



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1796/2004

ATAS/476/2005

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**1<sup>ère</sup> chambre**

**du 31 mai 2005**

En la cause

**Monsieur D \_\_\_\_\_**, comparant par le Syndicat SIT, auprès  
duquel il élit domicile

recourant

contre

**SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE EN CAS D'ACCIDENTS**,  
sise Fluhmattstrasse 1 à Lucerne, mais comparant par Me RIVARA,  
en l'étude duquel elle élit domicile

intimée

---

**Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,**  
**Mmes Juliana BALDE et Isabelle DUBOIS, Juges**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur D \_\_\_\_\_, ressortissant yougoslave né en mai 1973, travaille depuis le 6 septembre 1999 en qualité de manœuvre (poseur de faux-plafonds) pour l'entreprise X \_\_\_\_\_ SA. Il est assuré à ce titre contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après la SUVA).
2. En date du 10 juin 2001, il a été victime d'un accident non professionnel en jouant au football. Ses muscles du cou et le genou droit ont été atteints (coup du lapin et entorse).
3. Le 11 juin 2001, l'entreprise X \_\_\_\_\_ SA a rempli une déclaration d'accidents LAA à l'attention de la SUVA.
4. Dans un rapport LAA du 21 juin 2001, le Dr L \_\_\_\_\_ de la Clinique de Carouge, a diagnostiqué une contracture para-cervicale ainsi qu'une entorse du genou droit. L'incapacité de travail était totale depuis le 10 juin 2001.
5. Dans une déclaration du 23 juillet 2001 à la SUVA, l'assuré a expliqué les circonstances de son accident. Alors qu'il courait sur le terrain de football, ses deux pieds avaient glissé en avant sur le sol détrempé et il était tombé sur les deux mains. Sa tête était partie d'un coup vers l'arrière et il avait ressenti un craquement dans la nuque. Ni sa tête, ni son dos n'avaient heurté le sol. Comme ses muscles étaient chauds, il n'avait pas eu trop mal et avait continué à jouer. Le même jour, il s'était arrêté brusquement en mettant le pied gauche sur le ballon et son genou droit était parti vers l'intérieur. Il avait senti un craquement. Il n'avait pas reçu de coup et seul l'arrêt brusque pour mettre son pied gauche sur le ballon avait provoqué le craquement et une douleur au genou droit. Il était alors rentré à son domicile et avait fait des applications de glace. Dans la soirée, son épouse l'avait conduit à la Clinique de Carouge. Son genou avait terriblement enflé et il marchait depuis lors avec une canne anglaise. Une opération de son genou droit était prévue. Par ailleurs, il ne ressentait actuellement plus de gêne ni de douleurs à la colonne cervicale; l'état de sa colonne était comparable à celui qu'il présentait avant l'accident du 10 juin 2001.
6. Dans un rapport intermédiaire du 20 août 2001, le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin traitant, a diagnostiqué une rupture du ligament croisé antérieur droit.
7. L'assuré a été opéré le 24 août 2001 par arthroscopie et plastie du ligament croisé antérieur.

