

GE_GERICHTE A/283/2007 vom 5. Mai 2008

GE Cour de justice, 2008-05-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_283_2007

FR: GE_GERICHTE A/283/2007 du 5 mai 2008

IT: GE_GERICHTE A/283/2007 del 5 maggio 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 05.05.2008 A/283/2007

A/283/2007 ATAS/526/2008 du 05.05.2008 (AI) , REJETE Recours TF déposé le 24.06.2008, rendu le 14.05.2009, REJETE, 8C_983/2008 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/283/2007 ATAS/526/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 6 du 5 mai 2008 En la cause Monsieur S_____, domicilié c/o T_____ à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BRATSCHI Gilbert recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur S_____, de nationalité portugaise, au bénéfice d'une autorisation d'établissement C est titulaire d'un certificat fédéral de capacité de machiniste-grutier. Il a exercé cette profession depuis mars 1993 à Genève, ainsi qu'une activité de nettoyeur à raison de deux heures le soir. Le 12 avril 1997, il a subi un accident non professionnel, ayant comme conséquence une fracture de Maisonneuve de la jambe droite avec déchirure des ligaments péronéo-tibiaux et LLI de la cheville droite, nécessitant une opération le 18 avril 1997 pratiquée par la Dresse A_____, spécialiste en chirurgie orthopédique FMH. Du 22 octobre au 3 décembre 1997, l'assuré a séjourné à la clinique de réadaptation de Bellikon. Le rapport de sortie conclut à une incapacité de travail comme grutier et relève que le patient a du mal à rester longtemps debout et à marcher longtemps (surtout sur terrain accidenté); il éprouve également des difficultés pour grimper à des échelles et manipuler de lourdes charges. Le 5 décembre 1997, l'assuré a requis des prestations de l'AI. Le 25 septembre 1998, le Dr B_____, médecin d'arrondissement de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : SUVA), a conclu, après examen de l'assuré, que celui-ci ne pouvait plus surcharger le membre inférieur droit, tenir de longues stations debout, marcher longtemps, surtout en terrain accidenté, grimper fréquemment des échelles. Dans le cadre d'un travail adapté, essentiellement assis ou faisant alterner les positions assise et debout avec des déplacements sur terrain plat, sur de courtes distances, sans montées fréquentes à des échelles ou des escaliers, une capacité de travail serait possible à plein temps et plein rendement. Un stage OSER a été effectué par l'assuré du 23 novembre 1998 au 5 mars 1999, date à laquelle il a été interrompu en raison de l'incapacité de travail partielle de l'assuré. Le rapport du 18 février 1999 relève que le bilan des aptitudes de l'assuré indique que sa capacité de travail est entière dans un travail s'effectuant principalement en position assise pour ménager sa jambe droite. Après une formation pratique en entreprise, l'assuré pourrait occuper un poste comme ouvrier dans le secteur de l'horlogerie, la manufacture ou dans le polissage. Les maîtres relèvent que les réactions de cet assuré donnent à penser qu'il ne s'engage pas réellement dans la réinsertion professionnelle qui est dans ses possibilités, cherchant à convaincre les observateurs de son incapacité à travailler à plus de 50%. Le 15 février 1999,

la Dresse C _____, spécialiste FMH en maladies rhumatismales, a écrit à la Dresse A _____ que les Rx standards du bassin et une IRM lombaire "montrent des lésions dégénératives discrètes, tout au plus une protrusion discale en D12-L1, pouvant expliquer l'irradiation latérale lors de la rétropulsion, mais en aucun cas une radiculopathie périphérique. J'ai conclu ainsi à des lombalgies simples chroniques, correspondant bien aux plaintes décrites par le patient sur le plan rachidien. La douleur de la jambe ne me paraît donc pas être en rapport avec une pathologie du rachis." A la demande de l' OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE (ci-après : OCAI), le Dr D _____, spécialiste FMH chirurgie, a rendu le 15 avril 1999 une expertise et conclut à une incapacité totale de travail comme grutier et chauffeur de camion et à une capacité de travail totale dans une activité adaptée, conformément à l'avis du Dr B _____. L'assuré a été mis au bénéfice d'indemnités journalières entières de la SUVA du 12 avril 1997 au 30 septembre 1999 puis d'une rente de 45% dès le 1 er octobre 1999 ainsi qu'une IPAI de 5% (selon décision de la SUVA du 24 décembre 1999). Par projet de décision du 24 juin 1999, l'OCAI a octroyé à l'assuré un quart de rente dès le 1 er avril 1998, fondé sur un degré d'invalidité de 45%. Le 28 juillet 1999, l'assuré s'est déclaré d'accord avec l'octroi d'un quart de rente et a sollicité une aide au placement. Par décision du 14 avril 2000, l'OCAI a octroyé à l'assuré un quart de rente dès le 1 er avril 1998, fondé sur un degré d'invalidité de 45%. Le 6 novembre 2000, le Dr E _____, de la permanence de Cornavin SA a mentionné dans un rapport médical AI que l'état de santé était stationnaire et qu'il y avait des dorso-lombalgies réactionnelles au traitement. Par projet d'acceptation de rente du 16 mars 2001, l'OCAI a confirmé le droit de l'assuré à un quart de rente dès le 1 er septembre 2000 fondé sur une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Le 20 mars 2001, le Dr F _____, médecin-conseil de l'OCAI, a estimé l'assuré apte à travailler à 50% dès le 2 avril 2001, dans une activité adaptée. Le 23 mars 2001, le Dr E _____ a attesté que l'assuré se plaignait de limitations dans sa mobilité et l'apparition de fortes douleurs à la suite d'une fracture de Maisonneuve. Cette situation l'obligeait à boiter ce qui avait de fortes répercussions sur la stabilité de la colonne vertébrale avec apparition d'algies gênantes, sa pathologie ne lui permettait ni la station debout prolongée, ni une activité demandant une concentration importante à une commande aux pieds. Le 3 avril 2001, l'assuré a observé qu'il avait, selon le Dr E _____ et le médecin-conseil de l'OCAI, le Dr F _____ un rendement diminué dans une activité appropriée, de sorte qu'une activité de 50% était possible au maximum. L'arthrose au niveau de la cheville s'aggravait avec des irradiations dans toute la jambe et une boiterie provoquait des douleurs dorsales. La caisse cantonale genevoise de chômage a écrit à l'assuré le 27 mars 2007 qu'au vu du rapport établi par le médecin-conseil de l'OCE le 15 mars 2001, son aptitude au placement était de 50%. A la demande de l'OCAI, le Dr R. D _____ a rendu un rapport d'expertise le 31 juillet 2001. Il relève qu'il existe comme la fois précédente, soit lors de son examen du 15 avril 1999, une limitation fonctionnelle de la cheville droite touchant aussi bien la sous-astragalienne que la tibio-astragalienne droite, associée à un affaissement très important de la voûte plantaire droite avec un valgus du talon. En ce qui concerne le rachis, la fonction est superposable elle aussi à l'examen précédent. Il y a probablement une anomalie fonctionnelle avec une lombalisation partielle de S1, présente congénitalement et un début d'arthrose de la hanche droite, sans répercussion sur la capacité de travail. Le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail est celui de "fracture-luxation de Maisonneuve au niveau de la cheville droite traitée par réduction, embrochage et fixation de la syndesmose et suture du faisceau profond du ligament deltoïde. Il y a un affaissement

