

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3693/2006

ATAS/1425/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 5 novembre 2009

En la cause

Monsieur B_____, domicilié au GRAND-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître STOLLER FÜLLEMANN Monique

recourant

contre

MOBILIERE SUISSE ASSURANCES, Bundesgasse 35, case postale 8726, 3001 BERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître GRUMBACH Philippe

intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Maria GOMEZ, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Avant de s'installer à son compte, B_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1960, a travaillé en qualité de cuisinier pour le restaurant " X_____ " à Genève jusqu'à fin mai 2003. En qualité d'employé du restaurant susmentionné, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels par LA MOBILIERE SUISSE, société d'assurances (ci-après : LA MOBILIERE ou l'assureur).
2. Le 9 juillet 2002, l'assuré a chuté en descendant les escaliers sur son lieu de travail (pce 4 intimée). La doctoresse L_____ a diagnostiqué une entorse moyenne de la cheville droite, pour laquelle elle a prescrit un traitement sous forme de médicaments, pansements, décharge, port d'une attelle et physiothérapie. Elle a en outre ordonné un arrêt de travail jusqu'au 1^{er} octobre 2002 inclus (pces 5 et 6 intimée).
3. Le 22 octobre 2002, l'assuré a reçu une casserole sur la cheville et le pied droits. Cette fois, la doctoresse L_____ a posé les diagnostics d'entorse moyenne de la cheville droite et tendinite. L'assuré a été mis en arrêt de travail jusqu'au 24 février 2003, date à laquelle il pu reprendre son activité professionnelle (pces 9 et 13 intimée).
4. Le docteur M_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a confirmé le diagnostic d'entorse de la cheville droite, auquel il a ajouté celui de fracture du tubercule postéro-externe de l'astragale. Il a préconisé une révision chirurgicale et mentionné qu'un arrêt de travail était à nouveau en cours dès le 20 décembre 2003 (attestation du 27 février 2004; pce 10 intimée). Ce médecin a joint à son avis un rapport d'examen rédigé par le docteur N_____ en date du 23 janvier 2003, suite à une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la cheville droite de l'assuré, concluant à un status "dans les normes sans anomalie plaidant en faveur d'une lésion sous-chondrale, ligamentaire ni tendineuse" (pce 11 intimée).
5. L'assuré a annoncé une rechute à l'assureur par déclaration du 14 janvier 2004 (pce 14 intimée), indiquant qu'il était à nouveau en incapacité de travail à 50 % depuis le 23 décembre 2003.
6. Le 16 janvier 2004, il s'est soumis à un examen par IRM, lors duquel le docteur O_____, radiologue, a mis en évidence une anomalie de signal centimétrique de la tubérosité antérieure du calcaneum ouvrant le diagnostic différentiel de fracture de fatigue. Selon le médecin, une nature tumorale bénigne comme un ostéotome ostéide ne pouvait toutefois être exclue (pce 15 intimée). Quant aux radiographies de la cheville, elles étaient dans les limites de la norme (pce 16 intimée).
7. Sur question de l'assureur, le docteur M_____ a indiqué que, suite à la réapparition de la symptomatologie douloureuse devenant handicapante en décembre

2003, il avait fait procéder à un bilan radiologique complet. Il avait alors retenu le diagnostic d'entorse de la cheville avec suspicion de fracture du tubercule postéro-externe de l'astragale associée à un syndrome du sinus du tarse. Le lien de causalité entre les plaintes de l'assuré et l'événement du 9 juillet 2002 lui semblait certain, dans la mesure où les examens avaient permis de mettre en évidence une possible fracture, certainement d'origine traumatique. Quant au traitement, il estimait qu'il convenait d'opter pour une révision chirurgicale, avec excision du fragment fracturé et révision de l'orifice externe du sinus du tarse (pce 32 - M23a intimée).

