

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1592/2013

ATAS/220/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 février 2014

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur G _____, domicilié c/o Mme H _____,
au PETIT-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude
de Maître Michael ANDERS

recourant

contre

LA BALOISE ASSURANCES SA, Sinistres Suisse,
Aeschengraben 21, BÂLE, comparant avec élection de domicile en
l'étude de Maître Christian GROSJEAN

intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur G _____ (ci-après l'assuré), né en 1960, a travaillé en qualité d'agent de sécurité et était à ce titre assuré contre le risque d'accidents auprès de LA BALOISE ASSURANCES (ci-après l'assureur).
2. Le 30 juillet 2004, l'assuré a été victime d'un accident alors qu'il circulait en scooter. Il ressort du rapport de police du 21 août 2004 qu'une conductrice inattentive a continué sa route, ne se rendant pas compte que, pour la direction qu'elle empruntait, les feux étaient rouges. Elle roulait à une vitesse de 45-50 km/h. lorsque, au milieu du carrefour, le flanc droit de sa voiture a été heurté par un véhicule arrivant en sens inverse, qui venait de démarrer au feu vert. Suite à ce premier choc, la conductrice fautive a violemment heurté l'assuré - qui circulait dans le même sens que le véhicule non fautif, mais dans une voie parallèle. Aucune trace de freinage ou de ripage n'a été relevée sur la chaussée. Selon le croquis relatif à l'événement, le scooter de l'assuré a été immobilisé à une dizaine de mètres du point de choc.
3. L'assuré et sa passagère, blessés, ont été transportés au urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). L'assuré est rentré à son domicile le lendemain.
4. Il ressort des rapports rédigés les 22 août et 13 septembre 2004 par le Dr L _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qu'ont été diagnostiqués : une plaie du cuir chevelu dans la région temporo-occipitale gauche - ayant nécessité une suture -, un hématome orbitaire gauche associé à des troubles visuels, une plaie du coude gauche - ayant nécessité une suture -, une plaie du menton avec une cicatrisation exubérante, une fracture de P3-D4 de la main droite, une fracture du gros orteil gauche et une volumineuse plaie par lambeau en « V » de la région dorsale du cou-de-pied gauche - compliquée d'une nécrose cutanée nécessitant des soins locaux réguliers. L'incapacité de travail était totale dès le 31 juillet 2004 et le traitement consistait en des soins locaux au niveau du pied (le lambeau cutané avait nécrosé).
5. Dans un certificat du 7 octobre 2004, le Dr L _____ a relevé que l'assuré marchait avec peine, à l'aide de deux cannes, et qu'il présentait une raideur de la cheville gauche. Des soins locaux étaient encore prodigués.
6. Le 9 janvier 2005, ce médecin a mentionné une cicatrisation secondaire complète de la plaie nécrosée, large et sensible. Il a également fait état d'une anesthésie du dos et du bord externe du pied, ainsi que d'une raideur douloureuse de la cheville. L'assuré suivait des séances de physiothérapie.

7. Dans un nouveau rapport du 27 mars 2005, le médecin a indiqué que l'assuré souffrait encore de douleurs de l'arrière-pied l'obligeant à utiliser des cannes et que sa cicatrice était sensible. Des supports plantaires étaient préconisés.
8. Le 9 juin 2005, un CT scanner du pied gauche a montré un remaniement osseux et des tissus mous du pied gauche prédominant au niveau du tarse et s'accordant avec l'évolution d'une algodystrophie, un remaniement dégénératif tibio-astragalien et des séquelles traumatiques anciennes sous-chondrales de l'angle marginal supéro-interne de l'astragale.
9. Le 29 juin 2005, le Dr L_____ a relaté qu'il restait une importante gêne douloureuse au niveau du pied et que l'assuré ne parvenait ni à marcher sans canne, ni à se chausser normalement. Le médecin en tirait la conclusion qu'une reconversion professionnelle était à prévoir.
10. Le 31 août 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI).
11. Mandaté par l'assureur, le Dr M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a rendu un rapport d'expertise le 23 septembre 2005.

Concernant le membre inférieur gauche, l'expert a diagnostiqué une volumineuse plaie par lambeau en « V » de la région dorsale du cou-de-pied compliquée d'une nécrose cutanée, une hypoesthésie et une dysesthésie distales de la cheville et du pied - essentiellement à la partie antérieure et dorsale, sur une probable neurapraxie par compression et/ou étirement -, une limitation fonctionnelle de la cheville et de l'arrière-pied sur une raideur cicatricielle, une ancienne ostéochondrose disséquante de l'angle supéro-interne de l'astragale préexistante à l'accident et une probable algoneurodystrophie de la cheville et du pied, de stade III.

Selon l'expert, toutes les plaintes concernant la cheville et le pied gauches étaient en relation de causalité certaine à probable avec l'événement du 30 juillet 2004. Quant aux autres petites séquelles de l'accident, elles semblaient guéries.

L'incapacité de travail totale dans la profession d'agent de sécurité était justifiée, et l'assuré ne parviendrait probablement pas à reprendre son ancienne activité, de sorte que la mise en œuvre de mesures de reclassement professionnel était souhaitable. Toute activité en position assise ne nécessitant pas le port de charges lourdes devrait pouvoir être reprise relativement rapidement, à temps partiel, puis être augmentée pour atteindre une pleine capacité dans quelques mois.

L'expert a expliqué que l'état de santé n'était pas encore stabilisé. Il estimait l'atteinte à l'intégrité à 20%, mais il était possible que la situation s'améliore.

