



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2625/2004

ATAS/653/2005

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

**du 11 août 2005**

En la cause

Monsieur P\_\_\_\_\_, représenté par Maître Jean-Jacques  
MARTIN en l'Etude duquel il élit domicile

recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 LUCERNE

intimée

**Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente;  
Mesdames Juliana BALDE et Maya CRAMER, Juges**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur P \_\_\_\_\_, ressortissant italien né en 1973, a été victime d'accidents à la cheville droite en septembre et novembre 1994, suite auxquels il a subi une opération au mois de décembre 1994. Il a par la suite pu reprendre son travail dans la restauration pour le compte de divers employeurs entre juillet 1994 et juillet 1998. Il a ensuite été engagé en tant que nettoyeur par l'entreprise X \_\_\_\_\_ SA.
2. Le 16 mars 1999, l'assuré s'est cassé le pied droit en glissant dans les escaliers alors qu'il travaillait chez un client. Le jour même, le Dr A \_\_\_\_\_, radiologue, a diagnostiqué un aspect fortement remanié de la malléole interne avec notamment une image linéaire radio-transparente qui pouvait correspondre à une fracture sur un remaniement post-traumatique (cf. déclaration d'accident).
3. Le 20 avril 1999, l'assuré a subi une intervention chirurgicale, consistant en une révision et en un toilettage articulaire interne et externe de la cheville droite. Le Dr B \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a posé les diagnostics suivants : status cinq ans après plastie du ligament latéral externe de la cheville droite et révision interne, ossification ectopique des joues astragaliennes internes, externes, ainsi que de la malléole interne droite, et fracture sur entorse de la cheville de la pointe de la malléole interne droite.
4. Le 14 juillet 1999, le Dr B \_\_\_\_\_ a procédé à une scintigraphie osseuse partielle. Dans son rapport du lendemain, il a relevé que la sémiologie scintigraphique évoquait des phénomènes inflammatoires persistants au niveau des parties molles des sites opératoires de la cheville droite. Le diagnostic différentiel restait néanmoins ouvert, avec une algoneurodystrophie parcellaire tibio-astragalienne.
5. Le 23 septembre 1999, l'assuré a subi une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la cheville droite. Le Dr C \_\_\_\_\_, radiologue, a conclu à un remaniement post-opératoire au niveau malléolaire interne et externe, modérément fibro-inflammatoire, sans modification du signal osseux devant faire suspecter une fracture de stress ou une algodystrophie. Il existait également une ténosynovite des tendons fléchisseurs sur le versant interne, sans image de tendinite ou de rupture tendineuse.
6. Par courrier du 28 septembre 1999, le Dr B \_\_\_\_\_ a signalé au médecin d'arrondissement de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA) qu'il avait été frappé par un très important remaniement au niveau de la malléole. Il avait de la peine à expliquer cette symptomatologie inflammatoire persistante chez un patient qui avait déjà présenté une évolution inhabituelle, suite à une première

intervention. Vu l'évolution défavorable, il ne voyait plus grand chose d'autre à proposer.

7. Le 4 octobre 1999, le Dr D\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu un rapport, suite à l'examen de l'assuré. Après entretien téléphonique avec le Dr B\_\_\_\_\_, il a été convenu de proposer au patient un séjour à la Clinique de Réadaptation de Bellikon (ci-après : CRR), de manière à garantir une prise en charge globale, une observation du cas et une rééducation à la marche. L'incapacité de travail restait totale.
8. Dans un certificat du 30 novembre 1999, le Dr E\_\_\_\_\_, chirurgien, a indiqué que l'assuré souffrait de douleurs paramédianes gauches hautes en relation avec une petite éventration (status post deux cures épigastriques). Il indiquait également qu'il faudrait probablement procéder à une intervention, suite à la récurrence d'éventration.
9. L'assuré a séjourné à la CRR du 10 novembre au 3 décembre 1999. Du rapport de sortie, établi le 21 décembre 1999, il ressort que l'assuré souffre d'algodystrophie réflexe au niveau de l'articulation tibiotarsienne droite et d'une hernie épigastrique récidivante. Les médecins ont noté que le patient s'était montré bien motivé, mais que sa capacité de charge de l'articulation tibiotarsienne droite était encore nettement limitée. L'assuré ayant dû interrompre son séjour prématurément en raison d'une récurrence de hernie épigastrique, cette capacité de charge n'avait pu être améliorée et le traitement souhaité n'avait pu être mis en œuvre.
10. Par courrier du 11 janvier 2000, la SUVA a fait savoir à l'assuré qu'elle n'interviendrait pas pour les troubles liés à la hernie épigastrique, puisque cette affection ne faisait pas partie des suites de l'accident du 16 mars 1999.
11. Le 6 mars 2000, le Dr F\_\_\_\_\_, radiologue, a procédé à une scintigraphie osseuse partielle, qui a révélé une importante réduction des hyperactivités décrites lors de l'examen du 14 juillet 1999.
12. En date du 5 avril 2000, le Dr D\_\_\_\_\_ a examiné l'assuré pour le compte de la SUVA. Un entretien téléphonique avec le Dr B\_\_\_\_\_ avait révélé qu'au vu du résultat de la scintigraphie, on pouvait admettre une amélioration de l'algodystrophie. Compte tenu des constatations qu'il avait faites, le Dr D\_\_\_\_\_ a préconisé l'arrêt de l'utilisation systématique des cannes anglaises, ainsi qu'une reprise de la marche en charge totale. Toutefois, il a indiqué que des renseignements médicaux étaient encore nécessaires et que l'arrêt de travail était justifié jusqu'à leur obtention.
13. Le 9 mai 2000, le Dr D\_\_\_\_\_ a rendu un rapport d'examen médical final concernant l'assuré. Compte tenu des renseignements qui lui avaient été communiqués, il estimait que son état était stabilisé et que l'arthrose tibio-tarsienne moyenne ne nécessitait plus de traitement particulier. Le patient ne pouvant plus

