RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2116/2004 **ATAS/424/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

5ème chambre

du 18 mai 2005

En la cause

Monsieur M_____, comparant par Me Marianne BOVAY, avocate en l'Etude de laquelle il élit domicile

recourant

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE EN CAS D'ACCIDENTS, Fluhmattstrasse 1, 6002 Lucerne

intimée

Siégeant : Madame Maya CRAMER , Présidente, Mme Doris WANGELER et Mme Isabelle DUBOIS , juges.

EN FAIT

1. Monsieur M_____, ressortissant marocain né en 1953, était employé par Y_____ depuis le 29 avril 1993 en tant que maçon. A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : SUVA).

2. Selon la déclaration d'accident à la SUVA du 29 juin 1999, l'assuré a été victime d'un accident sur un chantier le 25 juin 1999. Alors qu'il se trouvait sur un pont roulant manipulé par son chef d'équipe, ce pont a basculé et l'assuré avait été contraint de sauter d'une hauteur de 3,5 m. pour éviter que le pont ne lui retombe dessus avec l'outillage. Il a été atteint au tibia et à la cheville gauche.

3. Le diagnostic de fracture du pilon tibial gauche et nécrose cutanée superficielle au tiers distal de la plaque a été posé par le Dr A_____ du Département de chirurgie de l'Hôpital cantonal où l'assuré a été opéré le 7 juillet 1999. Selon le résumé d'observation du 3 août 1999, l'assuré a séjourné à l'Hôpital cantonal du 25 juin au 29 juillet 1999. Lors de son départ, il marchait en charge partielle (15 kg) avec des cannes anglaises.

4. Selon le rapport médical du Dr A_____ du 14 septembre 1999, l'incapacité de travail était totale depuis l'accident pour une durée indéterminée.

5. Le 17 janvier 2000, l'assuré a été examiné par le Dr B_____, médecin-conseil de la SUVA, qui a rendu un rapport le 21 janvier 2000. Les radiographies à disposition montraient une excellente réduction, mais ne permettaient pas de savoir si la consolidation osseuse était acquise.

6. Du 22 mars au 19 avril 2000, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation de la SUVA à Sion (ci-après : CRR). Selon l'avis de sortie du 18 avril 2000, la capacité de travail était de 0 % du 19 au 24 avril et de 100 % dès le 25 avril 2000. Une appréciation orthopédique du 28 mars 2000 a conclu que le patient serait soulagé s'il était équipé d'un support plantaire dans une chaussure adaptée. L'ordonnance avait été faite et le patient allait être équipé prochainement. Selon le rapport final des ateliers professionnels du 19 avril 2000, le patient disait ne pas pouvoir reprendre son travail dans le bâtiment, mais par contre un travail assis ne lui poserait pas de problème.

7. Dans le rapport final du 16 mai 2000, les Dr C_____ et D_____ de la CRR ont indiqué que la physiothérapie avait permis une très nette amélioration de la marche qui s'effectuait sans cannes. Le patient était satisfait de sa chaussure à tige montante et du support plantaire associé. Durant l'évaluation aux ateliers professionnels, les médecins avaient été frappés par la discordance entre un arrêt du travail assez précoce (1h30 après l'arrivée sur le chantier) en raison de douleurs de la cheville et un très bon travail en physiothérapie, le patient étant capable

d'effectuer toutes les activités demandées avec une bonne endurance. Dès l'entrée, le patient avait été très clair sur le fait qu'il ne voulait pas retourner sur un chantier, mais qu'il désirait être recyclé dans une autre profession. Pour les médecins de la CRR, il ne présentait toutefois plus aucune limitation dans son activité antérieure.

8. Selon le certificat du 31 mai 2000 du Dr E_____ du Département de chirurgie de l'Hôpital cantonal, l'assuré était à nouveau en incapacité totale de travailler dès le 31 mai 2000.

9. Par courrier du 23 juin 2000 à la SUVA, le Dr E_____ a indiqué que le bilan radiologique montrait une arthrose déjà bien présente et que le patient se plaignait de douleurs continuelles. Il voyait difficilement comment l'assuré pourrait reprendre un travail de force et un reclassement professionnel précoce serait largement souhaitable, le patient étant motivé pour se recycler.