12. Le 26 février 2006, le Dr L_____ a relevé que la situation était en voie de stabilisation. L'assuré conservait un important handicap pour la marche et souffrait également des douleurs au repos. En l'état, sa capacité de travail était nulle ; il convenait d'étudier les possibilités d'une reconversion.

13. En date du 13 novembre 2006, le Dr M_____ a établi un nouveau rapport après réexamen de l'assuré.

Les plaintes de ce dernier étaient comparables à celles décrites lors de la précédente expertise, mais un phénomène d'accoutumance et d'adaptation semblait être survenu. L'assuré avait regagné un petit peu de mobilité au niveau de son arrière-pied, sans avoir retrouvé un status complètement satisfaisant.

S'agissant du rapport de causalité naturelle, l'expert a indiqué qu'à l'exception de l'image d'ostéochondrose disséquante antérieure à l'accident, aucune autre pathologie ne jouait de rôle dans l'évolution du cas, mis à part les séquelles de l'accident du 30 juillet 2004.

Il ne pourrait jamais y avoir de statu quo sine ou ante car le sinistre avait entraîné des cicatrices importantes cutanées et sous-cutanées de la face antérieure du pied et de la cheville qui étaient en train d'aboutir à des troubles circulatoires veineux de type dermite ocre, ainsi qu'à des dysesthésies et des hypoesthésies. Ces dernières restreignaient les possibilités de chaussage, provoquaient une limitation fonctionnelle à la marche et entraînaient une douleur continue. Il y avait donc aggravation durable et déterminante.

La capacité de travail dans l'ancien métier d'agent de sécurité était nulle et un reclassement professionnel devait impérativement être discuté. Une activité professionnelle en position semi-assise était possible à quasiment 100%. Tous les travaux de bureau étaient adaptés, pour autant que l'assuré puisse bouger toutes les heures afin d'éviter un enraidissement de la cheville.

L'état psychique de l'assuré était fragilisé. En effet, la perte de son activité professionnelle suite à l'accident avait entraîné une perte financière et des difficultés à envisager l'avenir. En outre, l'assuré était totalement déconditionné par deux ans de traitement et d'inactivité.

Sur le plan thérapeutique, l'expert préconisait la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et d'antalgiques, ainsi que des séances de physiothérapie de reconditionnement et, éventuellement, la poursuite des séances d'acupuncture.

L'atteinte à l'intégrité s'élevait à au moins 20%, pourcentage qui concernait uniquement la problématique cicatricielle, laquelle entraînait des troubles vasculaires, dystrophiques mais aussi neurologiques dysesthésiques.

14. Par décision du 9 juillet 2007, l'assureur a reconnu à l'assuré le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 20% et, dès le 1^{er} juillet 2007, à une rente d'invalidité transitoire de 11%. Le degré d'invalidité a été obtenu en comparant le salaire que l'assuré aurait réalisé en 2007 sans la survenance de l'accident à celui qu'il aurait pu obtenir la même année en exerçant à plein temps une activité adaptée à l'atteinte à sa santé.

15. L'assuré s'est opposé à cette décision en contestant le montant de l'IPAI puis a retiré son opposition.

16. En date du 17 décembre 2007, le Dr L_____ a indiqué que l'état de l'assuré n'était pas stabilisée, qu'un traitement d'ostéopathie était en cours et qu'un CT scanner réalisé le 3 septembre 2007 avait mis en évidence un remaniement sous-chondral marginal supéro-interne de l'astragale (définissant des séquelles traumatiques probablement ostéochondrale), de discrets remaniements de la partie antérieure et inférieure du cuboïde (compatibles avec l'évolution d'une fracture intraspongieuse) et des irrégularités de l'angle marginal antéro-supérieur de l'apophyse antérieure du calcanéum. La première de ces lésions expliquait les phénomènes de blocages itératifs dont souffrait l'assuré, blocages réduits par des manœuvres de physiothérapie.
17. Le 23 janvier 2008, l'OAI a octroyé à l'assuré des mesures professionnelles et, par décision du 7 mars 2008, lui a reconnu le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps à la période du 1^{er} juillet 2005 au 31 mars 2006.
- L'OAI a admis une totale incapacité de travail à compter du jour du sinistre jusqu'au 31 décembre 2005, date à partir de laquelle il a considéré que l'assuré avait recouvré une pleine capacité à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, c'est-à-dire semi-sédentaire, permettant de se mobiliser toutes les heures et n'impliquant pas un périmètre de marche important.
- En conséquence, l'OAI a estimé qu'à compter du 1^{er} avril 2006 – soit trois mois plus tard -, le degré d'invalidité devait être fixé à 10,1%, la rente supprimée et les mesures professionnelles de reclassement refusées.
18. Dans un rapport du 28 août 2008, le Dr N_____, spécialiste FMH en dermatologie et vénéréologie aux HUG, a retenu le diagnostic d'ulcère dans un contexte d'insuffisance veineuse chronique post-traumatique.
19. Le 2 septembre 2008, un examen veineux des membres inférieurs n'a pas apporté d'arguments pour une composante veineuse significative à l'absence de guérison de l'ulcère malléolaire externe gauche.
20. Par courriers des 20 novembre et 1^{er} décembre 2008, l'assuré a annoncé à l'assureur une rechute et sollicité la réouverture de son dossier, au motif qu'un ulcère était apparu à l'endroit de l'une des lésions consécutives à l'accident.
- A l'appui de sa demande, l'assuré a notamment produit un rapport établi le 25 novembre 2008 par le Dr L_____, relevant que la cicatrice de la nécrose cutanée s'était spontanément abcédée, ce qui avait engendré une ulcération.
21. Le 7 février 2009, le Dr L_____ a mentionné la poursuite des soins locaux et attesté d'une incapacité totale de travail depuis le 21 juillet 2008.
22. Le 17 juin 2009, il a relevé que la cicatrice était fermée, mais demeurait algique. Il subsistait des douleurs variables en intensité dans la cheville et l'arrière pied. Le traitement en cours consistait en des séances de physiothérapie.