surcharger son membre inférieur droit, monter et descendre fréquemment les escaliers, ou encore marcher en terrain instable, le médecin a exclu la reprise de l'activité de nettoyeur. Il a cependant estimé que, dans le cadre d'une activité adaptée, c'est-à-dire s'effectuant essentiellement en position assise, ou permettant d'alterner les positions assise et debout, et n'exigeant que des déplacements de courte distance sur des terrains plats, l'assuré pourrait travailler à plein temps et à plein rendement.

14. Par courrier du 19 mai 2000, la SUVA a informé l'assuré qu'elle ne prendrait plus en charge ses soins médicaux à l'avenir, mais qu'elle continuerait à lui verser des indemnités journalières en tenant compte d'une incapacité totale de travail.
15. Par courrier du 10 juin 2000, l'assuré s'est opposé à cette « décision », arguant qu'il avait toujours besoin d'un traitement médical et qu'il devait se déplacer à l'aide de béquilles.
16. Le 13 juin 2000, le Dr G \_\_\_\_\_, radiologue, a procédé à une IRM de la cheville droite, qui a principalement révélé la présence d'un œdème dans la partie externe de la cheville, et d'une excroissance osseuse dans la partie dorsale et antérieure de l'astragale. Une algoneurodystrophie subaiguë pouvait être suspectée.
17. Par courrier du 13 juillet 2000, la SUVA a informé l'assuré que son courrier du 19 mai 2000 ne constituait pas une décision. Elle a accepté de prendre en charge quatre contrôles par année, de même que les médicaments antalgiques. Elle a rappelé que son médecin d'arrondissement avait recommandé de ne plus utiliser systématiquement des cannes anglaises.
18. Le 8 août 2000, la Division de réadaptation professionnelle de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) a rendu son rapport. L'évaluation psychologique avait révélé que l'assuré ne disposait pas d'un bagage intellectuel suffisant pour mener à bien une formation trop compliquée et qu'il y aurait donc lieu de privilégier les formations courtes. Selon elle, un stage d'observation de trois mois était nécessaire afin de déterminer les limitations exactes de l'assuré. Un stage a donc été prévu du 23 octobre 2000 au 21 janvier 2001.
19. A la demande de l'OCAI, le Dr H \_\_\_\_\_, chirurgien, a procédé à une expertise de l'assuré. Selon son rapport du 23 novembre 2000, il existait une obésité avérée, une hernie ombilicale récidivante, une limitation fonctionnelle très marquée de la cheville droite, une amyotrophie modérée du mollet droit et une fixation du patient sur sa cheville droite avec retentissement au niveau du rachis. L'expert ne pouvait exclure une tendance à l'exagération. En conclusion, il estimait raisonnable que l'assuré effectue son stage comme prévu par l'OCAI, à raison d'une capacité de 75 % selon son médecin traitant.