10. Le rapport de radiologie du 2 août 2000 du Dr F_____, radiologue, à l'attention du Dr B_____ relevait que l'examen actuel était superposable au précédent, sans lésion dégénérative, notamment au niveau de l'articulation tibio-astragalienne. La congruence de la cheville était bonne.

11. Le 2 août 2000, l'assuré a été réexaminé par le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr B_____. Il convenait que le patient chargât le membre inférieur gauche de façon à l'entraîner et que l'os fût stimulé afin que tout rentrât dans l'ordre. C'était une chose à privilégier avant tout autre traitement. Globalement, il était possible de dire que l'évolution avait été favorable, compte tenu des lésions initiales. Il fallait que le patient voulût bien payer de sa personne pour permettre à son corps de profiter pleinement du traitement dont il avait pu bénéficier. L'administration devait donc prendre contact avec l'employeur du patient pour lui permettre de reprendre un travail léger. S'il se rendait au travail sans esprit de rendement, une activité professionnelle effective à 50 % serait possible après un mois et à 100 % après un autre mois.

12. Par décision du 9 août 2000, la SUVA a informé l'assuré que son indemnité allait lui être versée à 50 % dès le 1er septembre 2000 et supprimée dès le 1er octobre 2000.

13. Par courrier du 22 août 2000, l'assuré s'est opposé à cette décision, relevant qu'il avait déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité sur le conseil de l'Hôpital cantonal. L'orthopédiste privé qu'il consultait, le Dr G_____, était d'avis qu'il était incapable d'exercer à l'avenir la profession qui était la sienne ainsi que toute autre profession impliquant une station debout ou le port de charges. Par ailleurs, il souffrait d'arthrose. La décision de la SUVA devait donc être annulée.

14. Selon le rapport du 11 septembre 2000 du Dr G_____, l'assuré souffrait d'un status arthrosique très important de la cheville. En fonction de l'évolution, une probable arthrodèse ou arthroplastie pourrait être envisagée. L'état était susceptible

de se péjorer. Une reprise du travail à titre d'essai à 50 % dès le 1er septembre 2000 était effective.

15. Dans son rapport de radiologie du 27 novembre 2000 à l'attention du médecin-conseil de la SUVA, le Dr F_____ a indiqué qu'il existait un status post traumatique et post opératoire pour l'extrémité distale des deux os de la jambe où l'on trouvait des canaux osseux à bords nets. Sur l'incidence de profil existait une impression de non fusion des portions antérieure et postérieure du trait de la fracture, avec sclérose des berges en regard. La congruence de la cheville était bonne et les axes étaient corrects dans les deux plans. Une ostéopénie diffuse importante était présente au niveau du pied.

16. Le 27 novembre 2000, le Dr H_____, médecin-conseil de la SUVA spécialiste en chirurgie orthopédique, a procédé à l'examen médical final de l'assuré. La capacité de travail dans les métiers du bâtiment était nulle et cela de manière définitive. L'assuré ne pouvait plus faire de stations debout prolongées, de marches de longue durée, ni travailler sur des terrains inégaux, sur des échelles ou des échafaudages. Par contre, une activité en position assise ou alternant les positions pourrait être exercée à 100 % avec un rendement complet, pour autant que les déplacements soient limités à de courtes distances. Le degré d'atteinte à l'intégrité a été fixé à 15 % sur la base de la table 5 relative aux taux d'atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses.

17. Par courrier du 4 décembre 2000, la SUVA a informé l'assuré qu'elle annulait sa décision du 9 août 2000 et qu'elle reprenait le versement des indemnités journalières à compter du 1er septembre 2000. Il subsistait toutefois une capacité résiduelle de travail que l'assuré était prié de mettre à profit. L'indemnité journalière serait versée jusqu'au 30 avril 2001 pour permettre à l'assuré de trouver un poste de travail adapté. Celui-ci aurait prochainement droit à une rente d'invalidité dont le taux restait à fixer et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 14'850 fr. lui serait versée.

18. Par courrier du 2 avril 2001, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux, hormis la prescription d'antalgiques.