23. Par courrier du 7 juillet 2009, l'assuré a sollicité de l'assureur le versement d'indemnités journalières depuis sa rechute. Il a ajouté que son état psychologique était fragile, qu'il n'avait pas voulu s'annoncer à l'assurance-chômage et qu'il s'était contenté de la rente servie par l'assureur et de l'aide de ses proches.
24. Le 8 décembre 2009, l'assuré a par ailleurs saisi l'OAI d'une nouvelle demande de prestations.
25. Par décision du 11 mars 2010, l'assureur a suspendu la prise en charge des frais médicaux jusqu'à réception des conclusions d'une prochaine expertise médicale et a refusé d'intervenir pour l'incapacité de travail du 21 juillet 2008, au motif que l'assuré n'avait pas mis à profit sa capacité de travail résiduelle et ne s'était pas annoncé à l'assurance-chômage.
26. Le 30 mars 2010, le Dr L_____ a relaté que l'assuré continuait à souffrir de blocages itératifs de la cheville qui l'empêchaient de sortir de chez lui et nécessitaient des manœuvres de physiothérapie.
27. Dans un rapport du 12 avril 2010, le Dr O_____ a conclu au statu quo des séquelles traumatiques en comparaison à son examen du 3 septembre 2007.
28. Le 26 avril 2010, l'assuré a contesté la décision du 11 mars 2010, concluant notamment au versement d'indemnités journalières à partir du 21 juillet 2008. Il a également demandé à être mis au bénéfice de l'assistance juridique pour la procédure d'opposition.
29. Mandaté par l'assureur, le Dr M_____ a rendu un nouveau rapport d'expertise le 20 août 2010, après avoir réexaminé l'assuré.

L'expert a posé les diagnostics suivants, en lien avec le membre inférieur gauche : status après une nécrose secondaire sur une plaie abcédée à enterobacter cloacae - probablement sur des petits corps étrangers résiduels inclus dans la cicatrice, mise en évidence le 21 juillet 2008 et ayant été traitée au moins jusqu'à la fin de cette année-là -, hypoesthésies et dysesthésies de la moitié externe de la cheville et du pied - sur une probable lésion nerveuse par compression et/ou étirement -, cicatrice résiduelle, faisant suite à l'événement du 30 juillet 2004, séquelles d'algoneurodystrophie de Sudeck de la cheville et du pied, légère limitation fonctionnelle de la cheville et de l'arrière-pied - avec une dermite ocre sur une insuffisance veineuse chronique post-traumatique et une raideur cicatricielle persistante -, blocage intermittent de la cheville et de l'arrière-pied - sur un probable petit corps libre séquellaire à un remaniement osseux de la partie supérieure du cuboïde et de l'astragale, après une contusion osseuse suite à l'événement du 30 juillet 2004 - et, enfin, ancienne ostéochondrose disséquante de l'angle supéro-interne de l'astragale - préexistante à l'événement du 30 juillet 2004, mais désormais asymptomatique et sans aucun signe d'évolution pouvant justifier une participation à la problématique actuelle.

Selon l'expert, tous ces diagnostics étaient en relation de causalité naturelle vraisemblable avec l'événement assuré, à l'exception de l'ostéochondrose préexistante. En ce qui concernait la cheville et le pied gauches, l'accident avait entraîné une aggravation durable et déterminante et il ne pourrait jamais y avoir de retour à un statu quo sine ou ante.

L'expert a estimé que, depuis son dernier rapport, la situation s'était péjorée. L'assuré avait développé secondairement une insuffisance veineuse chronique post-traumatique dans la région de ses cicatrices, qui associée vraisemblablement à de petits corps étrangers, avait abouti à un abcès qui s'était surinfecté. Ceci avait induit une nouvelle nécrose cutanée en 2008 qui avait dû être traitée conservativement pendant plusieurs mois. Une cicatrisation avait pu être obtenue, mais la région restait très fragile. La problématique neurologique locale ne s'était pas améliorée puisque l'assuré avait développé une hypoesthésie complète depuis sa cicatrice jusqu'aux orteils des trois derniers rayons, associée à des dysesthésies de la cicatrice proprement dite et de l'arrière de la cheville, ainsi que du talon dans la région externe. Des phénomènes d'accoutumance étaient tout de même survenus puisque l'assuré avait réussi à se passer de cannes, mais les hypo-dysesthésies localisées l'empêchaient de porter des chaussures fermées et donc des supports plantaires. Associé à un manque de mobilité en flexion dorsale, cela augmentait la surcharge de son avant-pied plat et entraînait des hyperkératoses. Aucune adaptation ou accoutumance supplémentaire ne surviendrait. Au contraire, il y avait de forts risques que la situation se dégrade, compte tenu de l'atteinte majeure des parties molles. La cheville pouvait en effet évoluer vers une insuffisance veineuse chronique post-traumatique, entraînant des ulcérations chroniques avec surinfection, pouvant aller même jusqu'à une amputation.

L'événement accidentel avait en outre induit des problèmes psycho-sociaux majeurs et un état dépressif secondaire qui était en train d'aboutir à une situation catastrophique. Confronté à des problèmes financiers et sociaux, l'assuré avait en effet perdu son appartement et n'avait plus de domicile fixe. Il bénéficiait de l'aide sociale.

