

## **GE\_GERICHTE A/4959/2007 vom 15. September 2008**

GE Cour de justice, 2008-09-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4959\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4959_2007)

FR: GE\_GERICHTE A/4959/2007 du 15 septembre 2008

IT: GE\_GERICHTE A/4959/2007 del 15 settembre 2008

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 15.09.2008  
A/4959/2007

A/4959/2007 ATAS/1010/2008 du 15.09.2008 ( LAA ), PARTIELMNT ADMIS Recours TF déposé le 28.10.2008, rendu le 14.05.2009, REJETE, 8C\_880/2008 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4959/2007 ATAS/1010/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 6 du 15 septembre 2008 En la cause Monsieur S \_\_\_\_\_, domicilié c/o M. T \_\_\_\_\_, à GENEVE, 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, LUCERNE intimée EN FAIT 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 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 G \_\_\_\_\_, 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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 2001 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 G \_\_\_\_\_ 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 H\_\_\_\_\_, 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 à l'assuré un quart de rente fondé sur un degré d'invalidité de 45%, depuis le 1 er septembre 2000. 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. 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. 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. 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. 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. 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<sup>er</sup> janvier 2004 était de 28 fr. 50 de l'heure. Le 29 novembre 2004, la Dresse I\_\_\_\_\_, 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 5<sup>ème</sup> 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 4<sup>ème</sup> 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 1<sup>er</sup> 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 J \_\_\_\_\_, 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 K \_\_\_\_\_, 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) calcanéo-naviculaire 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 A \_\_\_\_\_. Les suites de l'accident ne s'étaient pas modifiées de façon importante depuis le 1<sup>er</sup> 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) calcanéo-naviculaire. 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 calcanéo-naviculaire 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 jambier postérieur et du calcanéum n'était pas adéquat en cas de synostose calcanéo-naviculaire. 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) calcanéo-naviculaire, 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 K\_\_\_\_\_ 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 K\_\_\_\_\_ 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 K\_\_\_\_\_ 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 K\_\_\_\_\_ a analysé la cause probable du pied plat bilatéral, lequel est incontestablement antérieur à l'accident. Selon moi, la coalition calcanéonaviculaire est restée au stade d'une synchondrose. Apparemment, le Dr K\_\_\_\_\_ 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 calcanéonaviculaire 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 K\_\_\_\_\_ 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 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 calcanéoscaphoïdienne bilatérale et une synovite 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 J\_\_\_\_\_ 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 (cause A/283/2007) en concluant à son annulation, à l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> 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

G\_\_\_\_\_ (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 dans le cadre de la procédure AI (A/283/2007) au cours de laquelle il a entendu la Dresse A\_\_\_\_\_. Celle-ci a déclaré: "Je suis S\_\_\_\_\_ 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. S\_\_\_\_\_. 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. S\_\_\_\_\_. 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 K\_\_\_\_\_ 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 SOUSA 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 14 août 2007, le Dr K\_\_\_\_\_ 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 K\_\_\_\_\_ 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. 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 K\_\_\_\_\_ 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. Le 22 novembre 2007, les Drs X. N\_\_\_\_\_ et M. O\_\_\_\_\_, 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, dans le cadre de la procédure AI, les Drs N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ 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 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. 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 XX\_\_\_\_\_ 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 K\_\_\_\_\_ 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. 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 K\_\_\_\_\_ avait indiqué que les suites de l'accident ne s'étaient pas modifiées de façon importante, depuis le 1<sup>er</sup> 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. Le 1<sup>er</sup> février 2008, le Dr E\_\_\_\_\_ a répondu aux questions posées par le Tribunal de céans (procédure AI). 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". 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 31 mars 2008, le recourant a déposé des observations. Il souffrait en permanence et souhaitait que l'intervention chirurgicale soit effectuée au plus tôt. 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\_\_\_\_\_, qui le suivait depuis 1985, 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 avait dû cesser son activité à mi-temps auprès de XX\_\_\_\_\_ SA le 3 octobre 2003. Les médecins s'accordaient pour dire que tout travail en station debout était exclu. C'était exclusivement l'accident qui avait provoqué les douleurs actuelles au membre inférieur droit ainsi que les douleurs dorsales, elles-mêmes dues à la boiterie, conséquence de l'accident. La SUVA s'est référée le 15 avril 2008 à ses écritures. Le 30 avril 2008, le recourant a informé le Tribunal de céans qu'il devait subir une arthrodèse le 1<sup>er</sup> mai 2008 au CHUV et requérait la prise en charge de l'intervention par l'intimée. Par arrêt du 5 mai 2008, le Tribunal de céans a rejeté le recours interjeté à l'encontre de la décision de l'OCAI du 8 décembre 2006 ( ATAS/526/08 ). Cet arrêt fait l'objet d'un recours au Tribunal fédéral. Le 25 juin 2008, le Dr N\_\_\_\_\_ a répondu à une demande de renseignements du Tribunal de céans. 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. Il était trop tôt pour se prononcer mais on espérait, grâce à l'intervention, une diminution significative des douleurs de l'arrière pied droit. L'affection ayant justifié l'intervention étant en lien avec l'accident du 12 avril 1997.