20. A l'issue du stage d'observation, le 23 janvier 2001, le Centre d'intégration professionnelle (CIP) a rendu son rapport. Il en ressort que le stage a dû être interrompu le 1<sup>er</sup> décembre 2000, l'assuré ayant été déclaré incapable de travailler par son médecin traitant. Les maîtres de réadaptation ont estimé qu'une capacité de travail résiduelle de 75 % devrait pouvoir être exigée de lui dans des activités sédentaires du domaine tertiaire. Il a été relevé que l'assuré ne s'était pas engagé pleinement dans la mesure d'observation et que s'étaient posés de nombreux problèmes de comportement. Une expertise médicale semblait être la meilleure solution avant d'envisager une mesure de reclassement professionnel.
21. Le 20 février 2001, le Dr D \_\_\_\_\_ a à nouveau examiné l'assuré pour le compte de la SUVA. Il a confirmé les conclusions de son rapport du 8 mai 2000, à savoir qu'une activité adaptée pourrait être exercée à plein temps et à plein rendement. Il a par ailleurs estimé l'atteinte à l'intégrité à 7,5 % en tenant compte de la table 5 pour une arthrose tibio-tarsienne. Le degré était basé sur un début d'arthrose moyenne et ne tenait pas compte de l'évolution future.
22. Par courrier du 26 mars 2001, la SUVA a annoncé à l'assuré qu'elle continuerait à lui verser les indemnités journalières jusqu'au 31 août 2001 afin de lui permettre d'entreprendre les démarches pour trouver un poste de travail adapté. Dès ce moment, elle se prononcerait sur le droit à une rente d'invalidité. Pour le surplus, une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un montant de 7'290.- fr. lui serait versée le 1<sup>er</sup> septembre 2001.
23. Compte tenu des résultats obtenus lors du stage, le médecin-conseil de l'OCAI a proposé une expertise globale au Service médical de l'assurance-invalidité de Bellinzone (ci-après : SAM). Le 10 juillet 2001, le SAM a rendu un rapport d'expertise. Il a retenu les diagnostics suivants : début d'arthrose tibio-tarsienne, dysthymie, syndrome douloureux somatoforme persistant et status après troisième récurrence d'hernie ombilicale avec mise en place d'un filet.

Selon la consultation psychiatrique effectuée par le Dr I \_\_\_\_\_, l'assuré souffrait de dysthymie et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Le degré résiduel de capacité de travail du point de vue psychiatrique a été évalué à 50 % avec un pronostic favorable, compte tenu d'une tendance régressive du tableau clinique. Un suivi psychothérapeutique de soutien était préconisé en parallèle au programme de réorientation professionnelle, de même qu'un traitement antidépresseur.

Selon la consultation orthopédique, effectuée par le Dr J \_\_\_\_\_, des mesures chirurgicales n'étaient plus indiquées, à moins d'une aggravation de la symptomatologie. Le médecin a confirmé un début d'arthrose tibio-tarsienne et estimé que les troubles dont se plaignait l'assuré étaient crédibles, même s'il avait tendance à les aggraver. Selon lui, sur le plan orthopédique, l'exercice de professions lourdes exercées auparavant n'était plus exigible. En revanche, dans

une activité adaptée, de type sédentaire, s'exerçant principalement en position assise, et n'impliquant pas de déplacements réguliers, l'assuré pourrait atteindre une capacité de travail supérieure à 70 %.

D'après la consultation de chirurgie du Dr K\_\_\_\_\_, l'assuré avait été opéré quatre fois de l'hernie ombilicale, avec une bonne évolution de la dernière intervention, laquelle ne montrait pas de signes d'une possible récurrence. En tenant compte de certaines limitations (ne pas soulever de poids supérieurs à 10 kg) pratiquement toute activité pouvait être exercée à 100 %.

En conclusion, les experts du SAM ont retenu que l'on pouvait raisonnablement attendre de l'assuré qu'il reprenne une activité lucrative, compte tenu de son âge et de l'effet qu'aurait une reprise du travail sur son psychisme. Dans cette perspective, ils ont préconisé un traitement bio-psychosocial bien structuré coordonné par le médecin traitant pour lequel l'assuré a la plus grande estime. Ils ont également recommandé des mesures psychothérapeutiques de soutien, de même qu'un traitement antidépresseur. Dans un premier temps, la reprise d'une activité serait selon eux limitée par des arguments psychopathologiques à 50%. Ce taux pourrait évoluer positivement, compte tenu de l'évolution de la thérapie psychiatrique indiquée. Le reclassement professionnel devrait tenir compte des limitations de l'assuré, soit l'impossibilité d'effectuer des activités lourdes ou nécessitant le port régulier de poids supérieurs à 10 kg. Par ailleurs, il lui faudrait éviter les longues stations debout, les déplacements réguliers, les montées ou descentes d'escaliers ainsi que les terrains irréguliers. Sur le plan psychiatrique, les médecins ont relevé une résistance réduite à l'engagement professionnel, ainsi qu'une tendance à la somatisation, ce qui avait probablement entraîné en partie les difficultés surgies lors de la mise en œuvre de la mesure d'observation professionnelle. Du point de vue médical théorique, l'assuré pourrait suivre un programme de reclassement professionnel, à condition de bénéficier d'un soutien psychothérapeutique assidu et d'un traitement antidépresseur, le tout dans le cadre d'un traitement multidisciplinaire. De la sorte, la capacité de travail de 50 % pourrait être améliorée pour atteindre 100 %. Le pronostic était bon. Enfin, il a été indiqué que les indications données par le Dr H\_\_\_\_\_ étaient toujours d'actualité.