marqué de la voûte plantaire droite avec un valgus du talon. La sensibilité est légèrement émoussée sur la face externe du pied droit avec une limitation fonctionnelle de sous-astragaliennne et la tibio-astragaliennne droite. Tous ces troubles sont présents depuis avril 1997, date de l'accident". Le cas était stabilisé. Sur le plan physique, il y a une limitation fonctionnelle nette, une limitation de l'endurance, naturellement de la cheville et du pied droit. Il est évident que la profession de grutier, qui demande de monter, de descendre l'échelle, de rester debout n'est plus guère possible, ceci depuis l'accident d'avril 1997. D'autres activités étaient possibles, en épargnant le membre inférieur droit, c'est-à-dire la cheville et le pied droit. Il faut éviter les stations debout de longues durées. Les longues marches surtout en terrain inégal, éviter de monter ou descendre les escaliers et de lever ou porter des charges (ce genre d'activité épargne ipso facto aussi le rachis lombo-sacré et la hanche). De plus, il est prévoir une occupation alternée, permettant des stations debout, mais surtout assise, la plus grande partie du temps lui permettant de se dégourdir les jambes et le dos. Dans une activité adaptée comme décrite ci-dessus, la capacité de travail est complète en temps et rendement. Le 25 septembre 2001, le Dr G_____, médecin AI, a conclu à une capacité de travail de 100% dans un poste adapté comme cela était déjà le cas en 1999. Par prononcé du 28 septembre 2001, l'OCAI a confirmé le projet de rente de l'assuré dès le 1^{er} septembre 2000 sur la base d'un degré d'invalidité de 45%, une révision de droit était mentionnée pour le 31 mars 2004. Par décision du 5 novembre 2001, l'OCAI a alloué au recourant un quart de rente fondé sur un degré d'invalidité de 45%, depuis le 1^{er} septembre 2000. Il a exercé de novembre 2002 à septembre 2003 une activité de magasinier à 50%. Dès le 3 octobre 2002, il a été en incapacité de travail total. Le 12 décembre 2003, le Dr E_____ a attesté de nombreuses douleurs au niveau du bassin et de la colonne vertébrale, entraînant des limitations plus importantes qu'auparavant ainsi qu'une baisse du moral. Une activité même adaptée semblait difficile. Le 29 janvier 2004, l'assuré a déposé une demande de révision de sa rente visant à l'obtention d'une rente à 100% en se fondant sur l'avis médical AI du 12 décembre 2003 du Dr E_____. Il a rempli le 20 février 2004 le questionnaire pour la révision de la rente en mentionnant de nombreuses douleurs de la colonne vertébrale et du bassin, même en position alternée. Le 5 avril 2004, le Dr E_____ a rempli un rapport médical intermédiaire AI dans lequel il mentionne que l'état de santé est stationnaire et les limitations fonctionnelles toujours les mêmes. Le 25 mai 2004, le Dr B_____, FMH chirurgie, médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu un rapport après avoir examiné l'assuré en relevant que l'état était stabilisé, sans péjoration par rapport à l'examen final. Il n'y avait pas de modification de l'exigibilité et pas de relation probable entre l'accident et les troubles lombaires. Par décision du 3 juin 2004, la SUVA, suite à l'annonce d'une rechute par l'assuré (troubles lombaires et à la cheville droite) a refusé d'allouer des prestations à la suite de l'incapacité de travail du 3 octobre 2003 en constatant que les troubles lombaires n'étaient pas en relation de causalité probable avec l'accident et que ceux à la cheville droite ne s'étaient pas péjorés. Le 1^{er} juillet 2004, l'assuré a fait opposition à la décision de la SUVA du 3 juin 2004. Le 30 août 2004, X_____ a attesté que l'assuré avait travaillé du 1^{er} au 28 mars 2000 à 100% et du 29 mars au 31 juillet 2000 à 50%. Le 19 octobre 2004, Y_____ SA a attesté que l'assuré avait travaillé du 4 novembre 2002 au 3 octobre 2003 à 50% et que le salaire dès le 1^{er} janvier 2004 était de 28 fr. 50 de l'heure. Le 29 novembre 2004, la Dresse H_____, FMH neurologie, a relevé que "les résultats de l'examen électroneuromyographique ne montrent pas d'aggravation de la neurographie sensitive du nerf plantaire interne droit par rapport à l'examen de 1998, mis à part un très discret

