi d'une rente d'invalidité totale. Il explique que l'état dépressif est probablement secondaire à l'atteinte de la cheville selon le Dr A\_\_\_\_\_ (rapport du 10 mai 2010). Il prenait un anti-dépresseur depuis le mois d'avril 2008 et le 17 janvier 2011, il s'était décidé à consulter un psychiatre, le Dr B\_\_\_\_\_. Ses problèmes psychologiques existaient depuis bien avant le 10 mai 2010. Le recourant fait valoir que ces troubles sont en lien de causalité avec l'accident, étant donné que le traitement médical avait été anormalement long, soit plus de dix ans, et que les douleurs sont toujours persistantes. Les troubles psychiques entraînaient une incapacité de travail totale. Par ailleurs, l'intimée n'avait pas tenu compte de la décision de l'OAI rendue le 23 avril 2008, qui considérait l'absence de capacité de travail résiduelle. L'intimée avait retenu une pleine capacité dans l'activité de « jardinage sédentaire ». Or, une telle activité n'existait pas. Vu les limitations fonctionnelles citées par le Dr S\_\_\_\_\_, il n'existait pas d'activité adaptée. L'OAI était parvenu à cette conclusion d'ailleurs. Le recourant estime que ses limitations somatiques sont incompatibles avec les métiers retenus par l'intimée, soit gardien/surveillant, huissier dans une administration, gérant d'un kiosque ou employé de bureau. Enfin, l'intimée n'avait pas pris en compte dans l'évaluation de la capacité de gain, l'hypothèse qu'une nouvelle opération pouvait être envisagée.

56. Le 26 janvier 2011, l'intimée a transmis à la Cour de céans la preuve de la réception, par le recourant, de la décision sur opposition le 3 décembre 2010.
57. Par réponse du 7 mars 2011, l'intimée conclut au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. Elle précise que la question de la date du passage au régime de la rente d'invalidité n'est plus litigieuse. Elle fait notamment valoir qu'elle est en droit de s'écarter de la décision de l'OAI dès lors que le recourant souffre d'une obésité morbide, de syndrome d'apnées du sommeil qui n'ont aucun lien avec l'accident, mais qui ont une répercussion sur sa capacité de travail. S'agissant des troubles psychiques, le lien de causalité naturelle avec l'accident ne pouvait pas être qualifié de certain. Quoi qu'il en soit, le lien de causalité adéquate faisait défaut. Enfin, au vu des conclusions du Dr S\_\_\_\_\_ et de la Dresse Q\_\_\_\_\_, laquelle avait retenu une capacité de travail résiduelle entre 50% et 75%, la quotité de la rente de 29% n'était pas critiquable.
58. Le 4 avril 2011, à la demande de la Cour de céans, l'OAI a transmis le dossier du recourant.
59. Par pli du 28 juin 2011, la Cour de céans a interrogé la Dresse Q\_\_\_\_\_ et le Dr S\_\_\_\_\_ sur la question de savoir si l'on pouvait attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé du recourant.
60. Par courrier du 6 juillet 2011, la Dresse Q\_\_\_\_\_ a expliqué qu'au 1<sup>er</sup> février 2011, il n'y avait pas lieu d'attendre une amélioration significative de l'état de santé

du recourant, mais seulement une limitation de la détérioration de la fonction de la cheville, dans le sens où la prise de médicaments et la physiothérapie permettaient de maintenir l'état actuel.