Le 16 juillet 2008, l'intimée a observé que l'avis du Dr N\_\_\_\_\_, 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 L\_\_\_\_\_ et ses confrères. Le 29 août 2008, le recourant a demandé la suspension de la procédure dans l'attente du jugement du Tribunal fédéral dans la cause A/283/2007. L'état de son pied s'était péjoré puisqu'il avait abouti à la nécessité d'une nouvelle intervention en vue de diminuer les douleurs. Cette intervention avait été préconisée par les Drs A\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ qui avaient constaté une évolution très défavorable. S'agissant de la causalité naturelle entrant la nécessité de l'intervention et l'accident, elle ressort tant de l'avis du Dr N\_\_\_\_\_ que de celui du Dr L\_\_\_\_\_ qui avait précisé le 16 avril 2007 que la dysmorphie congénitale avait été décompensée par le traumatisme et que cette malformation ne serait pas devenue bruyante sans l'accident. En conséquence, l'intimée devait prendre en charge les frais de l'opération, du traitement et les incapacités de travail consécutives à l'intervention. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT a) Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA). a) L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation mais non pas dans l'objet du litige. Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF du 27 mars 2008, 9C 197/2007). b) En l'espèce, l'objet de la contestation selon la décision sur opposition du 14 novembre 2007 de la SUVA porte sur l'existence d'une rechute, soit selon la SUVA sur la question d'une prise en charge des troubles au niveau du dos et de la cheville droite. Le Tribunal de céans constate que la décision initiale du 3 juin 2004 concernait le refus d'admettre une rechute liée aux troubles lombaires et à la cheville droite annoncée par le recourant et le refus de la SUVA d'intervenir pour cette rechute, en particulier de verser des indemnités journalières suite à l'arrêt de travail du 3 octobre 2003. La SUVA a considéré que le taux de la rente invalidité ne faisait pas partie de l'objet du litige dès lors qu'il n'était pas visé par la décision du 3 juin 2004, objet de la contestation. A cet égard, il est cependant à constater que le recourant, par courrier du 4 juin 2004, a expressément requis l'augmentation de sa rente d'invalidité, demande qui a été refusée par la SUVA par courrier du 14 juin 2004. Dans son opposition du 1 er juillet 2004, le recourant a contesté la position de la SUVA. Or, cette opposition aurait dû être considérée par l'intimée à tout le moins comme valant demande de décision formelle au sujet de l'augmentation de sa rente d'invalidité. La SUVA ne pouvait de bonne foi ne pas réagir et considérer, dans une décision intervenue plus de trois ans après l'opposition du recourant du 1 er juillet 2004 que

l'objet de l'opposition était limité à l'unique décision du 3 juin 2004, alors même que le recourant avait contesté le refus d'augmenter sa rente d'invalidité dans son opposition. Pour ces raisons, il convient d'admettre que l'objet de la contestation, soit la décision sur opposition de la SUVA du 14 novembre 2007, comprend également un refus d'augmenter la rente d'invalidité du recourant, ce que la SUVA a d'ailleurs elle-même confirmé dans les arguments développés à l'occasion de sa réponse au présent recours. S'agissant de l'objet du litige, il comprend ainsi finalement le refus d'augmenter le taux de rente du recourant et la question de la prise en charge par l'intimée de la rechute annoncée soit tous frais médicaux liés aux troubles lombaires et à la cheville et en particulier les frais de l'intervention chirurgicale (arthrodèse) pratiquée le 2 mai 2008 ainsi que la prise en charge de l'incapacité de travail en découlant. En revanche, le refus d'octroyer des indemnités journalières dès le 3 octobre 2003, ne fait pas partie de l'objet du litige dès lors que le recourant ne le conteste plus. Le recourant réclame préalablement la suspension de la procédure dans l'attente de l'issue du recours qu'il a interjeté auprès du Tribunal fédéral à l'encontre de l'arrêt du Tribunal de céans du 5 mai 2008 ( ATAS/526/2008 ). A cet égard, la présente procédure comprend également la question de la prise en charge par l'intimée des frais en lien avec l'intervention chirurgicale du 2 mai 2008, laquelle est indépendante de l'issue du litige actuellement pendant devant le Tribunal fédéral. Il n'y a dès lors pas lieu de suspendre la présente procédure dans l'attente du jugement du Tribunal fédéral. a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 2 al. 2 LAMal; art. 9 al. 1 de l'Ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA], dans leur teneur en vigueur au moment de l'événement du 2 septembre 2000; cf. ATF 127 V 466 , consid. 1 p. 467). b) Un rapport de causalité naturelle (et adéquate) est nécessaire entre l'atteinte à la santé et l'événement accidentel. La condition du rapport de causalité naturelle est remplie lorsque sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou 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 : 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 s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV [Meyer, édit.], 2ème éd., Bâle, Genève, Munich 2007, no 79 p. 865). A cet égard, la constatation que l'assuré était asymptomatique avant l'accident repose sur le principe "post hoc, ergo propter hoc", lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 119 V 341 ). c) 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).

d) Selon l'art. 21 al. 1 à 3 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13) sont accordées à son bénéficiaire dans les cas suivants: a. lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle; b. lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci; c. lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain; d. lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (al. 1). L'assureur peut ordonner la reprise du traitement médical (al. 2). En cas de rechute et de séquelles tardives et, de même, si l'assureur ordonne la reprise du traitement médical, le bénéficiaire de la rente peut prétendre, outre la rente, les prestations pour soins et remboursement 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 (al. 3). L'art. 11 OLAA précise que les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives; les bénéficiaires de rentes d'invalidité doivent toutefois remplir les conditions posées à l'art. 21 de la loi. Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 105 V 35 consid. 1c; STEGER-BRUHIN, *Die Haftungsgrundsätze der Militärversicherung*, thèse St-Gall 1996, p. 165; SCARTAZZINI, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, thèse Genève 1991, p. 136; ATF 123 V 137 ).

e) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*; cf. RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b; Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, no 80 p. 865).

f) 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). 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, 2ème 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. Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2). La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et

assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Une appréciation divergente ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire même équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATFA non publié du 30 novembre 2004, I 50/04). a) En l'espèce, il convient dans un premier temps d'examiner le refus de l'intimé d'augmenter le taux de la rente d'invalidité allouée au recourant. Dans un arrêt du 5 mai 2008 (ATAS 526/08), le Tribunal de céans a rejeté le recours interjeté par le recourant contre la décision de l'OCAI du 8 décembre 2006 laquelle rejetait la demande de révision de ce dernier, visant à l'augmentation de son quart de rente d'invalidité. Le Tribunal de céans a considéré qu'il ressortait des avis médicaux au dossier que s'agissant de l'atteinte au pied droit du recourant, les médecins spécialistes consultés postérieurement à la décision de l'OCAI du 5 novembre 2001 avaient confirmé qu'une activité adaptée, soit principalement en évitant la position debout, était possible à 100 % (expertise du Dr K\_\_\_\_\_ du 13 mars 2006, avis des Drs L\_\_\_\_\_, N\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ des 16 avril et 5 décembre 2007). Certes, la Dresse A\_\_\_\_\_ faisait état d'une aggravation des douleurs depuis 2004 (procès-verbal du 9 juillet 2007) et mettait en doute l'existence d'une activité adaptée au handicap du recourant; elle mentionnait néanmoins une pleine capacité de travail possible dans une activité adaptée, de telle sorte que son avis n'était pas en mesure de remettre en question ceux, concordants, des médecins précités. Du point de vue de l'atteinte au pied droit, force était de constater qu'il n'y avait 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. S'agissant de l'atteinte au niveau lombaire, le Dr E\_\_\_\_\_ avait estimé le 1<sup>er</sup> 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 avait 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'avait cependant pas été objectivée par un examen médical et le recourant n'avait 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. Il n'existait pas de substrat organique avéré en dehors des constatations faites par la Dresse C\_\_\_\_\_ en 1999 permettant d'expliquer l'intensité des plaintes douloureuses du recourant relatives aux cervico-dorso-lombalgies et ce dernier ne présentait pas de pathologie psychique associée,

de sorte qu'une incapacité de travail, ne pouvait du point de vue de l'assurance-invalidité, être admise uniquement en relation avec les plaintes douloureuses. b) Au vu de cet arrêt ainsi que du principe d'uniformité de la notion d'invalidité en assurance-invalidité et en assurance-accident, le refus de l'intimée d'augmenter le taux de la rente d'invalidité du recourant ne peut qu'être confirmé, étant précisé que tel est le cas même si le lien de causalité naturelle et adéquate des troubles au niveau lombaire avec l'accident en cause était admis. Au surplus, il convient de constater que les récentes évolutions médicales du cas, soit particulièrement l'intervention chirurgicale du 2 mai 2008, ne permettent pas de faire une autre appréciation de la situation dès lors que cette intervention devrait, selon le Dr N\_\_\_\_\_, être en mesure de diminuer de façon significative les douleurs de l'arrière pied droit et qu'elle est, de ce fait, de nature à améliorer la situation eu égard à la capacité de travail du recourant et non pas à la péjorer. S'agissant de la prise en charge par l'intimée des frais de l'intervention du 2 mai 2008 ainsi que des frais de traitement et de l'incapacité de travail qui en découle, il convient de constater que les avis médicaux au dossier convergent quasi dans leur totalité pour admettre un lien de causalité naturelle entre les douleurs ayant entraîné la nécessité de l'intervention et l'accident. Plus particulièrement les douleurs seraient dues, d'un part, à la décompensation de la malformation constitutionnelle de l'arrière pied droit du recourant et, d'autre part, à la compression du nerf tibial postérieur, entraînée par l'accident. En effet, le Dr E\_\_\_\_\_ a relevé le 9 mars 2005 que le continuum du patient mettait en évidence que toute la problématique venait de son accident de 1997. Quant au Dr K\_\_\_\_\_, il a mentionné le 13 mars 2006 que la synostose calcané-naviculaire qui était antérieure à l'accident avait été décompensée par celui-ci et indiqué qu'une arthrodèse sous-astragalienne était envisageable et permettrait une stabilisation des douleurs. Dans un complément d'expertise du 14 août 2007, tout en limitant à trois ans les effets de l'accident, il a indiqué qu'il était impossible de déterminer quand le statu quo sine avait été atteint car de nombreuses synostoses/synchondroses de l'arrière-pied ne devenaient pas forcément symptomatique à l'âge adulte. Le 12 septembre 2006, la Dresse A\_\_\_\_\_ a estimé que les douleurs internes de la cheville et la déformation toujours plus importante en valgus de l'arrière pied n'étaient pas imputable à l'anomalie congénitale de celui-ci. Une arthrodèse permettrait de supprimer les douleurs invalidantes, de marcher sans limite sur un terrain plat et de pouvoir rester assis normalement plus d'un quart d'heure. Le 16 avril 2007, elle a précisé que l'accident était un élément prépondérant dans la décompensation des malformations constitutionnelles. En audience d'enquête le 9 juillet 2007, elle a confirmé que la malformation avait été très probablement décompensée par l'accident et avait entraîné des douleurs. Le problème était aussi lié à la compression nerveuse post-traumatique, étant précisé que la synostose créait des douleurs à la marche et que la compression neurologique pouvait être douloureuse à tout moment. Le 4 septembre 2007, elle a indiqué que la compression du nerf tibial postérieur présente depuis l'accident était la cause d'une partie des symptômes. Le 16 avril 2007, le Dr L\_\_\_\_\_ a attesté de la présence d'une dysmorphie congénitale poly-articulaire de l'arrière pied droit décompensée sans doute possible par le traumatisme. Enfin, le Dr N\_\_\_\_\_ a clairement indiqué le 25 juin 2008 que l'affection ayant justifié l'intervention qu'il avait pratiquée le 2 mai 2008 était en lien avec l'accident. Il est à constater que seul le Dr K\_\_\_\_\_ a contesté le 7 avril 2006 la probabilité d'une origine accidentelle des douleurs. Son avis ne saurait cependant emporter la conviction dès lors qu'il est uniquement théorique, qu'il n'a pas examiné le patient et qu'il pose un certain nombre de questions nécessaire selon lui pour déterminer l'existence d'une causalité, sans y

donner de réponses. Par ailleurs, il n'évoque pas la compression neurologique décrite par la Dresse A\_\_\_\_\_ comme étant principalement à l'origine des douleurs et apparue dès l'accident. Dans la mesure où la Dresse A\_\_\_\_\_ a clairement établi que les douleurs avaient augmenté, de telle manière que l'intervention chirurgicale d'ailleurs envisagée à l'époque, avant la décision de la rente LAA, devenait impérative, il y a lieu d'admettre la réalisation d'une rechute au sens de l'art. 21 al. 1 LAA, même si ces douleurs n'ont pas, en l'état, eu d'impact sur la capacité de travail du recourant, reconnue totale dans une activité adaptée. En ce sens, il convient d'admettre que la prise en charge est motivée par la rechute et que l'intervention, en tant que mesure médicale, est de nature à maintenir la capacité de travail actuellement entière dans une activité adaptée selon l'art. 21 al. 3 let. b LAA. Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre le lien de causalité naturelle et adéquate entre l'affection ayant nécessité l'intervention du 2 mai 2008 et l'accident et l'obligation de prise en charge par l'intimée. Partant, la décision attaquée sera partiellement annulée dans la mesure où elle refuse la prise en charge des frais liés à cette intervention et la cause renvoyée à l'intimée afin qu'elle rende une nouvelle décision portant sur la prise en charge des frais de l'intervention précitée, de tous les frais de traitement en lien avec les suites de celle-ci ainsi que de l'incapacité de travail en découlant. Vu l'issue du litige, une indemnité de 1'500 fr. sera allouée au recourant, à charge de l'intimée. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Préalablement : 2. Rejette la demande de suspension de la cause. Au fond : Admet partiellement le recours. Annule partiellement la décision sur opposition de la SUVA du 14 novembre 2007 au sens des considérants. Renvoie la cause à l'intimée pour nouvelle décision au sens des considérants. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de 1'500 fr. 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 de la santé publique par le greffe le

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