ralentissement de la vitesse à la limite du significatif. En revanche, les latences distales du nerf sciatique poplité interne droit pour l'abducteur du gros orteil et l'abducteur du petit orteil sont prolongées par rapport à l'examen réalisé en 1998. Le tracé dans l'abducteur du gros orteil droit montre des potentiels d'unité motrice à la limite supérieure de la norme, sans signes clairs de dénervation-réinnervation chronique ancienne. Toutefois, l'allongement des latences distales du nerf sciatique poplité interne droit pour l'abducteur du gros orteil et l'abducteur du 5ème orteil parle en faveur d'une compression du nerf tibial postérieur, le plus probablement dans le canal tarsien. L'examen électromyographique à l'aiguille ne montre pas de signes de souffrance radiculaire motrice, notamment dans le myotome S1 droit. Par ailleurs, l'examen électroneuromyographique du membre supérieur gauche apporte peu d'arguments en faveur d'un syndrome du tunnel carpien gauche hormis une discrète inversion de vitesses de conduction sensitive et nerfs médian et cubital pour le 4ème doigt. Le patient se plaint surtout de paresthésies du bord interne de la main gauche dans le territoire du nerf cubital. La neurographie sensitive et motrice du nerf cubital gauche est dans les limites de la norme, n'apportant pas d'argument électrophysiologique en faveur d'une neuropathie ulnaire au coude ou au canal de Guyon gauches". Le 3 décembre 2004, la Dresse A _____, chirurgie orthopédique FMH a rendu un avis médical selon lequel elle avait suivi à plusieurs reprises l'assuré depuis le 1er novembre 2004. L'assuré avait toujours mal à la face interne de la cheville mais également en sous-malléolaire externe. "Il boîte et la douleur est présente tant assis que couché ou à la marche. Il est limité à 200 mètres après quoi la douleur apparaît dans la cheville irradiant dans la cuisse. Une nouvelle IRM a été réalisée montrant une tendinite massive du tibia postérieur droit. Cliniquement, il y a toujours une forte hypoesthésie plantaire et un signe de tinel positif en rétromalléolaire interne sur le nerf tibia postérieur. De plus, l'arrière-pied présente un fort valgus de 20 degrés et le tendon tibia postérieur est douloureux au toucher et sous tension. La douleur sous-malléolaire externe est à mettre sur le compte d'un impingement externe à cause du valgus de l'arrière-pied". Un ENMG confirmait la compression du nerf tibial postérieur en rétromalléolaire droit. Elle pose le diagnostic de status après fracture de Maisonneuve avec déchirure du ligament LLI et de la syndesmose à droite, status après embrochage de la syndesmose et suture du ligament LLI, syndrome du tunnel tarsien droit en relation avec l'accident puisque déjà asymptomatique en 1997 malgré un ENGGM négatif, tendinopathie du tibial postérieur présente depuis l'accident avec un pied plat déjà présent en 1997 et actuellement un valgus de l'arrière-pied important signant une incompétence du tendon tibial postérieur droit. Le tendon a pu être étiré lors de l'accident en valgus forcé de la cheville en 1997 et ceci même si l'IRM de 1997 était normale à ce niveau. Du fait de l'évolution défavorable, il faut envisager une intervention chirurgicale. Dans un premier temps opératoire, il faut envisager un transfert tendineux du tibial postérieur par le fléchisseur des orteils avec débridement voir excision du tibial postérieur et ostéotomie de varisation du calcanéum droits. Ceci demandera 6 semaines de plâtre en décharge puis 6 semaines en charge progressive. Si par la suite, une fois la cheville réaxée, il persiste des symptômes d'irritation du nerf tibial postérieur, il faudra également envisager une neurolyse de celui-ci. Le 15 février 2005, le médecin-conseil de l'OCAI a relevé qu'aucune aggravation n'était établie et que l'incapacité de travail totale résultait de plaintes augmentées. Il convenait de maintenir un quart de rente. Par communication du 24 février 2005, l'OCAI a informé l'assuré qu'il continuait de bénéficier de la même rente. Le 25 février 2005, la Dresse A _____ a relevé que l'assuré avait souffert d'une déchirure du ligament latéral interne dû à un traumatisme à haute énergie et indiquait qu'il y avait eu une

forte lésion en valgus de la cheville qui avait distendu le tendon ou le nerf tibial postérieur. Lors du déplacement de la fracture, il était probable que le nerf tibial postérieur avait été comprimé. Ainsi l'association étirement en valgus et hématome postéro-interne ont ensemble pu provoquer les lésions présentées par l'assuré au niveau de ces deux structures, de façon plus que probable. Le 28 février 2005, l'assuré a relevé que les Drs E_____ et A_____ avaient attesté d'une aggravation sensible de son état de santé et requis un réexamen de son cas. Le 9 mars 2005, le Dr E_____ a estimé que toute la problématique venait de l'accident de 1997, même en tenant compte des éventuels pieds plats. Le 15 mars 2005, l'OCAI a répondu que sa décision se fondait sur l'avis des médecins du service médical de Vevey. Le 9 mars 2005, le Dr E_____ a attesté que l'assuré, qu'il connaissait depuis 1985, avait toujours été en bonne santé, de constitution athlétique, ayant perpétuellement effectué son travail sans histoires et faisant régulièrement du sport, plus particulièrement du football trois fois par semaine. Dans son anamnèse, il n'y a aucune notion de platipodie et si l'on suppose qu'il présentait cette particularité, elle n'a jamais entraîné la moindre répercussion ou débouché sur un quelconque symptôme. Suite à un accident en 1997, l'assuré avait dû être opéré d'une fracture tibio-tarsienne droite traitée par la Dresse A_____. Pendant les 4 ans qui ont suivi, il a simplement été constaté qu'il boitait et que les traitements effectués ne permettaient pas de retrouver une mobilité complète de sa cheville droite. À cette époque, cela était mis sur le compte des séquelles de la fracture et de l'opération. La douleur et la limitation devenant de plus en plus importantes et invalidantes et ayant surtout des répercussions sur toute la statique vertébrale, il a été tenté en 2002 et 2003 une prise en charge complète de tout le système ostéo-articulaire, hygiène de vie, attitude physique et mentale, soutien psychologique afin d'inverser le processus évolutif. Nous avons pu constater pendant tout ce temps que le patient a été plus que collaborant, mettant toute son énergie, avec nous, dans le sens du but recherché avec courage et persévérance. Cependant, nous avons dû constater que les modifications tissulaire étaient trop importantes pour être jugulées par un simple travail personnel. Les derniers examens et consultations montrent avec force qu'il est nécessaire d'intervenir chirurgicalement afin de stopper ces processus d'usure et de permettre au patient de reprendre le chemin de la guérison. Le continuum de ce patient met en évidence que toute la problématique vient de son accident de 1997, même en tenant compte de ses éventuels pieds plats. Une opération de "seconde chance" était nécessaire. Les 17 et 21 mars 2005, l'assuré a écrit à l'OCAI que son état s'était aggravé, ce qui avait entraîné l'arrêt de travail en octobre 2003 et persisté dans sa demande de rente entière. Le 18 avril 2005, le SMR a estimé que les limitations fonctionnelles indiquées par le Dr E_____ étaient toujours les mêmes et qu'un rapport serait demandé à la Dresse A_____ après l'intervention chirurgicale prévue au pied droit. Le 19 septembre 2005, la Dresse A_____ a rendu un rapport médical intermédiaire AI dans lequel elle note que l'état de santé est resté stationnaire, avec les mêmes répercussions sur la capacité de travail et qu'une opération est à prévoir concernant la cheville droite. Il y avait plutôt eu aggravation de l'état de la cheville droite. Actuellement, l'incapacité de travail était totale dans toute activité. On pourrait peut-être envisager une reprise de travail après l'opération de la cheville. Le 15 novembre 2005, le Dr I_____, anesthésiste, médecin du SMR, a relevé que dans son rapport du 19 septembre 2006, la Dresse A_____ confirme qu'il n'y a pas d'aggravation notable de l'état de santé et que, s'il y a "plutôt aggravation", celle-ci n'a aucune répercussion sur la capacité de travail. En avril 2005, il semblait qu'une opération du pied droit était imminente, ce qui n'était pas le cas puisque aujourd'hui, soit six mois plus tard, cette intervention n'est toujours

