



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2481/2003

ATAS/842/2004

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

6^{ème} Chambre

du 18 octobre 2004

En la cause

Monsieur R_____, comparant par Me Pierre RUMO en l'étude recourant
duquel il élit domicile

contre

**SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS intimée
D'ACCIDENTS**, Fluhmattstrasse 1, Lucerne

**Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente, Mesdames Doris WANGELER et
Juliana BALDE, Juges.**

EN FAIT

1. M. R_____, né le 5 avril 1961, originaire du Portugal, marié et père de deux enfants, travaillait depuis le 1^{er} juin 1987 comme conducteur aux Transports publics genevois (TPG) et était à ce titre assuré en assurance-accidents auprès de la Caisse Nationale Suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA).
2. Le 11 février 1997, M. R_____ s'est tordu la cheville en faisant de la luge. Il a été transporté en urgence à l'Hôpital cantonal de Genève où une fracture de la cheville gauche a été diagnostiquée. Il a été en incapacité de travail complète dès cette date.
3. Une ostéosynthèse de la cheville a été pratiquée le 12 février 1997. M. R_____ est sorti de l'hôpital le 17 février 1997. Le résumé de l'observation des Drs. A_____ et B_____ atteste que les suites post-opératoires sont simples. Le 28 avril 1997, le Dr. C_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a attesté que les suites post-opératoires étaient sans particularités.
4. Le 7 juillet 1997, le Dr. D_____, médecin-assistant à la polyclinique de chirurgie de l'Hôpital cantonal a attesté que l'évolution était compliquée par une algoneurodystrophie et une consolidation retardée. Il était difficile de se prononcer sur la durée du traitement (« décharge, myocolique, physio douce ») mais celui-ci était d'encore trois mois vu les complications. Une arthrose tibioastragaliennne pouvait survenir au titre de dommage permanent.
5. Le 22 octobre 1997, le Dr. E_____, médecin-assistant à la polyclinique de chirurgie des Hôpitaux Universitaire de Genève (HUG) a décrit, dans un rapport médical intermédiaire, que l'évolution était compliquée d'un Südeck en régression et d'une consolidation retardée, d'évolution progressivement favorable. Le patient suivait un traitement de physiothérapie. Il était trop tôt pour se prononcer sur un éventuel dommage permanent.
6. Le 23 octobre 1997, le Dr. E_____ a répondu à un questionnaire de la SUVA et précisé que l'évolution avait été lentement favorable avec une régression de l'algoneurodystrophie de Südeck et l'apparition d'une consolidation progressive du trait de la fracture.
7. Le 8 décembre 1997, le Dr. E_____ a attesté que l'évolution n'était que peu favorable avec persistance des douleurs de la cheville. Douleurs également nocturnes. Selon les radiographies, la fracture n'était pas encore consolidée et des signes d'ostéonupérie mouchetée évoquaient une évolution de la maladie de Südeck.

L'état actuel était une algoneurodystrophie de Südeck avec décours et un retard de consolidation. Au vu de la première, une intervention visant à corriger le retard de consolidation n'était actuellement pas à envisager.

8. Le 26 janvier 1998, le Dr. E _____ a relevé que l'évolution était actuellement stable du point de vue clinique avec la persistance de douleurs de la cheville, plutôt évocatrices d'une persistance d'une algoneurodystrophie de Südeck. Il y avait une consolidation de la fracture de la malléole externe avec une bonne corticalisation. La malléole pouvait être considérée comme solide. Les radiographies montraient une algoneurodystrophie de Südeck qui était traitée par de la physiothérapie dans le cadre du service de médecine physique et de rééducation de l'hôpital cantonal.
9. Le 29 avril 1998, la Dresse F _____, cheffe de clinique adjointe à la division de médecine physique et rééducation des HUG a rendu un rapport médical intermédiaire selon lequel il était diagnostiqué un status post-fracture Weber C, une algoneurodystrophie de la cheville gauche et également une sciatalgie L5 gauche.