Il n'existait aucun traitement susceptible d'améliorer les séquelles de l'accident, mais il convenait de stabiliser la situation pour éviter une dégradation majeure. L'expert préconisait la poursuite de la physiothérapie sous forme de drainages lymphatiques réguliers associés parfois à des mobilisations pour débloquer l'articulation. En parallèle, l'assuré aurait besoin d'AINS et d'antalgiques. Sur le plan du chaussage, il convenait d'adresser l'assuré à un bottier-orthopédiste.

En ce qui concernait la capacité de travail, l'ancien métier d'agent de sécurité n'était plus du tout exigible. Un éventuel reclassement professionnel dans une activité adaptée était illusoire tant que l'état dépressif et la situation sociale de l'assuré ne seraient pas stabilisés. Un avis psychiatrique et une prise en charge à ce niveau lui paraissaient souhaitables.

Compte tenu de la péjoration survenue depuis sa dernière expertise, l'IPAI devait être fixée à 30%.

30. Cette expertise a été soumise au Dr P _____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-conseil de l'assureur, qui s'est prononcé le 12 septembre 2010.

Il a estimé qu'une activité dans une position sédentaire non stricte, respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré, était exigible à 100%, sans perte de rendement. Les facteurs psycho-sociaux défavorables ainsi que l'évolution vers un éventuel état dépressif étaient sans rapport de causalité avec l'accident. L'atteinte à l'intégrité pouvait être fixée à 30% pour tenir compte de l'aggravation locale.

31. Sur demande de l'assureur, le Dr M _____ a précisé, par courrier du 9 novembre 2010, qu'une capacité résiduelle de travail d'au moins 50% paraissait probable, sur le plan orthopédique, moyennant le respect de certaines limitations. Il suggérait toutefois que l'assuré soit adressé à la Clinique romande de réadaptation de Sion (CRR) pour une évaluation de la capacité fonctionnelle.

32. Par courrier du 22 décembre 2010, l'assureur a accepté de prendre en charge le traitement de physiothérapie, d'anti-inflammatoires et d'antalgiques, ainsi qu'une séance de pédicure à raison d'une ou deux fois par mois.

33. Le 12 janvier 2011, l'assureur responsabilité civile de la conductrice fautive a adressé à l'assureur un rapport de son propre médecin-conseil, le Dr Q _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Il en ressortait notamment que les nouvelles investigations radiologiques ne mettaient pas en évidence de nets changements depuis 2006. Etant donné que la marche restait très limitée, ce médecin disait comprendre mal les hyperkératoses de l'avant-pied et était d'avis que l'assuré marchait probablement plus qu'il ne le reconnaissait.

34. Le 9 février 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait mettre en œuvre une expertise par les Drs R _____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation et en rhumatologie, et S _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

35. Par courrier du 15 mars 2011, l'assureur a indiqué à l'assuré que l'instruction de son dossier nécessitait d'être complétée sur deux points : le taux de sa capacité résiduelle de travail - le Dr M _____ ayant fait état d'un taux de 50% sans être plus précis - et l'existence d'une éventuelle affection psychique. L'assureur entendait donc participer à l'expertise bidisciplinaire ordonnée par l'OAI.

36. Dans son rapport du 28 mars 2011, le Dr R _____ a retenu les diagnostics rhumatologiques suivants : un enraidissement du pied et de la cheville gauches (suite à une algoneurodystrophie post-traumatique), des troubles statiques de la cheville et du pied bilatéraux (prédominants à gauche, avec un affaissement de l'arche plantaire interne longitudinale et transverse de l'avant-pied avec un début de valgus du talon, sans atteinte du jambier postérieur), des douleurs du cou-de-pied sur son versant antéro-externe (en lien avec des blocages articulaires, probablement

d'origine sous-astrégalienne), une hypoesthésie et une dysesthésie péri-cicatricielles de la face dorso-externe du pied gauche et une probable sciatalgie gauche L5, anamnétique.

L'expert a également mentionné, tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : une insuffisance veineuse des membres inférieurs (stade I-II), une ancienne ostéochondrose de l'angle supéro-interne de l'astragale gauche préexistante à l'évènement assuré, un remaniement de la partie inférieure distale du cuboïde (compatible avec l'évolution d'une consolidation d'une fracture intra-spongieuse), un remaniement de l'extrémité antérieure du versant supérieur de l'apophyse articulaire antérieure du calcaneum (compatible avec l'évolution d'une consolidation du parcellaire) et une hypertension artérielle labile.

D'une manière générale, l'expert a relevé que les douleurs de la cheville gauche avaient diminué depuis mars-avril 2006. L'évolution avait été favorable, notamment sur le plan de la raideur et de l'adhérence de la peau de la cicatrice au tissu profond, grâce au traitement de physiothérapie. Ainsi, l'expert constatait, contrairement au Dr M_____, une évolution positive de l'anamnèse et du status entre les expertises du 23 septembre 2005 et du 13 novembre 2006. L'expert a notamment relevé qu'il n'y avait plus d'induration de la plaie et de toute la face externe du pied, que l'hypoesthésie ne touchait plus les deux derniers orteils gauches et que la plaie était guérie. Sur le plan articulaire, les amplitudes étaient augmentées, l'assuré pouvait laisser son membre inférieur gauche en déclivité, le sevrage de la canne anglaise avait débuté en 2006 et l'assuré ne prenait plus un certain analgésique. En outre, contacté téléphoniquement, le physiothérapeute avait confirmé avoir observé, depuis 2004, une évolution très favorable sur le plan des douleurs, de l'aspect local cutané et de la raideur articulaire, de l'ordre, globalement, de 80%. De manière évidente, les douleurs devaient être moins fortes depuis juin 2009. A partir de mai 2006, la consommation d'anti-inflammatoire avait baissé de moitié, ce qui laissait entrevoir une amélioration de l'état de santé compatible avec la reprise d'une activité adaptée à 100%. Sur le plan fonctionnel, l'assuré pouvait probablement marcher plus qu'il ne voulait bien le dire. Il marchait sans canne, précautionneusement mais sans claudication, et pouvait rester assis au moins la durée de l'anamnèse sans se lever, soit au moins 3h30-4h.

