

GE_GERICHTE A/2867/2011 vom 3. September 2012

GE Cour de justice, 2012-09-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2867_2011

FR: GE_GERICHTE A/2867/2011 du 3 septembre 2012

IT: GE_GERICHTE A/2867/2011 del 3 settembre 2012

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Monsieur S _____, domicilié aux Avanchets, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BRATSCHI Gilbert recourant contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, 6004 Lucerne, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître ELSIG Didier intimée EN FAIT 1. Monsieur S _____ (ci-après : l'assuré), né en 1959, 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. Le 5 décembre 1997, l'assuré a requis des prestations de l'AI. Le 25 septembre 1998, le Dr B _____, FMH chirurgie, 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."![endif]>![if>

E. 8

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_____. ![endif]>![if>

E. 9

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). ![endif]>![if>

E. 10

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%. ![endif]>![if>

E. 11

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. ![endif]>![if>

E. 12

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%. ![endif]>![if>

E. 13

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. ![endif]>![if>

E. 14

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. ![endif]>![if> 15. 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. ![endif]>![if> 16. A la demande de l'OCAI, le Dr D_____ a rendu un rapport d'expertise le 31 juillet 2001. Il a relevé qu'il existait 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-astragaliennne que la tibio-astragaliennne droite, associée à un affaissement très important de la voûte plantaire droite avec un valgus du talon. En ce qui concernait le rachis, la fonction était superposable elle aussi à l'examen précédent. Il y avait 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. Dans une activité adaptée qui épargnait le membre inférieur droit, la capacité de travail était complète en temps et rendement.![endif]>![if> 17. Le 25 septembre 2001, le Dr F _____, médecin AI, a conclu à une capacité de travail de 100% dans un poste adapté comme cela était déjà le cas en 1999. ![endif]>![if> 18. 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. ![endif]>![if> 19. Par décision du 5 novembre 2001, l'OCAI a alloué à l'assuré un quart de rente fondé sur un degré d'invalidité de 45%, depuis le 1 er septembre 2000. ![endif]>![if> 20. L'assuré a exercé de novembre 2002 à septembre 2003 une activité de magasinier à 50%. Dès le 3 octobre 2003, il a été en incapacité de travail totale.![endif]>![if> 21. 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.![endif]>![if> 22. 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. ![endif]>![if> 23. 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.![endif]>![if> 24. Le 25 mai 2004, le Dr B _____ 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.![endif]>![if> 25. 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.![endif]>![if> 26. Par courrier du 4 juin 2004, l'assuré a indiqué à la SUVA qu'il requérait non seulement le versement de l'indemnité journalière mais aussi la révision de sa rente d'invalidité.![endif]>![if> 27. Le 14 juin 2004, la SUVA a répondu à l'assuré que, selon l'examen du médecin conseil, il n'y avait aucun motif de modifier le taux d'invalidité fixé le 24 décembre 1999.![endif]>![if> 28. Le 1 e juillet 2004, l'assuré a fait opposition à la décision de la SUVA du 3 juin 2004 en réclamant la prise en charge de la rechute et la modification du taux de la rente d'invalidité.![endif]>![if> 29. 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%. ![endif]>![if> 30. 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.![endif]>![if> 31. Le 3 décembre 2004, la Dresse A _____, FMH chirurgie orthopédique a rendu un avis médical selon lequel elle avait suivi à plusieurs reprises l'assuré depuis le 1 er novembre 2004. L'assuré avait toujours mal à la face interne de la cheville mais également en sous-malléolaire externe. Un ENMG confirmait la compression du nerf tibial postérieur en rétro-malléolaire droit. Elle a posé 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 ENGM 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 avait 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 fallait envisager une intervention chirurgicale de celui-ci.![endif]>![if> 32. 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. ![endif]>![if> 33. Par communication du 24 février 2005, l'OCAI a informé l'assuré qu'il continuait de bénéficier de la même rente. ![endif]>![if> 34. 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 avaient ensemble pu provoquer les lésions présentées par l'assuré au niveau de ces deux structures, de façon plus que probable.![endif]>![if> 35. 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.![endif]>![if> 36. Le 15 mars 2005, l'OCAI a répondu que sa décision se fondait sur l'avis des médecins de son service médical. ![endif]>![if> 37. Le 9 mars 2005, le Dr E_____ a attesté que l'assuré, qu'il connaissait depuis 1985, avait toujours été en bonne santé, que dans son anamnèse il n'y avait aucune notion de platipodie et que si l'on supposait qu'il présentait cette particularité, elle n'avait jamais entraîné la moindre répercussion ou débouché sur un quelconque symptôme, que suite à l'accident de 1997 la douleur et la limitation devenaient de plus en plus importantes et invalidantes et avaient surtout des répercussions sur toute la statique vertébrale, qu'il était nécessaire d'intervenir chirurgicalement afin de stopper ces processus d'usure et de permettre au patient de reprendre le chemin de la guérison, qu'enfin le continuum de ce patient mettait en évidence que toute la problématique venait de son accident de 1997, même en tenant compte de ses éventuels pieds plats.![endif]>![if> 38. 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. ![endif]>![if> 39. 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. ![endif]>![if> 40. Le 19 septembre 2005, la Dresse A_____ a rendu un rapport médical intermédiaire AI dans lequel elle a noté que l'état de santé était resté stationnaire, avec les mêmes répercussions sur la capacité de travail et qu'une opération était à prévoir concernant la cheville droite, qu'il y avait plutôt eu aggravation de l'état de la cheville droite, que l'incapacité de travail était totale dans toute activité et qu'on pourrait peut-être envisager une reprise de travail après l'opération de la cheville. ![endif]>![if> 41. Le 15 novembre 2005, le Dr G_____, anesthésiste, médecin du SMR, a relevé que dans son rapport du 19 septembre 2006, la Dresse A_____ confirmait qu'il n'y avait pas d'aggravation notable de l'état de santé et que, s'il y avait "plutôt aggravation", celle-ci