61. Par pli du 27 juillet 2011, le Dr S \_\_\_\_\_ a quant à lui précisé qu'un traitement antalgique, assorti à un traitement anti-inflammatoire et au port de chaussures et semelles orthopédiques, diminue certainement les douleurs et les limitations fonctionnelles. Son avis rejoignait d'ailleurs celui du médecin traitant et c'est dans ce sens qu'il fallait entendre que le traitement proposé, de durée illimitée, allait apporter une amélioration de l'état de santé.
62. Le 21 septembre 2011, le recourant a produit un rapport établi le 6 juin 2011 par le Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Ce médecin a diagnostiqué une dysthymie (F34.1), secondaire aux difficultés de santé engendrées par l'accident. Le recourant semblait par ailleurs avoir développé à un moment ou un autre un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21). Enfin, lors des premières rencontres, le diagnostic le plus évident était celui d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) avec idéations suicidaires manifestes.
63. Par pli du 19 octobre 2011, l'intimée a persisté dans ses conclusions.
64. Après avoir adressé cette écriture au recourant, la Cour de céans a gardé la cause 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 1<sup>er</sup> 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 la forme et en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).
3. L'objet du litige se limite au degré d'invalidité que présente le recourant dès le 1<sup>er</sup> février 2010, dans la mesure où les questions du début du droit à la rente, du traitement médical et le remboursement des frais ne sont pas contestées.
4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, 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). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1 ; 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). Le point de savoir si et dans quelle mesure une atteinte à la santé imputable à un accident a causé effectivement une incapacité de travail (ou de gain) donnant droit à des prestations, doit être tranché selon la règle de la vraisemblance prépondérante, usuelle en droit des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b).

b) Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il 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 (art. 19 al. 1 LAA).

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée incapacité de travail toute perte de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé (art. 6 LPGA).

c) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne

saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGa, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (ATF non publié du 19 mars 2009, cause 9C\_437/2008 consid. 4.2, in SVR 2009 IV no 35 p. 97; ATFA non publiés du 30 avril 1991, I 350/89, consid. 3b in RCC 1991 p. 332, et I 329/88 du 25 janvier 1989, consid. 4a in RCC 1989 p. 331).

5. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

b) 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).

c) 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. En ce qui concerne les rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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. Étant 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 ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99).

d) 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 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

6. Enfin, l'ancien Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3 p. 368).
7. En l'occurrence, dans sa décision litigieuse, l'intimée a considéré que malgré ses atteintes à la cheville droite, le recourant a une capacité de travail entière dans une activité adaptée à compter du 1<sup>er</sup> février 2010. Le recourant estime, quant à lui, que sa capacité de travail est nulle, même dans une activité adaptée, et que l'intimé aurait dû prendre en compte les troubles psychiques dont il souffre.

Sur le plan somatique, il résulte du rapport établi le 1<sup>er</sup> février 2010 par le Dr S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, que le recourant souffre d'une arthrose tibio-astragaliennne et d'une arthrose sous-astragaliennne de la cheville droite qui sont en relation de causalité avec l'accident survenu en 1998 (rapport du Dr S\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> février 2010). L'évolution après la prothèse avait été défavorable ; le recourant avait des douleurs en partie mécaniques sur des conflits au niveau des malléoles ainsi que des douleurs de type inflammatoire et/ou neurologique. Les limitations fonctionnelles présentées par le recourant étaient : conduire des machines, y compris les tondeuses, travailler dans les pentes ou les terrains irréguliers, travailler sur des échelles ou des échafaudages, retourner le sol avec une bêche, piétiner ou marcher de façon prolongée, se tenir accroupi ou à genoux de façon prolongée, monter et descendre des pentes et/ou des escaliers de façon répétitive, marcher sans cannes plus de quelques mètres, maintenir une station debout plus de 15-30 minutes, rester assis sans bouger plus de 15-30 minutes, porter des charges - même de 1kg - en raison des cannes, conduire de façon prolongée en ville. S'agissant de la capacité de travail, le Dr S\_\_\_\_\_ a estimé que dans une profession capable de respecter toutes ces limitations, la

capacité de travail était totale, en tenant compte uniquement des séquelles liées à l'accident. L'assuré avait une incapacité totale de travailler comme jardinier sur le terrain et une incapacité partielle pour le travail sédentaire qui s'y rapporte, tel que la planification, la gestion et les devis.

La Cour de céans constate que le rapport d'expertise du Dr S\_\_\_\_\_ repose sur des examens du recourant et l'étude de son dossier médical. L'anamnèse est détaillée et les plaintes du recourant ont été prises en considération. L'expertise est en outre bien motivée puisqu'elle explique notamment les diagnostics retenus et expose en outre de façon claire et précise les limitations fonctionnelles qu'impliquent les atteintes dont souffre le recourant ainsi que le taux de sa capacité de travail. Les conclusions sont ainsi dûment motivées. Il y a donc lieu de reconnaître une valeur probante entière au rapport d'expertise.