L'expert s'est étonné que l'assuré ait développé autant d'hyperkératoses, s'il marchait aussi peu qu'il le déclarait et a relevé un net manque de concordance entre l'intensité des douleurs avancées et les données de l'examen physique. En effet, il n'y avait pas de douleurs provoquées par l'examen et la consommation médicamenteuse annoncée ne coïncidait pas avec celle inventoriée auprès des pharmacies.

L'expert a par ailleurs relevé que les signes de consolidation osseuse de fractures parcellaires des cuboïde et calcanéenne pouvaient correspondre à des fractures de stress dans la pratique sportive, étant précisé qu'avant son accident, l'assuré était très sportif et pratiquait régulièrement les arts martiaux (boxe anglaise, judo, kung-

fu, cours de self-défense) impliquant des coups de pied répétés avec le membre inférieur gauche, puisqu'il était gaucher. La pratique intensive des arts martiaux pouvait également être à l'origine des problèmes veineux traumatiques.

S'agissant de la « réouverture spontanée » de la cicatrice du pied gauche, l'experte a retenu que le bilan n'apportait pas d'argument pour une composante veineuse significative à l'absence de guérison de l'ulcère malléolaire gauche, et a évoqué la possibilité d'une plaie accidentelle sur une peau insensible.

L'expert rhumatologue a conclu à une pleine capacité de travail dès le mois de novembre 2006 dans une activité adaptée, sans diminution de rendement, précisant que l'assuré pouvait marcher une à deux heures sur un terrain plat, monter et descendre les escaliers et s'accroupir mais devait éviter les déplacements incessants, les soulèvements ou déplacements de charges de plus de 10 à 15 kg de manière répétitive et devait pouvoir alterner les positions assise et debout et la marche. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables, mais sans influence sur la capacité de travail.

37. Dans son rapport du 22 avril 2011, le Dr S_____ a retenu un épisode dépressif léger sans syndrome somatique, depuis décembre 2007 (F32.10). Ont également été mentionnés, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : une majoration des symptômes physiques pour raisons psychologiques (névrose de compensation ; F68.0), des traits de personnalité narcissique, des soins impliquant d'autres moyens de rééducation pour la cheville gauche, depuis 2004 (Z50.8), des difficultés liées à l'emploi et au chômage, depuis fin 2006 (Z56), ainsi que des difficultés au logement et aux conditions économiques, depuis début 2008 (Z59).

Selon l'expert, ces troubles - à l'exception des traits de personnalité narcissique - étaient vraisemblablement en relation de causalité naturelle avec l'accident.

L'épisode dépressif majeur d'intensité légère était à l'origine d'une incapacité de travail de 100% dans l'ancienne profession (pour des raisons de sécurité en rapport avec le port d'arme) et d'une baisse de rendement de 20-30% (en fonction des pics symptomatiques) dans une activité adaptée, c'est-à-dire permettant des pauses occasionnelles pour une récupération psychique, sans horaires nocturnes et sans lien avec la restauration, ceci depuis décembre 2007.

Sur le plan de l'humeur, le pronostic était bon car l'épisode dépressif léger pouvait se traiter facilement et les symptômes, ainsi que les limitations subséquentes, devraient disparaître en l'espace de deux mois environ. Quant à la névrose de compensation, son évolution était plus difficile à prévoir car les revendications ne s'éteignaient pas toujours, même avec le versement de la compensation financière attendue.

Le statu quo ante n'était pas encore atteint mais pourrait l'être si un suivi psychiatrique et un traitement psychotrope étaient proposés à l'assuré. Quant au statu quo sine, il n'était pas non plus atteint mais ne le serait probablement que

plusieurs années plus tard, lorsque l'état physique déclinant pourrait être imputé au vieillissement naturel plutôt qu'aux suites de l'accident.

Si les troubles psychiques avaient été formellement diagnostiqués plus de sept ans après l'accident, c'était parce que les traits de personnalité narcissique tendent à rendre particulièrement difficile l'acceptation du besoin d'une aide psychologique voire psychiatrique. Il était probable que les revendications très importantes envers les assureurs (névrose de rente) aient pu masquer les autres symptômes psychiques lors des consultations somatiques.

38. Le 27 avril 2011, le Dr R_____ a répondu aux questions complémentaires de l'assureur.

L'enraidissement du pied et de la cheville gauches, les douleurs du cou-de-pied sur son versant antéro-externe en lien avec les blocages articulaires, l'hypoesthésie, l'anesthésie et la dysesthésie péricatricielles de la face dorso-externe du pied étaient en lien direct avec l'accident de juillet 2004, à plus de 70%.

Les séquelles des troubles sensitifs étaient directement en lien avec le traumatisme et entraînaient le risque de blessures qui pourraient se surinfecter avec une probabilité supérieure à 70%.

Les lésions d'ostéochondrite et les séquelles radiologiques des fractures intraspongieuses ne jouaient pas de rôle dans l'évolution de l'état de santé.

Les troubles statiques du pied plat avaient probablement été accentués par l'enraidissement global de la cheville, mais le mauvais déroulement du pas favorisait des zones d'hyperpression pour 50%.

La majoration de la stase veineuse et de la dilatation superficielle du réseau veineux de la cheville et du segment jambier gauche étaient en lien avec le traumatisme pour 30%, la pratique des arts martiaux jouant un rôle important.

Les douleurs sous forme de lancées électriques dans le segment jambier, à la face postérieure de la cuisse et dans la fesse gauche n'avaient aucun lien avec l'accident.

Le statu quo ante ne serait jamais atteint ; le statu quo sine l'était presque.

La poursuite de la physiothérapie et le port de chaussures orthopédiques étaient nécessaires.

39. Par décision sur opposition du 1^{er} juin 2011, l'assureur a annulé celle du 11 mars 2010 et, par décision du 23 septembre 2011, a reconnu à l'assuré, sur la base de l'expertise du Dr M_____, le droit à une IPAI de 30%.

40. Quant à l'OAI, il a statué en date du 8 février 2012 et refusé toute prestation à l'assuré, dont il a considéré que la capacité à exercer une activité adaptée était entière depuis novembre 2006, une baisse de rendement de 20% étant admise pour des raisons psychiques dès janvier 2007. Après comparaison des revenus avant et après invalidité, l'OAI a fixé le degré d'invalidité à 14%.

41. Par décision du 6 décembre 2012, considérant qu'il devait, suite à cette décision de l'OAI, mettre un terme au versement de la rente provisoire, l'assureur l'a remplacée, par décision du 9 juillet 2007, par une rente définitive avec effet au 1^{er} juillet 2007.

Se déterminant sur les conditions d'une révision de la rente, l'assureur a rappelé que l'OAI avait précisé que l'augmentation du taux de 10,1% à 14% était due à la baisse de rendement de 20% liée aux atteintes psychiques dont il a considéré qu'il n'avait quant à lui pas à répondre, les troubles en question n'étant pas en rapport de causalité adéquate avec l'accident de juillet 2004.

En outre, l'assureur a souligné que la baisse de rendement pourrait diminuer en cas de traitement adéquat et qu'au surplus, le taux d'invalidité ne subissait pas de modification notable.

Enfin, l'assuré n'avait pas droit à des indemnités journalières suite à la rechute annoncée en novembre 2008, compte tenu de l'absence de perte de gain au moment de la rechute.

42. Le 17 janvier 2013, l'assuré s'est opposé à cette décision en concluant au versement d'indemnités journalières depuis sa rechute du 21 juillet 2008 et au versement d'une rente de 50%. Il a fait valoir que ses troubles psychiques étaient la conséquence adéquate de l'accident et de ses suites. Il a également demandé à être mis au bénéfice de l'assistance juridique pour la procédure d'opposition.
43. Par décision sur opposition du 18 avril 2013, l'assureur a confirmé sa décision du 6 décembre 2012, aux motifs qu'un lien de causalité adéquate entre l'accident de gravité moyenne et les troubles psychiques ne pouvait pas être retenu, que la situation médicale de l'assuré n'avait pas subi de modification, et que l'intéressé disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Partant, le taux d'invalidité de 11% était confirmé, la demande d'indemnités journalières suite à la rechute de 2008 rejetée et l'assistance judiciaire gratuite refusée.
44. Par acte du 17 mai 2013, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de dépens, à ce que l'intimée soit condamnée à lui verser des indemnités journalières suite à la rechute du 21 juillet 2008 ainsi qu'une rente d'invalidité de 50%. Le recourant demande également à être mis au bénéfice de l'assistance juridique pour la procédure d'opposition. Subsidiairement, il conclut à ce qu'il soit constaté que l'augmentation du taux d'invalidité de 10,1 à 14 % constitue une modification notable.

Le recourant allègue n'avoir pas été en mesure de retrouver une activité professionnelle adaptée en raison de son état de santé et de son absence de qualifications.

Il soutient que les indemnités journalières doivent être calculées sur la base du gain assuré qu'il percevait comme agent de sécurité.

Quant à la révision de la rente d'invalidité, il fait valoir que sa capacité de travail théorique résiduelle ne peut dépasser 50% et que ses troubles psychiques sont en relation de causalité avec l'événement assuré.

45. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 17 juin 2013, a conclu au rejet du recours.

L'intimée soutient en substance que le recourant n'a pas perçu le moindre salaire depuis l'accident du 30 juillet 2004, de sorte qu'il ne peut prétendre des indemnités journalières.

S'agissant de la rente d'invalidité, elle constate que l'état de santé somatique du recourant a évolué positivement depuis septembre 2005 et considère qu'il n'existe pas de lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles psychiques et l'accident. Partant, le taux d'invalidité n'a subi aucune modification notable depuis le prononcé de la décision du 8 février 2012 par l'OAI et quand bien même ce serait le cas, une augmentation du taux d'invalidité de 3% ne saurait être considéré comme une modification notable.

Après nouvelle comparaison des revenus, l'intimée est d'avis que le degré d'invalidité du recourant est nul et que sa rente définitive fondée sur un degré d'invalidité de 11% est versée sans fondement. Elle se réserve le droit de procéder à une révision à ce propos.

46. Par écritures des 3 et 17 septembre et 20 décembre 2013, le recourant a produit divers rapports en lien avec la réouverture de sa cicatrice du pied gauche le 2 août 2013.
47. Par écritures des 9 septembre 2013 et 6 janvier 2014, l'intimée a répliqué que cette rechute éventuelle étant postérieure à la décision litigieuse, elle sortait du cadre du litige.
48. En date du 13 janvier 2014, le recourant a encore contesté qu'il s'agisse d'une nouvelle rechute, puisqu'il n'y avait jamais eu de guérison sur le plan physique.

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 depuis 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).

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision sur opposition du 18 avril 2013 a été reçue le lendemain par le recourant. Le délai de recours est arrivé à échéance le dimanche 19 mai 2013, de sorte que son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit, soit le mardi 21 mai 2013, compte tenu du fait que lundi 20 mai 2013 était un jour férié (art. 38 al. 3 et 60 al. 2 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.
4. L'objet du litige porte sur les questions de savoir si le recourant peut se voir reconnaître le droit à l'assistance juridique pour la procédure d'opposition, à l'octroi d'indemnités journalières suite à sa rechute du 21 juillet 2008, ainsi que sur son droit à voir la rente accordée par l'intimée par décision du 9 juillet 2007 révisée.

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATF non publié I 321/04 du 18 juillet 2005, consid. 5).

Eu égard à ce qui précède, les problèmes de santé annoncés par le recourant en cours de procédure, plus précisément ceux induits par la réouverture de sa cicatrice en août 2013, ne font pas partie de l'objet du litige.

5. Dans la procédure administrative en matière d'assurances sociales, l'assistance gratuite d'un conseil juridique est accordée au demandeur lorsque les circonstances l'exigent (art. 37 al. 4 LPGA). La LPGA a ainsi introduit une réglementation légale à l'assistance juridique pour ce type de procédure (ATF 131 V 153 consid. 3.1).

Selon la jurisprudence, les conditions d'octroi de l'assistance judiciaire gratuite sont en principe remplies si les conclusions ne paraissent pas vouées à l'échec, si le requérant est dans le besoin et si l'assistance d'un avocat est nécessaire ou du moins indiquée (ATF 125 V 201 consid. 4a ; ATF 125 V 371 consid. 5b et les références).

a) Un procès est dénué de chances de succès lorsque les perspectives de le gagner sont notablement plus faibles que les risques de le perdre et qu'elles ne peuvent être considérées comme sérieuses, de sorte qu'une partie disposant des moyens nécessaires renoncerait, après mûre réflexion, à s'y engager en raison des frais auxquels elle s'exposerait. Le procès ne l'est en revanche pas lorsque les chances de succès et les risques d'échec s'équilibrent à peu près ou que les perspectives de

succès ne sont que légèrement inférieures (ATF 129 I 129 consid. 2.3.1). La situation s'apprécie sur la base d'un examen provisoire et sommaire et, en cas de doute, l'assistance judiciaire doit être octroyée, la décision étant laissée au juge du fond (ATF non publié 5P.362/2000 du 8 décembre 2000, consid. 3.a).

b) L'affaire doit être d'une complexité telle que l'on ne peut attendre de l'assuré qu'il forme opposition sans l'assistance d'un conseil. La question de savoir si l'assistance d'un avocat est nécessaire ou du moins indiquée doit être tranchée d'après les circonstances concrètes objectives et subjectives. Pratiquement, il faut se demander pour chaque cas particulier si, dans des circonstances semblables et dans l'hypothèse où le requérant ne serait pas dans le besoin, l'assistance d'un avocat serait judicieuse, compte tenu du fait que l'intéressé n'a pas lui-même des connaissances juridiques suffisantes et que l'intérêt au prononcé d'un jugement justifierait la charge des frais qui en découle (ATF 103 V 46 consid. b ; ATF 98 V 115 consid. 3a ; cf. aussi ATF 130 I 182 consid. 2.2 et les références).

Ces conditions d'octroi de l'assistance judiciaire sont applicables à l'octroi de l'assistance gratuite d'un conseil juridique dans la procédure d'opposition. Toutefois, le point de savoir si elles sont réalisées doit être examiné à l'aune de critères plus sévères dans la procédure administrative (ATF non publié 8C_297/2008 du 23 septembre 2008, consid. 3.3).

L'assistance par un avocat s'impose uniquement dans les cas exceptionnels où il est fait appel à un avocat parce que des questions de droit ou de fait difficiles rendent son assistance apparemment nécessaire et qu'une assistance par le représentant d'une association, par un assistant social ou d'autres professionnels ou personnes de confiance d'institutions sociales n'entre pas en considération (ATF 132 V 200 consid. 4.1 et les arrêts cités). A cet égard, il y a lieu de tenir compte des circonstances du cas d'espèce, de la particularité des règles de procédure applicables, ainsi que des spécificités de la procédure administrative en cours. En particulier, il faut mentionner, en plus de la complexité des questions de droit et de l'état de fait, les circonstances qui tiennent à la personne concernée, comme sa capacité de s'orienter dans une procédure. Dès lors, le fait que l'intéressé puisse bénéficier de l'assistance de représentants d'associations, d'assistants sociaux ou encore de spécialistes ou de personnes de confiance œuvrant au sein d'institutions sociales permet d'inférer que l'assistance d'un avocat n'est ni nécessaire ni indiquée (Revue de l'avocat 2005 n. 3 p. 123). En règle générale, l'assistance gratuite est nécessaire lorsque la procédure est susceptible d'affecter d'une manière particulièrement grave la situation juridique de l'intéressé. Sinon, une telle nécessité n'existe que lorsque à la relative difficulté du cas s'ajoute la complexité de l'état de fait ou des questions de droit, à laquelle le requérant n'est pas apte à faire face seul (ATF 130 I 180 consid. 2.2 et les références).

c) Enfin, une partie est dans le besoin lorsque ses ressources ne lui permettent pas de supporter les frais de procédure et ses propres frais de défense sans entamer les moyens nécessaires à son entretien et à celui de sa famille (ATF 128 I 225

consid. 2.5.1 ; ATF 127 I 202 consid. 3b). Les besoins vitaux selon les règles de procédure se situent au-dessus de ce qui est strictement nécessaire et excèdent le minimum vital admis en droit des poursuites (ATF 118 Ia 369 consid. 4). Pour que la notion d'indigence soit reconnue, il suffit que le demandeur ne dispose pas de moyens supérieurs aux besoins normaux d'une famille modeste (RAMA 1996 p. 208 consid. 2). Les circonstances économiques au moment de la décision sur la requête d'assistance judiciaire sont déterminantes (ATF 108 V 265 consid. 4).