n'avait aucune répercussion sur la capacité de travail, qui était toujours de 100% dans une activité adaptée.![endif]>![if> 42. Le 13 mars 2006, le Dr H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, chirurgie du pied et de la cheville, a rendu une expertise à la demande la SUVA, selon laquelle 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 qui était évidemment préexistante, avec le pied plat également préexistant. L'exigibilité décrite par le médecin d'arrondissement à l'occasion de l'examen médical final du 22 septembre 1998 n'était pas modifiée. Une arthrodèse sous-astragalienne était envisageable et, en cas de persistance des symptômes d'irritation du nerf tibial postérieur, une neurologie de celui-ci. 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%.![endif]>![if> 43. Le 7 avril 2006, le Dr I_____, FMH chirurgie orthopédique, médecin de la SUVA a rendu une appréciation médicale relevant qu'avant toute intervention chirurgicale (arthrodèse), des mesures diagnostiques supplémentaires concluantes étaient impérativement requises afin de savoir si l'origine des douleurs se situait réellement dans l'articulation sous-astragalienne. Si ces mesures ne donnaient pas les résultats attendus, il faudrait rejeter l'option de l'intervention et se demander si l'articulation sous-astragalienne, ou plus exactement la coalition calcanéonaviculaire était réellement à l'origine des symptômes. Comme le patient ne se sentait plus, depuis longtemps déjà, en état de travailler, les motifs objectifs ainsi que sa motivation face à la douleurs étaient certainement suffisants pour justifier une évaluation sérieuse de la pertinence des mesures chirurgicales proposées.![endif]>![if> 44. 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 de l'aggravation manifeste des symptômes depuis ces dernières années et mois. Les douleurs ne faisaient qu'augmenter à la marche et la nuit et se répercutaient 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 était dit par le Dr H_____ dans son expertise, le patient ne travaillait plus ni comme grutier ni comme magasinier et ce depuis 2003. Vu l'aggravation des symptômes, elle pensait qu'il ne pouvait toujours pas travailler dans ces professions. ![endif]>![if> 45. Le 7 juin 2006, la Dresse A_____ a adressé l'assuré au Dr J_____, médecin-adjoint au département de chirurgie des HUG pour un autre avis médical avec une éventuelle prise en charge chirurgicale. ![endif]>![if> 46. Le 29 juin 2006, le Dr G_____ 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. ![endif]>![if> 47. 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. ![endif]>![if> 48. 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. !endif]>![if> 49. 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. !endif]>![if> 50. 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. !endif]>![if> 51. Une IRM de la colonne cervicale du 25 septembre 2006, pratiquée en raison de cervicalgies, a conclu à une « absence de hernie discale, cervicarthrose étagée, prédominant à l'étage C5-C6 et C6-C7, avec protrusion discale circonférentielle. protrusion discale paramédiane droite à l'étage C5-C6 et foraminale gauche à l'étage C6-C7, absence d'élément en faveur d'une myélopathie cervicarthrosique ». !endif]>![if> 52. 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. !endif]>![if> 53. 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. !endif]>![if> 54. 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 (cause A/283/2007) 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_____. Il soulignait que même en position assise, il ne pouvait travailler en raison de douleurs irradiant dans la hanche et le dos. !endif]>![if> 55. 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. !endif]>![if> 56. 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. !endif]>![if> 57. Le 16 avril 2007, le Dr J_____ 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 mettait 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 avait pas de doute que le traumatisme évoqué plus haut avait décompensé cette dysmorphie de l'arrière-pied et l'avait rendue symptomatique. 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. [endif]>![if> 58. Le 9 juillet 2007, le Tribunal cantonal des assurances sociales a tenu une audience de comparution personnelle et d'enquêtes dans le cadre de la procédure AI (A/283/2007) au cours de laquelle il a entendu la Dresse A _____. Celle-ci a déclaré qu'elle suivait M. S _____ depuis le 18 avril 1997 date à laquelle elle l'avait opéré de la cheville, qu'il était revenu la consulter le 1^{er} novembre 2004 en raison de douleurs aggravées à la cheville, aux membres inférieurs droits et au dos, que l'articulation de la cheville en elle-même allait bien, le problème étant 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, qu'il ne pouvait pas marcher plus de 100 mètres ce qui excluait notamment le travail de grutier et qu'il ne pouvait pas rester assis plus de 10 minutes sans avoir mal, qu'il n'aurait rien à perdre à effectuer l'intervention envisagée dès lors qu'il ne pourrait aller plus mal après celle-ci, qu'il avait également des douleurs lombaires déjà présentes avant l'accident prises en charge par la Dresse K _____ et le Dr E _____, qu'à priori il ne pouvait 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, et qu'en principe c'était l'alternance des positions qui soulageait le mieux. [endif]>![if> Le recourant a déclaré qu'en octobre 2003 il avait dû arrêter son activité de magasinier en raison des douleurs, celles-ci portaient du pied et remontaient jusqu'aux cervicales, qu'au fil des années les douleurs s'étaient aggravées, qu'il avait toujours eu des dorsalgies lesquelles ne l'empêchaient toutefois pas de travailler, que ces douleurs avaient beaucoup augmenté et que selon le Dr E _____ la boiterie aurait entraîné des dorsalgies. 59. Le 14 août 2007, le Dr H _____ 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, compte tenu de la présence de douleurs en position assise. [endif]>![if> 60. Le 4 septembre 2007, la Dresse A _____ a adressé le recourant au Dr L _____ 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. [endif]>![if> 61. Le 31 octobre 2007, le recourant a écrit à la SUVA que les réponses du Dr H _____ 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. [endif]>![if> 62. Par décision du 14 novembre 2007, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré en constatant préalablement que la conclusion du recourant visant à l'augmentation du taux d'invalidité dépassait le cadre de la décision attaquée. Sur le fond, elle s'est fondée sur l'expertise du Dr H _____ et son complément, en considérant qu'ils 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.![endif]>![if> 63. A la demande du Tribunal cantonal des assurances sociales, dans le cadre de la procédure AI, les Drs L_____ et M_____ 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.![endif]>![if> 64. Le 14 décembre 2007, l'assuré a recouru à l'encontre de la décision sur opposition de la SUVA auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à son annulation ainsi qu'à celle des décisions des 3 et 14 juin 2004 et à l'octroi d'une rente d'invalidité à 100 % dès le 3 octobre 2003 (procédure A/4959/2007).![endif]>![if> Son état de santé s'était aggravé en tous les cas depuis cette dernière date puisqu'il avait dû cesser à ce moment-là son activité de magasinier à mi-temps chez Z_____ SA. Les avis de la Dresse A_____ et du Dr E_____ allaient dans le même sens en constatant une aggravation constante de l'état de son pied droit et une incapacité de travail totale. L'expertise du Dr H_____ du 13 mars 2006 et son complément du 14 août 2007 n'étaient pas probants. L'aggravation dont les douleurs étendues à la jambe droite, au bassin et au dos étaient dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'accident. A titre subsidiaire, il était prêt à se soumettre à une expertise. 65. Le 28 janvier 2008, la SUVA a conclu au rejet du recours en constatant que la rechute annoncée par le recourant n'ouvrait pas droit à de nouvelles prestations. Le Dr H_____ avait indiqué que les suites des l'accident ne s'étaient pas modifiées de façon importante, depuis le 1 er octobre 1999 et que l'exigibilité définie en 1998 par le Dr B_____ restait inchangée. Aucun motif de révision de la rente n'était ainsi réalisé. L'arthrodèse à visée antalgique incertaine ne permettait pas d'ouvrir droit à une prise en charge. Quant aux douleurs lombaires, il n'y avait pas trace de lésion traumatique et elles n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident.![endif]>![if> 66. Le 1 er février 2008, le Dr E_____ a répondu aux questions posées par le Tribunal cantonal des assurances sociales (procédure AI).![endif]>![if> 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 S_____ 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 S_____ puisse avoir un taux de rendement lui permettant d'avoir cette activité". 67. 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.![endif]>![if> 68. Le 31 mars 2008, le recourant a observé qu'aucun travail n'était concrètement envisageable selon les Drs A_____ et E_____ .![endif]>![if> 69. Le 30 avril 2008, le recourant a informé le Tribunal cantonal des assurances sociales qu'il devait subir une arthrodèse le 1 er mai 2008 au CHUV et requérait la prise en charge de l'intervention par l'intimée.![endif]>![if> 70. Par arrêt du 5 mai 2008, le Tribunal cantonal des assurances sociales a rejeté le recours interjeté à

l'encontre de la décision de l'OCAI du 8 décembre 2006 (ATAS/526/08). Cet arrêt a fait l'objet d'un recours au Tribunal fédéral interjeté par l'assuré. [endif]>[if> 71. Le 25 juin 2008, le Dr L_____ a répondu à une demande de renseignements du Tribunal cantonal des assurances sociales. Il a mentionné qu'une triple arthrodèse du pied droit avait été pratiquée le 2 mai 2008 et qu'il était actuellement trop tôt pour parler de résultat même si l'évolution postopératoire initiale était favorable. On espérait, grâce à l'intervention, une diminution significative des douleurs de l'arrière pied droit. L'affection ayant justifié l'intervention était en lien avec l'accident du 12 avril 1997. [endif]>[if> 72. Le 16 juillet 2008, l'intimée a observé que l'avis du Dr L_____, en tant qu'il admettait un lien de causalité entre l'affection opérée et l'accident était nullement motivé. En effet, il s'agissait en réalité d'un problème de malformation, mise en évidence par le Dr J_____ et ses confrères. [endif]>[if> 73. Le 29 août 2008, le recourant a demandé la suspension de la procédure dans l'attente du jugement du Tribunal fédéral et requis la prise en charge par la SUVA des frais de l'opération, du traitement et des incapacités de travail consécutives à l'intervention. [endif]>[if> 74. Par arrêt du 15 septembre 2008, le Tribunal cantonal des assurances sociales a partiellement admis le recours de l'assuré (ATAS/1010/2008) dans le sens que la SUVA devait prendre en charge les frais de l'intervention du 2 mai 2008 et ses suites. Cet arrêt a fait l'objet d'un recours au Tribunal fédéral interjeté par l'assuré. [endif]>[if> 75. Une IRM cervicale du 5 novembre 2008 a conclu à une hernie discale C2-C3 médiane paramédiane et à l'entrée du canal radiculaire à droite, luxée vers le haut en position paramédiane droite en conflit avec l'émergence C3 droite; à une hernie discale C3-C4 médiane paramédiane prédominant à gauche en conflit avec hernie discale peu marquée C4-C5 médiane paramédiane prédominant à gauche; une hernie discale C5-C6 médiane paramédiane prédominant à droite avec sténose des canaux radiculaires des deux côtés; une hernie discale C6-C7 médiane paramédiane droite à l'entrée du canal radiculaire à droite en conflit avec la racine C7 droite et un canal étroit étagé de C2 à C6 mais sans décompensation. [endif]>[if> 76. Le 14 janvier 2009, le Dr L_____ a rendu un avis médical selon lequel depuis l'intervention du 2 mai 2008, l'assuré déclarait une très nette amélioration avec cependant encore des douleurs pré-malléolaires externes au déroulement du pas. L'assuré pourrait exercer rapidement une petite activité. Il avait ordonné une reprise du travail à 50 % dès le 1 er février 2009. Il était fort probable qu'après l'éventuelle ablation des vis du col du talus, une activité sédentaire, éventuellement alternée puisse être exercée à 100 %. La reprise d'activité pourrait être rendue difficile par les pathologies de la colonne cervicale mais un spécialiste devait se prononcer sur ce point. L'IPAI en raison de l'arrière pied droit pouvait être estimée à 20 %. Le pronostic était bon, sous réserve du développement d'arthrose. [endif]>[if> 77. Le 12 mars 2009, le Dr L_____ a rendu un rapport médical suite à un contrôle de l'assuré du 11 mars 2009. Il a posé le diagnostic de status post triple arthrodèse de l'arrière-pied droit le 2 mai 2008. L'assuré avait été nettement amélioré mais les douleurs étaient présentes au déroulement du pas. La reprise du travail à 50 % en février avait été un échec. Il proposait l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (têtes de vis potentiellement gênantes) et un séjour à la CRR; il était peu probable que l'assuré puisse retrouver une activité physique comme magasinier. L'incapacité du travail était de 100 % en raison de l'échec de la reprise à 50 %. [endif]>[if> 78. Le 19 mars 2009, l'assuré a requis de la SUVA une rente à 100 % dès le 1 er mai 2008, date à laquelle avait débuté son incapacité de travail totale. [endif]>[if> 79. Le 7 avril 2009, la SUVA a pris en charge les frais médicaux liés à l'intervention du 2 mai 2008 ainsi que les indemnités journalières