19. Le 10 juillet 2001, l'assuré a informé la SUVA qu'il n'avait pas retrouvé de travail et que son pied le faisait toujours souffrir, de même que sa hanche et sa colonne vertébrale. Il attendait toujours d'être contacté par l'assurance-invalidité.

20. Par décision du 23 novembre 2001, la SUVA a fixé le taux d'invalidité de l'assuré à 25 % et lui a octroyé une rente correspondante à compter du 1er mai 2001. L'assuré était à même d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie, à condition qu'il travaille en position assise ou alternée assise/debout. Les pertes de gain imputables à des facteurs étrangers à l'invalidité ne pouvaient pas être prises en considération. Compte tenu de l'appréciation médicale, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité était de 15 %.

21. Le 24 décembre 2001, l'assuré s'est opposé à cette décision et a conclu à ce qu'une rente d'invalidité à 100 % lui soit octroyée, de même qu'un montant de 23'400 fr. à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il a relevé que son incapacité de gain était supérieure à 25 %, compte tenu du fait qu'il ne pouvait pas travailler huit heures par jour en position assise et que la position alternée ne lui convenait pas non plus. Il contestait également l'existence d'un marché équilibré du travail dans le canton de Genève, ainsi que le fait qu'il serait capable de réaliser un salaire de 3'600 fr. payé treize fois l'an. Le degré de 15 % concernant l'atteinte à l'intégrité ne pouvait pas non plus être retenu, dès lors qu'il était handicapé dans tous les mouvements de sa vie quotidienne. Une atteinte de 25 % était plus raisonnable en ce sens.

22. Selon le rapport du Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (COPAI) du 20 septembre 2002, l'assuré a suivi un stage d'observation professionnelle du 10 juin au 1er septembre 2002. Les maîtres de réadaptation ont conclu à une capacité résiduelle de travail de 80 % au minimum (rendement de 80 % sur un plein temps) dans un emploi léger, privilégiant la position assise, mais avec possibilité d'en changer. Les limitations étaient le port de charges, la position debout permanente et les longs déplacements. Quelques mois de mise au courant pratique en entreprise étaient seulement nécessaires pour les métiers et activités envisagés. L'assuré lui-même pensait que son état de santé était compatible avec un travail à mi-temps seulement.

23. Le 18 février 2004, il a informé la SUVA qu'il avait été victime d'un nouvel accident en lien avec le premier (chute suite à une glissade de la canne anglaise entraînant une intervention chirurgicale de la main) et lui a demandé de prendre en charge l'opération qui en découlait.

24. Le 24 février 2004, la SUVA a fait savoir à l'assuré qu'elle n'était pas en mesure d'admettre une quelconque responsabilité pour les troubles à l'épaule.

25. Par courrier du 21 mai 2004, le Dr A_____, médecin traitant, a indiqué à la SUVA que l'évolution de son patient avait été marquée par une dégradation progressive avec un remodelage arthrosique au bilan radiologique. « Une arthrodèse de la cheville pouvait encore être temporisée ». Il souffrait également de tendinopathies de l'épaule et de la rotule, ainsi que de lumbagos.

26. Le 28 avril 2004, l'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr H_____. Dans son rapport du 29 mai 2004, ce médecin a relevé qu'au niveau de la cheville gauche, des séquelles étaient présentes sous la forme d'une réduction de mobilité de la tibio-tarsienne, de modification morphologique de la structure osseuse du tibia, d'une irrégularité de l'interligne astragalo-tibial. Pour l'essentiel, les séquelles de cet accident n'avait pas été modifiées depuis l'observation faite en novembre 2000. Les observations faites à ce moment restaient d'actualité en ce qui concernait les activités possibles et impossibles. Il n'y avait pas de modification du dommage permanent. Pour le surplus, l'assuré se plaignait

d'un syndrome douloureux diffus dont la relation de causalité avec l'accident du 25 juin 1999 n'était ni certaine, ni vraisemblable.