pas planifiée. Actuellement, il n'y a aucune preuve objective qu'une aggravation de l'état de santé entraîne une diminution de la capacité de travail, qui est par conséquent toujours à 100% dans une activité adaptée. Le 13 mars 2006, le Dr J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, chirurgie du pied et de la cheville, a rendu une expertise à la demande la SUVA. A partir de 2001, le patient avait commencé à ressentir des lombalgies qu'il attribuait à la boiterie. Il mentionne que le 24 mai 2004, le médecin d'arrondissement de la SUVA a confirmé la rente en considérant que l'état était stabilisé sans péjoration par rapport à l'examen final. Le patient se plaignait de douleurs à la cheville droit survenant après 200-300 mètres, avec œdème et raideur de la cheville, dysthésies diffuses avec irradiation vers les orteils et proximale ainsi que des lombalgies en augmentation. Un ENMG du 26 novembre 2004 a conclu à l'absence d'aggravation de la neurographie sensitive du nerf plantaire interne droit, par rapport à l'examen de 1998, mais à la mise en évidence d'une compression du nerf tibial postérieur, probablement dans le canal tarsien. Une IRM du 7 octobre 2004 a montré une tendinite avec ténosynovite des tendons fléchisseurs et tibial postérieur. Il pose le diagnostic de synostose (coalition) calcanéonavicular bilatérale, symptomatique à droite, avec pied plat valgus bilatéral ancien, status après fracture de Maisonneuve à droite, consolidée, syndrome du tunnel tarsien droit, lombalgies sans substrat organique. Il conteste le diagnostic de tendinopathie du tibial postérieur posé par la Dresse DROZ-A_____. Les suites de l'accident ne s'étaient pas modifiées de façon importante depuis le 1^{er} octobre 1999. Les troubles dorsaux n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident. L'état de santé de l'intéressé avait été modifié par l'accident du 12 avril 1997, non pas tellement en ce qui concernait la cheville droite elle-même, consolidée et sans séquelle dégénérative, mais par une décompensation de la synostose (coalition) calcanéonaviculaire. En effet, une telle synostose était évidemment préexistante, avec le pied plat également préexistant, comme bien visualisé sur les radiographies en charge de 1997. Une telle synostose entraînait un enraidissement de l'arrière-pied, comparable à une arthrodèse sous-astragalienne, qui n'était plus modifiable par une atteinte interne, tant au niveau de ligament deltoïde que du tendon du jambier postérieur. Il avait beaucoup de doutes sur l'atteinte de celui-ci, qu'il ne retrouvait sur aucune des deux IRM effectuées. Par contre, la synostose calcanéonaviculaire était visible sur toutes les radiographies et tous les examens IRM et Ct-Scan compris. L'exigibilité décrite par le médecin d'arrondissement à l'occasion de l'examen médical final du 22 septembre 1998 n'était pas modifiée. Un traitement chirurgical au niveau du jarret postérieur et du calcanéum n'était pas adéquat en cas de synostose calcanéonaviculaire. En revanche, une arthrodèse sous-astragalienne était envisageable et, en cas de persistance des symptômes d'irritation du nerf tibial postérieur, une neurologie de celui-ci. Les handicaps présentés par le patient étaient surtout celui d'une raideur de l'arrière-pied dans le cadre de la synostose (coalition) calcanéonaviculaire, qui pourrait bénéficier d'une arthrodèse. Une telle intervention, réalisée dans de bonnes conditions, permettait une stabilisation des douleurs, mais limitait le patient dans ses déplacements, particulièrement en terrain inégal. Dans une activité adaptée, particulièrement en position assise ou alternant les positions assises et debout, et en évitant le port de charge de plus de 5-10 kg, le rendement de l'assuré devrait être de 75-100%. Le 7 avril 2006, le Dr K_____, FMH chirurgie orthopédique, médecin de la SUVA a rendu une appréciation médicale. L'articulation sous-astragalienne étant déjà quasi immobilisée, l'effet d'une immobilisation totale entraînée par une arthrodèse ne devrait pas être très significatif. Le Dr J_____ décrivait la cause probable du pied plat bilatéral préexistant à l'accident et de la

rigidité de l'arrière pied, à savoir une coalition synchondrosique complète du calcanéum et de l'os naviculaire. Il poursuit : "Etant donné que neuf ans se sont écoulés depuis la fracture de la cheville, et que c'est la question d'une éventuelle "rechute" qui se pose actuellement, il convient de se demander si cette "décompensation" continue d'être responsable de l'état actuel du patient, si nous ne sommes pas plutôt en présence d'une évolution naturelle, ou même si un tel lien de causalité a jamais existé. Pour pouvoir répondre à ces questions sur la base de données objectives, il serait utile de savoir sur quels critères morphologiques le Dr J_____ se fonde pour décrire une décompensation (mobilisation à l'intérieur de la coalition ? Mobilisation ou enraidissement accru de l'articulation sous-astragalienne ? Lésion de l'articulation sous-astragalienne ?). Le Dr J_____ n'est absolument pas sûr que l'origine des douleurs - au moins dans leur majeure partie - se situe au niveau de l'articulation sous-astragalienne. La preuve en est qu'il recommande impérativement, préalablement à l'intervention, un test anesthésique de cette articulation et/ou une immobilisation test de l'arrière-pied (botte de plâtre pendant trois à quatre semaines). Par ailleurs, il précise que la pleine collaboration du patient est nécessaire pour la réussite de l'intervention, notamment dans l'optique d'une reprise de l'activité professionnelle.

Conclusion : Le Dr J_____ a analysé la cause probable du pied plat bilatéral, lequel est incontestablement antérieur à l'accident. Selon moi, la coalition calcanéo-naviculaire est restée au stade d'une synchondrose. Apparemment, le Dr J_____ conclut quant à lui à une fusion osseuse, ce qui rend la thèse d'une décompensation difficilement compréhensible. L'effet de cette décompensation se serait selon lui prolongé pendant toutes ces années pour évoluer jusqu'à une rechute. Quelle est selon lui l'origine de la décompensation ? Un rapide examen de la littérature disponible sur ce thème n'a pas apporté de réponse claire. Avant toute intervention chirurgicale (arthrodèse), des mesures diagnostiques supplémentaires concluantes sont impérativement requises, afin de savoir si l'origine des douleurs se situe réellement dans l'articulation sous-astragalienne. Si ces mesures ne donnaient pas les résultats attendus, il faudrait a) rejeter l'option de l'intervention, et b) se demander si l'articulation sous-astragalienne, ou plus exactement la coalition calcanéo-naviculaire est réellement à l'origine des symptômes. Comme le patient ne se sent plus, depuis longtemps déjà, en état de travailler, les motifs objectifs ainsi que sa motivation face à la douleur sont certainement suffisants pour justifier une évaluation sérieuse de la pertinence des mesures chirurgicales proposées". Le 13 avril 2006, la Dresse A_____ a attesté que l'assuré nécessitait une intervention chirurgicale du pied droit et ceci le plus rapidement possible du fait que l'aggravation manifeste des symptômes depuis ces dernières années et mois. Les douleurs ne font qu'augmenter à la marche et la nuit et se répercutent sur la hanche et le bas du dos (voir la position vicieuse, adoptée par le patient, en rotation externe du membre inférieur droite, que ce soit debout ou assis, de manière à éviter les douleurs citées plus haut). Contrairement à ce qui est dit par le Dr J_____ dans son expertise, le patient ne travaille plus ni comme grutier ni comme magasinier et ce depuis 2003. Vu l'aggravation des symptômes, je pense qu'il ne peut toujours pas travailler dans ces professions. Le 7 juin 2006, la Dresse A_____ a adressé l'assuré au Dr M. L_____, médecin-adjoint au département de chirurgie des HUG pour un autre avis médical avec une éventuelle prise en charge chirurgicale. Elle notait qu'elle avait, après l'opération, revu le patient en octobre 2004 alors qu'il avait dû arrêter de travailler et se plaignait de douleurs à la cheville qui remontaient jusqu'à dans la cuisse et qui le faisaient boiter. Il y avait toujours à l'ENMG une compression du nerf tibial postérieur dans le canal tarsien. Une IRM d'octobre 2004 montrait une synostose calcanéo-scaphoïdienne bilatérale