Sur le plan fracturaire, on voyait déjà une corticalisation du trait de la fracture début février 1998. Le patient observait donc une charge presque totale à l'aide d'une canne anglaise. Les douleurs étaient maîtrisables par une association de trois ou quatre médicaments Tramal, Zolben. Ils avaient dû ajouter à ceux-ci du Rivotril en raison d'une description et d'une sciatalgie L5 gauche sous forme de décharges électriques handicapant elle-même la marche de manière importante. Pour l'instant, cette douleur répondait peu au traitement médicamenteux et physiothérapeutique. Un appareil de Tens avait été posé sans résultat. Un Ct-scann lombaire avait été pratiqué le 5 mars 1998, montrant uniquement des discrets troubles dégénératifs des articulaires postérieures au niveau L4-L5 et L5-S1. Il n'y avait pas de trace de hernie discale, ni de compression radiculaire à tous les niveaux explorés. La clinique douloureuse était fluctuante, puisque le 17 mars 1998, l'assuré se présentait avec des douleurs exacerbées ayant perduré dans la nuit.

Il n'y avait pas de circonstances sans rapport avec l'accident impliqué dans cet événement. Il s'agissait d'une fracture documentée, compliquée par une maladie de Südeck. La sciatalgie L5 semblait être apparue a posteriori de l'événement fracturaire. Néanmoins, on pouvait supposer qu'une modification de statique contraignant le patient à soulever son membre inférieur gauche et en crispant toute la musculature fessière, pouvait être responsable de cette symptomatologie radiculaire.

Un traitement médicamenteux, de l'hydrothérapie et de la physiothérapie étaient pratiqués.

10. Le 5 juin 1998, le Dr. G _____, médecin d'arrondissement de la SUVA a rendu un rapport médical. Selon le patient, il utilisait une canne car poser le pied était trop douloureux. Il souffrait de la partie externe de la cheville.

Selon le médecin il s'agissait « d'un status post-fracture Weber C de la cheville gauche du 11 février 1997, survenue d'une algoneurodystrophie sur un status après réduction sanglante et ostéosynthèse. Sont survenues des douleurs distales du membre inférieur gauche. J'ai personnellement trouvé une hypoesthésie sur la face latérale du pied, le cou-de-pied et du tiers inférieur antérieur de la jambe gauche, associée à une laxité unilatérale de l'épiphyse proximale du péroné gauche dont la mobilisation entraîne des dysesthésies de type électrique. Il conviendrait de vérifier s'il s'agit d'une fracture selon Maisonneuve ou tout au moins d'une répercussion proximale du traumatisme avec une lésion ligamentaire et une irritations du nerf sciatique poplitée externe et de ses branches. D'autre part, sur les radiographies que j'ai visionnées dont la première radiographie, contemporaine de l'accident, on peut suspecter une ostéochondrite du dôme interne de l'astragale in situ et par la suite, mais ceci est moins flagrant et mériterait d'être contrôlé, s'est-il agi d'une flake-fracture de la joue interne de l'astragale ou simplement d'une question d'incidence ou de calcification. D'autre part, lorsque j'avais appris les interventions AO on nous avait toujours rendus attentifs au fait que si l'on faisait passer des broches à travers la syndesmose ou si l'on posait une Stellschraube, ce que l'on faisait à l'époque au dessus de la syndesmose, il convenait en règle générale, je souligne, de les enlever après 6 semaines ».

11. Le 22 juillet 1998 le Dr. H_____, médecin-assistant à la polyclinique de chirurgie des HUG a relevé que le patient était suivi depuis seize mois par les HUG. Il avait subi le 15 juillet 1998 l'ablation du matériel d'ostéosynthèse de sa cheville. Le patient marchait une semaine après l'intervention d'un pas soutenu sans boiterie. Une reprise de travail à 100 % était possible. Il envisageait encore un CT-scan de la cheville pour documenter une suspicion radiologique d'une ostéochondrite du dôme astragalien interne.
12. Une reprise du travail à 50 % le 20 août 1998 s'est soldée par un échec, l'assuré subissant une diminution de la concentration après deux heures de conduite due à une perte de la sensibilité de la jambe gauche et la jambe froide et douloureuse. Il avait de la peine à se lever de son siège après deux heures de conduite.
13. Les Desses I_____ et J_____, médecin-assistante et cheffe de clinique adjointe au département de radiologie de l'Hôpital cantonal, ont effectué le 31 août 1998 une IRM du pied de l'assuré concluant à une petite ostéochondrite disséquante du dôme astragalien partie interne, entourée d'une petite zone d'œdème.
14. Le 3 septembre 1998, le Dr. H_____ a relevé que l'IRM du 31 août 1998 de la cheville montrait une minime lésion ostéochondrale du dôme astragalien. On était arrivé au bout des possibilités thérapeutiques et une reprise de travail à 100 % était possible.