27. Par détermination du 12 juillet 2004, l'assuré a persisté dans son opposition. Son médecin traitant avait fait état de diagnostics de tendinopathie de l'épaule gauche, de lumbagos et de tendinopathie rotulienne. Ces affections étaient forcément dues au fait qu'il ne se déplaçait plus sans canne depuis 5 ans, et cela même si le médecin traitant ne l'avait pas expressément précisé. Par ailleurs, l'assuré a indiqué avoir subi un traumatisme psychologique consécutif à cet accident, aggravé par le retard pris dans le traitement de son dossier.

28. Par décision du 16 juillet 2004, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 23 novembre 2001. Il ressortait du rapport du Dr H_____ que les séquelles de l'assuré se situaient au niveau de la cheville gauche. Ce médecin avait expressément écarté la possibilité qu'il existait un lien de causalité entre l'accident du 25 juin 1999 et le syndrome douloureux diffus. Le Dr A_____ avait également séparé les conséquences de l'accident de 1999 et les autres troubles présentés par le patient. Aucun élément médical ne faisait état de troubles psychiques, qui ne pouvaient donc pas être retenus. Même si cela avait été le cas, le degré moyen de gravité de l'accident ne permettrait pas d'établir un lien de causalité avec d'éventuels troubles psychiques survenus ultérieurement. Compte tenu de l'état de santé de l'assuré, le début de la rente pouvait être fixé en 2001. L'exigibilité professionnelle ressortait du rapport du Dr H_____ et les motifs à l'encontre de cette appréciation tenaient dans la prise en compte de troubles n'engageant pas la SUVA. Sur le plan économique, il résultait de la comparaison de revenus une perte de gain de 24 % suite à son accident, raison pour laquelle le taux retenu de 25 % devait être confirmé. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité était également basée sur le rapport du Dr H_____ et il n'y avait pas lieu de s'en écarter.

29. Par acte du 15 octobre 2004, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, auprès du Tribunal de céans, concluant à son annulation et à ce qu'une expertise tendant à analyser ses plaintes et à déterminer tous les traumatismes consécutifs à l'accident soit ordonnée, qu'une rente à 50 % au moins lui soit octroyée, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25 %. Contrairement à ce qu'avait relevé le Dr H_____, la situation médicale s'était aggravée plus de cinq ans après l'accident. Une nouvelle intervention chirurgicale semblait inévitable et d'autres troubles étaient apparus. Le Dr H_____ n'excluait pas totalement que les douleurs pussent être liées à l'accident du 25 juin 1999. Par ailleurs, son rapport n'était pas neutre et ne répondait pas aux exigences de la jurisprudence. Il ne tenait pas compte du rapport du Dr A_____ qui faisait état de nouvelles pathologies. Une expertise devait donc être ordonnée. S'agissant de l'atteinte à la santé psychique, le Dr A_____ en avait fait état dans sa lettre du 30 avril 2003 et l'accident avait été suffisamment grave pour qu'on puisse y lier des affections d'ordre psychologique. La rente ne pouvait être fixée

tant que le recourant n'avait pas été mis au bénéfice de mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité. A l'issue du stage d'orientation professionnelle, le recourant avait indiqué à cette assurance qu'il était prêt à travailler à 50 % en raison de ses douleurs, mais celles-ci n'avaient pas été prises en considération. Si l'on tenait tout de même à statuer sur la rente, il y aurait lieu de prendre en considération tous les problèmes de santé, lesquels influaient sur la capacité de travail du recourant. Il était illusoire de penser qu'un employeur offrirait un travail à une personne dans la situation du recourant, dont la jambe était gravement endommagée. Les conclusions de la SUVA admettant la possibilité théorique que le recourant rejoignît le monde du travail devaient donc être écartées. Tant le revenu avec que celui sans invalidité étaient contestés par le recourant, qui ne fixait toutefois pas le degré de son invalidité, dans la mesure où il considérait ne pas pouvoir le faire sans expertise préalable. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, elle devait être fixée au taux de 25 %, dans la mesure où il avait pratiquement perdu l'usage de son pied, et que la perte d'un pied correspondait à une indemnité de 30 %. De plus, les atteintes psychiques devaient également entrer en ligne de compte.