8. En date du 12 mars 2002, l'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique. Ce médecin a exposé qu'étant donné la symptomatologie persistante de dérangement interne, il convenait d'éclaircir ce problème par une nouvelle arthroscopie. L'incapacité de travail comme poseur de faux-plafonds était totale. Six mois après une plastie du ligament croisé antérieur du genou droit, l'évolution n'était pas encore terminée, une amyotrophie subsistant. Un traitement était encore nécessaire (cf. rapport du Dr M \_\_\_\_\_ du 15 mars 2002).
9. Dans un rapport du 28 mai 2002, le Dr L \_\_\_\_\_ a exposé qu'à 9 mois de la plastie du ligament croisé antérieur droit et à un mois et demi d'une nouvelle arthroscopie de ce genou, le patient était incapable de marcher sans l'aide de deux cannes anglaises. Ce fait était sans rapport aucun avec l'examen clinique. Les raisons de l'échec du traitement échappaient à ce médecin, mais le patient présentait toujours une incapacité totale de travail.
10. A la demande du médecin traitant, l'assuré a été revu par le Dr M \_\_\_\_\_. Selon ce dernier, l'évolution était celle d'une algodystrophie du membre inférieur droit en phase progressive. La situation n'était pas stabilisée et l'incapacité de travail toujours totale. Un séjour en clinique de réadaptation était nécessaire pour une prise en charge du traitement de l'algodystrophie (cf. rapport du Dr M \_\_\_\_\_ du 8 juillet 2002).
11. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation du 27 août au 24 septembre 2002. Les médecins de cette clinique ont diagnostiqué des thérapies physiques et fonctionnelles (diagnostics primaires), ainsi qu'une algodystrophie du genou droit de stade III, une lésion du ligament croisé antérieur droit le 10 juin 2001, une plastie du ligament croisé antérieur par tendon rotulien le 28 août 2001, ainsi qu'un status post-arthroscopie exploratrice le 18 avril 2002 (diagnostics secondaires). Les comorbidités étaient les suivantes : status post-cure de hernie discale cervicale C5-C6 en 1997, des cervicalgies et des lombalgies chroniques. L'évolution était défavorable 14 mois après la plastie du ligament croisé antérieur. Le patient signalait des douleurs diffuses du genou, prédominant au compartiment externe, accompagnées d'une diffusion distale, ainsi que des douleurs postéro-externes du membre inférieur droit, décrites comme des décharges électriques. Il y avait également une recrudescence de cervico-brachialgies, notamment dans le territoire cubital. La confrontation des données cliniques et radiologiques plaident en faveur d'une algodystrophie de stade III. Les thérapies pratiquées pendant le séjour à la clinique avaient eu peu d'impact objectif. Il semblait cependant important de poursuivre une physiothérapie d'entretien articulaire et musculaire avec pour objectif l'abandon progressif des cannes. L'incapacité de travail était toujours totale, à réévaluer après 4 semaines.

Lors de son séjour à la clinique, l'assuré a fait l'objet d'une évaluation psychiatrique. Le psychiatre a retenu un status psychiatrique dans les limites de la norme, bien que l'examen se soit déroulé dans de mauvaises conditions, l'expertisé niant d'emblée toute difficulté psychologique (cf. rapport de la Clinique romande de réadaptation du 4 octobre 2002).

12. En date du 17 février 2003, l'assuré a été revu par le médecin d'arrondissement de la SUVA. L'algodystrophie était toujours cliniquement en cours. Le patient devait être adressé à un médecin rhumatologue (cf. rapport du Dr M \_\_\_\_\_ du 18 février 2003).
13. Dans un rapport intermédiaire du 9 avril 2003, le Dr N \_\_\_\_\_, rhumatologue, a diagnostiqué un status post-entorse grave du genou droit avec plastie du ligament croisé antérieur, une algodystrophie en été 2002, ainsi qu'une atrophie persistante de la cuisse droite. Selon ce médecin, il fallait tenter une rééducation musculaire. La durée de traitement était indéterminée et il suggérait que la SUVA s'adresse à l'employeur afin que celui-ci procure à l'assuré un travail adapté.
14. En date du 30 avril 2003, l'assuré a été revu par le Dr M \_\_\_\_\_. L'algodystrophie était actuellement en régression et ce médecin a proposé au patient un deuxième séjour à la Clinique romande de réadaptation, dans le but d'abandonner les cannes anglaises (cf. rapport du Dr M \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mai 2003).
15. L'assuré a ainsi séjourné à la Clinique romande de réadaptation du 27 mai au 25 juin 2003. Les médecins de la clinique ont posé les diagnostics suivants : thérapies physiques et fonctionnelles (diagnostics primaires), trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, syndrome douloureux somatoforme persistant et status après plastie du ligament croisé antérieur du genou droit le 28 août 2001 (diagnostics secondaires). Le patient n'avait toujours pas été capable d'abandonner ses cannes anglaises. Actuellement, le trouble somatoforme douloureux était au premier plan et les conséquences de l'algodystrophie n'étaient plus d'actualité. Suite à la prise en charge physiothérapeutique dans le cadre du séjour, les douleurs s'étaient péjorées. Il fallait se résoudre à faire un constat d'échec complet chez ce patient. Les médecins de la clinique lui avaient conseillé de consulter un psychiatre. Ils restaient très pessimistes quant à l'évolution du cas, essentiellement en raison de facteurs étrangers à l'accident et qui sortaient clairement du champ médical.