8. L'assureur a alors demandé au docteur P_____, spécialiste en orthopédie et chirurgie, de procéder à une expertise. Dans son rapport du 15 mai 2004, ce praticien a conclu à la présence d'un os trigone et status après entorse de l'articulation sous-astragalienne avec atteinte du sinus du tarse. Il a ajouté qu'une étude attentive des documents radiologiques, menée de concert avec le docteur Q_____, spécialisé en radiologie osseuse à la Clinique Générale-Beaulieu, lui avait permis de constater la présence de liquide en faible quantité au niveau du sinus du tarse avec irrégularité du ligament en haie, ainsi qu'une irrégularité au niveau de l'articulation sous-astragalienne. Il était par ailleurs formel quant à l'absence de fracture (partie postérieure de l'astragale); il s'agissait en réalité d'un os trigone, os supplémentaire fréquent qui n'avait aucun caractère pathologique. Cela étant, le médecin a admis qu'il était possible que ladite région ait été légèrement traumatisée lors du mouvement d'hyperextension plantaire du 9 juillet 2002, mais il a relevé que la douleur principale et précise se trouvait au niveau du sinus du tarse. S'agissant du lien de causalité, l'expert a indiqué que l'os trigone était une anomalie congénitale très fréquente mais que la géode sous-chondrale atypique était par contre vraisemblablement en relation avec l'accident. Les arrêts de travail (et les taux de ceux-ci) prononcés par les médecins traitants de l'intéressé lui paraissaient corrects et l'incapacité résiduelle de travail de 50% devait être mise en relation avec les suites lointaines de l'entorse de la sous-astragalienne, la région du sinus du tarse étant nettement sensible à la palpation et spontanément. Le docteur P_____ a suggéré de procéder à une injection de corticoïdes à l'intérieur du sinus du tarse, ainsi qu'à une éventuelle injection locale sous contrôle radiologique de la région de l'os trigone en arrière de l'astragale, précisant que si les douleurs devaient réapparaître, il conviendrait alors de procéder à une révision chirurgicale du sinus du tarse. Il a par contre formellement déconseillé l'excision de l'os trigone, dont il n'était absolument pas certain qu'elle apporterait une amélioration. L'expert a toutefois laissé au docteur M_____ le soin de décider de l'option à prendre, le traitement n'étant au demeurant pas terminé. Il a conclu que la révision du sinus du tarse serait en relation de causalité vraisemblable avec l'événement du 9 juillet 2002, au contraire de l'excision de l'os trigone qui ne lui paraissait pas être une conséquence de l'événement assuré; enfin, une arthroscopie de la cheville lui semblait superflue au regard des constatations cliniques (mobilité quasiment symétrique au niveau de la tibio-tarsienne, pas d'instabilité de la cheville, pas d'enflure ; pce 32 - M24 intimée).

9. Dans un document du 27 septembre 2004, le docteur R_____, médecin-adjoint du Service de chirurgie orthopédique et de traumatologie de l'appareil locomoteur (chirurgie du pied), a attesté avoir vu l'assuré à sa consultation et confirmé l'indication du docteur M_____ pour une ablation de l'os trigone de la cheville droite (pce 21 intimée).
10. Quant au docteur M_____, il a précisé, dans un rapport du 17 novembre 2004, avoir pratiqué plusieurs injections de corticoïdes sans résultat durable, raison pour laquelle il estimait qu'il n'y avait plus d'indication pour ce genre de traitement. Pour le reste, il a exprimé l'avis qu'une simple révision du sinus du tarse ne suffisait pas et qu'il faudrait également procéder à une ablation de l'os trigone (pce 22 intimée).
11. Le docteur R_____ a procédé à l'ablation de l'os trigone et Strayer le 18 novembre 2004 (pce 23 intimée).
12. Au vu du compte-rendu opératoire de l'intervention du 18 novembre 2004 notamment, le docteur P_____ a indiqué que le diagnostic de fracture du tubercule postéro-externe de l'astragale ne se confirmait pas et qu'il s'agissait donc bien d'un os trigone, comme il l'avait mentionné dans son expertise du 15 mai 2004. Il a par ailleurs manifesté son étonnement devant le fait qu'il n'avait pas été procédé à une révision du sinus du tarse puisqu'il avait constaté, tout comme le docteur M_____, une symptomatologie à ce niveau. Dans ces conditions, il fallait admettre qu'après une entorse de cheville en hyperflexion, dans une cheville qui présentait un os trigone à la face postérieure de l'astragale, de manière congénitale, que cet os avait pu être lésé sans qu'un examen radiologique quelconque puisse mettre en évidence une telle lésion. Il estimait que l'intervention du 18 novembre 2004 était en lien de causalité avec l'accident assuré. L'évolution du patient devait montrer si ladite intervention s'était révélée efficace ou s'il convenait de discuter d'une autre approche (pce 25 intimée).
13. L'assuré a été examiné par le docteur S_____, qui a réalisé une scintigraphie osseuse et perfusion RX cheville droite face et profil (pce 32 - M31 intimée). Ce praticien a conclu à un status six mois après résection d'un os trigone à droite, à la persistance d'un foyer hypercaptant au niveau du processus postérieur de l'astragale droit pouvant être considéré encore dans les limites de la norme compte tenu du délai écoulé depuis l'intervention, à l'absence d'argument scintigraphique pathognomonique pour une algoneurodystrophie stade I du membre inférieur droit et à un hallux valgus des deux côtés.
14. Le 1^{er} juin 2005, la doctoresse T_____, spécialiste en neurologie et électro-neuromyographie, a mentionné que l'assuré, dans les suites de l'intervention pratiquée par le docteur R_____, avait gardé des douleurs importantes de la cheville, au niveau du tendon d'Achille, également du bord externe du pied (douleurs