15. Le 4 septembre 1998, le Dr. K_____, médecin-conseil des TPG a attesté que les derniers examens de l'assuré étant normaux, il était difficile de justifier une incapacité de travail à 100 %. Il invitait les TPG à s'adresser au médecin-conseil de la SUVA.
16. Le 5 octobre 1998, une radiographie des genoux et de la cheville gauche a été pratiquée par le Dr. L_____ relevant une ostéopénie diffuse non spécifique de la cheville et du pied gauches.
17. Le 5 octobre 1998, le Dr. M_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, spécialiste en orthopédie et chirurgie, a effectué un examen médical final. Le Dr. M_____ a rappelé que le patient avait été victime de deux autres accidents, l'un le 21 mai 1993, il s'était tordu les genoux en jouant au football (déchirure du ménisque) et l'autre le 30 décembre 1996, en chutant sur la neige il s'était blessé au genou gauche (tendinite).

Le patient a relevé qu'il souffrait toujours de petits blocages des deux genoux et de douleurs lors d'efforts particulièrement importants et de longues positions assises. Quant à la cheville gauche, il souffrait de petites lancées d'intensité très variable apparaissant plus facilement à la marche, parfois des douleurs la nuit.

Le Dr. M_____ a constaté, s'agissant des genoux, un préarthrose plus nette à droite qu'à gauche et s'agissant de la cheville, une limitation fonctionnelle douloureuse assez nette et une arthrose tibiotarsienne légère. La physiothérapie n'était plus nécessaire compte tenu des séquelles post-traumatique de la cheville et des genoux, il était conseillé que le patient évite dans ses activités futures, les marches surtout en montées ou descentes, sur terrain inégal ou en dévers, positions debout ou assises très longues, ports de charges ainsi qu'agenouillements et accroupissements. Le patient pouvait travailler à plein temps avec un rendement total dans toute activité où ces sollicitations n'étaient que très peu requises.

L'atteinte à l'intégrité était estimée à 15 % au motif qu'il s'agissait de la valeur supérieure pour une arthrose modérée de la cheville, qui tenait ainsi également compte d'éventuelles aggravations ultérieures et des répercussions au niveau des deux genoux, ne justifiant pas pour eux-mêmes d'atteinte à l'intégrité supplémentaire.

18. Le 13 juin 1999, l'assuré s'est fait une entorse à la cheville gauche en marchant dans un trou. Cet accident a été déclaré à la SUVA.
19. Le 15 juillet 1999 le Dr. N_____, spécialiste en chirurgie orthopédique a relevé, à l'intention du Dr. M_____, qu'il avait vu le patient suite à son accident du 13 juin 1999. L'entorse était sous contrôle mais il subsistait un problème chronique suite à l'accident du 11 février 1997 (fracture de la malléole externe). Il avait constaté une hypoesthésie claire et nette du territoire du nerf

fibularis du pied gauche associé à un signe de Tinel approximativement au milieu de la cicatrice de l'ancienne incision de la malléole externe gauche. Il n'était pas exclu que le patient souffre d'un névrome du nerf fibularis avec une atteinte en aval du névrome et qui était probablement responsable d'une grande partie des symptômes de cette cheville gauche. Il était éventuellement utile de procéder à un test de conduction nerveuse.