Dans le cadre de son séjour, l'assuré a à nouveau fait l'objet d'un consilium psychiatrique. Selon le psychiatre l'ayant évalué, l'expertisé reconnaissait ses difficultés psychologiques, que l'on pouvait classer dans un trouble de l'adaptation, le patient disant très mal vivre l'inactivité et la perte de reconnaissance que génère le fait de se sentir exclu du monde du travail. La discordance entre les plaintes (douleurs) et les éléments somatiques objectifs permettaient de retenir le diagnostic

par exclusion et donc peu satisfaisant d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (cf. rapport de la Clinique romande de réadaptation du 2 juillet 2003).

16. Le 27 août 2003, l'assuré a été réexaminé par le médecin d'arrondissement de la SUVA. Depuis son séjour à la clinique, l'assuré déclarait qu'il allait moins bien et qu'il était déprimé. Il continuait à marcher avec l'aide des deux cannes anglaises. L'état du membre inférieur droit n'était plus amélioré par des mesures médicales (cf. rapport du Dr M \_\_\_\_\_ du 29 août 2003).
17. En date du 22 octobre 2003, l'assuré a été soumis à une expertise dans le cadre de la SUVA, conduite par le Dr O \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique. Ce médecin a posé les diagnostics suivants : état après rupture du ligament croisé antérieur le 10 juin 2001, plastie du ligament croisé antérieur avec tendon rotulien le 28 août 2001, avec légère instabilité résiduelle et cartilages et ménisques intacts, atrophie musculaire et osseuse due au ménagement, état après disectomie C5/C6 avec fusion spontanée C5/C6, en raison d'une hernie discale C5/C6 à droite le 13 décembre 1997, sans séquelle notable. Selon cet expert, étant donné les constatations cliniques et les diagnostics différentiels des examens scintigraphiques, le diagnostic d'algodystrophie n'était pas vraisemblable. Aucune autre altération organique ne pouvait non plus expliquer un caractère fortement algique du genou, aussi bien dépendant qu'indépendant de la sollicitation. En s'appuyant sur des données vérifiées radiologiquement, cliniquement et arthroscopiquement, l'on pourrait considérer que le genou n'empêchait pas le patient d'effectuer les tâches quotidiennes, sans exclure les travaux lourds (cf. version originale du texte allemand de l'expertise). L'expertisé devrait aussi pouvoir reprendre une activité sportive, même le full contact vraisemblablement. Enfin, de l'avis des chirurgiens du genou, le pronostic à long terme après une plastie du ligament croisé antérieur dépendait tout d'abord de l'état du cartilage et des ménisques. Pour le genou de l'expertisé, ce pronostic était par conséquent favorable, même si la plastie ligamentaire n'avait pas apporté une stabilité complète. Les constatations au niveau intra-articulaire n'atteignaient pas la limite déterminante pour une indemnisation pour atteinte à l'intégrité (cf. rapport du Dr O \_\_\_\_\_ du 23 octobre 2003).
18. Par décision du 30 janvier 2004, la SUVA a mis un terme à toutes ses prestations (indemnités journalières et frais médicaux) au 29 février 2004. En effet, l'examen pratiqué par le Dr O \_\_\_\_\_ n'avait pas mis en évidence de lésions objectives, attribuables à l'accident, qui puissent expliquer une incapacité de travail. Les troubles objectifs résiduels constatés n'étaient pas suffisants pour une indemnisation pour atteinte à l'intégrité.
19. Par courrier reçu le 26 février 2004 par la SUVA, l'assuré a formé opposition à cette décision, faisant valoir qu'il subissait toujours les séquelles de son accident du 10 juin 2001 et qu'il était actuellement en traitement pour une dépression.

