RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1730/2006 **ATAS/850/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 26 septembre 2006

En la cause

Monsieur B_____, résidant , 1005 LAUSANNE	recourant
contre	
SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, 6002 LUCERNE	intimée

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Isabelle DUBOIS et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Monsieur B_____, ressortissant tunisien, né en 1963, domicilié à l'époque à Fribourg, a été victime d'un accident sur un chantier le 12 juillet 1988, alors qu'il travaillait pour l'entreprise PROFINTER SA, dont le siège social est à Genève. A ce titre il était assuré auprès de la SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après la SUVA) contre les accidents professionnels et non professionnels. Les médecins de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande à Lausanne ont posé le diagnostic de rupture traumatique du ligament croisé antérieur et du ligament latéral interne du genou droit.

2. Le 6 avril 1989, l'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la SUVA à Fribourg, le Dr A_____. Ce médecin a constaté que le genou avait une stabilité parfaite, que le cas pouvait dès lors être classé sans dommage permanent. La SUVA Fribourg a dès lors informé l'assuré que les quelques séquelles qui subsistaient de l'accident du 12 juillet 1988 n'exigeaient plus de traitement médical et a interrompu le paiement des prestations LAA.

3. Le 18 août 1994, l'assuré a à nouveau demandé à être examiné par le médecin d'arrondissement. Etant retourné vivre en Turquie depuis 1990, il a finalement obtenu un visa d'entrée en Suisse pour la durée du contrôle médical nécessaire. Le Dr B_____a ainsi établi un rapport le 14 mars 1995, duquel il résulte qu'il n'y a pas d'atteinte évaluable à l'intégrité ni d'aggravation prévisible de l'état du genou.

4. Par décision du 24 mars 1995, confirmée sur opposition le 17 mai 1995, la SUVA Lausanne a refusé toute prestation supplémentaire.

5. Par arrêt du 18 mars 1997, le Tribunal administratif du canton de Genève, fonctionnant alors comme tribunal des assurances, se fondant sur les conclusions du Dr HOURIET, a rejeté le recours de l'assuré.

6. Par arrêt du 8 juin 1998, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a confirmé l'arrêt du Tribunal administratif.

7. Le 31 octobre 2000, l'assuré a sollicité la révision de son dossier. Il a joint à son courrier divers documents médicaux dont un rapport du 16 octobre 2000 du Prof. C_____, chef de service des urgences de "établissement hospitalier" d'orthopédie de la République tunisienne.

8. Le 14 mars 2001, la SUVA l'a informé que sa décision du 24 mars 1995, confirmée par l'arrêt du 8 juin 1998 du TFA, était maintenue, étant précisé que selon le médecin d'arrondissement, un nouvel examen n'était pas nécessaire, dans la mesure où il ne s'agissait pas d'une aggravation notable des séquelles de son accident du 12 juillet 1988.

9. Le 2 avril 2001, l'assuré s'est étonné de ce que le rendez-vous avec le médecin d'arrondissement ait été annulé et le 7 mai 2002 a insisté pour obtenir "une contre-visite de nouveau avec un traitement complémentaire dans le but de guérir".

10. Par décision du 17 mai 2001, l'Office fédéral des étrangers a rejeté sa demande d'autorisation d'entrer en Suisse pour visite.

11. Par décision du 11 juillet 2003, la SUVA, constatant qu'il n'était pas possible de procéder à un examen médical, a considéré qu'elle ne pouvait apprécier dûment le cas et a à nouveau refusé d'allouer des prestations supplémentaires.

12. L'intéressé a formé opposition le 28 juillet 2003.

13. Le 15 septembre 2003 cependant, la SUVA apprenant que l'intéressé avait déposé auprès du Département fédéral de justice et police un recours contre le refus d'entrer en Suisse, lui a proposé de venir se présenter à l'agence le 3 novembre 2003 pour un examen médical.

14. Le 9 décembre 2003, le service des recours de l'Office fédéral de justice et police a rappelé à l'intéressé qu'il lui était loisible de solliciter ultérieurement la délivrance d'un nouveau visa d'entrer en Suisse auprès de l'ambassade de Suisse à Tunis dans l'hypothèse où la SUVA viendrait à le convoquer pour un nouvel examen médical.