24. Sur la base de cette expertise, l'OCAI, par décision du 25 janvier 2002, l'OCAI a mis l'assuré au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2000.
25. S'agissant par ailleurs des mesures d'orientation professionnelle préconisées, l'OCAI a proposé à l'assuré un stage de trois mois auprès de la Fondation PRO, afin de déterminer sa capacité résiduelle de travail et les activités envisageables. Le stage devait débuter par une occupation à 50%, puis augmenter régulièrement jusqu'à atteindre 100%.
26. Du rapport d'évaluation établi par la Fondation PRO le 7 août 2002, il ressort que l'assuré a réussi à atteindre un rendement de 100% en travaillant à 50% dans des

activités de montage mécanique et de polissage. L'évolution a été décrite comme positive, bien qu'il n'ait pas été possible d'augmenter le temps de travail. En conclusion, l'assuré semblait avoir les aptitudes nécessaires à effectuer une formation dans les domaines du montage mécanique, du câblage ou du polissage de pièces légères.

27. Le 19 mars 2003, le Dr L\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique, a procédé à une nouvelle expertise de l'assuré pour le compte de l'OCAI. Les diagnostics posés ont été les suivants : arthrose de la cheville droite après entorse et interventions multiples, hernie épigastrique récidivante, obésité modérée et probable trouble somatoforme douloureux. Le médecin a relevé des discordances entre le discours du patient et les éléments observés : ainsi, il manquait des critères diagnostics pour permettre de reconnaître une algodystrophie ; l'assuré était capable de conduire plusieurs périodes d'au moins deux heures d'affilée ; la prise médicamenteuse déclarée correspondait à une atteinte modérée à sévère qui n'était pas confirmée par les examens, ce d'autant moins que les mesures objectives de la force et des périmètres musculaires des membres inférieurs démontraient une utilisation nettement plus importante que déclarée ; il existait par ailleurs une nette tendance à l'accentuation des symptômes. L'expert n'a pu se prononcer sur la question d'un état dépressif réactionnel, mais a constaté que l'assuré refusait de consulter un spécialiste dans ce domaine.

En conclusion, l'expert a retenu que le probable trouble somatoforme douloureux ainsi que l'arthrose de la cheville avaient une répercussion sur la capacité de travail. S'agissant de l'arthrose, elle était invalidante depuis 1999. L'assuré ne pouvait se tenir debout durant plus d'une heure et devait éviter les marches prolongées, les escaliers, ainsi que le port d'objets de plus de 10 kg. Sur le plan psychique, il existait une probable tendance à la somatisation et une accentuation des symptômes. L'assuré ne pouvait plus travailler comme nettoyeur. L'incapacité de travail était de 50 % et des mesures professionnelles devaient être mises en place sans délai. Dans une activité adaptée, l'assuré pourrait travailler 4h/jour avec un rendement de 100 % ou 8h/jour avec un rendement de 50 %. L'état de santé était totalement compatible avec le rapport de la Fondation PRO. La seule limitation clinique existante était celle de la limitation de mobilité de la cheville et la raideur sous-astragalienne. Les examens scintigraphiques avaient confirmé la disparition des signes d'algodystrophie.

28. A la demande de l'OCAI, le Dr M\_\_\_\_\_, psychiatre, a procédé à une expertise psychiatrique de l'assuré. Dans son rapport du 16 août 2003, l'expert a conclu à un trouble dépressif d'intensité modérée réactionnel au contexte somatique, lequel ne justifiait pas en soi une incapacité de travail. Il a considéré qu'idéalement, l'assuré devrait être encouragé à une reprise du travail le plus rapidement possible. Des mesures de réadaptation étaient envisageables. Elle n'étaient pas limitées par la problématique psychique de l'assuré, mais par ses

---

capacités cognitives, adaptatives et probablement intellectuelles. Son mode de fonctionnement opératoire le rendait plus à l'aise dans des activités manuelles.