20. Par décision sur opposition du 7 juin 2004, la SUVA a confirmé sa décision initiale. En effet, seuls des troubles psychiques pouvaient actuellement être retenus et l'existence de la causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques devait être niée, au vu du caractère banal de l'accident. Enfin, le Dr O \_\_\_\_\_, qui l'avait examiné, était arrivé à la conclusion qu'il pouvait non seulement accomplir les tâches quotidiennes, mais également des travaux lourds et une activité sportive. L'assuré pouvait solliciter son genou droit au-delà de la limite de la douleur.
21. Par courrier du 26 août 2004, l'assuré a recouru contre cette décision, concluant à ce qu'une expertise conduite par le Prof. P \_\_\_\_\_ soit ordonnée. En effet, suite à son accident de juin 2001, il souffrait toujours de douleurs persistantes. Le Dr O \_\_\_\_\_ avait fait mention dans son expertise de la nécessité d'un nouvel examen au cas où un doute devait subsister sur la thèse de l'algodystrophie, ce dont la SUVA n'avait pas tenu compte. Il se justifiait par conséquent de pratiquer une nouvelle expertise afin d'élucider ce problème.
22. Dans une réponse du 27 octobre 2004, la SUVA a conclu au rejet du recours. Le litige portait sur la question de savoir si les troubles dont se plaignait le recourant engageaient la responsabilité de la SUVA au-delà du 29 février 2004. Or, le rapport du Dr O \_\_\_\_\_ avait pleine valeur probante au regard des exigences jurisprudentielles et ce dernier était arrivé à la conclusion que le diagnostic d'une algodystrophie n'était pas vraisemblable. Cette conclusion ainsi que l'ensemble du dossier avaient été discutés avec le Dr Q \_\_\_\_\_, également spécialiste en chirurgie orthopédique. Pour ces deux médecins, les constatations cliniques ne parlaient pas en faveur d'une algodystrophie. En effet, le recourant ne présentait pas d'altération telle que des raidissements articulaires, des signes dystrophiques, une peau franchement atrophique, froide et cyanosée, des articulations enraidies du fait de la fibrose et des rétractions aponévrotiques et tendino-ligamentaires. L'atrophie musculaire et les altérations radiologiques étaient les conséquences de l'attitude de ménagement de la jambe droite. L'électroneuromyographie du 17 mars 2004 et la scintigraphie osseuse du 11 juin 2004 ne remettaient pas en cause les conclusions du Dr O \_\_\_\_\_, qui avait soigneusement examiné les résultats de la première scintigraphie du 26 mars 2002 et sur la base de laquelle il avait écarté le diagnostic d'une algodystrophie. Ainsi, l'ordonnance d'une nouvelle expertise, inutile, devait être écartée. Quant au trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et au syndrome douloureux somatoforme persistant, ils ne devaient pas être pris en charge par la SUVA, puisque l'accident du 10 juin 2001 était de peu de gravité, de sorte que le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident devait être nié.
23. Dans une réplique du 25 janvier 2005, le recourant a transmis une expertise effectuée par le centre multidisciplinaire de la douleur, à la demande de la GENEVOISE ASSURANCES, assurance perte de gain. Les médecins avaient conclu qu'il n'était pas possible de confirmer ou d'infirmier la présence d'une

algodystrophie. Ainsi, face aux multiples avis médicaux contradictoires, il était nécessaire d'ordonner une expertise qui pourrait être conduite par le Prof. P\_\_\_\_\_. Le recourant relevait enfin qu'à la suite de l'expertise du centre multidisciplinaire de la douleur, la GENEVOISE ASSURANCES avait demandé à la SUVA de réexaminer son dossier, car il semblait que son actuelle incapacité de travail était due aux suites de l'accident.