20. Le 24 septembre 1999, la Dresse O _____, spécialiste en neurologie a conclu, après avoir pratiqué un examen neurologique et électroneuromyographique du patient, que l'examen faisait suspecter une « neuropathie du nerf musculo-cutané gauche, avec présence d'un Tinel de la région supérieure de la cicatrice et d'importantes dysesthésies dans le territoire de ce nerf ».

On pouvait exclure une atteinte axonale du nerf musculo-cutané. Il s'agissait le plus probablement d'une irritation de ce nerf, sans répercussion électrophysiologique.

21. Le 12 novembre 1999, le Dr. N _____ a procédé à une intervention chirurgicale consistant en une « neurolyse, exploration du nerf fibularis/lateralis de la cheville gauche. Libération, excision de la ténosynovite inflammatoire et suture du tendon long extenseur des orteils du pied gauche. Exploration tendon tibialis post. »
22. Le 28 mars 2000, le Dr. K _____ a rendu un rapport médical à l'intention des TPG. Le patient avait encore plus mal depuis son opération du 12 novembre 1999. Une reprise de travail n'était pas adéquate, vu l'importante boiterie.
23. Le 4 avril 2000, les TPG ont informé la SUVA qu'une reprise d'activité comme conducteur n'était pas possible et qu'aucun autre poste n'était disponible pour leur employé.
24. Le 16 février 2001, le Dr. P _____ a effectué un examen tomодensitométrique de la cheville gauche et conclu à une arthrose débutante visible au niveau de l'articulation sous-astragalienne postérieure. Aspect séquellaire post-traumatique au niveau de l'ongle supéro-interne du dôme astragalien du côté gauche.
25. L'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité et le 23 mars 2001, la division de réadaptation professionnelle de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) a ordonné un stage au Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après : le COPAI) qui a eu lieu du 30 juillet au 23 septembre 2001.
26. Le 23 octobre 2001, le COPAI a rendu son rapport et conclut que la capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible de la part de cet assuré était de 56 % (rendement de 75 % à temps partiel de 6 heures/jour) dans un emploi léger et

adapté (position principalement assise et avec la possibilité d'allonger le « MIG », déplacements limités).

Une adaptation de poste de travail était à prévoir (chaise ergonomique, espace/soutien du MIG). Le Dr. Q_____ relevait que l'assuré pourrait, en théorie, travailler à plein temps en position assise, mais que le syndrome douloureux chronique était trop durement ressenti et ne permettait pas d'activité continue.

27. Le 4 février 2002, le Dr. M_____ a rendu un rapport médical final, à la suite du rapport du COPAI.

Le patient confirmait que les trois accidents de 1993, 1995 et 1999 n'avaient pas laissé de séquelles nouvelles. Ces trois dossiers étaient en conséquence clos. Le patient souffrait toujours de la cheville gauche et boitait en marchant. Le status des chevilles et des pieds était strictement superposable à celui de 1998. L'algodystrophie était guérie. Subsistait une arthrose tibio-tarsienne légère avec limitation douloureuse très nette. Les propositions faites en 1998 concernant l'atteinte à l'intégrité et l'exigibilité restaient d'actualité (les détails des aménagements ressortissant des rapports de l'AI).

28. Le 24 avril 2002, la SUVA a décidé de verser l'indemnité journalière jusqu'au 30 septembre 2002 sur la base d'une incapacité de travail à 100 %. Le droit à une rente devrait encore être examiné.

29. Le 3 janvier 2003, la SUVA a rendu une décision par laquelle elle octroyait à l'assuré une rente mensuelle basée sur une incapacité de gain de 47 % dès le 1^{er} octobre 2002.

L'assuré était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie (en position alternée assise/debout) qui pouvait rapporter fr. 3'950.- par mois. Comparé au gain de fr. 7'360.- réalisable sans accident, il résultait une perte de 47 %. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité était de fr. 14'580.-.

30. Le 5 février 2003, l'assuré, représenté par Me Pierre RUMO, a fait opposition à la décision précitée en relevant qu'il lui était difficile d'exercer une activité lucrative la journée entière, vu les atteintes à la santé dont il souffrait et conclu à l'octroi d'un taux d'invalidité « nettement plus élevé que celui de 47 % ».