15. Le 27 janvier 2004, l'assuré a à nouveau demandé à être soumis à un examen médical. Une date a ainsi été fixée au 9 septembre 2004.

16. Une nouvelle décision a été rendue par l'Office fédéral des migrations (ODM) refusant à nouveau l'autorisation d'entrer en Suisse le 3 janvier 2005, tant en raison de la situation socio-économique actuelle en Tunisie qu'en raison de sa situation personnelle "célibataire, emploi et salaire modestes : les liens avec son pays ne sont pas si étroits au point de l'empêcher d'envisager sans grande difficulté son avenir dans un autre pays". Enfin les moyens financiers à la disposition du requérant dans son pays d'origine et sa situation familiale ne sont pas démontrés à satisfaction.

17. Le 18 avril 2005, l'assuré est revenu à la charge auprès de la SUVA et a interjeté recours contre la décision de l'ODM auprès du service des recours du Département de justice et police.

    Le 13 septembre 2005, ce service a informé la SUVA que par décision du 5 septembre 2005, l'ODM avait habilité la représentation Suisse à Tunis à délivrer à l'assuré un visa d'entrer en Suisse pour la durée d'une semaine valable pour la période du 5 septembre 2005 au 5 janvier 2006.

18. La SUVA a ainsi convoqué l'assuré le 24 octobre 2005. Il a été examiné par le Dr D_____. Celui-ci a constaté, par rapport aux examens précédents qui

parlaient d'une restitution ad integrum, une évolution avec apparition d'un modelé arthrosique discret du genou droit associé à une laxité modérée antéro-interne.

L"assuré a confié au Dr D_____ qu'il travaillait en moyenne huit mois et demi par année, en hauteur sur des charpentes métalliques en qualité de soudeur ou de constructeur polyvalent. S'il n'a pas d'employeur fixe toute l'année c'est essentiellement en raison des conditions particulières du marché du travail en Tunisie. Par ailleurs il exerce également une activité à son compte dans l'agriculture.

19. Par décision du 5 décembre 2005, la SUVA a accordé à l'assuré une indemnité correspondant à une atteinte à l'intégrité de 5%.

20. Le 9 janvier 2006, l'assuré a formé opposition aux motifs que "c'est plus que 5% l'intégrité car j'ai toujours des problèmes à mon genou droit, en plus les frais de toutes ces années en Tunisie c'est payant. En plus j'arrête le travail pour aller à l'hôpital pour faire de la physiothérapie, que je dépense pour envoyer les lettres et faire des coups de téléphone pour la Suisse".

21. Il a joint à son opposition un courrier du Dr C_____, daté du 6 janvier 2006, selon lequel "il présente une aggravation certaine au niveau de son genou droit préparant une gonarthrose chronique qui s'est aggravée par rapport à l'état du 4 avril 1995 et du 16 octobre 2000. L'incapacité partielle permanente (IPP) évaluée à 25% est le taux minimum à lui accorder. L'estimation de 5% évaluée en Suisse en octobre 2005 ne reflète pas la réalité".

22. Une nouvelle appréciation a été effectuée par le Dr D_____ le 7 février 2006. Il rappelle que l'assuré travaille comme soudeur serrurier constructeur, qu'il n'y a dès lors pas de question à se poser sur la capacité de travail puisque celle-ci est actuellement mise en valeur, qu'au surplus la présence d'un modelé arthrosique discret est parfaitement compatible avec l'exercice d'une telle profession. S'agissant d'un éventuel traitement, des séances de physiothérapie peuvent avoir un effet bénéfique, antalgique si des crises douloureuses se présentent, ce n'est toutefois pas le cas à l'heure actuelle. Selon le Dr D_____ le niveau d'activité physique réalisé dans l'exercice de la profession est tout à fait suffisant pour maintenir la musculature ainsi que la mobilité articulaire.