24. Dans une duplique du 22 février 2005, la SUVA a persisté dans ses conclusions. La demande d'expertise n'avait plus de raison d'être, puisqu'une expertise avait été effectuée le 6 octobre 2004 par le centre multidisciplinaire de la douleur. S'il était vrai que les experts concluaient qu'il n'était actuellement pas possible de confirmer ou d'infirmer la présence d'une algodystrophie avec un degré de certitude élevé, ces derniers relevaient qu'il était par contre probable que la problématique entrât dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux et qu'il n'y avait objectivement aucune raison d'admettre une incapacité de travail dans un poste adapté. Les experts retenaient en effet que la symptomatologie était surtout subjective, l'amyotrophie en elle-même ne justifiant pas d'incapacité de travail. Ainsi, cette expertise confirmait les conclusions du Dr O\_\_\_\_\_. Les experts rejoignaient également l'avis des médecins de la Clinique romande de réadaptation qui, au terme du deuxième séjour du recourant, avaient posé les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et syndrome douloureux somatoforme persistant.
25. Par courrier du 28 avril 2005, le Tribunal de céans a posé plusieurs questions au Dr R\_\_\_\_\_, qui avait examiné le recourant dans le cadre de l'expertise effectuée au centre multidisciplinaire de la douleur (cf. expertise du 17 novembre 2004).
26. Par courrier du 17 mai 2005, le Dr R\_\_\_\_\_ a précisé que le recourant présentait les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail sur les échafaudages ou les échelles, pas de port de charges répété de plus de 20 kg, pas de marche prolongée (plus de 5 km), pas de montée ou de descente d'escaliers répétées, possibilité de varier les positions au travail et de s'asseoir par moment. Les activités adaptées à son état de santé étaient notamment celles de magasinier, gardien, huissier, petite manutention. L'expertisé ne pouvait plus effectuer son ancienne profession de poseur de faux-plafonds, en raison de l'amyotrophie persistante.
27. Ce courrier a été transmis aux parties et la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941(LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> août 2003, un Tribunal cantonal des assurances

sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs (art. 162 LOJ).

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale 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).
3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-accidents. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Dans la mesure où l'incapacité de travail du recourant a débuté en 2001, ces principes de droit intertemporel commandent l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 7 juin 2004 à la lumière des anciennes dispositions de la LAA pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (voir ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). 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. Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable à la forme (art. 106 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003, en dérogation à l'art. 60 LPGA).
5. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 29 février 2004.

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents ne répond des atteintes à la santé que lorsqu'elles sont en relation de causalité non seulement naturelle, mais encore adéquate avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA), 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, 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). Le lien de causalité adéquate est en revanche une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2; 405 consid. 2.2; 125 V 461 consid. 5a et les références ; 115 V 405 consid. 4a).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état malade 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; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, n° 141). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur la base du 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 no U 363 p. 46 ; ATF non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3).

En présence d'affections psychiques, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat des troubles psychiques consécutifs à un accident. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Dans le cas d'un accident insignifiant

ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. 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 en cours de guérison et les 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 si l'on se trouve à la limite des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat de l'accident puisse être admis (ATF 115 V 140 s. consid. 6c/aa et bb et 409 s. consid. 5c/aa et bb; FRESARD, op. cit., ch. 39 et les références).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au

demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

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 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).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration 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 oeuvre 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; HÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° 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).

De jurisprudence constante, lorsqu'aucun indice concret ne permet de douter du bien-fondé des appréciations émises par les médecins de la CNA, les rapports de ces derniers ont valeur de preuve et cela, dans la mesure où la caisse n'était pas partie à la procédure au moment où ils ont été établis (ATF 104 V 209 ; ATA S. du 29 mars 1994 ; ATA G. du 9 novembre 1994). Par ailleurs, et s'agissant d'un rapport médical établi par un médecin employé de la SUVA, le Tribunal fédéral des assurances a considéré que s'il était convaincant et que les objections invoquées à

son encounter dans le cadre du recours de droit administratif ne suscitaient pas de doute quant à sa valeur probante, il était superflu de se livrer à d'autres enquêtes médicales, car il ne fallait pas s'attendre à pouvoir faire d'autres constatations (extrait d'un ATF du 21 novembre 1988 en la cause B.F., 212; ATA du 29 mars 1994 en la cause S.).