aggravées par la position debout), ainsi qu'une perte de la sensibilité et des décharges électriques dans le territoire du nerf sural droit (occasionnant des réveils nocturnes). Selon le médecin, cet état douloureux empêchait le patient de reprendre une activité à plus de 50%. Les examens pratiqués par la spécialiste lui ont permis de mettre en évidence une atteinte de type axonotmésis totale ou subtotale du nerf sural droit (pce 26 intimée).

15. Le 19 août 2005, le docteur M_____ a fait savoir que l'assuré était toujours en incapacité de travail à 50% en raison des douleurs persistantes et qu'il suivait un traitement d'ergothérapie de désensibilisation pour ce motif (pce 32 - M33 intimée).

16. Dans un rapport d'expertise du 1^{er} octobre 2005, le docteur P_____ s'est à nouveau prononcé sur l'état de santé de l'assuré (pce 28 intimée). Après avoir constaté que l'examen clinique était pratiquement identique à celui effectué une année auparavant (en particulier, la douleur vive à la palpation du sinus du tarse et de l'articulation tibio-tarsienne dans sa partie antérieure persistait; par contre, les réflexes rotuliens avaient disparu et la mobilité de la cheville droite s'était légèrement amoindrie), il a diagnostiqué un status après entorse de la cheville droite, irritation de la capsule articulaire tibio-tarsienne dans sa portion antérieure et irritation du sinus du tarse et status après ablation de l'os trigone rétro-astragalien et libération musculaire du mollet droit (opération de Stayer). Selon l'expert, l'atteinte du nerf sural droit était une conséquence de l'intervention du 18 novembre 2004, mais elle ne devait pas empêcher une reprise du travail à temps plein. Quant aux plaintes du patient, il estimait qu'elles étaient essentiellement subjectives, vu l'absence d'instabilité de la cheville lors de l'examen clinique. L'expert a exprimé sa perplexité devant l'évolution d'une entorse de la cheville droite ancienne de trois ans et qui était considérée, au début, comme une entorse tout au plus moyenne (sans enflure ni hématome). Selon lui, les plaintes du patient, éminemment subjectives, ne trouvaient pas, avec certitude, d'explication clinique. L'expert a conclu que si l'entorse de la cheville avait certainement été causée par l'accident du 9 juillet 2002, les suites lointaines et actuelles n'étaient en lien de causalité que de 50% au maximum avec ledit accident. A la question de savoir si l'état définitif était atteint ou si l'on pouvait admettre une amélioration notable au moyen d'un traitement approprié, le docteur P_____ a déclaré que le docteur M_____ allait essayer une ou plusieurs infiltrations intra-articulaires de la tibio-tarsienne; ces mesures lui paraissaient justifiées et opportunes. Quant à l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré, l'expert a dit avoir un peu de peine à admettre que le patient ne puisse pas reprendre son travail à 100%. L'expert a reconnu que la lésion du nerf saphène externe - conséquence de l'ablation de l'os trigone qui avait été admis comme une suite de l'accident - pourrait prendre plusieurs mois pour se résorber; il a dès lors préconisé d'attendre que le nerf ait récupéré pour se prononcer sur l'atteinte à l'intégrité.

17. Le 18 janvier 2006, le docteur M_____ a expliqué avoir prolongé l'arrêt de travail de son patient à 50% en raison de la persistance des douleurs, des difficultés à marcher et à rester debout de façon prolongée au niveau de l'arrière du pied droit. La profession exercée par son patient dans la restauration, qui nécessitait le maintien de la station debout presque toute la journée n'était, selon le médecin, par complètement compatible avec le problème du pied. Après avoir effectué les infiltrations, il avait tout de même incité son patient à reprendre le travail, mais cette reprise à plein temps n'avait pu se faire que durant les 18 premiers jours de janvier 2006, motif pris des douleurs au niveau de l'arrière du pied, du tendon d'Achille, de la région rétro-maléolaire externe irradiant vers le bord externe du pied, ainsi qu'au niveau de l'orifice externe du sinus du tarse et de la capsule articulaire antéro-externe. Les infiltrations n'avaient apporté aucune amélioration durable et la mobilité du pied était globalement diminuée (pce 31 intimée).
18. Par décision du 24 janvier 2006, l'assurance a mis un terme aux indemnités journalières avec effet au 1^{er} octobre 2005, au motif que le docteur P_____ avait indiqué, dans son expertise dudit jour, que l'état de la cheville ne devrait pas empêcher une reprise complète du travail, ce qui avait été confirmé par le médecin traitant, le docteur M_____. Pour le surplus, l'assureur a déclaré renoncer, sans reconnaissance d'obligation de prestations, à un montant de 2'546 fr. 10 versé à tort en raison d'un revenu déclaré dépassant celui annoncé à l'AVS (pce 2 intimée).
19. Agissant par son mandataire, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision précitée (pce 32 intimée) en sollicitant la reprise du versement des indemnités journalières.
20. L'assurance a confirmé sa décision du 24 janvier 2006 par décision sur opposition du 10 juillet 2006 en se référant aux constatations de l'expert P_____ et sur le fait que le statu quo sine ou statu quo ante avait été atteint, l'os trigone étant au demeurant une maladie congénitale.
21. L'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et, principalement, à l'annulation de la décision entreprise et à la reprise du versement des indemnités journalières à compter du 1^{er} octobre 2005. En substance, il conteste que le statu quo ante ou sine soit atteint et soutient qu'au vu des divergences d'opinions médicales, du fait que l'expert ne s'est pas prononcé de manière claire sur la capacité de travail et de l'ensemble du dossier médical, il est impératif de clarifier l'aspect médical par la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.
22. L'intimée conclut pour sa part au déboutement de l'assuré et confirme les termes de sa décision sur opposition.
23. Dans leurs mémoires respectifs de réplique et duplique, les parties ont persisté dans leurs arguments et conclusions.

24. En date du 1^{er} février 2008, le Tribunal de céans a communiqué aux parties le projet de mission d'expertise qu'il entendait confier à la doctoresse U_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main et en orthopédie, en leur impartissant un délai afin qu'elles puissent faire valoir d'éventuels motifs de récusation ou proposer des questions complémentaires.
25. Par arrêt incident du 11 avril 2008, le Tribunal de céans, jugeant que les documents produits par l'expert mandaté par l'intimée comportaient des contradictions importantes et que ses conclusions n'étaient pas claires, a formellement ordonné une nouvelle expertise.
26. La doctoresse U_____ a rendu son rapport en date du 10 mars 2009.

Elle a retenu à titre de diagnostics principaux un status après entorse moyenne de la cheville droite, un status après entorse de l'articulation sous-astragaliennne avec instabilité douloureuse persistante, un status après excision d'un os trigone symptomatique et allongement de la colonne postérieure selon Stayer et une lésion post-opératoire du nerf saphène externe.

L'expert a estimé que ces pathologies étaient en lien de causalité avec les événements accidentels des 9 juillet 2002 et 22 octobre 2002, précisant que ce lien de causalité avait perduré au-delà du 1^{er} octobre 2005 avec une grande probabilité et que le status quo sine vel ante n'était pas atteint.

S'agissant de l'intervention subie par l'assuré le 18 novembre 2004, l'expert a exprimé l'avis qu'elle se justifiait au motif que "devant des lésions post-traumatiques restant chroniquement douloureuses malgré les traitements conservateurs bien conduits, on pouvait légitimement penser qu'un geste chirurgical visant à décompresser la facette postérieure de l'astragale, en enlevant l'os trigone et en allongeant la colonne postérieure pourrait soulager le patient. "

Cependant, selon l'expert, cette opération a en fait causé une aggravation de l'état de santé de l'assuré. En effet, était apparue une complication opératoire, probablement due à l'étirement du nerf, lors de l'allongement de la chaîne postérieure, se manifestant par des dysesthésies et brûlures sur la face externe de la jambe et du pied droit. Une douleur modérée persistait toujours au niveau de la face postérieure de la cheville à l'endroit de l'ancien os trigone. Par ailleurs, un enraidissement de l'articulation tibio-astragaliennne était encore présent. L'intervention avait ainsi seulement levé le conflit postérieur dû à l'os trigone devenu symptomatique à la suite de l'accident. En revanche le problème de l'entorse sous astragaliennne n'avait pas du tout été traité. S'agissant de la lésion du nerf sural externe, l'expert a jugé que l'intervention du 18 novembre 2004 était en relation naturelle avec les accidents des 9 juillet et 22 octobre 2002, dans la mesure où l'os trigone qui existait déjà préalablement était devenu symptomatique lors de la chute en hyperextension plantaire de la cheville droite. Par ailleurs, l'expert a insisté sur le fait que ladite intervention

constituait une complication chirurgicale et non une erreur médicale. L'incidence du nerf sural externe sur la capacité de travail était marquée par un syndrome douloureux chronique sur la face externe du pied marqué par une perte de sensibilité superficielle. Toutefois, dès lors que le patient notait qu'une certaine récupération de la sensibilité était présente, l'expert a estimé qu'il convenait de qualifier la répercussion de cette lésion nerveuse de moyennement importante.

Concernant la question de savoir quelles étaient les conséquences des atteintes à la cheville sur la capacité de travail du recourant, l'expert a répondu de la façon suivante :

"le patient présente toujours une instabilité douloureuse de l'articulation sous-astragalienne qui n'a pas été traitée et présente en plus une séquelle de l'opération du 18 novembre 2004, avec apparition de dysesthésie et douleurs de la face latérale externe du pied et de la jambe droite ; celles-ci sont dues à une irritation du nerf sural externe apparue en post-opératoire. L'instabilité de la sous astragalienne provoque des douleurs continues à la marche sur des terrains accidentés et procure au patient la sensation de lâchage de la cheville à la marche. Le fait qu'il existe en plus une sensation de brûlure et dysesthésie sur la face latérale externe du pied rendent un chaussage difficile et douloureux en raison du frottement de la chaussure sur la face externe du pied. C'est pour cette raison qu'une capacité de travail à 100% n'a pas pu être reprise".

L'expert a par ailleurs indiqué avoir prescrit à l'assuré des chaussures orthopédiques, lesquelles seraient en mesure d'améliorer son état de santé, le pronostic restant toutefois réservé en raison du fait que lesdites chaussures pouvaient provoquer des brûlures sur les cicatrices.

Selon la doctoresse U_____, l'état de santé de l'assuré ne peut être qualifié de stabilisé dès lors que le patient présente, comme séquelle de l'accident, une articulation sous-astragalienne instable et douloureuse. De plus, depuis l'intervention, son articulation sous tibio-astragalienne est enraidie, ce qui rend le déroulement du pas difficile, et des dysesthésies sur le bord externe du pied persistent, qui sont dues à la lésion du nerf saphène externe.

Enfin, l'expert a évalué l'atteinte à l'intégrité à 10%, voire 15 %, en tenant compte de la lésion du nerf saphène.

27. Invitée à se déterminer suite à l'expertise, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Estimant toutefois que certaines questions n'avaient pas été clairement traitées, elle a demandé que des questions complémentaires soient posées à l'expert.
28. Quant au recourant, il a également persisté dans l'intégralité de ses conclusions et requis lui aussi que des questions complémentaires soient posées.

29. Par courrier du 21 août 2009, la doctoresse U _____ a apporté les précisions suivantes, suite aux questions supplémentaires qui lui avaient été posées :

- l'intervention chirurgicale du 18 novembre 2004 était en lien de causalité naturelle avec les accidents survenus en 2002, dès lors que l'os trigone était devenu symptomatique suite à ces accidents ; en effet, ce petit os surnuméraire était devenu douloureux suite aux traumatismes, surtout lors du premier accident avec la chute en hyperextension plantaire
- la capacité de travail de l'assuré pouvait être évaluée à 50% dès le 1^{er} octobre 2005 dans son activité de cuisinier et à 100% dans une activité adaptée ;
- le port des chaussures orthopédiques n'avait pas amené le soulagement attendu car le patient ne pouvait les porter plus de trois ou quatre heures sans ressentir une gêne et des douleurs au niveau des cicatrices ;
- l'atteinte à l'intégrité devait être évaluée à 10% pour l'entorse de l'articulation tibio-tarsienne et l'instabilité de l'articulation sous astragaliennne et à 5% pour la lésion du nerf saphène.