23. Par décision du 17 février 2006, la SUVA a rejeté l'opposition. Elle admet qu'une aggravation des séquelles de l'accident assuré est intervenue depuis 1995. Il existait alors une laxité résiduelle minime du genou droit sans instabilité et sans altération ostéo-radiculaire radiologique. Il s'agit aujourd'hui d'une laxité modérée avec rares épisodes d'instabilité et un modelé arthrosique discret (examen du Dr D_____ du 25 octobre 2005). Elle constate cependant que l'indication d'un traitement mis en œuvre ou à mettre en œuvre depuis mars 1995 susceptible d'améliorer notablement de l'état de santé ne ressort ni du rapport du Dr

D_____ - ni de quelque autre rapport médical que ce soit au dossier. Certes, des séances de physiothérapie peuvent avoir un effet bénéfique en cas de crises douloureuses, le niveau d'activité physique réalisé dans l'exercice de la profession est cependant suffisant pour maintenir la musculature ainsi que la mobilité articulaire (cf. appréciation du Dr D_____ du 7 février 2006).

Il existe des divergences apparentes entre les conclusions du Dr D_____ et celles du Prof. C_____, ce dernier concluant pour sa part les 16 octobre 2000 et 6 janvier 2006 à une IPP de 25% (18% en 1995 selon certificat du 4 avril 1995). Selon la SUVA cependant, ces divergences tiennent plutôt aux différents critères d'appréciations de la capacité de travail permanente entre la Tunisie et la Suisse. Elle fait ainsi état de la loi tunisienne N° 1994 - 0028 du 21 février 1994.

La SUVA rappelle enfin que s'agissant du taux de l'atteinte à l'intégrité, elle s'est fondée sur les constatations du Dr D_____ et sur le barème y relatif.

24. L'assuré a interjeté recours le 15 mai 2006 contre ladite décision sur opposition. Il indique qu'il vit de petits travaux de soudure qui l'occupent de manière épisodique, qu'il n'a jamais retrouvé un travail correspondant à ses qualifications du fait de son handicap, qu'en 2002 il s'est par ailleurs lancé dans l'agriculture afin de compléter ses revenus, qu'il a toutefois dû cesser cette activité deux ans plus tard, en raison des douleurs récurrentes qui l'immobilisaient fréquemment. Selon lui, seule son atteinte au genou l'empêche de trouver un emploi dont la rémunération correspond à ses qualifications. Il est obligé de se contenter de tâches non qualifiées, peu rémunérées. Il précise que ne pouvant produire de fiches de salaire, il y a lieu de se fonder sur un revenu hypothétique. Il rappelle que son médecin traitant, le Dr C_____, a considéré que son degré d'invalidité était de 25%. Il conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité, à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25% et à la prise en charge des prestations médicales liées à l'atteinte du genou. Il ajoute enfin que dans l'attente de l'issue de son recours et d'éventuels examens complémentaires, il reste en Suisse.

Le 16 mai 2006, l'assuré a complété son recours, déclarant avoir pris connaissance des directives internes de la SUVA relatives au calcul de l'atteinte à l'intégrité et constaté que la SUVA n'en avait pas tenu compte.

25. Dans sa réponse du 26 juin 2006, la SUVA a conclu au rejet du recours.

26. Le courrier de la SUVA a été transmis à l'assuré et la cause gardée à juger.

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'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 entrée en vigueur le 1er janvier 2003 (LPGA), qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

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

   Aux termes de l'art. 58 al. 1 et 2 LPGA :

   "Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours.

   Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège".

   Le siège du dernier employeur en Suisse de l'assuré étant à Genève, le Tribunal de céans est également compétent ratione loci.

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, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

   Etant donné que la demande de révision a été déposée le 31 octobre 2000, soit à une date antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA, le présent cas reste régi, sur le plan matériel, par la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Quant aux règles de procédure, elles s'appliquent, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Toutefois, en dérogation à la LPGA, l'art. 106 LAA prévoit un délai de recours de trois mois. Etant donné que la décision sur opposition date du 17 février 2006, le recours déposé le 15 mai 2006 a été formé en temps utile. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

5. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25% et à la prise en charge de mesures médicales liées à l'atteinte du genou.

6. 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. 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 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). Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 138 consid. 3a et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 123 V 138 consid. 3a et les références ; ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2).

   b) 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. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant

essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c).

c) 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 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 181 consid. 405 consid. 2.2, 125 V 461 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 (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 364 consid. 5d/bb, ATFA du 14 février 2006, U 351/04, consid. 3.2 et les références citées).

d) Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (cf. RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (ATFA du 14 février 2006, U 351/04, consid. 3.3 et les références citées).

7. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

b) 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. Ainsi, lorsque, 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 permette de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

c) 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 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. 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).

d) En l'espèce, suite à sa demande de révision déposée le 31 octobre 2000, le recourant a été examiné par le médecin d'arrondissement de la SUVA, en particulier le 24 octobre 2005. Le rapport se base sur un examen médical complet et prend en considération les plaintes émises par le patient. A la lecture de ce rapport, on constate que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée et qu'ils ont été établis en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical, en particulier des rapports des autres médecins ayant traité l'assuré. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions sont dûment motivées. Qui plus est, ces conclusions ne sont pas

contestées par le recourant lui-même, qui demande simplement à la SUVA de prendre en compte une incapacité de gain liée à l'aggravation de l'état de son genou. Dans ces circonstances, le rapport précité remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante de tels documents.

8. La SUVA a admis qu'il y avait eu aggravation des séquelles au genou droit de l'accident du 12 juillet 1988, puisqu'il existe à présent, selon le rapport du Dr D_____ du 25 octobre 2005, une laxité modérée avec rares épisodes d'instabilité et un modelé arthrosique discret, alors qu'il n'y avait en 1995 qu'une laxité résiduelle minime. Elle a ainsi reconnu l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'état actuel du genou et l'accident.

9. a) Il convient ainsi, en raison de la capacité résiduelle de travail du recourant, de déterminer son degré d'invalidité et son éventuel droit à une rente.

   La SUVA s'est fondée sur le taux évalué par le Dr D_____ dans son expertise, laquelle doit se voir reconnaître pleine valeur probante, ainsi qu'on l'a vu ci-dessus.

   Le recourant quant à lui fait état du rapport du Dr C_____ du 6 janvier 2006 selon lequel un taux d'incapacité de 25% devrait lui être reconnu.

   Or, il y a lieu de relever que le Dr C_____ parle d'incapacité partielle permanente, dont la définition figure à l'art. 38 de la loi tunisienne N° 1994 - 0028 du 21 février 1994, comme suit :

   "le taux d'incapacité s'entend toujours de la réduction de la capacité professionnelle ou fonctionnelle produite par l'accident, exprimée par rapport à la capacité que possédait la victime au moment de l'accident et est déterminé par une commission médicale en fonction de la nature et de la gravité de l'atteinte, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que ses aptitudes et ses qualifications professionnelles, compte tenu d'un barème indicatif établi par arrêté conjoint des ministres de la santé publique et des affaires sociales".

   Le TFA, dans son arrêt du 8 juin 1998, a déjà relevé à cet égard, que les critères d'appréciation de la capacité de travail permanente sont différents en Suisse et en Tunisie.

   b) Selon l'art. 18 LAA, si l'assuré devient invalide à 10 % au moins à la suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (al. 1). Est réputé invalide celui dont la capacité de gain subit vraisemblablement une atteinte permanente ou de longue durée. Pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (al. 2). A cet égard,

le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 76-77 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après l'ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321).

Est déterminant lors de la comparaison des revenus au sens de l'art. 18 al. 2 LAA le moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente et non celui de la décision sur opposition. L'assureur-accidents est cependant tenu, avant de se prononcer sur le droit à une prestation, d'examiner si aucune modification significative des données hypothétiques déterminantes n'est intervenue durant la période postérieure à l'ouverture du droit. Dans ce cas, il lui incombe de procéder à une nouvelle comparaison des revenus avant de rendre sa décision (ATF 128 V 174).

Aux termes de l'art. 19 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 l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. La rente est allouée pour tout le mois au cours duquel ledit droit est né.

En vertu de l'art. 15 al. 2 LAA, seconde phrase, est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident.

c) En l'espèce, il s'avère que l'assuré travaille dans son pays, la Tunisie, en qualité de soudeur - serrurier - constructeur huit mois et demi en moyenne par année, et à son compte dans l'agriculture. Selon le Dr D_____, la présence d'un modelé arthrosique discret est parfaitement compatible avec ces activités.

L'assuré explique dans son recours qu'en réalité, il vit de petits travaux de soudure qui l'occupent épisodiquement et qu'il a cessé toute activité dans l'agriculture en 2004 en raison de douleurs récurrentes. Il rappelle que selon le Dr C_____, il présente un degré d'invalidité de 25%.