et une synosite des tendons tibial postérieur et FHL. Le 23 juin 2006, elle a attesté que deux infiltrations étaient restées sans effet. Le 29 juin 2006, le Dr I_____ a relevé qu'il n'existait pas d'élément médical objectif pour une aggravation; l'opération prévue depuis 2005 n'avait toujours pas eu lieu. Les limitations fonctionnelles retenues par la SUVA équivalaient à une exclusion fonctionnelle du pied droit et ne sauraient donc augmenter. Le 31 juillet 2006, la Dresse A_____ a relevé que les deux infiltrations de l'articulation sous-talienne et de la région du tendon tibial postérieur étaient restées inefficaces. Par projet de décision du 15 août 2006, l'OCAI a rejeté la demande d'augmentation de la rente. A la lecture du nouveau rapport de la Dresse A_____, il n'y avait aucune preuve d'une aggravation de l'état de santé entraînant une diminution de la capacité de travail qui était par conséquent toujours à 100% dans une activité adaptée. Le 12 septembre 2006, la Dresse A_____ a écrit à l'avocat de l'assuré qu'elle ne comprenait pas la décision de l'OCAI car la santé de celui-ci s'aggravait avec le temps et ne pourrait être améliorée que par l'intervention chirurgicale. Les douleurs présentes depuis l'accident s'étaient nettement aggravées de même que la déformation de l'arrière-pied. Cela même s'il existe une anomalie congénitale de l'arrière-pied qui est la synostose, qui elle peut avoir fait apparaître des douleurs externes de la cheville avec les années (qui n'existaient pas avant l'accident), mais qui n'explique pas les douleurs interne et la déformation toujours plus importante en valgus de l'arrière-pied. Ces dernières manifestations sont apparues suite à l'accident de "1998". En ce qui concerne l'évolution après l'opération, le patient ne pourra probablement pas récupérer à 100% du fait de l'arthrodèse qui va bloquer une partie des mouvements de la cheville. Il ne pourra certainement pas monter une grue par la suite. Toutefois, on espère supprimer les douleurs invalidantes actuellement présentes, lui permettre de marcher sans limite sur un terrain plat et de pouvoir rester assis normalement plus d'un quart d'heure. Le 25 septembre 2006, l'assuré a écrit à l'OCAI que la Dresse A_____ et le Dr E_____ avaient attesté de l'aggravation de son état de santé. Ce n'était qu'après l'intervention qui devait avoir lieu prochainement que les médecins pourraient se prononcer pour l'avenir. Le 2 novembre 2006, le SMR a relevé que la lettre de la Dresse A_____ n'apportait pas d'élément médical nouveau et que la profession de grutier était déjà contre indiquée par la SUVA en 1998. Par décision du 8 décembre 2006, l'OCAI a confirmé son refus d'augmentation de la rente en se référant au dernier avis du SMR. Le 25 janvier 2007, l'assuré a recouru à l'encontre de la décision de l'OCAI du 8 décembre 2006 auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à son annulation, à l'octroi d'une rente entière dès le 1 er octobre 2003 et, préalablement, à l'audition des Drs A_____ et E_____. L'OCAI affirmait à tort que les Drs A_____ et E_____ ne mentionnaient pas d'aggravation de son état de santé. La dernière infiltration pratiquée le 9 janvier 2007 par le Dr L_____ n'avait donné aucun résultat positif et il attendait que ce médecin lui fixe une date pour l'intervention chirurgicale. Même en position assise, il ne pouvait travailler en raison de douleurs irradiant dans la hanche et le dos. Le 7 février 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours. A l'époque de la décision initiale de rente le 5 novembre 2001, la capacité de travail était complète dans une activité adaptée selon le Dr D_____ (avis du 31 juillet 2001). Or, le 5 avril 2004, le Dr E_____ évoquait un état de santé stationnaire, tout comme la Dresse A_____ le 15 septembre 2005. Celle-ci avait évoqué le 3 décembre 2004 une éventuelle intervention chirurgicale qui n'avait toujours pas eu lieu. Le 16 avril 2007, la Dresse A_____ a attesté que, pour sa part, les douleurs du patient étaient d'une telle intensité qu'une intervention chirurgicale ne pourrait que l'améliorer en lui repositionnant l'arrière-pied. Il ne pouvait ni marcher ni rester