La Cour de céans constate par ailleurs que les autres médecins ayant examiné le recourant n'émettent pas une opinion contraire apte à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert. Ainsi, la Dresse Q\_\_\_\_\_ a également estimé que l'activité de jardinier n'était plus exigible, mais qu'une autre activité l'était, à condition que cette activité tienne compte des limitations du recourant, telles qu'elles ressortent de l'expertise du Dr S\_\_\_\_\_. La Dresse Q\_\_\_\_\_ a certes indiqué un taux de capacité résiduelle plus faible que celui constaté par l'expert, soit entre 50% et 75% au maximum. Cela étant, la Cour de céans est d'avis qu'il n'est pas nécessaire, en l'état, de déterminer le taux de capacité qui doit être retenu, et ce pour les motifs qui suivent.

On rappellera en effet que l'on ne saurait se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. La Cour de céans constate en l'occurrence que le recourant présente des limitations fonctionnelles importantes, puisqu'il ne peut ni marcher sans cannes plus de quelques mètres, ni maintenir une station debout plus de 15-30 minutes, ni rester assis sans bouger plus de 15-30 minutes, ni porter des charges en raison des cannes (même de 1kg), ni conduire des machines, y compris les tondeuses, ni travailler dans les pentes ou les terrains irréguliers, ni travailler sur des échelles ou des échafaudages, ni retourner le sol avec une bêche, ni piétiner ou marcher de façon prolongée, ni se tenir accroupi ou à genoux de façon prolongée, ni monter et descendre des pentes et/ou des escaliers de façon répétitive, ni conduire de façon prolongée en ville (rapport du Dr S\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> février 2010). Ainsi, dans la mesure où le recourant est dans l'impossibilité de maintenir durablement des positions de travail, force est de constater qu'il ne peut être réadapté dans l'économie libre. On soulignera au demeurant que les exemples concrets d'activités que l'intimée a donnés ne sont pas des activités adaptées aux limitations fonctionnelles. Ainsi, l'activité de jardinier sédentaire, de réceptionniste/téléphoniste, de gardien, de surveillant de musée, d'employé de régie et de gardiennage de parking, ne sont pas exigibles puisque le recourant ne peut rester assis plus de 15-30 minutes, ni se déplacer sans les cannes. On relèvera

encore que c'est dans son rapport du 12 octobre 2005 que le Dr S\_\_\_\_\_ a cité ces activités, or à cette date-là, le recourant ne présentait pas encore de limitation dans la position assise. Enfin, la Cour de céans constate qu'en raison de la seule atteinte à la cheville droite, l'OAI a retenu que le recourant présentait déjà une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, sans exiger de lui qu'il se remette au travail, ce alors que son état de santé n'était pas encore stabilisé.

Compte tenu de ce qui précède, il convient de conclure que le recourant ne peut plus exploiter sa capacité résiduelle de travail sur le plan économique, de sorte qu'il en résulte une invalidité totale sur le plan professionnel.

Enfin, s'agissant de la question de savoir si les troubles psychiques que présente le recourant sont en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré, la Cour de céans constate que celle-ci peut rester ouverte, dès lors que le recourant présente, quoi qu'il en soit, une invalidité totale en raison des seules atteintes à la cheville droite.

En conséquence, le recourant a droit au versement d'une rente d'invalidité correspondant à un taux de 100% dès le 1<sup>er</sup> février 2010.

65. Le recours, bien fondé, sera par conséquent admis et la décision litigieuse sera annulée. Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour fixe en l'espèce à 1'000 fr. (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet et annule les décisions des 12 avril 2010 et 1<sup>er</sup> décembre 2010.
3. Dit que le recourant a droit au versement d'une rente d'invalidité correspondant à un taux de 100% dès le 1<sup>er</sup> février 2010.
4. Condamne l'intimée à verser au recourant la somme de 1'000.- fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; 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

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

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