29. Par décision du 19 février 2004, l'OCAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré à compter du premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Il a considéré qu'au vu des documents médicaux, l'assuré disposait d'une capacité résiduelle de travail de 75%, ce qui conduisait à un degré d'invalidité de 16,28 %.
30. Par décision du 26 avril 2004, la SUVA a quant à elle fixé le taux d'invalidité de l'assuré à 16 % et lui a octroyé une rente correspondante. Elle a retenu que l'assuré était à même d'exercer à plein temps une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à condition qu'il puisse travailler en position assise ou alternée assise/debout. La comparaison des revenus aboutissait à un taux de 16 %, qui correspondait par ailleurs à celui retenu par l'OCAI dans sa décision du 19 février 2004. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité s'élevait à 7'290.- fr., et était basée sur une atteinte de 3,75 % concernant les accidents de 1994 et 1999 (7,5 % au total).
31. Par courrier du 24 mai 2004, l'assuré s'est opposé à cette décision, concluant à son annulation, ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %. Il a allégué que, sans formation professionnelle adéquate et dans l'impossibilité d'exercer sa profession de nettoyeur, il était totalement incapable d'exercer une activité professionnelle adaptée à son état de santé et que, dès lors, son taux d'invalidité était de 100%. Il a par ailleurs invoqué l'avis du Dr D\_\_\_\_\_, lequel avait estimé l'atteinte à l'intégrité à 10% dans son rapport du 8 mai 2000.
32. A la demande de la SUVA, le Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et en médecine des assurances, a procédé à une nouvelle expertise. Dans son rapport du 15 septembre 2004, il a constaté une raideur de la cheville droite sur status post entorses récidivantes de la cheville, un status post reconstruction de ligament péroné-astragalien, toilette articulaire et ablation d'un corps libre au niveau de la pointe de la malléole interne (opération du 16.12.1994), un status post-excision d'ossification ectopique présente à la joue astragalienne interne et externe et à la malléole interne (opération du 20 avril 1999) ainsi qu'une récurrence d'éventration après quatre opérations d'hernie épigastrique.

L'expert a expliqué que, si l'on avait pu initialement imputer l'enflure et l'importante limitation fonctionnelle observées auparavant et mises en évidence par l'examen scintigraphique à un synovite post-traumatique, il semblait que ce soit désormais plutôt une fibrose ou une cicatrice qui limitait la fonction de la cheville. Hormis une cicatrisation exubérante, il a également relevé un conflit osseux : le patient portait au niveau du col de l'astragale un gros ostéophyte en bec de perroquet qui constituait une entrave à la flexion dorsale de la cheville et pouvait expliquer la limitation fonctionnelle. L'expert a émis l'avis que le diagnostic d'algodystrophie ne pouvait pas être retenu dans le cas de l'assuré. Il s'agissait

plutôt, selon lui, de raideur douloureuse de la cheville. Ce diagnostic semblait plus approprié que celui d'arthrose, dont la présence ne pouvait être vérifiée sur les radiographies.

S'agissant de la capacité de travail exigible, l'expert a estimé que, pour tenir compte des algies et de la limitation de l'amplitude articulaire de la cheville, il faudrait privilégier une activité s'effectuant essentiellement en position assise, évitant les déplacements fréquents et se déroulant sur une surface plane. Le port de charges répété ou excédant 10 kg était également à proscrire. Dans de telles conditions, il n'y aurait pas lieu de diminuer l'horaire de travail.

Enfin, il était conseillé à l'assuré d'abandonner rapidement tout auxiliaire de marche, dans la mesure où la décharge intempestive du pied participait également à l'entrave fonctionnelle de la cheville, susceptible d'amélioration.