dues dans le cas où l'assuré avait eu une activité lucrative avant la rechute.![endif]>![if> 80. Le 21 avril 2009, l'assuré a derechef requis le versement d'une rente à 100 %![endif]>![if> 81. Par arrêts du 15 mai 2009 (8C 983/2008 et 8C 880/2008), le Tribunal fédéral a rejeté les recours interjetés par l'assuré à l'encontre des arrêts du Tribunal cantonal des assurances sociales des 5 mai et 15 septembre 2008.![endif]>![if> 82. Le 15 mai 2009, la SUVA a informé l'assuré qu'une modification du taux d'invalidité ne pouvait intervenir qu'après stabilisation médicale de l'état de santé.![endif]>![if> 83. Le 23 juin 2009, l'assuré a requis de la SUVA une reconsidération de sa position et le 1 er juillet 2009 le versement d'un acompte en précisant que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse était prévue pour septembre 2009.![endif]>![if> 84. Le 23 juin 2009, l'assuré a également sollicité de l'OAI l'octroi d'une rente AI à 100% depuis le 2 mai 2008.![endif]>![if> 85. Le 9 juillet 2009, la SUVA a observé qu'un examen médical pourrait être organisé après stabilisation médicale, soit après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse.![endif]>![if> 86. Le 13 juillet 2009, le Dr N_____ du SMR a estimé que les douleurs locales survenues après le 2 mai 2008 étaient probablement en lien avec la présence de vis, que l'incapacité de travail était totale comme magasinier dès le 2 mai 2008 mais qu'une capacité de travail totale était exigible dans une activité permettant l'usage de cannes anglaises quelques semaines après l'intervention.![endif]>![if> 87. Le 13 octobre 2009, le Dr L_____ a mentionné une incapacité de travail totale depuis le 1 er mai 2008 et une tentative infructueuse de reprise à 50% en février 2009.![endif]>![if> 88. Le 26 octobre 2009, le Dr L_____ a rendu un rapport médical à la demande de l'assuré attestant d'une intervention du 13 octobre 2009 (ablation du matériel d'ostéosynthèse de l'arrière-pied et du médio-pied droit), d'une incapacité de travail totale de l'assuré depuis le 2 mai 2008, d'un état du pied qui devrait être stabilisé d'ici au printemps 2010, d'une amélioration de la situation mais de la persistance de douleurs du médio-pied au déroulement du pas avec provocation d'une déambulation aggravée de boiterie avec répercussion dans les articulations proximales, d'une capacité de travail prochaine à 100 % dans une activité sédentaire ou alternée, légère, sans port de charges, d'une atteinte à l'intégrité (pied droit) de 15 %, d'un pronostic global pas mauvais mais de la présence de limitations données par des douleurs résiduelles du pied avec répercussion sur les articulations proximales et donc d'une limitation de la mobilité avec fatigabilité accrue.![endif]>![if> 89. Le 4 novembre 2009, l'assuré a requis de la SUVA le versement d'un acompte, vu son invalidité totale depuis le 2 mai 2008.![endif]>![if> 90. Le 11 novembre 2009, la SUVA a informé l'assuré qu'elle ne pouvait, avant le printemps 2010, se prononcer sur la révision du taux de la rente.![endif]>![if> 91. Le 2 décembre 2009, le Dr L_____ a rempli un rapport médical AI dans lequel il mentionne que malgré les interventions et bien que le patient a été amélioré par rapport à la situation pré-opératoire, il conservait des douleurs et une boiterie. L'incapacité de travail était totale depuis le 2 mai 2008. L'assuré pourrait reprendre début 2009 une activité sédentaire, ou alternée, sans port de charge, à 100% après une mise en situation.![endif]>![if> 92. Le 10 décembre 2009, le Dr L_____ a rendu un rapport à la suite d'un contrôle de l'assuré du 9 décembre 2009 posant le diagnostic de séquelles de décompensation de coalition tarsienne multiple à droite avec status post triple arthrodèse le 2 mai 2008 et status post AMO de l'arrière-pied droit le 13 octobre 2009. Le patient se déclarait nettement amélioré par rapport à la situation préopératoire. Toutefois il peinait encore à dérouler le pas, il avait adopté une démarche antalgique sur le bord externe du pied. Il avait été pris en charge à quelques reprises par une vertébrologie à Genève qui

l'avait beaucoup aidé sur le plan du dos où il n'avait plus mal et qui l'avait aussi passablement aidé du point de vue de son pied et de sa démarche mais il n'avait plus les moyens de payer les consultations. Une activité adaptée était possible à 100 % dès maintenant mais pas celle de magasinier.![endif]>![if> 93. Le 27 décembre 2009, le Dr E_____ a attesté qu'au fil des années les douleurs dorsolombaires avaient augmenté, avec apparition de douleurs de la colonne cervicale avec paresthésies dans les bras et les jambes et blocage scapulaire. L'intervention de mai 2008 avait pallié les douleurs de la cheville mais pas réglé les limitations de la colonne dans son ensemble. L'assuré présentait des contractures paravertébrales douloureuses et une forte raideur de la nuque augmentant la fatigabilité et ne permettant pas une rentabilité supérieure à 30 % dans un travail adapté en raison d'un répit médicamenteux de deux heures maximum.![endif]>![if> 94. Le 14 janvier 2010, O_____, entreprise de nettoyage, a indiqué que le salaire horaire aurait été de 19 fr. 60 en 2008 et 19 fr. 70 en 2009 et 2010.![endif]>![if> 95. Le 3 février 2010, le Dr O_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré. Il a relevé que l'assuré se plaignait depuis l'arthrodèse de nouvelles douleurs au niveau du talon, d'une gêne permanente au repos, d'une limitation de la marche à 10-20 minutes, de chaleurs et douleurs lors de la position statique, de douleurs à la marche en pente, de douleurs et limitations fonctionnelles au niveau des vertèbres cervicales et qu'il mentionnait une disparition des douleurs au pied après l'arthrodèse et une bonne récupération au niveau lombaire. La situation était stabilisée. Une activité adaptée permettant des positions alternées était possible à 100 %, soit sans marches sur de longues distances, en terrain plat, travaux en terrain instable, positions debout prolongées, port de charges supérieures à 10 kg, travaux accroupi ou à genoux et utilisation d'échelles, escaliers ou échafaudages. Un chaussage orthopédique, des médicaments antalgiques et neuf séances de vertébrologie étaient encore à charge de la SUVA.![endif]>![if> 96. Le 4 février 2010, XA_____ SA, construction de bâtiments, a indiqué que le salaire horaire de l'assuré était de 30 fr. 65 en 2008, 31 fr. 40 en 2009 et 2010 + 8,33 % pour le 13 ème et, en 2010, une pause de 2,9 %.![endif]>![if> 97. Le 15 mars 2010, l'assuré a écrit à la SUVA que les limitations fonctionnelles fixées par le Dr O_____ le 3 février 2010 étaient admises mais qu'il estimait pouvoir exercer uniquement et au mieux une activité en position assise et à temps partiel. Le Dr O_____ avait reconnu une aggravation puisqu'il avait fixé le taux de l'atteinte à l'intégrité à 15 % et non plus à 5 %.![endif]>![if> 98. Le 17 mars 2010, le Dr O_____ a indiqué que son exigibilité était basée sur l'avis médical du Dr L_____ et de son propre examen et qu'en cas de contestation un autre avis médical était indispensable.![endif]>![if> 99. Par décision du 1 er juin 2010, la SUVA a octroyé à l'assuré une IPAI de 15 % (14'580 fr.), sous déduction de celle déjà versée de 5 % et constaté que la rente actuelle devait être maintenue.![endif]>![if> 100. Le 23 mars 2010, le Dr L_____ a écrit à l'OAI que l'état de santé était stationnaire, que bien que le patient ait été amélioré par rapport à la situation préopératoire, d'autres manifestations douloureuses étaient apparues avec notamment des lombalgies persistantes.![endif]>![if> 101. Le 15 juin 2010, Le Dr I_____, FMH chirurgie orthopédique, médecin de la SUVA, a rendu une appréciation médicale sur dossier.![endif]>![if> L'estimation d'une atteinte à l'intégrité de 15 % tenait amplement compte de l'ensemble des suites de l'accident, fracture de maisonneuve y compris. Il était vraisemblable que l'état de l'assuré ne s'était pas péjoré depuis 1998 car on pouvait supposer qu'une partie des troubles associés à la coalition existaient déjà et que ces atteintes avaient fait l'objet de mesures diagnostiques et thérapeutiques ciblées, par le biais d'une arthrodèse. En conséquence, les

possibilités de mise en charge du pied droit de l'assuré dans le cadre d'une activité professionnelle pouvaient être augmentées suite à l'arthrodèse dont la réussite était indéniable (la mobilité résiduelle minime et douloureuse au niveau des articulations sous-astragaliennes et de Chopart avait été supprimée par l'opération). 102. Le 27 août 2010, l'assuré a fait opposition à cette décision. Il fait valoir qu'à la suite des interventions des 2 mai 2008 et 13 octobre 2009, il ne pouvait, en raison de la position antalgique du pied à la marche et de douleurs permanentes, exercer une activité en position alternée et que même en position assise il ne pouvait travailler que quelques heures par jour. Il avait subi une incapacité totale de travail du 2 mai 2008 à décembre 2009 de sorte que son taux d'invalidité aurait dû être augmenté à 100 %. Son rendement, même en position assise, ne pouvait être de 100 % en raison des douleurs subies. De nouvelles limitations étaient apparues depuis 1999 (pas de port de charges supérieur à 10 kg, ni de position accroupie ou agenouillée). Il devait changer constamment de position et souvent s'étendre. La SUVA n'avait pas mentionné les activités possibles en position assise. Le Dr L_____ avait préconisé un séjour à la CRR pour cibler les activités possibles concrètement. Il a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 2 mai 2008 au 31 décembre 2009 et dès le 1^{er} janvier 2010 à être convoqué à la CRR afin de préciser les activités encore possibles. 103. Le 30 août 2010, le Dr L_____ a précisé à l'OAI qu'il n'avait pas revu le patient depuis le 9 décembre 2009. 104. Le 8 septembre 2010, la Dresse A_____ a écrit au Dr L_____ que l'assuré se plaignait de douleurs au pied droit avec irradiation dans la jambe et au genou avec impossibilité de rester assis correctement et de marcher. Elle avait constaté une position en supination de l'avant-pied avec un défaut d'appui du premier rayon entraînant une position d'hyperappui du bord externe du pied et une douleur du Chopart distal interne et de la tibio-talienne antéro-externe; la marche se faisait avec une importante boiterie et en supination du pied. Cette position était fixée. Elle sollicitait l'avis du Dr L_____. 105. Le 8 octobre 2010, le Dr E_____ a écrit à l'OAI en relevant que les douleurs dorsolombaires de l'assuré avaient augmenté au fil des années avec apparition de douleurs de la colonne cervicale et paresthésies dans les bras et les jambes et blocage scapulaire. L'intervention de 2008 avait pallié les douleurs de la cheville mais pas réglé les limitations de la colonne dans son ensemble. Il ne pouvait avoir une activité minimale. 106. Le 14 octobre 2010, le Dr L_____ a rendu un avis médical à la suite d'un contrôle de l'assuré du 13 octobre 2010. Il a relevé que la situation s'était à nouveau péjorée, avec un patient qui souffrait du bord externe de son pied, qui continuait à déambuler sur le bord externe, qui avait développé des gonalgies droites et également des lombalgies, des dorsalgies et des cervicalgies. Dans ces conditions, tout travail, même sédentaire lui était interdit. Récemment il avait fait l'objet d'une investigation clinique et radiologique par la Dresse A_____ à Genève qui penchait quand même pour une position de la triple arthrodèse en supination. La démarche en supinatus était clairement antalgique et il fallait reconnaître que l'appui du 1^{er} rayon était déficient. Il n'était pas exclu que cette position ait entraîné les troubles plus proximaux de l'appareil locomoteur décrits par le patient mais il n'était pas sûr que cela s'expliquait dans cette proportion. Dans l'état actuel des choses, le patient ne pouvait reprendre aucune activité professionnelle. Sur le plan orthopédique on pouvait tout de même essayer d'améliorer encore un peu les choses par un Dwyer associé à une ostéotomie de dérotation dans le Chopart arthrodésé, donnant ainsi un meilleur appui à la colonne interne et libérant quelque peu le déroulement du pas à la hauteur de la cheville. L'assuré

était désireux d'une telle amélioration et les délais opératoires se situaient maintenant en été 2011. 107. Le 21 octobre 2010, le Dr E_____ a indiqué un diagnostic de triple arthrodèse du pied et de dorso-cervicalgies ; l'incapacité de travail était due à la maladie et à l'accident.![endif]>![if> 108. Le 28 octobre 2010, l'assuré a écrit à la SUVA que le Dr L_____ avait attesté d'une incapacité de travail totale de sorte qu'une rente à 100 % était justifiée.![endif]>![if> 109. Le 9 novembre 2010, le Dr P_____ du SMR a rendu un avis médical estimant qu'une incapacité de travail de 100 % dans toute activité pouvait être raisonnablement retenue pour une période de six mois à partir de la date de l'arthrodèse et une reprise théorique dans une activité de type sédentaire à un taux d'au moins 50 % pouvait ainsi être raisonnablement exigée six mois après l'arthrodèse. Une nouvelle incapacité totale pouvait être admise dès le 13 octobre 2009. L'état de santé n'était pas stabilisé et une réévaluation de l'état de santé devait être effectuée au plus tôt trois mois après l'intervention prévue pour l'été 2011.![endif]>![if> 110. Le 17 novembre 2010 et le 2 février 2011, l'assuré a écrit à la SUVA qu'il se trouvait en incapacité de travail totale depuis le 2 mai 2008 justifiant l'octroi d'une rente complète.![endif]>![if> 111. Le 25 janvier 2011, le Dr I_____ a rendu une appréciation médicale en relevant que les chances de réussite de l'intervention (ostéotomie de correction) envisagée par le Dr L_____ étaient difficiles à évaluer mais que celle-ci était peu invasive avec une faible morbidité des douleurs de sorte qu'elle pouvait être recommandée. L'intervention du 2 mai 2008 ne s'était pas accompagnée de l'amélioration escomptée en terme de mise en charge du pied mais avait tout de même entraîné une certaine amélioration.![endif]>![if> 112. Le 3 mars 2011, la Dresse Q_____ a relevé que le rapport SMR du 9 novembre 2010 était en contradiction avec le rapport du Dr L_____ du 10 décembre 2009 et donc qu'il fallait requérir un nouveau rapport médical auprès du Dr L_____.![endif]>![if> 113. Par décision du 7 mars 2011, la SUVA a partiellement admis l'opposition de l'assuré; elle a accepté de prendre en charge l'opération annoncée par le Dr R_____, même s'il était difficile de savoir si cette mesure permettrait d'améliorer notablement la capacité de gain ou empêcherait une notable diminution de celle-ci. Aucune indemnité journalière n'était due à l'assuré depuis le 2 mai 2008 dès lors qu'il n'exerçait aucune activité lucrative avant cette rechute. Une éventuelle modification du taux de la rente d'invalidité n'était examinée qu'au moment où l'état de santé était stabilisé, question qui était en l'espèce prématurée dès lors qu'une intervention était encore envisagée.![endif]>![if> 114. Le 25 mars 2011, le Dr L_____ a informé la SUVA que l'intervention était planifiée le 14 juin 2011.![endif]>![if> 115. Le 4 avril 2011, le Dr L_____ a écrit à la SUVA qu'il avait examiné l'assuré le 31 mars 2011, que l'assuré avait subi avant Noël une entorse du pied droit qui avait péjoré la symptomatologie douloureuse. Du point de vue radiologique, il n'y avait pas de péjoration mais il existait des troubles dégénératifs du Lisfranc qui expliquaient aussi la symptomatologie. Il était difficile de garantir que l'intervention améliorerait la situation et il préférait, en accord avec le patient, annuler l'intervention. La capacité de travail dans l'ancienne profession restait nulle.![endif]>![if> 116. Le 8 avril 2011, l'assuré a informé la SUVA qu'il avait, d'entente avec le Dr L_____ renoncé à l'intervention en raison de la grande incertitude quant à son résultat, de sorte que son cas était stabilisé et qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité.![endif]>![if> 117. Le 21 avril 2011, le Dr L_____ a écrit à l'OAI que le patient gardait d'importantes douleurs dans l'ensemble du pied droit et avait développé des gonalgies, lombalgies, dorsalgies et cervicalgies, que si on se limitait à la considération du pied, l'assuré pouvait très bien travailler à 100% dans un emploi sédentaire.

118. Le 6 mai 2011, le Dr O _____ a rendu un complément d'appréciation en indiquant qu'il était souhaitable que le Dr I _____ se prononce sur l'exigibilité, l'atteinte à l'intégrité et la prise en charge future du cas.

119. Le 23 mai 2011, le Dr I _____ a rendu une appréciation médicale selon laquelle l'opération destinée à immobiliser définitivement l'articulation sous-talienne n'avait pas contribué à améliorer les performances à la marche de l'assuré, à court ou à long terme. Le taux de 15 % de l'IPAI était correct. Cette opération n'avait été réalisée que partiellement en raison des suites de l'accident de 1997 et elle n'avait aboli que le reste d'une mobilité déjà très restreinte antérieurement. Les limitations mentionnées dans le rapport du 3 février 2010 restaient valables. L'assuré avait exercé une activité à 100 % en tenant compte de ces limitations.

120. Par décision du 1^{er} juillet 2011, la SUVA a confirmé le taux de rente en constatant que l'exigibilité actuelle était superposable à celle indiquée par le Dr B _____ le 22 septembre 1998 et confirmé une IPAI de 15 %. Elle a pris en charge le suivi médical par des spécialistes, les chaussures orthopédiques adaptées, les médicaments antalgiques et neuf séances de vertébrologie.

121. Le 8 juillet 2011, la Dresse A _____ a rendu un rapport médical relevant qu'elle avait examiné l'assuré le 30 mai 2011, que l'intervention de l'arrière pied n'avait pas amélioré la situation, que les mêmes plaintes et limitations fonctionnelles qu'avant l'opération existaient, que l'assuré ne pouvait rester plus de dix minutes assis et dans une position peu adéquate avec un travail, qu'il s'asseyait sur le bord de la chaise avec la jambe gauche en extension pour limiter les douleurs, lesquelles remontaient jusqu'à la hanche, qu'il se plaignait de lombalgies traitées par le Dr E _____, que le status n'était pas compatible avec une capacité de travail comme grutier, que dans un travail adapté il pourrait travailler en alternance de position assise et debout avec un peu de marche à 100 % mais probablement pas à rendement plein étant donné les douleurs et la boiterie, qu'un séjour à la CRR serait utile, qu'une expertise pouvait être demandée au Dr AC _____ ou AD _____.

122. Le 11 juillet 2011, le Dr O _____ a indiqué qu'une expertise comme proposée par l'assuré ne se justifiait pas.

123. Le 12 juillet 2011, le Dr E _____ a attesté que les douleurs au niveau de la cheville provoquaient des limitations dans toutes les positions, des boiteries dans les déplacements et des attitudes vicieuses au repos, que les contractures qui en résultaient tout le long de la colonne vertébrale faisaient leurs œuvres sous forme de fortes douleurs paravertébrales et des paresthésies dans les quatre membres, obligeant l'assuré à des mouvements relaxants constants, le tout aggravé par une insomnie due aux douleurs nocturnes et un état dépressif réactionnel. Il était évident qu'il est impossible pour l'assuré de travailler dans ces conditions car seule une médication puissante le mettant hors course, au niveau de l'attention, lui permettrait éventuellement une petite activité. Le seul espoir d'enrayer cette évolution aurait été de trouver une solution chirurgicale afin, par une correction de la cheville, de recouvrer une statique vertébrale acceptable, cependant, les opérations proposées à ce jour ne garantissaient pas ce retour.

124. Le 29 juillet 2011, l'assuré a fait opposition à la décision du 1^{er} juillet 2011 de la SUVA et requis l'organisation d'une expertise médicale pour évaluer l'exigibilité, en relevant qu'il était très fatigué tant en position debout qu'assise comme l'avaient attesté ses médecins, lesquels contredisaient l'avis du Dr I _____.

125. Par décision du 18 août 2011, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré en constatant que l'exigibilité ne s'était pas modifiée depuis l'intervention du 2 mai 2008, que le Dr L _____ ne s'était pas prononcé sur la capacité de travail dans une activité adaptée, que le Dr E _____

faisait état de troubles dans la colonne vertébrale qui ne concernaient pas la SUVA, que la Dresse A_____ avait admis que les mêmes plaintes douloureuses et limitations fonctionnelles qu'avant 2008 étaient présentes actuellement, qu'aucun avis médical ne remettait ainsi en doute les conclusions des spécialistes de la SUVA, que le taux d'invalidité de 45 % pouvait être confirmé, que le revenu sans invalidité était de 75'175 fr., que le revenu d'invalidité était de 61'728 fr., que même si on appliquait à ce dernier une déduction maximale de 25 %, soit un revenu de 46'296 fr., le taux d'invalidité n'était pas supérieur à 45 %.

126. Le 20 septembre 2011, l'assuré a recouru auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision sur opposition du 18 août 2011 en concluant à son annulation et à l'augmentation du taux de sa rente d'invalidité. Les avis du Dr I_____, contradictoires et non probants devaient être écartés. Son cas s'était aggravé après l'intervention d'octobre 2009. L'OAI avait décidé de confier une expertise au Dr AA_____. Il a requis une audience de comparution personnelle, l'audition des Drs L_____, A_____ et E_____ ainsi que l'ordonnance d'une expertise.

127. Le 10 novembre 2011, le Dr AA_____ a rendu son rapport d'expertise fondé sur une consultation du 8 novembre 2011, le dossier et les clichés radiologiques effectués lors de l'expertise. L'assuré se plaignait de podalgies droites avec des douleurs de la cheville et de l'arrière-pied droits, permanentes, majorées à la marche. Il devait marcher avec précaution pour éviter de chuter et présentait une boiterie, avec parfois une enflure de la cheville et du pied et des craquements de la cheville. Il souffrait surtout de cervicalgies évoluant depuis 2006. Les douleurs lombaires s'étaient estompées depuis son opération de mai 2008. Il se plaignait aussi de gonalgies gauches. Il a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de podalgies droites chroniques, status après arthrodèse de l'arrière-pied (sous-astragalienn) droit en mai 2008, status après fracture de Maisonneuve de la cheville droite en avril 1997, platypodie bilatérale, cervicalgies chroniques actuelles sans radiculalgies, hernies discales étagées de C3 à C7 et troubles dégénératifs sous la forme d'une ostéophytose antérieure et de discopathies cervicales étagées. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient des lombalgies occasionnelles, actuellement en rémission et un tabagisme chronique.

On pouvait retenir actuellement les limitations fonctionnelles suivantes au niveau du pied et de la cheville droits : limitations dans sa capacité de porter/soulever des charges et de marcher sur des terrains irréguliers, notamment dans des escaliers, impossibilité de demeurer dans des stations debout, pas de port de charge de plus de 10 kg. Pas d'activités sur des échelles ou des escabeau. En raison de l'atteinte à la santé au niveau de la nuque : limitation dans sa capacité de demeurer dans des positions statiques assis et debout, nécessité d'alterner les positions toutes les 30 minutes, pas de mouvement nécessitant des mouvements de rotations de la nuque et pas d'activités nécessitant l'élévations des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de grutier et de nettoyeur depuis le 12 avril 1997. En tenant compte des limitations concernant son pied et sa cheville droits ainsi que son rachis cervical, l'assuré pourrait mettre en valeur une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée qui respecterait ses limitations fonctionnelles, activité principalement sédentaire, autorisant les alternances de positions (assis et debout), sans aucun port ou soulèvement de charge. On pouvait estimer la modification de cette capacité de travail à savoir une aggravation de l'état de santé de l'assuré, qui pouvait être datée de mars 2010, date à laquelle l'assuré avait subi une nouvelle IRM cervicale, compte tenu de l'aggravation de ses cervicalgies. Par rapport aux documents médicaux figurant dans le dossier de

l'assuré, depuis la décision du Tribunal fédéral (14 mai 2009) en ce qui concernait la problématique de l'exigibilité professionnelle de l'assuré, les orthopédistes qui avaient suivi l'assuré en 2009 et 2010 (Dr A_____ et Dr L_____) s'étaient principalement basés sur l'atteinte à la santé du pied et de la cheville droits, et n'avaient donc pas ou peu tenu compte de l'atteinte à la santé cervicale de l'assuré (cf. par exemple rapport AI du Dr L_____ du 21 avril 2011), ce qui expliquait cette estimation à 50 % du taux d'incapacité de travail dans une activité adaptée. 128. Le 12 décembre 2011, la SUVA a conclu au rejet du recours en relevant que lors de la première procédure judiciaire, l'assuré n'avait pas fait état d'une aggravation de son état de santé à la suite de l'intervention du 2 mai 2008, que le Dr L_____ avait d'ailleurs indiqué en août 2010 qu'il n'y avait pas de péjoration, que la SUVA n'avait pas promis une nouvelle expertise, qu'une aggravation de l'état du pied droit avait déjà été admise dans le cadre de la première demande de révision mais que le Tribunal fédéral avait estimé qu'elle n'avait pas d'incidence sur la rente d'invalidité, que l'assuré n'expliquait pas pourquoi une activité en position assise était impossible et qu'aucun avis de médecins ne l'indiquait non plus. 129. Le 20 janvier 2012, l'assuré a répliqué en relevant que la SUVA avait bien donné son accord à une expertise, que le Dr L_____ avait le 14 octobre 2010 estimé qu'aucune activité même sédentaire n'était possible, que la situation était restée la même puisqu'il avait renoncé à la dernière intervention prévue, que l'avis du Dr I_____ devait ainsi être écarté et une expertise ordonnée, que l'expertise du Dr AA_____ avait été rendue le 10 novembre 2011 et concluait à une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, qu'ainsi une activité professionnelle ne pouvait être envisagée que très théoriquement et cela même au seul vu des limitations fonctionnelles du pied droit, sans tenir compte de celles au niveau cervical, qu'en conséquence son taux d'invalidité était de 100 %; il concluait à l'audition du Dr AA_____ et seulement, à titre subsidiaire, à l'ordonnance d'une expertise, le dossier médical très complet permettant de se prononcer sur le fond du litige. 130. Le 17 février 2012, la Dresse Q_____ a estimé que l'expertise du Dr AA_____ était convaincante, qu'il y avait une aggravation de l'état de santé depuis mars 2010 avec une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée et qu'il ne s'agissait plus d'un cas commun avec la SUVA. 131. Par projet d'acceptation de rente du 21 février 2012, l'OAI a augmenté la rente d'invalidité de l'assuré à une rente entière, fondée sur un degré d'invalidité de 72 %. L'état de santé de l'assuré s'était dégradé depuis mars 2010 entraînant dès cette date une capacité de travail de 50 % dans un emploi adapté. Le revenu d'invalidité, fondé sur l'ESS 2010 (Tableau TA1, total, homme, niveau 4) soit 52'728 fr., à 50 % avec une déduction de 10 %, était de 23'728 fr. et le revenu sans invalidité 2010 de 84'985 fr. 132. Le 6 mars 2012, l'assuré a transmis à la Cour de céans copie de la décision de l'OAI du 21 février 2012. 133. Le 20 mars 2012, la SUVA a dupliqué en relevant que l'OAI avait pris en compte des troubles qui ne la concernaient pas. 134. Par décision du 5 avril 2012, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité depuis le 1 er juin 2010. 135. Le 26 avril 2012, l'assuré a transmis une copie de la décision de l'OAI du 5 avril 2012 et persisté dans les termes de son recours en relevant qu'il avait déjà, le 13 mars 2009, demandé une augmentation du taux de sa rente d'invalidité. 136. A la demande de la Cour de céans, le Dr L_____ a rendu un avis médical le 13 juin 2012 dans lequel il a indiqué que la capacité de travail de l'assuré pourrait très bien s'élever à 100 % dans un emploi sédentaire si l'on ne prenait en compte que l'affection du pied et de la cheville droits, qu'il n'était toutefois pas au courant de l'impact exact des pathologies

rachidiennes et des gonalgies dans un emploi sédentaire, que le Dr E _____ pourrait éventuellement répondre à ce sujet, que l'exigibilité fixée antérieurement pouvait être confirmée, soit une capacité de travail totale dans une activité adaptée, essentiellement assise ou avec alternance des positions assise et debout, en lien avec l'affection du pied et de la cheville droits, qu'après son rapport du 14 octobre 2010 la situation s'était encore péjorée avec une entorse en hyperextension du médiopied avant Noël, sans influence sur la capacité de travail puisque celle-ci était déjà nulle dans l'activité antérieure, que les interventions avaient à chaque fois amélioré la situation mais que l'assuré avait continué à se plaindre de marcher principalement en déroulant le pas sur le bord externe du pied dans le sens d'une démarche antalgique, que l'amélioration était substantielle pour le quotidien mais pas suffisante pour exercer un travail physique lourd et qu'il était d'accord avec l'expertise du Dr AA _____.[endif]>![if> 137. Le 19 juillet 2012, l'assuré a observé que les réponses du Dr L _____ étaient peu claires et parfois contradictoires, qu'en effet, il admettait une capacité de travail de 100 % alors même que le 14 octobre 2010, il avait exclu toute activité professionnelle possible et que le 4 avril 2011, il avait indiqué que la situation ne s'était pas modifiée, que l'opération du 2 mai 2008 avait péjoré l'état du pied et de la cheville, que les Drs AA _____ et A _____ avaient exclu une capacité de travail entière dans une activité sédentaire, que les douleurs continues du pied et de la cheville droits étaient manifestement les facteurs prépondérants dans la diminution constatée par le Dr AA _____ de sa capacité de travail de 100 % à 50 % et justifiaient à elles seules un taux d'invalidité de 72 %. Il requérait l'audition des Drs A _____, E _____ et AA _____.[endif]>![if> 138. Le 20 juillet 2012, la SUVA a observé que le Dr AB _____ confirmait l'exigibilité antérieure en relevant une amélioration substantielle en ce qui concernait le quotidien et que le Dr AA _____ tenait compte de facteurs étrangers à l'accident pour fixer une capacité de travail de 50 %.[endif]>![if> 139. Le 7 août 2012, l'assuré a observé que selon l'avis du SMR du 9 novembre 2010, une incapacité de travail totale était reconnue à la suite de l'intervention du 13 octobre 2009 et qu'on ne comprenait pas comment la SUVA persistait à soutenir que seuls des facteurs étrangers à l'accident expliquaient l'augmentation de son invalidité, qu'enfin il ne fallait pas retenir l'avis du Dr L _____ du 13 juin 2012 mais seulement ceux des 14 octobre 2010 et 4 avril 2011 car ce médecin ne l'avait pas revu depuis plus d'une année au moment où il avait rédigé l'avis du 13 juin 2012.[endif]>![if> 140. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.[endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).[endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).[endif]>![if> 3. L'objet du litige porte sur le refus de l'intimée d'augmenter le taux d'invalidité du recourant fixé initialement à 45 %, lui-même objet de la contestation déterminée par la décision du 18 août 2011.[endif]>![if> 4. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 177 consid. 3.1, p. 181, 402 consid. 4.3 p. 406).

b) La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré est propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat apparaissant 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). Selon la jurisprudence, si le rapport de causalité avec l'accident est établi selon la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (ATFA non publié du 7 juillet 2004 en la cause U 179/03 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2).

5. a) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).

b) La rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA) peut être révisée à la suite d'une modification notable du taux d'invalidité (art. 17 al. 1 LPGA). Cette modification peut concerner aussi bien l'état de santé que les conséquences économiques d'un état de santé demeuré en soi inchangé (ATF 130 V 343 consid. 3.5 p. 349 s.). Pour être prise en considération, une péjoration de l'état de santé doit être en relation de causalité avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 66/94 du 4 novembre 1994 consid. 3b). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment où la dernière décision après examen matériel des conditions du droit à la rente a été rendue et les circonstances au moment de la décision de révision (ATF 133 V 1008, consid. 5.4 p. 114).

c) En vertu de l'art. 21 al. 3 LAA, en cas de rechute ou de séquelle tardive d'un accident (cf. art. 11 OLAA), le bénéficiaire d'une rente d'invalidité peut prétendre, outre la rente, les prestations pour soins et remboursements de frais (art. 10 à 13); si le gain de l'intéressé diminue pendant cette période, celui-ci a droit à une indemnité journalière dont le montant est calculé sur la base du dernier gain réalisé avant le nouveau traitement médical.

d) Selon la jurisprudence précisée du Tribunal fédéral des assurances, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362).

6. Le juge des assurances sociales apprécie

librement les preuves (art. 61 let. c LPGA; art. 95 al. 2 OJ, en relation avec les art. 113 et 132 OJ). Mais si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a).

L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition, Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2 ème éd., p. 278, ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence).

Aussi n'existe-t-il pas en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (RAMA 1999 n° U 349, p. 478 consid. 2b ; ATF non publié du 25 juillet 2002 en la cause U 287/01). C'est le lieu de rappeler que, selon la jurisprudence, une expertise médicale établie uniquement sur la base d'un dossier n'a de valeur probante que pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 346 consid. 3d). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée. Cela dit, le simple fait qu'un rapport médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. Le juge examinera si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal (ATF 125 V 352 ss consid. 3b). Si les pièces médicales versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le litige, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise est superflue et le juge peut s'en dispenser par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1 p. 428/429), dans le respect du droit d'être entendu de l'assuré.

7. a) En l'espèce, il convient d'examiner si une modification de l'état de santé du recourant justifiant une révision du taux de la rente d'invalidité de celui-ci s'est produite depuis la dernière décision rendue par l'intimée après un examen matériel des conditions du droit à la rente, soit la décision de l'intimée du 14 novembre 2007 - laquelle refusait d'augmenter la rente d'invalidité du recourant au motif que la capacité de travail du recourant encore exigible dans une activité sédentaire était de 100% - et qui a été confirmée par le Tribunal cantonal des assurances sociales (arrêt du 15 septembre 2008) et par le Tribunal fédéral (arrêt du 14 mai 2009).

b) Depuis la décision précitée, le recourant a subi une intervention chirurgicale le 2 mai 2008 pratiquée par le Dr L_____ (triple arthrode de l'arrière-pied droit), ainsi que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 13 octobre 2009 de

l'arrière-pied et du médio-pied droit, lesquelles ont, dans un premier temps, amélioré l'état de santé du pied et de la cheville droits. En effet, les 14 janvier 2009 et 12 mars 2009, le Dr L_____ a relevé que l'assuré déclarait une très nette amélioration même si des douleurs persistaient au déroulement du pas. Les 26 octobre 2009 et 10 décembre 2009, il a attesté de l'amélioration de la situation avec néanmoins persistance de douleurs au déroulement du pas, avec boiterie et répercussion sur les articulations proximales. Le Dr E_____ a également confirmé les 27 décembre 2009 et 8 octobre 2010 que l'intervention de mai 2008 avait pallié les douleurs de la cheville, tout en observant que les douleurs dorsolombaires avaient augmenté avec l'apparition de douleurs cervicales avec paresthésie des bras et jambes et blocage scapulaire. Le Dr O_____ a attesté le 3 février 2010 d'une amélioration de la situation du pied mais de la persistance des douleurs et limitations cervicales. Enfin, le Dr I_____ a constaté le 15 juin 2010 que l'arthrodèse avait réussi. Par la suite, soit courant 2010, les plaintes du recourant ont augmenté. Ainsi, le 8 septembre 2010, la Dresse A_____ a relaté que le recourant se plaignait de l'aggravation des douleurs de la cheville remontant dans la jambe et le genou interne et d'une importante boiterie. Le 14 octobre 2010, le Dr L_____ a attesté d'une péjoration de la situation avec douleurs du pied, avec un déficit d'appui du premier rayon, gonalgies droites, lombalgies, dorsalgies et cervicalgies. Le 9 novembre 2010, le Dr P_____ a conclu à une arthrose invalidante de la cheville droite. Le 23 mai 2011, le Dr I_____ a estimé que les performances à la marche du recourant n'avaient pas été améliorées par l'intervention. Le 8 juillet 2011, la Dresse A_____ a constaté que l'intervention du 2 mai 2008 n'avait pas amélioré la situation du point de vue fonctionnel et que le recourant présentait les mêmes plaintes et limitations fonctionnelles qu'avant l'opération de 2009. Le 12 juillet 2011, le Dr E_____ a attesté de douleurs au niveau de la cheville et paravertébrales ainsi que de paresthésies dans les quatre membres. Le 10 novembre 2012, le Dr AA_____ a relevé que le recourant se plaignait de douleurs de la cheville et du pied droits et surtout de cervicalgies et que l'évolution clinique était restée stationnaire depuis l'intervention de 2009 concernant la problématique du pied droit, avec disparition des lombalgies depuis l'opération de 2008. L'état de santé de l'assuré s'était aggravé en mars 2010 par la constatation d'hernies discales vues à l'IRM cervicale du 4 mars 2010. Le 13 juin 2012, le Dr L_____ a néanmoins considéré que les interventions de 2008 et 2009 avaient finalement amélioré la situation de façon substantielle, à tout le moins concernant le quotidien. c) Au vu de ce qui précède, il appert que les bénéfices des interventions de 2008 et 2009 ne sont pas clairement établis, les médecins ayant, dans un premier temps, unanimement reconnu une amélioration de l'état de santé du pied et de la cheville droits du recourant, laquelle a ensuite été remise en cause par la plupart des médecins dès 2010, les plaintes douloureuses et fonctionnelle du recourant ayant augmenté. Quoi qu'il en soit, la Cour de céans constate que l'état de santé ne s'est en tous les cas pas péjoré du point de vue du pied et de la cheville droits depuis le 14 novembre 2007, date de la dernière décision de la SUVA entrée en force et, en particulier, depuis les interventions de 2008 et 2009 ; En effet, le Dr L_____ relève encore le 13 juin 2012, l'existence d'une amélioration substantielle en ce qui concerne le quotidien et la Dresse A_____ estime que la situation n'a pas évolué favorablement mais n'évoque pas non plus de péjoration puisqu'elle estime le 8 juillet 2011 que le recourant présente les mêmes plaintes et limitations fonctionnelles que celles décrites avant l'intervention de 2009. Quant à l'expert AA_____ il a relevé une évolution stationnaire après l'intervention de 2009 et les Drs O_____ et I_____ estiment même plutôt que le situation du pied et

de la cheville droite s'est améliorée (rapports du Dr O _____ le 3 février 2010 et du Dr I _____ le 15 janvier 2011). Enfin, le Dr E _____ a attesté d'une aggravation de l'état de santé mais ne s'est pas référé spécifiquement à l'état du pied et de la cheville droite (rapports des 27 décembre 2009, 8 octobre 2010 et 12 juillet 2011). Pour motiver une aggravation de son état de santé, le recourant invoque principalement le rapport du Dr L _____ du 14 octobre 2010 selon lequel l'incapacité de travail était totale dans toute activité. Cependant, il est à constater que le Dr L _____, s'il déclare effectivement à ce moment-là que tout travail même sédentaire est interdit au recourant, se réfère aux atteintes à la santé globale de celui-ci soit aux affections du pied et de la cheville mais aussi aux gonalgies, lombalgies, dorsalgies et cervicalgies ; lorsqu'il se réfère à l'atteinte du pied et de la cheville droite, le Dr L _____ considère que depuis l'intervention du 2 mai 2008, le recourant a présenté une incapacité de travail totale (rapports des 13 et 26 octobre 2009), tout en ayant admis qu'une activité à 100% devait être possible après l'ablation des vis du talon (rapport des 14 janvier et 12 mars 2009), ce qu'il a préconisé dès le 10 décembre 2009, date à laquelle il a reconnu qu'une activité adaptée était possible à 100% (rapport du 10 décembre 2009), et a confirmé cette capacité de travail les 21 septembre 2011 et 13 juin 2012. Enfin, dans son avis du 4 avril 2011, il confirme une incapacité de travail totale mais uniquement dans l'ancienne profession de grutier. Ainsi, les avis des 14 octobre 2010 et 4 avril 2011 du Dr L _____, n'ont pas la portée que leur prête le recourant, l'avis du 14 octobre 2010 se référant à d'autres troubles que ceux liés à l'accident pour justifier une incapacité de travail totale dans toute activité et celui du 4 novembre 2011 ne faisant que confirmer l'incapacité de travail dans l'ancienne profession de grutier. Par ailleurs, le fait que le Dr L _____ n'avait pas revu l'assuré depuis une année lorsqu'il a rédigé son avis du 13 juin 2012, ne saurait enlever toute valeur probante à celui-ci, ce d'autant que le recourant n'allègue pas une nouvelle aggravation depuis le 31 mars 2011, date de la consultation de l'assuré auprès du Dr L _____ ayant donné lieu au rapport du 4 novembre 2011 de celui-ci. Il est à constater que le Dr L _____ a régulièrement attesté d'une capacité de travail entière du recourant dans une activité adaptée, hormis la période du 2 mai 2008 au 9 décembre 2009 durant laquelle, d'une part, la reprise de travail du recourant à 50% avait été un échec et, d'autre part, l'état de santé du pied et de la cheville droite n'était pas stabilisé. Enfin, l'appréciation du Dr L _____ rejoint celle du Dr O _____ lequel a attesté d'une capacité de travail totale du recourant dans une activité adaptée (rapport du 3 février 2010 et 17 mars 2010) et I _____ (rapport du 23 mai 2011). Le recourant invoque aussi l'avis de la Dresse A _____ et du Dr E _____. La première a indiqué qu'une capacité de travail à 100% dans un travail adapté était possible mais probablement pas à plein rendement (rapport du 8 juillet 2011) en raison des douleurs et de la boiterie. Toutefois, cet avis isolé ne saurait remettre en question les autres avis concordants mentionnant, après stabilisation de l'état du pied et de la cheville droite, une capacité de travail entière du recourant dans une activité adaptée, ce d'autant que la Dresse A _____ admet dans le même temps que l'état de santé du pied et de la cheville droite est identique à celui existant avant l'intervention de 2009. Quant au Dr E _____, il a attesté d'une rentabilité maximale de 30% dans un travail adapté (rapport des 27 décembre 2009 et 8 octobre 2010) puis d'une incapacité de travail totale (rapport du 12 septembre 2011). Ce faisant, il se réfère à l'ensemble des troubles dont souffre le recourant et en particulier aux importantes douleurs paravertébrales, soit des atteintes autres que celles du pied et de la cheville droite. A cet égard, dans son arrêt du 15 septembre 2008, le Tribunal cantonal des assurances sociales

avait laissé la question ouverte de savoir si les troubles au niveau lombaire du recourant étaient en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident en cause, le refus d'augmenter le rente d'invalidité du recourant devant de toute façon être confirmé. Cependant, il est à constater que les troubles lombaires étaient déjà présents lors de la décision du 14 novembre 2007 et qu'ils se sont amendés après l'intervention de 2008 (rapport du Dr AA _____ du 10 novembre 2011) et que l'état de santé s'est aggravé par l'apparition de cervicalgies (rapport des Drs E _____ des 27 décembre 2009, 8 octobre 2010 et 12 juillet 2011, O _____ du 3 février 2010, L _____ du 14 octobre 2010 et AA _____ du 10 novembre 2011) dont le recourant ne prétend toutefois pas qu'elles soient en lien de causalité avec l'accident de 1997. Le Dr E _____ a d'ailleurs mentionnée le 21 octobre 2010 une incapacité de travail due à des causes tant accidentelles que malades. Son avis ne saurait ainsi fonder une reconnaissance d'une aggravation de l'état de santé du recourant en lien avec l'accident de 1997. Enfin, le recourant invoque l'expertise du Dr AA _____. Or, celle-ci établit clairement que l'aggravation de l'état de santé du recourant est en lien avec l'apparition de cervicalgies aggravées depuis mars 2010 et que c'est cette affection-ci et non pas celle liée aux conséquences de l'accident de 1997 qui a justifié la révision du taux de la rente d'invalidité AI du recourant par la reconnaissance d'une capacité de travail non plus de 100% mais de 50% dans une activité adaptée. L'expert relève en effet que le recourant souffre surtout de cervicalgies (rapport d'expertise p. 6-7) et que c'est l'atteinte à la santé cervicale qui explique l'estimation à 50% du taux d'incapacité de travail dans une activité adaptée (rapport d'expertise p. 13), étant précisé que le recourant a admis la valeur probante de l'expertise du Dr AA _____. Ainsi, contrairement à l'avis du recourant, l'expert a clairement indiqué que l'aggravation de son état de santé était due aux cervicalgies et non pas à une péjoration de l'état du pied et de la cheville droits de sorte que cette affection n'a pas joué de rôle dans la reconnaissance par l'assurance-invalidité d'une limitation à 50% de la capacité de travail du recourant, comme l'a aussi reconnu la Dresse Q _____ (avis du 17 février 2012). 8. a) Au vu de ce qui précède, la péjoration de l'état de santé du recourant n'est pas en relation de causalité avec l'événement assuré, soit l'accident de 1997, de sorte qu'une révision du taux de la rente d'invalidité LAA ne se justifie pas. D'autres circonstances propre à influencer le degré d'invalidité du recourant arrêté à 45% n'entrant pas en ligne de compte, il n'y a pas de lieu de calculer à nouveau celui-ci. b) Le recourant sollicite l'audition des Drs L _____, A _____ et E _____ ainsi que l'ordonnance d'une expertise. Au vu des rapports de ces médecins, en particulier ceux récents du Dr L _____ du 13 juin 2012 estimant clairement qu'une capacité de travail totale est exigible du recourant compte tenu des atteintes au pied et à la cheville droits, du 8 juillet 2011 de la Dresse A _____ relevant que le recourant présente les mêmes plaintes et limitations fonctionnelles qu'avant les dernières interventions chirurgicales et du 12 septembre 2011 du Dr E _____ attestant d'une incapacité de travail totale en se référant également à des atteintes ne relevant pas de l'assureur-accidents, la Cour de céans estime qu'il se justifie de renoncer à l'audition des médecins, par une appréciation anticipée des preuves. c) Enfin, même si l'incapacité de travail totale a été médicalement reconnue en raison de l'atteinte au pied et à la cheville droits entre le 1^{er} mai 2008 et le 9 décembre 2009, force est de constater qu'elle correspond à une période au cours de laquelle les deux interventions chirurgicales du 2 mai 2008 et du 13 octobre 2009 ont eu lieu et durant laquelle l'état de santé du recourant n'était pas stabilisé, de sorte que, contrairement à l'avis du recourant, le taux de la rente n'avait pas à être augmenté au 1^{er}

mai 2008, le nouveau calcul de la rente ne pouvant être effectué qu'après stabilisation de l'état de santé du recourant, soit au 9 décembre 2009, date à laquelle une capacité de travail à 100% a été reconnue par le Dr L_____. Le recourant aurait cependant pu prétendre au versement d'indemnités journalières (art. 21 al. 3 LPA) s'il avait exercé une activité lucrative avant la survenance de l'incapacité de travail du 1 er mai 2008, ce qui n'est toutefois pas le cas. 9. Partant, le recours ne peut qu'être rejeté. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :**

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