Le Tribunal de céans constate, d'une part, qu'aucun chiffre ne vient corroborer les allégations de l'assuré. Celui-ci n'a pas en effet produit de fiche de salaire ou tout autre document permettant de déterminer son revenu. D'autre part, il a lui-même déclaré en octobre 2005 qu'il exerçait une activité agricole et travaillait comme soudeur environ huit mois et demi par année. Une incapacité de gain liée à l'atteinte à la santé ne peut ainsi être mise en évidence.

10. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié, à savoir :

a. au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien;
b. aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste;
c. au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital;
d. aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin;
e. aux moyens et appareils servant à la guérison.

Les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 45 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain (Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in : schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], soziale Sicherheit, n° 61 p. 29).

En l'occurrence, il s'agit donc d'examiner si le traitement requis était approprié (art. 10 al. 1, phrase introductive, LAA). Selon la jurisprudence et la doctrine, tel est le cas seulement lorsque la mesure envisagée est de nature à améliorer l'état de santé, la preuve de ce fait devant être établie avec une vraisemblance suffisante. Celle-ci est donnée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration (arrêt du 8 novembre 2001 dans la cause F., U 134/99; Maurer, Schweizerisches Unfallversiche-rungsrecht, Berne 1985, p. 274 ch. 1 et 2).

Le Dr D_____ a relevé, dans son rapport du 7 février 2006, que le niveau d'activité physique réalisé par l'assuré dans le cadre de son travail était tout à fait suffisant pour maintenir la musculature ainsi que la mobilité articulaire. Il a certes déclaré que des séances de physiothérapie pourraient avoir un effet bénéfique en cas de crises douloureuses. Il a toutefois précisé que tel n'était pas le cas en l'état.

Partant, la décision de la SUVA refusant la prise en charge de mesures médicales doit être confirmée.

11. a) Il reste à examiner si le recourant a droit, comme il le soutient, à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux supérieur à celui fixé par l'intimée.

b) Si, par suite d'un accident, un 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 (art. 24 al. 1 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. 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 (art. 36 al. 1er de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 - OLAA)

Il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art 36 al. 4 OLAA).

L'atteinte à l'intégrité fait abstraction des effets particuliers qu'elle peut exercer sur un individu donné; elle traduit une évaluation abstraite, valable pour tous les assurés. Seul est donc pris en compte "le degré de gravité" attribuable à une telle atteinte à l'intégrité chez l'homme moyen (W. GILD et H. ZOLLINGER, Die Integritätentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Berne 1984, pp. 38 et 46; dans le même sens, A. MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berne 1985, p. 417; A. RUMO-JUNGO, E. MURER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurich 1991, ad art. 25 al. 1, p. 104).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. 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 (art. 25 al. 1 LAA). En vertu des art. 25 al. 2 LAA et 36 al. 1er OLAA, le Conseil fédéral a édicté des directives sur le calcul de l'atteinte à l'intégrité, constituant l'annexe no 3 de l'OLAA, qui 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). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus que la perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué.

La division médicale de la SUVA a élaboré des tables complémentaires plus détaillées (Informations de la division médicale de la SUVA no 57 à 60, ainsi que 62), que le Tribunal fédéral a jugées compatibles avec l'annexe 3 OLAA, dans la mesure où elles ne constituaient pas des règles de droit impératives, mais simplement des indications destinées à garantir l'égalité de traitement entre les assurés (ATF 116 V 156; 113 V 218).

c) Dans le cas d'espèce, l'assuré s'est vu reconnaître une atteinte à l'intégrité de 5 %.

Le recourant reproche à la SUVA de n'avoir pas correctement appliqué son barème. Il produit à cet égard un extrait des tables de la SUVA concernant les atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs. Toutefois force est de constater que l'assuré ne présente pas de blocage du genou, mais une laxité

modérée. Il convient dès lors d'utiliser les tables relatives aux laxités ligamentaires ce qu'a fait le Dr D_____, et non les tables auxquelles se réfère l'assuré.

Le recourant n'apportant aucun élément médical susceptible de mettre en doute le taux retenu par l'expert, qui est pour le surplus conforme à ce qui découle de l'OLAA et des tables établies par la SUVA, le taux d'atteinte à l'intégrité doit également être confirmé.

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. 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 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 :
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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