33. Par décision sur opposition du 30 septembre 2004, la SUVA a confirmé sa décision initiale. Elle a considéré que les Drs D\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ avaient attesté d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée et qu'aucun élément médical ne permettait de s'écarter de cette appréciation, que le marché du travail équilibré entrant en considération dans le cadre de la comparaison de gains était à même d'offrir à l'assuré des emplois répondant aux conditions posées, pour autant qu'il soit prêt à faire l'effort que l'on était en droit d'attendre de lui, que la comparaison laissait apparaître un préjudice économique de 15,7 % et que, s'agissant du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le Dr N\_\_\_\_\_, avait estimé que l'atteinte indemnisable était quelque peu inférieure à 7,5 %.
34. Par acte du 23 décembre 2004, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50%. Il a invoqué à l'appui de sa demande le fait qu'il soit au bénéfice d'un certificat médical attestant d'une incapacité de travail de 50%. Il a également contesté le fait que la SUVA ait rendu sa décision sur la base d'un rapport établi par un médecin faisant partie de son équipe et de comparaisons abstraites. Pour le surplus, il a indiqué avoir également recouru contre la décision de l'OCAI et fait remarquer que l'issue de cette procédure pourrait contribuer à établir le montant de sa rente.
35. Dans son écriture complémentaire du 26 janvier 2005, l'assuré a précisé que seul restait litigieux le taux de la rente. Il a fait valoir que son incapacité de travail avait été attestée avec précision par le Dr L\_\_\_\_\_, mandaté par l'OCAI, et que le taux d'invalidité devait être identique dans toutes les branches d'assurances sociales. Il a par ailleurs une nouvelle fois mis en doute la valeur probante de l'appréciation du médecin de la SUVA et conclu à l'octroi d'une demi-rente.
36. Dans sa réponse du 13 mai 2005, la SUVA a conclu au rejet du recours. Elle a fait valoir que le taux d'invalidité ne pouvait être comparé avec celui fixé par l'OCAI, dans la mesure où les deux assurances ne répondaient pas des mêmes troubles. En

effet, le Dr L\_\_\_\_\_ faisait également mention d'un trouble somatoforme douloureux. La présence de troubles psychiques invalidants ressortait par ailleurs d'autres pièces du dossier (Dr I\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_). La causalité entre les accidents et les troubles psychiques devait être niée, conformément à la jurisprudence en la matière, de sorte que ces troubles n'entraînaient pas la responsabilité de la SUVA, ce d'autant moins qu'il existait des facteurs étrangers aux accidents.

37. Par courrier du 20 mai 2005, cette détermination a été transmise au recourant et 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 1<sup>er</sup> 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. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal 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 (ci-après : LPGA) relatives notamment à la loi fédérale sur l'assurance-accidents (ci-après : LAA).

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance accident. Aux termes de l'art. 118 al. 1<sup>er</sup> 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 14 juin 2002, 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. L'art. 106 LAA prévoit - en dérogation à l'art. 60 LPGA selon lequel le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours – que le délai de recours est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance.

Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable.

5. Conformément aux conclusions du recourant, seul reste litigieux à ce stade de la procédure le taux d'invalidité retenu par la SUVA.
6. 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.

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, non seulement un lien de causalité naturelle, mais également un rapport de causalité adéquate. Ces deux conditions sont cumulatives. En présence d'affections psychiques, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat des troubles psychiques consécutifs à un accident. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 139 consid. 6, 407 s. consid. 5).

En ce qui concerne la causalité adéquate, la jurisprudence distingue selon que l'accident subi était insignifiant ou peu grave, moyennement grave, ou grave. Lorsque l'accident correspond à la première catégorie, l'existence d'un lien de causalité adéquate avec d'éventuels troubles psychiques peut généralement être niée d'emblée. A l'inverse, ce rapport de causalité sera en principe admis en cas d'accident grave. Enfin, 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. Les plus importants à prendre en considération sont les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident, la gravité des lésions subies, la durée et le degré de l'incapacité de travail, la durée anormalement longue du traitement médical et les douleurs persistantes dues aux seules atteintes à la santé physique, ainsi que les erreurs dans le traitement médical entraînant une

aggravation notable des séquelles de l'accident (ATF 115 V 139 sv. consid. 6, 408 consid. 5). Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant si l'on se trouve à la limite des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat de l'accident puisse être admis (ATF 115 V 140 s. consid. 6c/aa et bb et 409 s. consid. 5c/aa et bb).

7. 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. 1 LAA).

Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de 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. 1<sup>er</sup> 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'invalidé 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).

Dans les cas d'évaluation basés sur les données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique, on réduira le montant des salaires ressortant de ces données en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidé, tels que le handicap, l'âge, les années de service, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. On procédera alors à une évaluation globale des effets de ces empêchements sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret, étant précisé que la jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25 % (ATF 126 V 76ss consid. 3b/bb, 78ss consid. 5, ATFA non publié du 16 décembre 2004 en la cause U 197/03).

La détermination du revenu d'invalidé peut également être effectuée 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'invalidé sur cette base 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'invalidé est déterminé sur

---

la base des DPT, une réduction de salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée ni admissible.

8. L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition, Berne 1984, p. 136; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278, ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence). Aussi n'existe-t-il pas en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (RAMA 1999 n° U 349, p. 478 consid. 2b, ATFA non publié du 25 juillet 2002 en la cause U 287/01).