30. Dans sa réponse du 15 décembre 2004, la SUVA a conclu au rejet du recours, lequel ne contenait pas d'éléments nouveaux ou pertinents susceptibles de modifier sa position, en particulier pas d'élément médical mettant en cause le bien-fondé des appréciations du médecin d'arrondissement. Ce médecin avait vu l'assuré à quatre reprises et les rapports découlant de ces examens remplissaient les conditions jurisprudentielles leur permettant de se voir reconnaître pleine force probante. Les troubles psychiques n'étaient pas en lien avec l'accident considéré. Le recours n'était pas fondé dans la mesure où il s'en prenait aux revenus de valide et d'invalide ou au taux d'atteinte à l'intégrité.

31. Invité à faire valoir sa réplique dans un délai échéant le 21 décembre 2004, l'assuré n'a pas répondu, de sorte que la cause a été gardée à juger par le Tribunal de céans.

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 des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (ci-après : LAA).

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance accident. Aux termes de l'art. 118 al. 1er LAA, les prestations d'assurances allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la loi sont régies par l'ancien droit. L'accident ayant eu lieu le 26 juin 1999, le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la LAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. En revanche, les règles de procédure sont immédiatement applicables (art. 82 LPGA ; ATF 127 V 427 consid. 1).

4. Selon l'art. 56 al. 1er 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).

5. A titre préalable, le recourant sollicite la mise sur pied d'une expertise médicale. Selon lui, le rapport du Dr H_____ ne répondrait pas aux exigences de la jurisprudence et ne prendrait pas en compte l'avis du médecin traitant.

6. Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves (art. 61 let. c LPGA; art. 95 al. 2 OJ, en relation avec les art. 113 et 132 OJ). Mais si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références; VSI 2001 p. 108 consid. 3a).

Le droit de faire administrer des preuves, qui découle du droit d'être entendu (ATF 122 II 469 consid. 4a), n'empêche pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction si, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles elle doit procéder d'office, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation; une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 94 consid. 4b ; ATFA non publié du 25 août 2004 en la cause U 115/04).

Il convient également de rappeler que selon la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de la SUVA aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 sv. consid. 3b/ee).

7. En l'espèce, le recourant a été examiné à quatre reprises par le médecin d'arrondissement de la SUVA, soit les 21 janvier, 4 août et 27 novembre 2001, ainsi que le 29 mai 2004. Chaque rapport se base sur un examen médical complet et prend en considération les plaintes émises par le patient. A la lecture de ces rapports, 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 Dr E_____, G_____ et

A_____. De nombreuses radiographies ont également été réalisées et examinées. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions sont dûment motivées. Dans ces circonstances, les rapports précités remplissent toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante de tels documents.

Vu ce qui précède, la demande du recourant de faire procéder à une expertise doit être rejetée.

8. Le litige porte essentiellement sur le taux de la rente d'invalidité du recourant, ainsi que le degré de son atteinte à l'intégrité

9. a. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence de la causalité naturelle 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; ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

b. Le lien de causalité adéquate est en revanche une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. 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. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références, 115 V 405 consid. 4a).

c. Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il

est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 no U 142 p. 75, consid. 4b; Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, no 141). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur le critèrede la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 no U 363 p. 46 ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3).

10. Selon l'art. 18 al. 2 LAA (teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002), 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.

    Si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1er 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. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1er LAA).

    Pour déterminer le taux d'invalidité, il y a lieu de procéder à la comparaison des revenus. En l'absence d'un revenu exigible effectivement réalisé, le revenu d'invalide doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré et structuré offrant un éventail d'emplois diversifiés. Il s'agit donc d'une notion théorique. Lorsque l'assuré ne reprend pas d'activité, la comparaison peut se faire au moyen de tabelles statistiques ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT ; ATFA du 5 février 2004 en la cause U 167/03).

    La détermination du revenu d'invalide a été effectuée par l'intimée sur la base des données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT). Selon la jurisprudence (ATF 129 V 472), la détermination du revenu d'invalide sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Lorsque le revenu d'invalide est déterminé sur la base des DPT, une réduction de salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié ni admissible.

11. En l'espèce, il ressort clairement des pièces versées au dossier que le recourant n'est plus à même d'exercer son métier de maçon, mais qu'il dispose tout de même d'une capacité résiduelle de travail, ce qui résulte en particulier des rapports du médecin d'arrondissement et du stage d'observation professionnelle effectué pour le compte de l'assurance-invalidité.

    Le recourant présente certaines limitations dues à l'accident en raison des séquelles à la cheville, qui lui causent un manque de mobilité, d'endurance et de force, ainsi qu'une incapacité à se déplacer sur des terrains inégaux. Celui-ci souhaite également se voir reconnaître une atteinte à la santé psychique, indiquant dans son recours qu'il souffre d'une « affection d'ordre psychologique ». Or, avant de pouvoir examiner un éventuel lien de causalité entre l'accident et une atteinte psychique, il y a lieu de mettre en évidence l'existence même de cette atteinte. En l'occurrence, aucun médecin n'a jamais posé un diagnostic relatif à des troubles psychologiques dont souffrirait le patient. Le Dr A_____ en particulier a certes mentionné en 2003 que le patient se sentait déprimé, mais n'a pas posé de diagnostic à ce sujet et ne traite pas le patient pour une telle affection. Il n'est pas non plus mentionné dans le rapport du COPAI que le recourant est déprimé ce que le centre n'aurait certainement pas manqué de relever si cela avait été le cas. Il y a donc lieu d'en conclure que le patient ne souffre pas de séquelles psychologiques dus à l'accident du 25 juin 1999.

    S'agissant des autres problèmes de santé évoqués par l'assuré, soit des douleurs à l'épaule et au dos (diagnostiqués par le Dr A_____), l'assuré soutient qu'ils sont dus à l'accident, dans la mesure où il ne se déplace plus sans canne depuis plusieurs années. Cette appréciation reste personnelle, puisque le lien de causalité entre ces atteintes et l'accident a été écarté par le médecin d'arrondissement de la SUVA dans un rapport ayant valeur probante au sens de la jurisprudence et que l'appréciation de ce dernier n'a pas été remise en cause de manière convaincante par un autre spécialiste.

    Enfin, tout comme l'a souligné avec raison l'intimée, le raisonnement tenu par le recourant, selon lequel l'atteinte douloureuse à l'épaule et au dos serait due à cet événement puisqu'il n'avait jamais ressenti de douleurs dans ces zones avant l'accident, ne saurait être suivi dans la mesure où il repose sur le principe « post hoc, ergo propter hoc », lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 119 V 341 ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s. consid. 3b; ATFA non publié du 26 janvier 2005 en la cause U 279/03). C'est en effet essentiellement à la lumière des renseignements d'ordre médical qu'il convient de trancher la question de la causalité naturelle, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Un tel lien n'a en l'occurrence été établi par aucun médecin.

En conséquence, il y a lieu de se baser sur l'appréciation du Dr H_____, qui revêt une pleine valeur probante, en ce qui concerne la capacité de travail résiduelle concernant les atteintes à charge de l'assurance-accidents. Le recourant doit donc être considéré comme capable d'exercer une activité en position assise ou alternant les positions à 100 % avec un rendement complet, pour autant que les déplacements soient limités à de courtes distances et que les stations debout prolongées et le travail sur des terrains inégaux, des échelles ou des échafaudages soient évités.

12. Le recourant conteste également le calcul de la perte de gain effectué par l'intimée.

Au titre du revenu d'invalide, celle-ci s'est fondée sur neuf DPT qui figurent au dossier. Il s'agit notamment de fonctions de caissier-vendeur, ouvrier, employé d'usine, employé de production ou portier. Le salaire mensuel moyen réalisable dans ces professions est de 3'600 fr. (soit 43'200 fr. par an). Comme relevé ci-dessus, lorsque le revenu d'invalide est déterminé sur la base de DPT, il n'y a pas lieu d'opérer une réduction de ce salaire pour tenir compte des handicaps de l'assuré (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3). On notera également que le montant retenu par la SUVA est plus favorable à l'assuré que celui basé sur les statistiques salariales ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) et selon lesquelles un homme exerçant une activité simple et répétitive pouvait prétendre en 2001 à un revenu de 44'157 fr., compte tenu d'une réduction maximale de 25 % qui ne se justifierait cependant pas en l'espèce (ATF 126 V 75 ss ; salaire de base de 4'598 fr. selon ESS 2000 tableau TA3, secteur production, niveau de qualification 4, augmenté par le biais des indices de salaires nominaux pour tenir compte de l'année de référence 2001 et du temps de travail dans les entreprises durant cette année, soit 41,7 heures).