6. En l'occurrence, le recourant a été soumis à une expertise, conduite par un médecin de la SUVA. Il convient tout d'abord de constater, à propos de ce rapport d'expertise, qu'il remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document, aucun indice ne permettant de douter du bien-fondé des appréciations émises par l'expert. En effet, il repose sur une étude complète et circonstanciée de la situation médicale du patient, ne contient pas de contradictions et aboutit à des conclusions motivées. Ainsi, le Dr O \_\_\_\_\_ a procédé à un examen précis du cas (résumé des pièces communiquées, déclarations de l'assuré, examen de l'assuré (22 octobre 2003), documents radiologiques, appréciations). En outre, il prend également en compte les plaintes exprimées par le recourant. Enfin, ses conclusions sont partagées par l'expert mandaté par l'assurance privée, concernant la présence d'une capacité de travail. Le Dr O \_\_\_\_\_ retient comme diagnostic un état après rupture du ligament croisé antérieur le 10 juin 2001, une plastie du ligament croisé antérieur avec tendon rotulien le 28 août 2001, avec légère instabilité résiduelle et cartilages et ménisques intacts, ainsi qu'une atrophie musculaire et osseuse due au ménagement. Etant donné les constatations cliniques et les diagnostics différentiels des examens scintigraphiques, le diagnostic d'une algodystrophie n'est pas vraisemblable. Aucune autre altération organique ne peut expliquer un caractère fortement algique du genou aussi bien dépendant qu'indépendant de la sollicitation. L'attitude de ménagement de la jambe droite doit être expliquée, tout au moins partiellement, par des troubles psychiques (trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et syndrome douloureux somatoforme persistant). Il convient de relever que cet expert a examiné les clichés de la scintigraphie osseuse du 26 mars 2002 avec le Dr Q \_\_\_\_\_, pour arriver à ces conclusions. Enfin, bien que le recourant se sente complètement invalide, il faut considérer, en se fondant sur les données objectives, que l'état de son genou droit ne l'empêche pas d'effectuer les tâches quotidiennes sans exclure les travaux lourds (cf. version allemande de l'expertise). Il devrait aussi pouvoir reprendre une activité sportive, même le full-contact vraisemblablement.

Ainsi, même si cet expert émet un léger doute quant à la persistance ou non d'une algodystrophie depuis 2003 (cf. rapport de la Clinique romande de réadaptation du 2 juillet 2003) - hypothèse cependant très peu plausible -, il reconnaît au recourant une capacité totale de travail dans toute activité, comprenant même des travaux lourds.

Quant à l'expertise sollicitée par la GENEVOISE ASSURANCES et conduite par les Drs R\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie, et S\_\_\_\_\_, psychiatre, elle confirme les conclusions de l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_. Selon le psychiatre le tableau global suggérait fortement un diagnostic de trouble somatoforme douloureux sans pathologie psychiatrique importante associée. Quant au Dr R\_\_\_\_\_, il relève que l'examen clinique objectif est marqué par la présence d'une amyotrophie persistante, importante de la cuisse droite. Cette affection peut avoir deux explications plausibles, soit une épargne du membre et/ou une algodystrophie secondaire à l'accident et à l'intervention. Cependant, l'examen clinique est « normal » et entre dans le cadre de ce qui est observé à la suite des plasties du ligament croisé antérieur, mis à part une importante amyotrophie. Il n'y a aucun signe clinique d'algodystrophie. Il n'est toutefois pas possible de confirmer ou d'infirmer la présence d'une algodystrophie avec un degré de certitude élevé, mais il est probable que la problématique entre dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux. Il n'y a objectivement aucune raison d'admettre une incapacité de travail dans un poste adapté. Actuellement, la symptomatologie est surtout subjective, sans corrélat objectif, l'amyotrophie en elle-même ne justifiant pas d'incapacité de travail (cf. rapport des Drs R\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_ du 17 décembre 2004).