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

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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. 3 a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

De jurisprudence constante, lorsqu'aucun indice concret ne permet de douter du bien-fondé des appréciations émises par les médecins de la SUVA, les rapports de ces derniers ont valeur de preuve et cela, dans la mesure où la caisse n'était pas partie à la procédure au moment où ils ont été établis (ATF 104 V 209;).

Le juge peut accorder une 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 d'un assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérées comme objectivement fondés (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee).

9. En l'espèce, le recourant reproche à la SUVA de s'être appuyée uniquement sur l'avis de son médecin d'arrondissement pour rendre sa décision, alors qu'une expertise réalisée par le Dr L \_\_\_\_\_, mandaté par l'OCAI, a fixé sa capacité résiduelle de travail à 50 % dans une activité adaptée et que le Dr O \_\_\_\_\_, médecin traitant, lui a délivré un certificat d'incapacité de travail à 50 %.

Ainsi qu'on l'a vu supra (cf. partie en fait), le recourant a subi plusieurs expertises et examens spécialisés, qui ont été requis par la SUVA et l'OCAI (CRR, 1999 ; Dr D \_\_\_\_\_, 2000 et 2001 ; Dr H \_\_\_\_\_, 2000 ; SAM, 2001 ; Drs L \_\_\_\_\_ et M \_\_\_\_\_, 2003 ; Dr N \_\_\_\_\_, 2004).

S'agissant de l'état de la cheville du recourant, force est de constater à la lecture de l'ensemble du dossier que l'expertise la plus complète et la plus convaincante est celle du Dr N \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecine des assurances. Selon son rapport, daté du 15 septembre 2004, l'assuré souffrait d'une raideur de la cheville droite sur status post entorses récidivantes de la cheville, d'un status post reconstruction de ligament péroné-astragalien, toilette articulaire et ablation d'un corps libre au niveau de la pointe de la malléole interne (opération du 16.12.1994), d'un status post-excision d'ossification ectopique présente à la joue astragalienne interne et externe et à la malléole interne (opération du 20 avril 1999) ainsi que d'une récidive d'éventration après quatre opérations d'hernie épigastrique. S'agissant de la capacité de travail exigible, ce médecin a indiqué qu'il fallait accorder la préférence à une activité en position essentiellement assise, évitant les déplacements fréquents et se déroulant sur une surface plane. Le port de charges répété ou excédant 10 kg était également à éviter. Ces aménagements pris en compte, il n'y avait pas lieu de procéder à une diminution de l'horaire de travail.

Ce rapport, extrêmement fouillé, fait suite à un examen complet de l'assuré. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée. Pour parvenir à ses conclusions, le Dr N \_\_\_\_\_ a consulté les rapports de tous les médecins ayant examiné l'assuré avant lui, dont ceux de la Clinique de réadaptation, de sorte qu'on ne peut que constater que son rapport se base sur un dossier bien étayé. Son appréciation prend en considération les plaintes exprimées par l'assuré et a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse. Tant la description du contexte médical que son appréciation sont claires et ses conclusions sont motivées. S'agissant de la cheville de l'assuré, ce rapport peut donc faire référence. Il y a

d'ailleurs lieu de relever qu'il confirme les précédents examens et rapports du Dr D\_\_\_\_\_, lesquels doivent également se voir reconnaître pleine force probante. En ce sens, l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_ constitue un complément véritablement décisif à des rapports qui ont été rendus alors que la SUVA n'était pas encore partie à la procédure.

Le rapport du Dr L\_\_\_\_\_, sur lequel se base principalement le recourant pour justifier ses conclusions, rejoint ceux des Dr N\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ en ce qui concerne les limitations sur le plan physique. Le diagnostic posé est toutefois différent, de même que les conclusions quant à l'exigibilité d'une activité, dans la mesure où le Dr L\_\_\_\_\_ a également tenu compte d'un probable trouble somatoforme douloureux ainsi que d'une nette tendance à l'accentuation des symptômes et à la somatisation. Se pose donc la question de savoir si ces atteintes doivent être prises en compte par la SUVA et, dans l'affirmative, celle de leurs répercussions sur la capacité résiduelle de travail du recourant. A noter que ces atteintes ont également été mentionnées par les spécialistes du SAM dans leur expertise multidisciplinaire de 2001.