S'agissant du revenu sans invalidité, dans la mesure où le recourant était placé pour des missions par son employeur sur divers chantiers, il y a lieu de se baser sur le revenu indiqué par ce dernier et non pas sur un seul contrat de mission ainsi que souhaite le faire le recourant. En effet, une agence de placement a pour vocation de mettre du personnel à disposition des entreprises selon des modalités qui peuvent fortement varier en fonction des besoins de ces dernières, si bien que le montant en cause, susceptible de changer au gré des missions proposées, ne saurait être représentatif de la capacité de gain. On remarquera toutefois que le salaire de l'assuré indiqué par l'employeur correspond à celui retenu dans le contrat produit par celui-ci. Ainsi, pour l'année 2001, année de naissance du droit à la rente sur laquelle se fonde la comparaison des revenus, le recourant pouvait prétendre à un salaire horaire de 24 fr. 25, augmenté de 2 fr. 20 à titre de 13ème salaire. Les vacances étant comprises dans le nombre d'heures de travail annuelles découlant de l'horaire dans le bâtiment tel qu'il découle des tables SUVA, l'indemnité à titre de vacances ne saurait être ajoutée dans le traitement qui portera par contre sur l'année entière et non sur onze mois seulement. Ainsi, le salaire horaire se monte à 26 fr. 45. Compte tenu d'une moyenne de 2'167 heures travaillées en 2000, le salaire annuel se monte à 57'317 fr.

Si l'on procède à la comparaison des deux revenus déterminants (à savoir 57’317 fr. pour le revenu sans invalidité et 43'200 fr. pour le revenu d'invalide), le taux d'invalidité atteint 24,6 %. Par conséquent, la décision entreprise ne se révèle pas critiquable dans son résultat.

A noter ici que l’argument du recourant, selon lequel le taux d’invalidité ne saurait être fixé par l’intimée avant que la question de la réadaptation professionnelle n’ait été traitée par l’assurance-invalidité, n’est pas fondé en l’espèce. En effet, les professions encore ouvertes au recourant ne demandent aucune formation supplémentaire ou connaissance particulière que celui-ci devrait encore acquérir, exceptée une simple mise au courant en entreprise, comme cela est constaté dans le rapport du COPAI du 4 septembre 2002 (p. 15). Dès lors que des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas envisagées, l’assureur-accidents pouvait d’ores et déjà statuer sur le taux d’invalidité.

13. 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.

14. 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).

15. Dans le cas d'espèce, l'assuré s'est vu reconnaître une atteinte à l'intégrité de 15 % en raison d'une fracture du pilon tibial, reconstitution imparfaite, rotation externe et défaut de mobilité ainsi que des douleurs permanentes. Il a été tenu compte de l'évolution pouvant amener à une arthrodèse.

    Le recourant n'apporte aucun élément médical susceptible de mettre en doute le taux retenu par le médecin d'arrondissement de la SUVA et basé sur la table n° 5 établie par la SUVA. Pour justifier son recours, il explique que les difficultés de mobilité de la cheville dont il souffre peuvent être comparées à la perte d'un pied, dont l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée à 30 %. Compte tenu du fait qu'il ne perdrait pas son pied, mais uniquement l'usage, il en conclut que l'indemnité devrait être fixée à 25 % dans son cas. Ce raisonnement ne peut être suivi, dans la mesure où il existe précisément des tables pour évaluer les atteintes du type de celle dont il souffre. De plus, des difficultés de mobilité de la cheville ne sauraient être comparées à la perte d'un pied.

    Le taux d'atteinte à l'intégrité doit donc être confirmé.

16. Au bénéfice de ce qui précède, le recours sera rejeté.

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 :

Préparatoirement :

2. Rejette la requête du recourant tendant à la mise en oeuvre d'une expertise médicale.

Principalement :

3. Rejette le recours.

4. Dit que la procédure est gratuite.

5. 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 :
Yaël BENZ	Maya CRAMER

Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG

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