31. Me RUMO a requis de la SUVA un délai pour compléter son opposition, puis, à sept reprises, une prolongation de délai. Il n'a finalement jamais transmis le complément annoncé.

32. Le 21 mai 2003, le Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après le COMAI) a rendu un rapport d'expertise signé par les Dresses

R _____, interniste et S _____, rhumatologue. Le patient se plaignait de sensations de piqûres et lancées continues dans tout le pied, avec la sensation que la jambe lâchait. Il avait l'impression que la situation s'était dégradée, les douleurs devenant plus importantes.

Du point de vue rhumatologique, à l'examen, le médecin disait être frappé par une boiterie de décharge, une diminution de la mobilité de la cheville avec hyperesthésie de toute la zone péro-cicatricielle. Les douleurs étaient vives. L'assuré présentait des douleurs de la cheville gauche séquellaires post-traumatiques et chirurgicales et post maladie de Sudeck, dans un contexte de troubles dégénératifs modérés. L'ensemble des douleurs ne semblait pas pouvoir être entièrement expliqué par les constatations objectives, c'est pourquoi les médecins estimaient se trouver face à un patient souffrant essentiellement d'un trouble somatoforme douloureux, avec répercussions significatives sur son fonctionnement professionnel et social.

Du point de vue psychiatrique, il était relevé que c'était suite à un accident de luge que l'assuré avait développé un syndrome douloureux somatoforme persistant. Il se plaignait de douleurs importantes et continues. Le traitement médicamenteux ne semblait guère apporter d'amélioration. Ses douleurs handicapèrent sa vie quotidienne. Dans un premier temps il était relevé une diminution de l'humeur, avec anhédonie modérée, diminution de la libido, fatigue et troubles du sommeil. Cependant, le diagnostic de trouble dépressif n'était pas retenu, le syndrome douloureux somatoforme persistant apparaissant au premier plan et semblant suffire à lui-même à rendre compte des symptômes dépressifs. Effectivement, les plaintes somatiques apparaissaient intenses, continues, le gênant quotidiennement dans sa vie sociale et familiale, engendrant une importante tristesse et parfois des larmes. On avait donc l'impression d'une douleur réelle, intense, persistante, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, ne pouvant être expliquée par un processus physiologique ou trouble physique. A ce stade, on pouvait déjà répondre par l'affirmative à la question du Dr. T _____, à savoir qu'on se trouvait bien face à une évolution vers un trouble somatoforme. Quant aux facteurs de risque ayant permis cette évolution, il fallait relever l'émigration précoce, de probables mauvais traitements psychologiques de la part de sa mère, dont le comportement pouvait probablement être qualifié de tyrannique, et peut-être de l'échec d'une première union.

L'assuré était totalement incapable de travailler comme conducteur TPG et capable à 50 % dans une activité adaptée. Il existait des limitations dues à l'atteinte à la santé. Il fallait privilégier la position assise limitée, le port de charge à 10-15 kilos, ne pas effectuer de travaux lourds.

Le diagnostic avec influence essentielle sur la capacité de travail était celui de syndrome douloureux somatoforme persistant s'exprimant sous forme de F 45,4 et douleurs chroniques de la cheville et du pied gauches.

33. Le 29 septembre 2003, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré. La capacité de travail de 50 % attestée par le COMAI était liée à un syndrome somatoforme persistant d'ordre psychique. L'accident en cause devait être qualifié de moyen. Il n'était pas impressionnant et n'était accompagné d'aucune circonstance concomitante particulièrement dramatique. Il n'y avait pas eu d'erreur dans le traitement qui n'était pas anormalement long. L'algodystrophie avait bien compliqué la guérison mais elle était en régression en octobre 1997 déjà et cliniquement stable un an plus tard. Elle n'était ainsi pas d'une intensité suffisante pour considérer que l'accident avait eu une influence déterminante dans l'apparition ou le développement des troubles psychiques.

En conséquence, il fallait retenir que l'assuré pouvait travailler pleinement dans une activité adaptée.

34. Le 23 décembre 2003, l'assuré a recouru devant le Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision sur opposition de la SUVA en concluant à son annulation et à l'octroi d'un taux d'invalidité supérieur à 47 % ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité plus élevée que celle accordée.

Une activité adaptée n'était réalisable que six heures par jour selon les rapports du COPAI et du COMAI. Le taux de 15 % de l'IPAI était trop faible compte tenu de l'ensemble des troubles engendrés par les accidents des 11 février 1997 et 13 juin 1999.

35. Le 3 mars 2004, la SUVA a conclu au rejet du recours.
36. Un délai au 29 mars 2004 a été fixé au recourant pour répliquer. Me RUMO a requis deux prolongations de ce délai qui lui ont été accordées mais n'a jamais transmis de réplique.
37. Le 7 juin 2004, le Tribunal de céans a requis des Drs. M_____, C_____, N_____ et E_____ des renseignements médicaux complémentaires concernant les suites de l'accident du 11 février 1997.
38. Le 14 juin 2004, le Dr. C_____ a précisé qu'il n'avait vu le patient qu'une seule fois le 21 février 1997, soit 9 jours après l'opération et que l'intéressé avait ensuite été suivi par les HUG.
39. Le 21 juin 2004, le Dr. N_____ a déclaré qu'il avait vu le patient le 30 juin 1999 pour la première fois, soit 2 ans après l'accident. L'assuré était à l'arrêt de travail depuis le 11 février 1997 en raison de douleurs persistantes et d'un handicap

ressenti au niveau de la cheville. Un examen plus approfondi avait mis en évidence une lésion iatrogène post-chirurgicale du nerf fibularis antérieur de la cheville. En raison également d'une ténosynovite inflammatoire persistante, probablement post-traumatique du tendon du long extenseur des orteils du pied gauche, une intervention avait été pratiquée le 12 novembre 1999. Les suites opératoires avaient été lentement favorables après de multiples séances de physiothérapie. Il n'avait pas revu le patient depuis le 3 avril 2000, date d'une reprise du travail à 50 %. Le traitement administré suite à l'accident du 11 février 1997 avait été particulièrement long et il y avait eu des complications sévères suite à cet accident puisqu'il y avait d'une part des paresthésies sur le territoire du nerf fibularis antérieur et d'autre part une ténosynovite inflammatoire avec fissuration intersubstance du tendon long fléchisseur des orteils raison pour laquelle il était intervenu à la date susmentionnée. Ces complications bien que pas très importantes, étaient quand même conséquentes sur le plan clinique puisqu'elles étaient apparemment assez symptomatiques pour empêcher un retour au travail qui aurait dû se faire dans les 2 à 3 mois après l'intervention index.

La notion d'algoneurodystrophie de Südeck ne lui était pas connue chez le patient car ce diagnostic n'avait pas été mentionné ni suspecté durant la période de consultation du 13 juin 1999 au 17 mars 2000.

40. Le 9 septembre 2004, le Dr. E_____ a répondu en se fondant sur les pièces médicales du dossier que le traitement administré avait été effectivement plus long que le traitement usuel d'une fracture de cheville similaire traitée chirurgicalement, que le patient avait subi des complications, suite à l'accident, soit un retard de la consolidation de la fracture de la malléole externe et une algoneurodystrophie de Südeck.

Ce retard de consolidation était d'une importance certaine, mais l'évolution vers une consolidation retardée mais spontanée sans qu'il n'ait été nécessaire de ré-intervenir fixait les limites de cette importance. En ce qui concernait l'algoneurodystrophie de Südeck, celle-ci pouvait être jugée effectivement importante, surtout par le fait que cette algoneurodystrophie avait mal répondu au traitement classique instauré, ce qui avait eu pour effet de prolonger son effet dans le temps.

L'algoneurodystrophie de Südeck, également appelée algodystrophie réflexe, était un syndrome inflammatoire d'origine neurogène dont la physiopathologie n'était de nos jours pas encore complètement connue. Elle s'exprimait par un syndrome douloureux avec des troubles de la vascularisation, des troubles neurogènes notamment en ce qui concernait la douleur, ainsi qu'une modification du métabolisme osseux. Elle survenait à la suite de certains éléments déclenchants dont les plus classiques étaient les traumatismes et la chirurgie comme cela avait été le cas chez le patient.

L'algoneurodystrophie de Südeck avait eu une influence sur l'incapacité de travail de l'assuré. Au vu de l'évolution, c'était essentiellement en raison de la persistance de ce syndrome douloureux que se justifiait l'incapacité de travail. Selon le dossier, elle n'était pas guérie le 29 avril 1998.

41. Le 15 septembre 2004, le Dr. U _____ du service médical de la SUVA, a répondu qu'il ne pouvait pas répondre aux questions posées car il n'avait pas accès au dossier radiologique et que l'explication du phénomène algodystrophique ne pouvait se faire en moins d'une centaine de pages, les publications récentes de la SUVA contenant plus de 250 références médicales.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} 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.

Statuant sur un recours de droit public, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 1^{er} juillet 2004, confirmé que la disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était conforme, de surcroît, au droit fédéral (ATF 130 I 226).

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 LPGA qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accident du 20 mars 1981.
3. Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art. 56V al. 1 let. a ch. 5 LOJ et 60 al. 1 LPGA).
4. Aux termes de l'art. 82 al. 1 LPGA, les dispositions matérielles de la présente loi ne sont pas applicables aux créances fixées avant son entrée en vigueur soit antérieurement au 1^{er} janvier 2003. Tel étant le cas en l'espèce, les dispositions de fond de la LPGA ne sont pas applicables (cf. ATFA du 21 septembre 2004, cause K 158/03).

5. a. Selon l'art. 18 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA), si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. 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 la 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.

b. 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. Celle-ci est allouée pour tout le mois au cours duquel le droit à la rente est né (art. 19 al. 1 LAA).

6. a. En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur accidents ne répond des atteintes à la santé que lorsqu'elles sont en relation de causalité non seulement naturelle mais encore adéquate avec l'événement assuré (ATF 119 V 335).

b. Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose donc d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Mais il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte : il suffit que l'événement associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte – physique ou psychique – à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérant. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de causalité soit simplement possible ou probable.

c. Selon la jurisprudence relative à la question de la causalité adéquate en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident (ATF 123 V 102 s consid. 3b et les références), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave ; pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques, il faut que soient réunis certains critères particuliers et objectifs (ATF 115 V 139 sv. consid. 6, 408 consid. 5). Dans ce dernier cas, le juge des assurances peut admettre la causalité adéquate que si l'un des critères retenus s'est manifesté de manière particulièrement marquante pour

l'accident, ou si ces critères déterminants se trouvent soit cumulés, soit réunis d'une façon frappante (Arrêt du TFA du 7 février 2000 en la cause U 377/99).

d. La manière dont le lésé a vécu son accident n'est pas déterminante pour savoir si l'événement ayant entraîné des atteintes psychiques est grave, moyennement grave ou bénin ; le degré de gravité d'un accident s'apprécie exclusivement en fonction de la manière dont s'est déroulé l'événement accidentel proprement dit (ATF 115 V 133 consid. 6 p. 139 ; 115 V 403 consid. 5 p. 407 ; ATAS du 11 mars 1997 ; S_____, La jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances en matière de causalité naturelle et adéquate dans l'assurance-accidents sociale in : cahiers genevois et romands de sécurité sociale n° 9-1992).

Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident de gravité moyenne et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'événement accidentel lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou à aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. Les critères les plus importants sont les suivants :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ;
- enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail dus aux lésions physiques.

7. S'agissant de la causalité naturelle, en l'espèce, le recourant présente des séquelles psychiques (trouble somatoforme douloureux) que les experts du COMAI ont mis en relation avec les douleurs à la cheville gauche séquellaires post-traumatique et chirurgicales et post-maladie de Südeck. C'était suite à l'accident que l'assuré avait

développé un trouble somatoforme douloureux (rapport COMAI p. 19 – consultation de psychiatrie).

La causalité naturelle entre le trouble psychique et l'accident doit ainsi être admise. Le fait que des facteurs de risque ayant permis l'évolution vers un trouble somatoforme douloureux tels que l'émigration précoce, de probables mauvais traitements psychologiques maternels et l'échec d'une première union ont été relevés dans l'expertise du COMAI, n'est pas de nature à nier cette causalité, l'accident se présentant manifestement comme la condition sine qua non de l'atteinte à la santé.

8. S'agissant de la causalité adéquate, l'accident litigieux, soit la chute en luge, ne revêt pas un caractère de gravité. Il doit être classé dans la catégorie des accidents moyens.

Ainsi, s'agissant des critères retenus par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre l'accident et l'incapacité de gain d'origine psychique, le Tribunal de céans constate ce qui suit :

En soi, la fracture de la cheville gauche lors de l'accident du 11 février 1997, n'était pas propre, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. Les circonstances de cet accident n'ont pas été particulièrement dramatiques ni l'accident particulièrement impressionnant.

S'agissant des critères déterminants que sont la durée anormalement longue du traitement médical, les complications importantes et les douleurs physiques persistantes, ils sont en revanche réunis en l'occurrence.

En effet, tant les Drs E_____ que N_____ ont constaté que le traitement administré au recourant avait été plus long que le traitement usuel, voire particulièrement long. Le patient avait subi des complications jugées conséquentes sur le plan clinique par le Dr. N_____ (paresthésies sur le territoire de nerf fibularis antérieur et ténosynovite inflammatoire avec fissuration du tendon des orteils), lequel a relevé qu'elles avaient justifié une nouvelle intervention chirurgicale. L'assuré avait subi également un retard de consolidation d'une importance certaine. Quant à l'algoneurodystrophie de Südeck qui se manifeste notamment par un syndrome douloureux, elle a été qualifiée de complication importante par le Dr. E_____, lequel a relevé qu'elle avait de plus mal répondu au traitement classique, ce qui avait prolongé son effet dans le temps et justifié encore au 29 avril 1998 une incapacité de travail.

Enfin, les experts du COMAI, ainsi que les Drs E_____ et N_____ ont constaté un syndrome douloureux important et persistant.

Trois critères posés par la jurisprudence précitée sont ainsi réalisés. En pareil cas, la causalité adéquate doit être retenue (ATF 123 V 137 ; ATF du 16 mars 2001 en la cause U 259/00).

L'accident du 11 février 1997 revêt donc une importance particulière dans la survenance de l'incapacité de travail due à l'affection psychique, constatée par les experts du COMAI.

9. Au vu de ce qui précède, c'est à tort que la SUVA a nié le lien de causalité adéquate entre le trouble somatoforme douloureux et l'accident litigieux. La cause sera donc renvoyée à la SUVA pour qu'elle calcule la rente d'invalidité du recourant fondée sur une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée, au sens de l'expertise du COMAI.
10. S'agissant enfin du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité fixé à 15 % par l'intimée, aucun élément du dossier ne justifie de s'en écarter. En effet, le Dr. M_____ a confirmé ce taux dans son rapport du 4 février 2002, lequel tenait compte, comme le demande le recourant, également de l'accident du 13 juin 1999. En particulier, le taux de 15 % correspond à la valeur supérieure pour une atteinte à l'intégrité résultant d'une arthrose moyenne (table 5 de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité de la SUVA – révision 2000). Il sera en conséquence confirmé.
11. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de fr. 600.- lui sera allouée (art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA)).

**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. L'admet ;
3. Annule la décision sur opposition de la SUVA du 29 septembre 2003 en tant qu'elle fixe une rente d'invalidité fondée sur un taux d'invalidité de 47 % ;
4. La confirme pour le surplus ;
5. Renvoie la cause à la SUVA pour nouvelle décision au sens des considérants ;
6. Alloue au recourant à charge de l'intimée une indemnité de fr. 1'000.- ;
7. 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 :

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