Conformément aux principes jurisprudentiels, les atteintes à la santé psychique ne sauraient être prises en compte en l'espèce, compte tenu des critères applicables dans un tel cas. En effet, l'accident à l'origine de la problématique psychique doit être classé comme accident de gravité moyenne, situé à la limite des accidents de peu de gravité. Cet événement ne peut pas être qualifié de particulièrement impressionnant et les circonstances concomitantes n'étaient pas particulièrement dramatiques. La durée et le degré de l'incapacité de travail sont certes longs, mais les lésions subies ne sauraient objectivement être qualifiées de graves. La durée du traitement médical ne peut être qualifiée d'anormalement longue, puisque le traitement des affections de la cheville ne s'est pas réellement prolongé dans le temps après l'intervention chirurgicale de 1999. Au mois de septembre 1999 déjà, le Dr B\_\_\_\_\_ n'avait plus de soins particuliers à proposer à son patient. Enfin, il n'y a pas eu d'erreurs dans le traitement ni de douleurs persistantes liées aux seules atteintes à la santé physique, puisque de nombreux spécialistes ont indiqué qu'il n'y avait pas d'explication à la persistance des douleurs, mais qu'il existait une tendance à la somatisation et à l'exagération des symptômes. On doit donc en conclure que la SUVA ne répond pas des atteintes à la santé psychique dont souffre l'assuré, puisque les critères de la jurisprudence sont pour la majorité absents ou ne revêtent pas une intensité particulière pour que le caractère adéquat de l'accident puisse être admis dans ce cas.

Même dans le cas contraire, le résultat n'en aurait pas été modifié pour autant. En effet, s'agissant de telles atteintes, il y aurait lieu de se baser sur les rapports des experts en la matière, soit les Drs I\_\_\_\_\_ (pour le SAM) et M\_\_\_\_\_. Selon le Dr I\_\_\_\_\_, la capacité de travail sur le plan psychique était réduite de 50 % en raison de dysthymie et de trouble somatoforme douloureux, mais il y

avait une tendance à la régression du tableau clinique. Deux ans plus tard, le Dr M\_\_\_\_\_ mettait à son tour en évidence un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, tout en précisant que ce trouble était sans effet sur la capacité résiduelle de travail. On doit donc en conclure sur ce point qu'en tout état de cause, l'on ne saurait prendre en compte les aspects psychiques pour justifier une incapacité de travail dans le cas du recourant. Sa capacité résiduelle de travail et l'invalidité qui en découle doit donc être examinée sur la base des seules atteintes à la santé physique.

Il en découle que l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_, en tant qu'elle prend en compte des affections psychiques, ne suffit pas à infirmer les autres rapports médicaux sur lesquels s'est appuyée l'autorité intimée pour rendre sa décision, ce d'autant moins que ce médecin n'est pas un spécialiste.

Qui plus est, les conclusions de la SUVA sont confirmées par l'expertise du SAM, laquelle a mis en évidence les mêmes limitations que celles relevées par les Drs N\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_. Le SAM a en effet posé un bon pronostic et estimé et que la capacité de travail du recourant dans des activités appropriées pourrait atteindre le taux de 100 %, ce qui a été vérifié par les Drs N\_\_\_\_\_, D\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_.

Au bénéfice de ce qui précède, et à la lecture de l'ensemble des documents médicaux figurant au dossier, on doit en conclure que c'est à juste titre que la SUVA a retenu une capacité de travail résiduelle complète dans une activité adaptée. En conséquence, le recourant doit donc être considéré comme capable d'exercer à plein temps une activité en position essentiellement assise, évitant les déplacements fréquents, le port de charges répété ou excédant 10 kg et se déroulant sur une surface plane.

S'agissant du calcul d'invalidité, il n'est pas contesté par le recourant, lequel conclut directement à la reconnaissance d'une invalidité de 50 % sur la base d'une capacité de travail de 50 %, opérant ainsi une confusion entre ces deux notions.

L'examen des DPT figurant au dossier amène à la conclusion que les postes retenus sont accessibles au recourant. Le salaire moyen réalisable dans ces professions, arrêté à 2'950.- fr. par la SUVA en 2001, doit être considéré comme faible et ne saurait être remis en cause, dans la mesure où lorsque le revenu d'invalidité est ainsi déterminé, une réduction du salaire n'est ni justifiée ni admissible eu égard au système même des DPT (ATF 129 V 472). De plus, ce montant est nettement plus favorable à l'assuré que celui basé sur les statistiques salariales ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires, selon lesquelles un homme exerçant une activité simple et répétitive dans le secteur privé en 2000 pouvait prétendre à un revenu supérieur à 3'500.- fr., même compte tenu d'une réduction maximale de 25 %.

Procédant ainsi à la comparaison des gains, la SUVA a conclu à un degré d'invalidité de 16 % qui doit donc être confirmé.

S'agissant du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il n'est pas contesté par le recourant, de sorte que le recours doit être intégralement 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 :**

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 :

Janine BOFFI

La Présidente

Karine STECK

Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe