

GE_GERICHTE A/575/2008 vom 9. Februar 2009

GE Cour de justice, 2009-02-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_575_2008

FR: GE_GERICHTE A/575/2008 du 9 février 2009

IT: GE_GERICHTE A/575/2008 del 9 febbraio 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 09.02.2009
A/575/2008

A/575/2008 ATAS/134/2009 du 09.02.2009 (LAA), REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/575/2008
ATAS/134/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES
Chambre 6 du 9 février 2009 En la cause Monsieur H_____, domicilié à GENEVE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître VOUILLOZ Daniel recourant
contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, domiciliée Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Case postale 4358, 6002
LUCERNE intimée EN FAIT Monsieur H_____, né en 1964, bénéficiait des
indemnités de l'assurance-chômage depuis le 1 er novembre 2001. A ce titre, il était assuré
contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale
suisse en cas d'accidents (ci-après : la SUVA). Le 25 juillet 2003, alors qu'il jouait au
beach-volley au bord de la mer en Tunisie, il s'est tordu la cheville droite (selon déclaration
d'accident) ou le genou droit (selon rapport médical du 3 septembre 2003 signé par le
docteur L_____, interniste auprès de la clinique d'orthopédie des Hôpitaux
universitaires cantonaux [ci-après : HUG]). Il en est résulté une déchirure de la corne
postérieure du ménisque interne droit et l'intéressé s'est vu prescrire un arrêt de travail
complet à compter de la date de l'accident. La SUVA a pris en charge le cas. Un examen
selon la technique IRM a été effectué le 18 août 2003, lors duquel ont été mis en évidence
une lésion horizontale de la corne postérieure du ménisque interne, un discret épanchement
intra-articulaire, un remaniement dégénératif fémoro-tibial débutant et une suspicion de
contusion osseuse de l'extrémité distale du plateau tibial externe. Une intervention
chirurgicale sous la forme d'une arthroscopie a eu lieu en date du 4 septembre 2003. Elle a
consisté en une ménisectomie partielle de la corne postérieure du ménisque interne (partie
inférieure) du genou droit. Le 21 novembre 2003, le docteur M_____, orthopédiste
aux HUG, a estimé que la reprise du travail pourrait se faire le 1 er décembre 2003. Le
traitement se poursuivait par de la physiothérapie de reconditionnement musculaire et
durerait vraisemblablement encore 2 à 3 mois. L'évolution était globalement lentement
favorable. Sur recommandation du docteur N_____ (cf. examen du 18 décembre
2003), médecin d'arrondissement de la SUVA et spécialiste FMH en chirurgie
orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, l'assuré a séjourné au sein de la
Clinique romande de réadaptation (CRR ; service de réadaptation générale) du 13 janvier au
4 février 2004 pour y suivre des thérapies physiques et fonctionnelles (sur persistance de
douleurs, faiblesse du membre inférieur droit et instabilité subjective). Dans leur rapport du
20 février 2004, les médecins de la CRR ont estimé que la situation n'était pas stabilisée et
que seuls des résultats modestes avaient été obtenus en trois semaines de réadaptation. La
douleur alléguée pourrait être secondaire à la chondropathie mise en évidence sur l'IRM,

mais le bilan radiologique et l'examen clinique étaient rassurants. La capacité de travail dans la profession d'agent de sécurité était nulle, mais elle devait être réévaluée un mois plus tard, l'objectif d'une reprise de l'ancienne activité étant tout à fait réaliste. Le 31 mars 2004, l'assuré a été soumis à un nouvel examen par IRM. Le docteur O _____, radiologue, a conclu à des données montrant la persistance d'une anomalie de signal dans la région de la déchirure précédemment décrite au mois d'août 2003, qu'il fallait intégrer avec les données de l'intervention chirurgicale. Pour le reste, le status demeurait inchangé avec ébauche de remodelage arthrosique fémoro-tibial, visible sous forme d'une ulcération cartilagineuse de la partie postérieure du condyle fémoral externe et d'un remodelage osseux sous-chondral. Il n'y avait pas d'argument en faveur d'une algodystrophie, ni d'épanchement intra-articulaire. Le traitement a été poursuivi par le docteur P _____, titulaire d'une formation complémentaire en médecine du sport, qui a déclaré avoir adressé son patient à un confrère pour avis (rapport médical du 21 août 2004). Le 7 septembre 2004, le docteur Q _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, a proposé de pratiquer une nouvelle arthroscopie visant à régler le problème méniscal résiduel et à faire un bilan local précis sur l'état du cartilage du condyle externe afin de déterminer s'il serait envisageable de pratiquer une éventuelle greffe de cartilage. Cette intervention s'est déroulée le 18 novembre 2004 ; l'indication à une greffe de cartilage a été niée et l'évolution post-opératoire a été qualifiée de lentement favorable (cf. rapport du docteur Q _____ du 16 décembre 2004). Le docteur N _____ a procédé à l'examen final de l'assuré le 28 février 2005. Il a constaté que l'assuré ne voyait aucune amélioration depuis la seconde arthroscopie, marchait désormais avec une canne anglaise et présentait une amyotrophie de la cuisse droite. Il a estimé que l'évolution était terminée et a conclu à une capacité de travail entière dans une activité respectant certaines limitations fonctionnelles, soit pas de marche de très longue durée ou sur terrain inégal, pas de station debout de très longue durée, pas de montée et descente répétitive d'escaliers, ni de course à pied. Il faisait remarquer que la situation psychosociale de l'intéressé (qui avait intenté action en modification du jugement de divorce, ne pouvait semble-t-il plus s'acquitter des pensions pour ses trois enfants et s'était annoncé à l'assurance-invalidité le 25 janvier 2005) jouait un rôle important dans la symptomatologie actuelle. Le médecin a cependant reconnu l'existence d'un dommage permanent qu'il a estimé à 5 % en utilisant, par analogie, la table des arthroses et celle des troubles fonctionnels des membres inférieurs. Dans un courrier du 17 mars 2005 adressé au conseil de l'assuré, la SUVA a considéré, sur le vu de l'avis de son médecin d'arrondissement, que son assuré était capable de reprendre une activité adaptée. Elle a déclaré entendre mettre un terme aux indemnités journalières au 31 août 2005 pour permettre à l'intéressé de trouver un poste de travail adapté, seul ou avec le concours de l'assurance-invalidité. A cette date-là, elle statuerait sur le droit à une rente d'invalidité, mais constatait d'ores et déjà un droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %. Dans une lettre du 7 décembre 2005, le docteur R _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a exposé que l'assuré présentait toujours des douleurs : gonalgies de type mécanique continues. Une troisième IRM avait été réalisée le 15 juillet 2005 et avait essentiellement montré une chondromalacie du compartiment interne du genou droit ainsi que du compartiment fémoro-patellaire, ainsi que la persistance d'une image de déchirure de la corne postérieure du ménisque interne. Par ailleurs, le membre inférieur droit était légèrement en valgus (selon clichés radiologiques du 18 novembre 2005). Tous les traitements conservateurs classiques n'ayant pas permis d'améliorer la symptomatologie douloureuse et une ostéotomie de valgisation n'étant pas indiquée, le

médecin requérait de la SUVA la prise en charge d'injections intra-articulaires de visco supplémentation. L'assurance a refusé d'accéder à la demande du spécialiste. Par décision du 3 octobre 2007, la SUVA a mis son assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité de 18 % à compter du 1^{er} septembre 2005. Elle a retenu une capacité de travail entière dans une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, sans forte mise à contribution du membre inférieur droit, permettant de réaliser un gain mensuel de 3'650 Fr., 13^{ème} salaire inclus. Après comparaison avec le gain réalisable avant l'accident, soit 4'470 Fr., elle obtenait ainsi le taux d'invalidité déterminant. Elle a ajouté que si des troubles de nature psychogène venaient interférer dans la capacité de travail, elle n'avait pas à en répondre, vu l'absence de réalisation d'un lien de causalité adéquate entre lesdits éventuels troubles et l'accident assuré. Par ailleurs, elle a fixé à 5'340 Fr. le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (soit 5 % sur un revenu annuel déterminant de 106'800 Fr.). Le 6 novembre 2007, l'assuré, agissant par son mandataire, a formé opposition à l'encontre de la décision précitée. Il concluait à la mise en œuvre d'un examen complémentaire afin de déterminer sa capacité de travail actuelle, ainsi qu'à l'octroi d'une rente complète d'invalidité et à la révision du taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité. A l'appui de ses conclusions, il faisait valoir que la décision querellée avait été prise près de deux ans après les derniers examens médicaux qu'il avait subis ; elle ne reposait par conséquent pas sur une appréciation actualisée de la capacité de travail. A ce propos, l'opposant mettait en évidence le fait que le docteur R_____ soulignait, au mois de décembre 2005, que son patient souffrait de gonalgies de type mécanique continues et se déplaçait toujours à l'aide d'une canne anglaise. L'intéressé contestait ainsi la capacité de travail telle que fixée par l'assurance. Le 17 décembre 2007, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (l'OCAI) a rendu un projet de décision, lequel stipulait que l'intéressé avait droit à une rente d'invalidité fondée sur un taux de 100 % dès le 25 juillet 2004, fin du délai de carence. Par mémoire du 25 février 2008, H_____ interjette recours contre la décision sur opposition de la SUVA, dont il requiert l'annulation, concluant, sous suite de dépens, préalablement à la mise en œuvre d'un examen médical complémentaire somatique et psychique et, principalement, à l'annulation de la décision attaquée, à l'octroi d'une rente conforme au résultat de l'expertise et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité revue sur la même base. Reprenant la motivation de son opposition, il met en avant le fait que le rapport du docteur R_____, qui n'est pas son médecin traitant, est postérieur de 10 mois à l'avis du docteur N_____, sur lequel s'est fondée l'intimée pour rendre sa décision litigieuse. Par ailleurs, le médecin traitant atteste toujours d'une incapacité de travail totale et le docteur P_____, dans un rapport adressé en date du 25 novembre 2005 à l'OCAI, fait état d'une capacité de 50 % dans un travail industriel léger, en position assise. L'OCAI lui a alloué une rente d'invalidité entière. Les causes de l'incapacité complète de travail retenue par l'OCAI sont de deux ordres : somatique et psychique. Si le recourant n'entend pas contester que les atteintes à la santé psychique qui ne sont pas en lien de causalité avec l'accident ne sont pas à la charge de l'intimée, il considère que ce point n'a pas fait l'objet d'un examen sérieux. En outre, il lui apparaît hasardeux de considérer sans autre examen que seuls de tels troubles seraient à l'origine de l'incapacité totale de travail dans toute activité. En fin de compte, il n'est pas admissible, aux yeux du recourant, que sa situation soit fixée sur l'unique base du rapport du médecin d'arrondissement, datant de plus de trois ans avant la décision querellée. Dans sa réponse du 19 juin 2008, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle estime que les rapports des docteurs N_____ et P_____ ne sont pas contradictoires, puisque le second médecin fixe

une exigibilité minimale dans le cadre d'une reprise d'activité, sans déterminer un maximum. Par ailleurs, si l'on devait considérer les deux rapports comme étant incompatibles, celui du docteur N_____ l'emporterait en ce qu'il est plus motivé et fondé sur les seuls éléments objectifs entrant en considération. A ce propos, le docteur Q_____, dans une appréciation du 9 mai 2005 adressée à l'OCAI, avait déclaré qu'il n'existait pas d'élément objectif permettant d'expliquer l'intégralité des plaintes du recourant. La SUVA fait ensuite valoir l'avis de son service de médecine des assurances, rédigé sous la plume du docteur S_____ (appréciation du 23 mai 2008), spécialiste en chirurgie, qui arrive à la conclusion que l'assuré exagère ses plaintes, que les examens à disposition ne démontrent pas de lésion significative ni n'expliquent les douleurs annoncées par le patient, qu'aucune nouvelle intervention chirurgicale n'est prévue et que, partant, il n'y a pas de motif de s'écarter des conclusions du docteur N_____. Quant aux troubles de nature psychique évoqués dans le recours, ils ne nécessitent aucune instruction complémentaire dans la mesure où même s'ils sont avérés, ils ne peuvent être en lien de causalité avec l'accident. En effet, sur les sept critères définis par la jurisprudence pour juger de l'existence d'un lien de causalité adéquate entre des troubles psychiques et un accident de gravité moyenne à la limite inférieure, seul celui de la durée de l'incapacité de travail pourrait être retenu. Ceci est largement insuffisant et c'est donc à bon droit que l'intimé estime n'avoir pris en considération que les troubles somatiques. Enfin, l'intimée a expliqué les chiffres sur lesquels elle s'est fondée pour déterminer le taux d'invalidité : le revenu d'invalidité est basé sur cinq descriptions de postes de travail (DPT). Le revenu de valide est quant à lui non contesté. L'intimée précise que le recours aux salaires statistiques serait clairement défavorable à l'intéressé, car même en tenant compte d'un abattement très généreux de 15 %, le revenu d'invalidité obtenu serait encore supérieur à celui établi par le biais de l'utilisation des DPT. Par courrier du 6 octobre 2008, le Tribunal de céans a requis de l'OCAI la production de son dossier. L'administration s'est exécutée le 11 décembre suivant, ce dont les parties ont été dûment informées (lettres du 15 décembre 2008). Dans le cadre de l'instruction de la demande déposée par H_____ le 25 janvier 2005 pour une incapacité totale de travail sur complications survenues après une chute au beach volley, l'OCAI a notamment réuni les documents médicaux suivants : le 5 mars 2005, le docteur P_____ a relaté d'un état de santé s'aggravant. La ménisectomie partielle a été marquée dans ses suites par la persistance d'un syndrome algique attribué à une souffrance fémoro-patellaire et rétractation des chaînes postérieures. Les différents traitements conservateurs entrepris (physiothérapie, réadaptation à la CRR, AINS) n'ayant pas permis d'améliorer la situation, une nouvelle intervention a eu lieu en novembre 2004 (nettoyage articulaire par arthroscopie). Cet acte n'avait pas non plus amené d'amélioration. Le patient se plaignait désormais de douleurs exacerbées à la marche et en position debout prolongée. Le status montrait des douleurs palpatoires péri-rotuliennes et du compartiment interne, ainsi qu'un déficit de flexion et extension d'un genou sans épanchement intra-articulaire. En ce qui concerne la capacité de travail, il faisait état d'une incapacité totale dans la profession d'agent de sécurité, mais d'une capacité résiduelle de 50 % pour commencer dans une activité industrielle légère adaptée, avec une diminution de rendement d'environ 20 %. Le 15 avril 2005, le docteur T_____, spécialiste FMH en chirurgie, a fixé l'incapacité de travail à 100 % et déclaré que des mesures professionnelles étaient indiquées, chez un patient dont l'état était stationnaire. Le docteur Q_____ s'est quant à lui prononcé dans un rapport du 9 mai 2005. Il a également fait part d'une incapacité de travail totale depuis juillet 2003. L'intervention qu'il avait pratiquée en novembre 2004

n'avait pas montré de lésion majeure au niveau du genou, mais un cartilage en état tout à fait correct, une petite plica, une synovite et un ménisque interne sans grosse déchirure visualisée mais régularisée sur le reliquat. Le résultat postopératoire n'a pas été brillant et les douleurs importantes, ainsi que les lâchages ont persisté, nécessitant la marche avec une canne en terrain plat. Lors d'une consultation le 2 mai 2005, le patient s'est également plaint de douleurs globales de tout le membre inférieur gauche, des hanches et de la colonne lombaire. Ne pouvant expliquer la symptomatologie sur le plan objectif (genoux stables, secs, avec fonction complète, hanches calmes, mobiles de façon symétrique), il a suggéré une expertise au niveau psychiatrique, la problématique relevant plutôt de ce domaine. Le 25 novembre 2005, le docteur U _____, médecin généraliste, a diagnostiqué une ulcération cartilagineuse du condyle fémoral, un état anxio-dépressif chronique, un status post-ménisectomie du genou droit, ainsi qu'une surdité. Il a mentionné une incapacité de travail dans tout type d'activité et une aggravation progressive des symptômes. Un examen psychiatrique a été effectué en date du 3 septembre 2007 par le docteur V _____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (rapport du 14 novembre 2007). Le médecin a diagnostiqué un trouble dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) induisant une incapacité de travail entière dans tout type d'activité depuis septembre 2005. La maladie a évolué défavorablement depuis juillet 2003 (début d'un traitement psychiatrique avec prescription d'antidépresseurs) ; en septembre 2005, le traitement a été complété par l'introduction d'un neuroleptique et d'un tranquillisant. La doctoresse W _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, ainsi qu'en chirurgie de la main, du SMR, a conclu que l'activité antérieure n'était plus exigible en raison de l'atteinte somatique du genou depuis le 25 juillet 2003. Une activité adaptée aurait pu être exigée dès le 1^{er} mars 2005 selon le médecin d'arrondissement de la SUVA, mais les indemnités journalières ont été poursuivies jusqu'à fin août. En outre, l'atteinte psychiatrique était déjà présente en mars 2005, même si elle s'est péjorée ensuite et n'a provoqué une incapacité de travail totale qu'à partir de septembre 2005. Par conséquent, le médecin considère que l'incapacité de travail totale a été continue depuis l'accident, pour des motifs somatiques d'abord, puis psychiatriques. Les diagnostics finalement retenus sont les suivants : épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, séquelles d'entorse du genou droit, syndrome fémoro-patellaire, status après deux interventions arthroscopiques, surdité. Une activité adaptée, du point de vue somatique, ne devrait pas inclure de station debout prolongée, ni agenouillée, ni accroupie, pas de déplacement sur sol irrégulier, de montée et descente répétitive d'escaliers. Sur la base de son dossier, l'OCAI a octroyé une rente entière d'invalidité à son assuré, depuis le 25 juillet 2004 (décision du 5 mars 2008). EN DROIT 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'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont 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. Interjeté dans les forme et délai 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. La 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 Tribunal fédéral 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). Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, singulièrement le taux de celles-ci. a) Selon l'art. 18 al. 1^{er} LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. L'art. 8 al. 1 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). La rente d'invalidité s'élève à 80% du gain assuré en cas d'invalidité totale ; si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée en conséquence (art. 20 al. 1 LAA). Par ailleurs, si l'assuré a droit à une rente de l'assurance-invalidité ou à une rente de l'assurance-vieillesse et survivants, une rente complémentaire lui est allouée, qui correspond à la différence entre 90% du gain assuré et la rente de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-vieillesse et survivants mais au plus au montant prévu pour l'invalidité totale ou partielle (art. 20 al. 2 LAA). b) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). A cet égard, le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 76 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 79 -80 consid. 5b/aa-cc; ATF non publié du 6 février 2002, U 241/00 consid. 2). Le revenu sans invalidité représente quant à lui le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide. Il s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est née le droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4). c) 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 LAA). d) Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. Cela étant, selon l'ATF 126 V 288, l'assureur social, lorsqu'il n'utilise pas la possibilité d'attaquer la décision d'un autre assureur, doit en principe se laisser imposer cette décision, pour autant qu'elle lui ait été régulièrement notifiée. Cette règle a été précisée en ce sens qu'elle ne vaut pas à l'égard de l'assurance-accidents lorsque la décision a été prise dans la procédure ouverte par l'assurance-invalidité (VSI 2004 p. 182). Le Tribunal fédéral a confirmé que l'assureur-accidents n'avait pas qualité pour former opposition contre la décision ou pour recourir contre la décision sur opposition de l'Office AI sur le droit à la rente en tant que tel ou sur le degré d'invalidité et l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité n'avait pas de force contraignante à son égard (ATF 131 V 362). Plus récemment (ATF 133 V 549), le Tribunal fédéral a admis la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité en jugeant que celle-ci n'était pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents au sens de l'ATF 126 V 288, avec comme conséquence que l'Office AI n'avait pas qualité pour faire opposition à la décision ni pour recourir contre la décision sur opposition de l'assureur-accidents concernant le droit à la rente en tant que tel ou le taux d'invalidité. e) 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 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa

désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c). Par ailleurs, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). a) En l'espèce, l'intimée s'est principalement fondée sur les conclusions de son médecin d'arrondissement, ainsi que celles de son service de médecine des assurances, pour déterminer la capacité de travail résiduelle du recourant eu égard à ses problèmes somatiques. Elle a fixé celle-ci à 100 % dans une activité adaptée. Le recourant conteste cette appréciation, estimant d'une part qu'elle repose sur un avis datant de plus de trois ans avant la décision et, d'autre part, que les autres médecins consultés font état d'une incapacité de travail totale, voire de 50 % dans une activité légère en position assise (docteur P _____). b) Le recourant fait cependant fausse route. En effet, on ne voit pas de raison, au regard des principes jurisprudentiels évoqués ci-dessus (consid. 5e), de s'écarter des considérations du docteur N _____, médecin d'arrondissement de l'intimée. Son rapport est certes antérieur de 32 mois à la décision sur opposition entreprise. Cela étant, il n'est nullement contredit par les autres documents figurant tant au dossier de l'intimée que dans celui de l'OCAI. En particulier, le rapport du docteur R _____ auquel se réfère l'intéressé ne fait que relater une situation tout à fait superposable à celle connue du médecin-conseil de l'assurance, lorsqu'il a rendu son rapport d'examen final à fin février 2005, et il ne se prononce pas sur une éventuelle incapacité de travail. Quant à l'avis du docteur P _____, ancien également, mais pourtant invoqué par le recourant, il ne fait que confirmer les conclusions du docteur N _____, en ce que le médecin ne trouve aucun élément objectif permettant d'expliquer la symptomatologie de l'assuré. En outre, la mention d'une reprise d'activité (au demeurant déjà évoquée dans le cadre d'une recommandation en vue de mesures professionnelles par le docteur T _____ en avril 2005) à 50 % ne constitue, comme relevé à juste titre par l'intimée, qu'un taux de capacité de travail minimal dans le cadre d'un recommencement (progressif) d'une activité professionnelle. En conséquence, dans la mesure où le rapport du docteur N _____ doit se voir accorder pleine valeur probante, puisqu'il remplit les critères posés par la jurisprudence du Tribunal fédéral à ce propos, et qu'aucun fait nouveau susceptible d'influer sur les conclusions déterminées par ce médecin n'a été non seulement démontré, mais ne serait-ce qu'allégué, le Tribunal retiendra qu'au moment déterminant pour le calcul du taux d'invalidité, soit septembre 2005, le recourant n'était plus capable d'exercer son ancienne profession d'agent de sécurité, mais pouvait mettre à profit une capacité de travail complète dans une activité adaptée ne requérant pas de marche de très longue durée ou sur terrain inégal, pas de station debout prolongée, ni accroupie, ni agenouillée, pas de montée

et descente répétitive d'escaliers, ni de course à pied (voir aussi, concernant la détermination des limitations fonctionnelles, les rapports des docteurs S_____ et W_____). a) Demeure litigieuse la question de savoir si les troubles psychiques présentés par le recourant doivent être pris en compte par l'assureur-accidents. b) De façon générale, le droit au versement des prestations de l'assurance-accidents suppose, cumulativement, l'existence d'un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 103 consid. 3d, 139 consid. 3c, 122 V 416 consid. 2a et les références) entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré. b/aa) L'exigence de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). b/bb) Le droit à des prestations d'assurance suppose également, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité adéquate. En cas d'atteinte à la santé physique, ce rapport de causalité adéquate est généralement admis sans autre examen, dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb). En revanche, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, 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. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; - la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs physiques persistantes; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie 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 du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140, 403 consid. 5c/aa p. 409). c) En l'espèce, les circonstances de l'accident du 25 juillet 2003 sont peu claires. Certains documents mentionnent une chute, alors que d'autres parlent d'une simple torsion de l'articulation du genou. Il est également mentionné – à une reprise – une lésion de la cheville (vraisemblablement par erreur) en lieu et place du genou. Ce qui est certain, c'est que l'événement s'est produit alors que le recourant pratiquait un sport d'équipe (selon toute vraisemblance le beach volley) sur une plage en Tunisie. Quoiqu'il en soit, aucun document ni allégation ne vient relater un déroulement particulier des événements. Le Tribunal de céans en déduit que le recourant a subi une torsion de son genou droit, alors qu'il jouait sur une plage, et est peut-être tombé. De tels faits ne justifient pas d'autre qualification que celle d'accident de peu de gravité. Il s'agit en effet d'un événement malgré tout banal et sans circonstances concomitantes particulières. En pareille situation, le lien de causalité adéquat entre des troubles d'ordre psychique (tels ceux diagnostiqués chez le recourant par le docteur V_____) et l'événement accidentel incriminé est d'emblée exclu. Même si l'on devait retenir une hypothèse – non réalisée – plus favorable au recourant, soit qualifier l'accident de moyennement grave à la limite des accidents insignifiants, elle ne serait d'aucun secours à ce dernier. En effet, on ne voit guère que le critère de la persistance des douleurs physiques qui peut être retenu, ce qui est manifestement insuffisant pour reconnaître un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques. En conséquence, c'est à bon droit que l'intimée n'a pas jugé utile de procéder à des investigations complémentaires sur ce point. Il convient dès lors de procéder à la fixation du taux d'invalidité. Les chiffres retenus par l'intimée n'étant pas contestés en tant que tels et favorables au recourant par rapport à un recours aux données émanant des statistiques salariales (même en retenant un abattement sur le revenu d'invalidité ; cf. Enquête suisse sur la structure des salaires édité par l'Office fédéral de la statistique), le Tribunal de céans ne voit pas de motif de revenir sur ce calcul, qui doit être confirmé. Le recourant a donc droit à une rente d'invalidité, dès le 1^{er} septembre 2005, fondée sur un taux de 18 %. a) Aux termes des art. 24 et 25 LAA, une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) est versée à l'assuré qui, par suite d'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale (art. 24 al. 1 LAA). L'indemnité est allouée sous forme de prestation en capital et ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident; elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (art. 25 al. 1 LAA). Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (ci-après OLAA), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. L'atteinte à l'intégrité fait abstraction des effets particuliers qu'elle peut exercer sur un individu donné; elle traduit une évaluation abstraite, valable pour tous les assurés. Seul est donc pris en compte "le degré de gravité" attribuable à une telle atteinte à l'intégrité chez l'homme moyen. La gravité s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée en effet de manière abstraite, égale pour tous. En cela, l'IPAI se distingue donc de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'IPAI peut se fonder sur des critères médicaux

d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b, et les références). L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b, 210 consid. 4a/bb et les références). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). A cette fin, la division médicale de la CNA a établi des tables complémentaires comportant des valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés. Ces tables émanant de l'administration ne constituent pas une source de droit et ne lient pas le juge, mais sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 32 consid. 1c, 211 consid. 4a/cc, 116 V 157 consid. 3a). b) En l'espèce, le recourant conteste le montant de l'IPAI fixée par l'intimée, dans la mesure où il ne tiendrait pas compte de l'intégralité des atteintes dont il souffre ensuite de l'événement accidentel du 25 juillet 2003. En particulier, il requiert une nouvelle fixation de l'IPAI sur la base de l'expertise judiciaire dont il demande la mise en œuvre. c) Or, comme cela a été démontré ci-dessus (consid. 7 i.f.), point n'est besoin de diligenter une expertise dans la présente cause, dont les faits, du point de vue médical, ont été éclaircis à suffisance. Le docteur N_____, qui a déterminé le taux de l'atteinte, soit 5 %, a procédé par analogie, en se référant à la table des arthroses et à celle des troubles fonctionnels des membres inférieurs. On ne voit pas en quoi cette méthode, au demeurant non contestée, violerait les principes rappelés ci-avant. Dès lors, le Tribunal confirme l'appréciation faite par le médecin d'arrondissement de l'intimée et reprise par cette dernière dans sa décision. Au vu de ce qui précède, le recourant succombe et n'a donc pas droit à l'indemnité de dépens réclamée. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. 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 Nancy BISIN Le président Georges ZUFFEREY La secrétaire-juriste : Laurence SCHMID-PIQUEREZ Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le