30. Par courrier du 18 septembre 2009, l'intimée a fait valoir que la complication opératoire relative à la lésion du nerf saphène n'était par définition pas en relation de causalité avec les accidents dont l'assuré avait été victime et que l'aggravation de l'état de santé du recourant après l'opération était la preuve que c'était bien l'intervention chirurgicale et non l'accident qui était à l'origine de ses problèmes de santé. L'intimée a par ailleurs reproché à l'expert de s'être basé, s'agissant de la question relative à l'éventuelle amélioration apportée par le port des chaussures orthopédiques, de n'avoir pas examiné le patient mais de s'être contenté d'un entretien téléphonique. L'intimée soutient qu'avec de telles chaussures, l'assuré est capable d'exercer son activité de cuisiner à mi-temps dans la mesure où "il peut (...) porter ces chaussures durant trois à quatre heures par jour sans ressentir de douleurs". Quant au degré de 5% d'atteinte à l'intégrité retenu en raison de la lésion du nerf saphène, l'intimée soutient qu'il n'a pas lieu d'être dans la mesure où il n'existe pas de lien de causalité avec l'accident.

Dans sa détermination du 18 septembre 2009, le recourant soutient quant à lui que l'intervention chirurgicale du 18 novembre 2004 est bien en relation de causalité naturelle avec les accidents, que son incapacité de travail dans son activité de cuisinier est de 50 %, et qu'il existe une atteinte à l'intégrité évaluée à 15 %. Il souligne que le port de chaussures orthopédiques ne lui a malheureusement pas apporté le soulagement attendu et qu'il se trouve donc dans l'obligation de changer de profession pour retrouver une capacité de travail complète, de sorte qu'un délai devrait lui être accordé pour changer de profession. Selon lui, les indemnités doivent lui être versées au moins jusqu'au complément d'expertise du 21 août 2009, dans la mesure où

son état de santé n'était pas encore stabilisé à la date de l'expertise du 10 mars 2009. Pour le surplus, le recourant persiste dans les termes de son recours et conclut au versement d'indemnités journalière à raison de 50% jusqu'à fin août 2009, à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15% , au versement d'une indemnité à titre de dépens et, enfin, au renvoi du dossier à l'intimée pour déterminer son droit éventuel à une rente.

31. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. Respectant les forme et délais légaux (art. 106 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003, en dérogation à l'art. 60 LPGA), le recours est recevable.
3. La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 446 consid. 1.2.1, 127 V 467 consid. 1, 126 V 165 consid. 4b), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure. Il convient en outre de relever que les dispositions de la LPGA n'ont pas modifié les notions d'accident et d'invalidité (notamment) selon l'ancienne LAA et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité. Enfin, en ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).
4. Est litigieux en l'espèce le droit du recourant au versement d'indemnités journalières de l'assurance-accidents au-delà du 1^{er} octobre 2005 en raison de la chute dans les escaliers du 9 juillet 2002 et de l'accident du 22 octobre 2002. Singulièrement, il s'agit de se prononcer sur le lien de causalité entre les événements précités et l'intervention chirurgicale du 18 novembre 2004, ainsi que sur leurs conséquences et enfin, la stabilisation de l'état de santé du recourant.

-
5. a) L'art. 6 al. 1 LAA stipule que, sauf disposition contraire, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Aux termes de l'art. 6 al. 3 LAA, l'assurance alloue en outre ses prestations pour les lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical (art. 10 LAA).

b) Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 9 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002; art. 4 LPGa).

c) Dans le cas d'espèce, l'intimée ne conteste pas que la chute du 9 juillet 2002 ayant occasionné une entorse de la cheville répond à la définition de l'accident précitée. Il en va de même de l'événement du 22 octobre 2002 (casserole tombée sur le pied du recourant).

6. 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 est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que de 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 n° U 142 p. 75, consid. 4b). 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 critère de 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 n° U 363 p. 46).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 et les références).

b) L'art. 6 al. 3 LAA prévoit, par ailleurs, que l'assurance-accidents alloue ses prestations à l'assuré victime d'un accident pour les lésions causées lors du traitement médical pris en charge au titre de l'art. 10 LAA. Les prestations pour soins sont des prestations en nature fournies par l'assurance-accidents, qui exerce un contrôle sur le traitement (art. 48 LAA). Le corollaire en est que l'assurance-accidents supporte les conséquences d'une lésion survenue lors du traitement en question, indépendamment du point de savoir si cette lésion constitue elle-même un accident ou résulte d'une violation des règles de l'art par le médecin traitant. L'ouverture du droit aux prestations implique toutefois un rapport de causalité naturelle et adéquate entre la lésion constatée et le traitement médical des suites de l'accident. Une atteinte à la santé résultant d'un acte médical ou d'une omission de poser un tel acte, dans le cadre du traitement d'une maladie sans rapport avec les prestations pour soins allouées conformément à l'art. 10 LAA, n'entre pas dans le champ d'application de l'art. 6 al. 3 LAA. L'assurance-accidents ne répond donc pas, par exemple, d'un décès ensuite d'un cancer sans rapport de causalité avec l'accident assuré et qui n'a pas été découvert (à temps) à l'occasion de soins médicaux pris en charge au titre de l'art. 10 LAA (ATF 128 V 169 consid. 1c p. 171 ss; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), 2ème éd., 2007, no 140 sv., ATF non publié du 11 mars 2009, 8C 433/2008)).

7. a) Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). L'indemnité journalière de l'assurance-accidents n'est pas allouée s'il existe un droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité ou à une allocation de maternité selon la loi du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain (LAPG) (al. 3).

b) Par ailleurs, celui qui, par suite d'un accident assuré, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique mentale ou psychique a droit à une indem-

nité équitable pour atteinte à l'intégrité, sous forme de prestation en capital; celle-ci est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte et s'apprécie d'après les constatations médicales (cf. art. 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA).

8. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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 sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

b) Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4^{ème} édition Berne 1984, p. 136 ; GY-GI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2^{ème} 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 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

c) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise (judiciaire) le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une sur expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

En effet, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240

consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

d) Dans le contexte de la suppression du droit aux prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante correspond à la réalité (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (ATFA non publiés du 20 décembre 2005, U 359/04, consid. 2, U 27 octobre 2005, U 389/04, consid. 4.1, du 30 novembre 2004, U 222/04, consid. 1.3).

9. En l'espèce, le rapport d'expertise judiciaire de la doctoresse U_____ a été établi sur la base d'une anamnèse complète. L'expert s'est référé aux nombreux rapports médicaux établis ainsi qu'aux examens subis par l'assuré tels qu'IRM, radiographies, scanners et scintigraphies effectués entre janvier 2004 septembre 2008. Il a également pris en considération les données subjectives de l'assuré et effectué un examen personnel. Les réponses de l'expert sont suffisamment motivées. Au surplus, les réponses apportées par l'expert suite aux questions complémentaires posées à la demande des parties ont définitivement écarté certaines imprécisions.

S'agissant de la capacité de travail du recourant, l'avis de l'expert rejoint celui exprimé dans les rapports du Dr M_____ des 17 novembre 2004, 19 août 2005 et 18 janvier 2006 et de la Dresse T_____ du 1^{er} juin 2005, selon lesquels l'incapacité de travail du recourant dans son activité de cuisinier est de 50%. Seul le Dr P_____, dans son expertise du 1^{er} octobre 2005, a exprimé des réticences

quant à cette appréciation. Le Tribunal de céans a toutefois considéré que cette expertise, en raison notamment du fait qu'elle contenait des contradictions et que ses conclusions n'étaient pas claires, ne pouvait pas se voir reconnaître pleine valeur probante. Il convient d'ailleurs de souligner que le Dr P_____ avait également, dans un premier temps fixé l'incapacité de travail de l'assuré à 50% ; or, selon l'expertise du 10 mars 2009, il apparaît que l'état de ce dernier s'est aggravé depuis lors.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le Tribunal de céans reconnaît pleine valeur probante à l'expertise de la doctoresse U_____.

Or, il résulte de cette expertise du 10 mars 2009 et de son complément du 21 août 2009 que l'intervention subie par l'assuré, en date du 18 novembre 2004 (excision de l'os trigone devenu symptomatique suite à l'hyperextension plantaire survenue lors de la chute) est en relation de causalité naturelle avec les deux accidents survenus en 2002. En effet, quand bien même cet os trigone constitue une maladie congénitale, c'est uniquement en raison de l'accident qu'il est devenu douloureux et handicapant. Qui plus est, l'intervention a été effectuée avec l'accord de l'intimée.