assis plus de 10 minutes sans subir d'importantes douleurs, ce qui empêchait toute activité professionnelle, même assise. Son état de santé s'était nettement détérioré depuis l'accident et n'était absolument pas stabilisé malgré le port de supports plantaires sur mesure et de chaussures orthopédiques de série. Bien qu'on ait mis en évidence des anomalies constitutionnelles de son arrière-pied, elle confirmait que la situation s'était aggravée depuis l'accident qui était donc un élément important voir prépondérant dans la décompensation de ces malformations. Le 16 avril 2007, le Dr L. _____ a posé le diagnostic de dysmorphie congénitale poly-articulaire de l'arrière-pied droit décompensée par un traumatisme quelques années auparavant. Le CT-Scan pratiqué en 2007 met en évidence une coalition calcanéo-naviculaire avec synostose rompue et processus dégénératif déjà bien avancé; coalition naviculo-cuboïdienne, synostose fibreuse calcanéo-naviculaire et synostose calcanéo-talienne. Le patient n'ayant eu aucun symptôme auparavant, il n'y a pas de doute que le traumatisme évoqué plus haut a décompensé cette dysmorphie de l'arrière-pied et l'a rendu symptomatique. Il est clair que la dysmorphie était présente avant l'accident en question et qu'elle n'était pas la conséquence de l'accident, toutefois, ce dernier l'a rendu bruyante et donc symptomatique. Un traitement chirurgical ne permettra en aucun cas au patient de reprendre son activité professionnelle antérieure et il y a fort à parier que ce patient serait peu ou pas symptomatique avec une activité sédentaire. Le patient n'avait pratiquement plus de capacité de travail debout mais la problématique au niveau du pied n'avait pas d'influence sur la position assise. Il devrait donc se recycler vers une profession à prédominance assise afin de soulager son pied droit. Le 27 avril 2007, le recourant a dupliqué en faisant valoir que l'aggravation de son état de santé était incontestable, soit l'aggravation des douleurs et des limitations à la cheville droite avec répercussion sur toute la statique vertébrale. Les douleurs irradiaient dans toute la jambe ainsi qu'au niveau lombaire. Le 9 mai 2007, l'OCAI a persisté dans ses conclusions. Le 9 juillet 2007, le Tribunal de céans a tenu une audience de comparution personnelle et d'enquêtes au cours de laquelle il a entendu la Dresse DROZ-A _____. Celle-ci a déclaré: "Je suis T _____ depuis le 18 avril 1997 date à laquelle je l'ai opéré de la cheville. Je l'ai suivi régulièrement pendant les deux années après l'intervention jusqu'en décembre 1999. Il est revenu me consulter par la suite en raison de douleurs à la cheville, aux membres inférieurs droits et au dos. Il est revenu le 1er novembre 2004. Les douleurs s'étaient aggravées. Le patient mentionnait des douleurs à la plante du pied qui remontaient dans la jambe et qui apparaissaient après 100 à 200 mètres de marche. Il suivait des traitements d'ostéopathie et effectuait des massages. En 1999, il y avait déjà des douleurs neurologiques, soit des douleurs de la plante du pied remontant dans la jambe mais celles-ci se sont aggravées depuis, le patient étant de plus en plus impotent. Les douleurs sont mal systématisées. En 1996, une atteinte neurologique légère avait déjà été constatée à l'ENMG. En 2004 le trouble existait toujours lors d'un nouvel examen. Il s'agit de la compression d'un nerf de la cheville diagnostiquée suite à l'opération et qui pourrait être en lien avec celle-ci et l'accident dès lors que le patient a subi une lésion du ligament qui est lui-même proche du nerf en question. Le patient présentait avant l'accident une union anormale de deux os - synostose ou barre (le calcanéum et l'os naviculaire) laquelle peut être décompensée notamment par un accident, ce qui a été très probablement le cas pour M. T _____. Cette décompensation peut entraîner des douleurs à la marche. On ne peut jamais dire quand le patient va décompenser c'est-à-dire subir des douleurs. L'anomalie en question entraîne déjà en principe de l'arthrose ce qui est d'ailleurs le cas chez M. T _____. L'arthrose peut entraîner des douleurs. L'articulation de la cheville en elle-même va bien, le

problème est lié à la compression nerveuse probablement post-traumatique et à la synostose avec de l'arthrose, décompensée au fur et à mesure des années et probablement aussi après l'accident. Le patient ne peut pas marcher plus de 100 mètres ce qui exclut notamment le travail de grutier et il ne peut pas rester assis plus de 10 minutes sans avoir mal. Les douleurs n'ont pas répondu à notamment un support plantaire, aux traitements médicamenteux ou aux infiltrations. Dans une activité alternée c'est-à-dire permettant au patient de changer de position une capacité de travail à 100 % serait possible. Une intervention lourde pourrait réaxer le pied afin de libérer le pied avec le risque toutefois que les douleurs ne s'améliorent pas. Le Dr L _____ hésite à la pratiquer, je pense que la raison en est qu'il ne peut donner au patient des garanties de réussite. Personnellement je pense que le patient n'aurait rien à perdre à effectuer cette intervention dès lors qu'il ne pourrait aller plus mal après celle-ci. L'expertise du Dr J _____ a été demandée par la SUVA et date du 30 mai 2005. Je pense que le patient est motivé à se réinsérer professionnellement pour autant qu'il ne souffre pas. Je confirme qu'il y a eu très nettement une aggravation du cas de M. DE T _____ depuis 2001. Le patient a également des douleurs lombaires déjà présentes avant l'accident dont je ne me suis toutefois pas occupée. Il a été pris en charge à cet égard par la Dresse M _____ et le Dr E _____.

S'agissant de la capacité de travail je précise qu'il faudrait évaluer le patient dans un cadre adapté pour voir combien de temps il peut marcher et rester assis. Les plaintes douloureuses du patient me paraissent vraisemblables. A priori le patient ne peut plus travailler du tout sous réserve d'une activité particulièrement bien adaptée à son handicap, par exemple une activité 10 minutes assise, 10 minutes debout, avec éventuellement la possibilité de se coucher toutes les 2 ou 3 heures, cette dernière possibilité devant être évaluée dans un cadre d'observation professionnelle. La synostose crée des douleurs à la marche, la compression neurologique peut elle être douloureuse à tous moments, on peut imaginer qu'en position couchée il y ait un soulagement. En principe c'est l'alternance des positions qui soulage le mieux. J'ai de la peine à répondre à la question du rendement car il faudrait se référer à un métier en particulier pour établir le rendement possible du patient. J'ai adressé le patient au Dr N _____ aux CHUV pour évaluer la pertinence d'une intervention. Je confirme que le patient dit que ses douleurs sont très violentes." Le recourant a déclaré: "En octobre 2003 j'ai dû arrêter mon activité de magasinier en raison des douleurs, celles-ci portaient du pied et remontaient jusqu'aux cervicales. Au fil des années les douleurs se sont aggravées. Antérieurement, soit en 2000, j'avais tenté un travail qui consistait à assembler des pièces en couture au moyen d'une machine industrielle qui vibrait beaucoup. J'ai aussi dû arrêter cette activité en raison des douleurs. La procédure SUVA est encore en cours, la décision sur opposition est attendue. Certains jours j'ai de la peine à dormir en raison des douleurs. Ni la SUVA ni l'assurance-maladie n'ont pris en charge l'opération. J'ai toujours eu des dorsalgies lesquelles ne m'empêchaient toutefois pas de travailler. Ces douleurs ont beaucoup augmenté. Selon le Dr E _____ la boiterie aurait entraîné des dorsalgies. Les douleurs irradient jusqu'à dans mes mains. J'ai rendez-vous le 13 septembre 2007 avec le Dr N _____ au CHUV à Lausanne." L'OCAI a déclaré: "C'est en raison de la mesure professionnelle qui a eu lieu en 2000 soit l'emploi de trois mois chez Z _____ qu'une nouvelle décision de l'OCAI est intervenue le 16 mars 2001 sur le droit à la rente. Nous maintenons notre décision d'un quart de rente." Le 10 juillet 2007, le recourant a requis l'audition du Dr E _____, son médecin traitant. Le 14 août 2007, le Dr J _____ a rendu un complément d'expertise à la demande de la SUVA. L'accident avait provoqué une aggravation de l'état antérieur pendant deux à trois ans. Il était impossible de déterminer

quand le statu quo sine avait été atteint car de nombreuses synostoses/synchondrose de l'arrière pied ne devenaient pas forcément symptomatiques à l'âge adulte. Une intervention de type arthrodèse devait être considérée avec beaucoup de réserve. L'alternative était d'immobiliser l'arrière pied pendant trois à quatre semaines. Compte tenu de la présence de douleurs en position assise, il formulait des doutes sur la réussite d'une arthrodèse. Le 4 septembre 2007, la Dresse A_____ a adressé le recourant au Dr N_____ en mentionnant que la compression du nerf tibial postérieur dans le tunnel tarsien était présente depuis l'accident et s'était aggravée. Elle était la cause d'une bonne partie des symptômes. Le valgus de l'arrière pied s'était aussi aggravé. Il ne pouvait rester assis plus de dix minutes et devait alterner les positions couché-debout-assis toute les dix - quinze minutes en raison des douleurs. Une intervention chirurgicale, arthrodèse de tout l'arrière-pied, lui paraissait justifiée. Le 31 octobre 2007, le recourant a écrit à la SUVA que les réponses du Dr J_____ étaient contestées par tous les autres médecins. Il admettait une aggravation de l'état antérieur de façon passagère tout en refusant de dater le statu quo sine. Depuis 2003, il ne pouvait plus travailler en station debout ou alternée, ni même rester assis plus de dix minutes sans avoir d'importantes douleurs. L'état congénital, sous forme de dysmorphie, totalement asymptomatique avant l'accident, serait resté ainsi - comme c'était le cas pour son pied gauche - sans l'accident. Le 13 novembre 2007, la SUVA a transmis au Tribunal de céans copie de son dossier depuis le 20 août 1999, en précisant que le solde des pièces serait versé aussitôt la décision sur opposition rendue. Par décision du 14 novembre 2007, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré en se fondant sur l'expertise du Dr J_____ et son complément lesquels étaient concluants. Ainsi, l'atteinte lombaire n'engageait pas la responsabilité de la SUVA, faute d'un lien de causalité entre celle-ci et l'accident et il n'y avait pas de rechute au niveau de la cheville droite car pas d'aggravation médicale notable de l'état de l'assuré en lien pour le moins probable avec l'accident. Le 22 novembre 2007, les Drs N_____ et M. U_____, chef de clinique à l'Hôpital orthopédique du CHUV, ont attesté que vu le bénéfice de l'infiltration test du pied le 29 octobre 2007, une intervention chirurgicale de triple arthrodèse de l'arrière pied droit avait été proposée au patient. Le 29 novembre 2007, la Dresse A_____ a indiqué que le patient sera opéré au CHUV courant 2008 par le Dr N_____, opération visant les malformations de l'arrière pied antérieures à l'accident mais décompensées par celui-ci. A la demande du Tribunal de céans, les Drs N_____ et U_____ ont précisé le 5 décembre 2007 que l'assuré pouvait exercer un travail essentiellement assis et qu'une triple arthrodèse de l'arrière pied lui avait été proposée. Le 1^{er} février 2008, le Dr E_____ a répondu aux questions posées par le Tribunal de céans. L'assuré était suivi depuis quatre ans à la Permanence de Cornavin SA à la suite d'un accident. La fracture de la cheville avait évolué vers une dysmorphie. "Au fil des années, en raison de grandes difficultés à la marche, d'importantes cervico-dorso-lombalgies sont apparues. Il est évident que malgré la bonne volonté et les efforts de ce patient pour maintenir sa colonne dans un état de mobilité acceptable, les positions antalgiques obligatoires entraînent, à l'heure actuelle, une impossibilité de garder plus de quelques minutes une position fixe et par là, une incapacité de travail à 100 %. (...) Il est possible d'imaginer en prenant les différentes zones algiques séparément, que Monsieur T_____ puisse avoir une capacité de travail dans une activité adaptée, cependant, en tenant compte de l'apparition extrêmement rapide (10 minutes) des douleurs dans les positions assise, debout et même couchée, il apparaît impossible que Monsieur T_____ puisse avoir un taux de rendement lui permettant d'avoir cette activité". Le 25 février 2008, la Dresse C_____ a indiqué qu'elle n'avait

vu le patient que les 19 et 25 janvier 1999 et avait posé le diagnostic de lombalgies chroniques. Le 10 mars 2008, l'OCAI a persisté dans ses conclusions. Le 31 mars 2008, le recourant a déposé des observations. Il relève que l'aggravation de son état de santé a été attesté par la Dresse A _____ depuis 2004 et qu'entendue en audience, celle-ci a précisé qu'une activité particulièrement bien adaptée était possible, avec alternance fréquente des positions, de telle sorte qu'aucun travail n'était concrètement envisageable. Le Dr E _____ considérait également qu'il était impossible qu'il puisse avoir un taux de rendement permettant une activité adaptée. L'intervention envisagée en 2008 devrait diminuer les douleurs, sauf celles au niveau lombaire. Il n'était pas possible de prévoir l'incidence de cette opération sur la capacité de travail future. Il avait dû cesser son activité à mi-temps auprès de Prelco SA en 2003. Les médecins s'accordaient pour dire que tout travail en station debout était exclu. Par ailleurs, en position assise ou même couchée, les douleurs l'empêchaient d'exercer un quelconque emploi à plein temps et plein rendement. Même avec un rendement de 60 %, son taux d'invalidité dépasserait celui de 70 % donnant droit à une rente d'invalidité complète. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent 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). En l'espèce, la demande de révision a été déposée le 29 janvier 2004. La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. Le 1^{er} juillet 2006, sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le 16 décembre 2005. Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision. b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 15 août 2006, qui a été confirmé par la décision du 8 décembre 2006, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 25 janvier 2007. c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA). L'objet du litige porte sur la demande de révision du recourant visant l'augmentation du quart de rente d'invalidité qui lui a été alloué par l'intimé le 5 novembre 2001. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si

cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). 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). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.». Selon la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 66 2/3 % continuent d'être versées, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, à tous les rentiers qui, à ce moment là, ont atteint l'âge de 50 ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un 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. Les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). En outre, les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (voir, à propos du rôle des COPAI pour l'évaluation de l'invalidité : L'instruction des possibilités de gain des personnes prétendant une rente, compte-rendu d'une séance du 10 novembre 1989 consacrée aux problèmes de l'expertise médicale et professionnelle, in : RCC 1990 p. 59 ss ; Karl Abegg, Coup d'œil sur l'activité des centres d'observation professionnelle de l'AI [COPAI], in : RCC 1985 p. 246 ss). Dans le cas où ces appréciations divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge, de confronter les deux appréciations, au besoin de requérir un complément d'instruction. A l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5 p. 110 ss). Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des

revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a). La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins

indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2) En l'espèce, il ressort des avis médicaux versés au dossier ce qui suit : Relativement à la période antérieure à la décision d'octroi de rente du 5 novembre 2001 : Le 15 février 1999, la Dresse C_____ a constaté des lombalgies simples chroniques. Les 25 septembre 1998 et 15 avril 1999, respectivement les Drs B_____ et D_____ ont conclu à une capacité de travail entière dans une activité adaptée, essentiellement assise ou avec alternance des positions assise/debout, avec déplacements sur terrain plat, sur de courtes distances, sans montées fréquentes à des échelles ou d'escaliers. Le Dr E_____ a relevé le 6 novembre 2000 l'existence de dorso-lombalgies puis le 23 mars 2001 il a expliqué que la boiterie avait eu des répercussions sur la colonne vertébrale avec apparition d'algies gênantes excluant la station debout prolongée. Le 31 juillet 2001, le Dr D_____ a conclu à une capacité de travail complète dans une activité adaptée, c'est-à-dire sans station debout de longue durées, longues marches surtout en terrain inégal, déplacement dans les escaliers, port de charges et avec une alternance des positions debout et assises. Relativement à la période subséquente à la décision d'octroi de rente du 5 novembre 2001 : Le 12 décembre 2003, le Dr E_____ a mentionné de nombreuses douleurs au niveau du bassin et de la colonne vertébrale. Le 1^{er} février 2008, il a constaté que d'importantes cervico-dorso-lombalgies étaient apparues au fil des années et que les douleurs empêchaient le patient de garder plus de quelques minutes une position fixe et donc toute capacité de travail. Le Dr J_____ a relevé le 13 mars 2006 qu'une activité adaptée, particulièrement en position assise ou alternant les positions assise et debout et en évitant le port de charge de plus de 5-10 kilos était possible avec un rendement de 75-100 %. L'exigibilité décrite par le Dr B_____ en septembre 1998 n'était pas modifiée. Il ne s'est pas prononcé dans son complément du 14 août 2007 sur la capacité de travail du recourant. La Dresse A_____ a attesté d'importantes douleurs

qui se répercutaient sur la hanche et le bas du dos empêchant le recourant de rester assis plus de dix minutes et une aggravation de la situation depuis l'accident. Une observation professionnelle était nécessaire (avis des 13 avril et 16 avril 2007). Elle a estimé lors de son audition le 9 juillet 2007 que dans une activité alternée lui permettant de changer de position, une capacité de travail à 100 % serait possible. Elle a ensuite ajouté qu'à priori le patient ne pouvait plus travailler du tout, sous réserve d'une activité particulièrement bien adaptée à son handicap. Il lui était difficile de se prononcer sur un rendement, sans référence à un métier en particulier. Il convenait de mettre en place une observation professionnelle. Quant au Dr L _____ il a estimé le 16 avril 2007 que le patient n'avait pratiquement plus de capacité de travail debout mais qu'une profession à prédominance assise était possible, la problématique au niveau du pied n'ayant pas d'influence sur la position assise. Les Drs N _____ et U _____ ont considéré le 5 décembre 2007 qu'un travail essentiellement en position assise était possible. Enfin, la Dresse C _____ a confirmé le 25 février 2008 qu'elle avait posé le diagnostic de lombalgies chroniques en 1999. a) Il ressort des avis médicaux précités que, s'agissant de l'atteinte au pied droit du recourant, les médecins spécialistes consultés postérieurement à la décision de l'intimé de novembre 2001 ont confirmé qu'une activité adaptée, soit principalement en évitant la position debout, était possible à 100 % (expertise du Dr J _____ du 13 mars 2006, avis des Drs L _____, N _____ et O _____ des 16 avril et 5 décembre 2007). Certes, la Dresse A _____ fait état d'une aggravation des douleurs depuis 2004 (procès-verbal du 9 juillet 2007) et met en doute l'existence d'une activité adaptée au handicap du recourant tout en mentionnant néanmoins une pleine capacité de travail possible dans une activité adaptée, de telle sorte que son avis n'est pas en mesure de remettre en question ceux, concordants, des médecins précités. Du point de vue de l'atteinte au pied droit, force est de constater qu'il n'y a pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, une aggravation de l'état de santé entraînant une diminution de la pleine capacité de travail du recourant reconnue dans une activité adaptée. b) S'agissant de l'atteinte au niveau lombaire, le Dr E _____ a estimé le 1^{er} février 2008 que d'importantes cervico-dorso-lombalgies étaient apparues au fil des années, en raison de grandes difficultés à la marche. Cependant, il y a lieu de relever que le recourant souffrait déjà au moment de l'évaluation de son invalidité en novembre 2001 de dorso-lombalgies attestées par la Dresse C _____ et le Dr E _____. L'augmentation des douleurs relevée par le Dr E _____ n'a cependant pas été objectivée par un examen médical et le recourant n'a pas effectué de suivi médical auprès d'un spécialiste pour cette affection, la Dresse A _____ ayant déclaré en audience qu'elle ne s'était pas occupée de cette atteinte et la Dresse C _____ qu'elle n'avait vu le patient que les 19 et 25 janvier 1999. Du point de vue de l'assurance-invalidité, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans pathogénèse claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (arrêt W. du 9 octobre 2001, I 382/00, consid. 2b; à propos des troubles somatoformes douloureux: ATF 131 V 49 et les références; à propos de la fibromyalgie: arrêt S. du 8

février 2006 ATF 132 V 65 ; ATF du 21 mars 2006 I 274/05). En l'occurrence, il n'existe pas de substrat organique avéré en dehors des constatations faites par la Dreffe C_____ en 1999 permettant d'expliquer l'intensité des plaintes douloureuses du recourant relatives aux cervico-dorso-lombalgies et ce dernier ne présente pas de pathologie psychique associée, de sorte qu'une incapacité de travail ne saurait être admise uniquement en relation avec les plaintes douloureuses. Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans constate que, du point de vue de l'assurance-invalidité, l'état de santé du recourant ne s'est pas modifié dans une mesure telle qu'il impliquerait une réduction de la capacité de travail reconnue comme pleine et entière dans une activité adaptée en novembre 2001 par l'intimé. En l'absence d'une modification du degré d'invalidité du recourant, son recours, dirigé contre le rejet par l'intimé de sa demande de révision de sa rente, ne peut qu'être rejeté. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'un émolument de 200 fr. sera mis à la charge du recourant. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. 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 La présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.