Enfin, les médecins de la Clinique romande de réadaptation constatent que le trouble somatoforme douloureux est au premier plan et que les conséquences de l'algodystrophie ne sont plus d'actualité. Ils restent très pessimistes quant à l'évolution du cas, essentiellement en raison de facteurs étrangers à l'accident, qui sortent clairement du champ médical (cf. rapport de la Clinique romande de réadaptation du 2 juillet 2003).

Il ressort de ces documents médicaux que seul le diagnostic de trouble somatoforme douloureux peut expliquer les douleurs dont se plaint le recourant, bien que les experts n'aient pas retenu, malgré la présence de ce trouble somatoforme douloureux, d'incapacité de travail. Or, les troubles somatoformes doivent être considérés comme des atteintes psychiques et, en présence d'un accident qui doit être qualifié d'insignifiant, ce n'est qu'à titre exceptionnel que la causalité adéquate selon les critères applicables aux accidents de gravité moyenne doit être retenue (RAMA 1998 no U 297 p. 243 ; ATF 129 V 407 consid. 4.4.1 et les références). En l'occurrence, l'accident est si peu grave que la causalité adéquate doit être d'emblée niée. Cependant, même si l'on examine les critères retenus en cas d'accident de gravité moyenne, l'on constate qu'ils ne sont pas remplis.

En effet, la lésion subie par le recourant ne saurait être qualifiée d'atteinte grave à la santé. Rien ne permet de retenir non plus, à la lecture du dossier, qu'il y aurait eu des erreurs ou des complications dans le traitement médical. Quant à la durée dudit traitement, elle peut apparaître longue, mais l'on relèvera à cet égard qu'il n'y a plus de traitement depuis juillet 2003 (cf. rapport du Dr M\_\_\_\_\_ du 29 août

2003). En outre, le recourant ne présente plus d'incapacité de travail (cf. expertise du Dr O \_\_\_\_\_ du 23 octobre 2003). Enfin, même si ce dernier continue à ce jour à souffrir de douleurs du genou, l'importance de ces douleurs doit être relativisée en l'espèce dans la mesure où celles-ci, censées diminuer avec le temps, ont été entretenues et majorées par la problématique psychique. Au regard de l'ensemble des circonstances du cas, le critère de la persistance des douleurs, sans substrat organique, n'est, à lui seul, pas suffisant pour que l'**accident** du 10 juin 2001 soit tenu pour la cause adéquate de l'affection psychique, soit des troubles somatoformes douloureux (sur le cumul des critères en cas d'accidents de gravité moyenne, cf. ATF 117 V 366 consid. 6a et b).

Il s'ensuit que l'intimée n'a pas à répondre du fait que l'assuré n'utilise pas son genou droit et se dit incapable de travailler en raison de son trouble somatoforme douloureux, ceci malgré l'avis de l'expert de la SUVA.

Enfin, contrairement à ce que prétend le recourant, les expertises au dossier sont suffisantes pour permettre au Tribunal de céans de statuer en toute connaissance de cause et il est dès lors inutile d'ordonner une nouvelle expertise, afin de déterminer la présence ou non d'une algodystrophie. En effet, les experts consultés considèrent une telle hypothèse - qui n'entraînerait en tout état pas d'incapacité de travail - comme peu probable ; ces constatations sont de surcroît confirmées par les médecins de la Clinique romande de réadaptation.

Cependant, les experts divergent quant à la capacité de travail du recourant. En effet, le Dr O \_\_\_\_\_ retient une capacité complète pour toutes activités et le Dr R \_\_\_\_\_ une capacité résiduelle de travail (exclusion des travaux très lourds et positions variées). Toutefois, même en procédant à une comparaison des revenus sur la base de l'art. 18 LAA (cf. développements ci-dessous), l'on constatera que le recourant n'a pas droit à une rente. Dès lors, point n'est besoin de trancher la question de savoir si l'assuré présente une pleine capacité de travail ou seule une capacité résiduelle dans un poste adapté.