De même en est-il de la lésion du nerf saphène lors de l'intervention. En effet, il ressort de la jurisprudence précitée que toutes les lésions causées lors d'un traitement, qu'elles soient dues à une erreur médicale, à une complication opératoire ou consécutives à une intervention, doivent être prises en charge par l'assureur-accident à condition toutefois qu'il y ait rapport de causalité naturelle et adéquat entre la lésion constatée et le traitement médical des suites de l'accident. Tel est le cas, en l'espèce. Or, la doctoresse a indiqué, dans son expertise du 10 mars 2009, que l'ablation de l'os trigone associé à l'allongement des muscles jumeaux selon Stayer a malheureusement occasionné une souffrance du nerf saphène externe, ce qui constitue une complication médicale, laquelle est susceptible de survenir lors de ce type d'intervention. Par conséquent, cette lésion est en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'intervention du 18 novembre 2004, laquelle est elle-même, comme mentionné supra, en lien de causalité avec les deux accidents survenus dans le courant de l'année 2002; l'allégation de l'intimée selon laquelle, par définition, une complication opératoire n'est pas justifiée par un accident, tombe ici à faux. L'expert a de plus indiqué que le statu quo sine vel ante n'était pas atteint, de sorte que le lien de causalité perdure toujours. Enfin, l'expert a expliqué de façon convaincante pour quel motif l'état de santé de l'assuré ne s'était pas stabilisé.

Il résulte de ce qui précède que, d'une part, l'intervention du 18 novembre 2004 consistant à exciser l'os trigone est en relation de causalité avec les accidents survenus dans le courant de l'année 2002 et que, d'autre part, la lésion du nerf saphène est en relation de causalité avec l'intervention du 18 novembre 2004.

10. Dans son expertise du 10 mars 2009 et son complément du 26 août 2009, la Dresse U _____ a évalué la capacité de travail du recourant à 50% dans son activité de cuisinier et à 100% dans une activité adaptée et ceci, dès le 1^{er} octobre 2005, même avec le port des chaussures orthopédiques, dont il a été indiqué qu'il n'avait pas apporté à l'assuré le soulagement escompté et provoquait, en contact avec les cicatrices, une gêne et des douleurs.

A cet égard, l'intimée allègue, d'une part, que l'expert n'a pas examiné le recourant une nouvelle fois avant de se prononcer sur le port des chaussures orthopédiques et, d'autre part, que le recourant est en mesure de porter ses chaussures durant trois à quatre heures par jour, ce qui, en l'espèce, est suffisant dès lors que ce dernier exerçait son activité de cuisinier à raison de 50%, soit quatre heures par jour.

L'assureur perd ici de vue que lesdites chaussures ne soulagent pas le recourant et qu'il ne saurait être exigé de lui qu'il les porte uniquement durant ses heures de travail et mette ainsi des chaussures inadaptées le reste de la journée. De plus, il n'est pas déterminant que l'expert se soit prononcé sur les conséquences du port des chaussures sans avoir vu le patient une nouvelle fois. En effet, dans son expertise du 10 mars 2009, l'expert avait déjà émis des réserves quant aux effets positifs desdites chaussures, lesquelles n'ont fait ainsi que se confirmer par la suite. De surcroît, on ne voit pas en quoi il pourrait être utile d'examiner un patient pour savoir s'il ressent des douleurs lors du port de telles chaussures.

Par conséquent, le taux d'incapacité de travail de 50 % tel que retenu par la Dresse U _____ doit être retenu. De surcroît, comme il a déjà été mentionné, ce taux est identique à celui qu'avait retenu les Drs V _____ et T _____. Il en découle que des indemnités journalières devront être versées à raison de 50 % depuis le 1^{er} octobre 2005.

S'agissant enfin de l'atteinte à l'intégrité, l'expert a retenu un taux de 10% pour les troubles liés à l'entorse de l'articulation tibio-tarsienne et de l'instabilité sous astragalienne et de 5% pour la lésion du nerf saphène. Dès lors que le lien de causalité naturelle entre lesdites troubles et les accidents survenus durant l'année 2002 a été établi, ce taux de 15% sera également retenu.

Il résulte de ce qui précède que les décisions et décision sur opposition des 24 janvier et 10 juillet 2006 seront annulées dans le sens des considérants.

L'intimée qui succombe sera condamnée au versement d'une indemnité à titre de dépens.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant**

A la forme :

1. Déclare le recours recevable

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule les décisions et décision sur opposition de LA MOBILIERE SUISSE, SOCIÉTÉ D'ASSURANCES des 24 janvier 2006 et 10 juillet 2006.
4. Dit que B_____ a droit à des indemnités journalières sur la base d'une incapacité de travail de 50 %, dès le 1^{er} octobre 2005.
5. Dit que B_____ a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité correspondant au taux de 15 %.
6. Condamne LA MOBILIERE SUISSE, SOCIÉTÉ D'ASSURANCES à payer à B_____ une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Yaël BENZ

Karine STECK

La secrétaire-juriste : Hermione STIEGER

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