7. Selon l'art. 18 LAA, si l'assuré devient invalide à 10 % au moins à la suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (al. 1). Est réputé invalide celui dont la capacité de gain subit vraisemblablement une atteinte permanente ou de longue durée. Pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (al. 2). 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 (ci-après l'ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321). Dans ce cas, la jurisprudence considère que certains empêchements propres à la personne de l'invalidé exigent que l'on réduise le montant des salaires ressortant des statistiques. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier et cela dans le but de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalidé qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. Une déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'assuré ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25 %. L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Quant au juge, il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 ; VSI 2002 p. 70).

Est déterminant lors de la comparaison des revenus au sens de l'art. 18 al. 2 LAA le moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente et non celui de la décision sur opposition. L'assureur-accidents est cependant tenu, avant de se prononcer sur le droit à une prestation, d'examiner si aucune modification significative des données hypothétiques déterminantes n'est intervenue durant la période postérieure à l'ouverture du droit. Dans ce cas, il lui incombe de procéder à une nouvelle comparaison des revenus avant de rendre sa décision (ATF 128 V 174).

Aux termes de l'art. 19 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. La rente est allouée pour tout le mois au cours duquel ledit droit est né.

En vertu de l'art. 15 al. 2 LAA, seconde phrase, est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident.

Il convient dès lors de procéder à la comparaison des revenus avant et après invalidité, afin de déterminer le degré éventuel d'invalidité du recourant. L'année déterminante pour la comparaison des revenus est l'année 2004, puisque la SUVA a

versé des indemnités journalières jusqu'au 29 février 2004. Le droit à une éventuelle rente s'ouvre ainsi dès le 1<sup>er</sup> mars 2004.

Quant au salaire avant invalidité, selon les déclarations de l'employeur du 11 juin 2001, il s'élevait en 2001 à 23 fr. 80 pour 41 heures et demi + 8,33% de vacances et 8,33% de treizième salaire. Le revenu annuel en 2001 ascende ainsi à 55'308 fr. (23,80 x 41,5 x 48 semaines + 8,33% + 8,33%). Ce montant revalorisé à 2003 (derniers chiffres disponibles ; cf. La Vie économique 5-2005, p. 91) s'élève à 57'095 fr. 65.

Pour le revenu après invalidité, compte tenu de l'activité légère de substitution, le salaire statistique de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur de la production en 2002, à savoir 4'557 fr. par mois ou 54'684 fr. par an (ESS 2002, tableau TA1, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41,7 heures en 2002 - derniers chiffres disponibles ; cf. La Vie économique 5-2005, p. 90), ce montant doit être porté à 57'008 fr. 05. Réactualisé pour l'année 2003 (derniers chiffres disponibles) par le biais de l'indice des salaires nominaux, le salaire après invalidité en 2003 est de 57'815 fr. 70.

La déduction à apporter à ce montant peut être fixé en se référant à la jurisprudence du TFA. Dans le cas d'une personne de nationalité étrangère, âgée de 43 ans, sans formation professionnelle, ayant bénéficié d'une scolarité très brève et devant éviter les activités lourdes notamment, un abattement de 10% a été retenu (ATFA non publié du 16 mai 2003 en la cause I 576/02).

Compte tenu des faibles limitations que présente le recourant (travail relativement léger, changement de positions, nationalité) et au vu de son jeune âge, seul un abattement de 10 % selon la jurisprudence se justifie, ce qui porte le revenu après invalidité à 52'034 fr. 15.

Ainsi, si l'on compare ce montant avec le revenu sans invalidité  $([57'095,65 - 52'034,15] \times 100 / 57'095,65)$ , l'on obtient un degré d'invalidité de 8,86%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

La décision sur opposition du 7 juin 2001 de la SUVA doit par conséquent être confirmée et le recours rejeté.



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

**Statuant**

**(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)**

**A la forme :**

1. Constate que le recours est recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière:

Marie-Louise QUELOZ

La Présidente :

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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