6. En l'espèce, dans sa décision sur opposition du 18 avril 2013, l'intimée se borne à affirmer que les trois conditions cumulatives à l'obtention de l'assistance juridique ne sont pas réalisées, sans motivation aucune. Le recourant, quant à lui, ne démontre pas en quoi il remplirait les exigences requises. Il ne produit en particulier aucune pièce relative à sa situation financière. Le courrier de l'Hospice général du 8 juin 2010 attestant de l'intervention de cet organisme en sa faveur ne saurait suffire à établir son indigence au moment de la décision sur la requête d'assistance judiciaire. La Cour de céans observe au surplus que le recourant n'est pas au bénéfice de l'assistance juridique en procédure de recours, ce qui pourrait suggérer une amélioration de sa situation économique depuis 2010.

Partant, faute d'informations suffisantes quant à la situation financière du recourant et de motivation suffisante de l'intimée, le dossier sera renvoyé à cette dernière à charge pour elle d'instruire en détail cette question et de rendre ensuite une décision motivée susceptible de recours. Sur ce point, le recours est partiellement admis.

7. Il convient à présent d'examiner si le recourant, bénéficiaire d'une rente versée par l'intimée, peut prétendre des indemnités journalières suite à sa rechute du 21 juillet 2008.

a) Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. En vertu de l'art. 16 al. 1 LAA, s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. L'al. 2 précise que le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, conformément à l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Selon l'art. 19 al. 1, 1^{ère} phrase, LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Il faut en principe que l'état de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (ATF non publié 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009, consid. 5.1). Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2^{ème} phrase, LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et

qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2).

b) En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, le paiement d'indemnités journalières (art. 11 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [RS 832.202 ; OLAA] ; pour les titulaires d'une rente de l'assurance-accidents : art. 21 LAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites 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. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif.

c) Le montant des indemnités journalières est calculé d'après le gain assuré (art. 15 al. 1 LAA), c'est-à-dire, en principe, le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident (art. 15 al. 2 LAA). Dans des cas spéciaux, il dépend des dispositions de l'OLAA édictées par le Conseil fédéral (art. 15 al. 3 LAA). L'art. 23 al. 8 OLAA prévoit ainsi que le salaire déterminant en cas de rechute est celui que l'assuré a reçu juste avant celle-ci; toutefois, il ne saurait être inférieur à 10 % du montant maximum du gain journalier assuré, sauf pour les bénéficiaires de rentes de l'assurance sociale. Dans le même sens, l'art. 21 al. 1 et 3 LAA prévoit qu'en cas de rechute et de séquelles tardives après que la rente a été fixée, le bénéficiaire de la rente dont le gain diminue a droit à une indemnité journalière dont le montant est calculé sur la base du dernier gain réalisé avant le nouveau traitement médical. Cette disposition permet au titulaire d'une rente partielle de l'assurance-accidents qui a mis en valeur sa capacité résiduelle de gain de percevoir, outre la rente allouée initialement, une indemnité journalière calculée sur la base de son dernier revenu avant la rechute ou la séquelle tardive (ATF non publié 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009, consid. 5.4).

L'art. 23 al. 8 OLAA doit être compris en ce sens que le salaire perçu avant la rechute est toujours déterminant pour les bénéficiaires de rentes d'assurance sociales, et que ceux-ci n'ont pas droit à des indemnités journalières lorsqu'ils ne percevaient pas de salaire avant leur rechute (André-Pierre HOLZER, *Der versicherte Verdienst in der obligatorischen Unfallversicherung*, RSAS 2010, p. 221). Cette disposition vise en effet la couverture du gain dont l'assuré est effectivement privé (RAMA 2006 p. 78 consid. 1.5.4). Selon notre Haute Cour, il découle de l'art. 23 al. 8 OLAA que le fait de subir une incapacité de gain est déterminant pour le calcul de l'indemnité journalière, dès lors que cette dernière doit être calculée sur un gain assuré (ATF non publié 8C_34/2008 du 7 novembre 2008, consid. 5.1 et les réf. citées).

La Cour de céans a déjà eu l'occasion de se prononcer sur cette question et de juger que le salaire à retenir en cas de rechute ou de séquelle tardive ne saurait être celui obtenu avant l'accident initial, même calculé de façon hypothétique, eu égard au texte clair de l'art. 23 al. 8 OLAA (ATAS/1305/2008 consid. 7; ATAS/1072/2008 consid. 10a).

8. En l'occurrence, eu égard aux principes exposés ci-dessus, et compte tenu du fait que le recourant n'a ni exercé d'activité lucrative ni perçu d'indemnités de l'assurance-chômage avant sa rechute du 21 juillet 2008, il s'impose de constater que le salaire déterminant est nul et que l'intéressé n'a donc pas droit à des indemnités journalières de la part de l'intimée.

L'argument selon lequel le recourant n'a pu retrouver une activité professionnelle adaptée en raison de son état de santé et de son absence de qualification revient en réalité à contester aujourd'hui, devant la Cour de céans, la décision de l'intimée du 9 juillet 2007, laquelle reconnaissait à l'assuré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il en va de même de l'argument selon lequel il n'y aurait pas eu de rechute puisqu'il n'y aurait pas eu de guérison.

Or, le litige soumis à la Cour de céans se limite à la décision sur opposition du 18 avril 2013. La décision du 9 juillet 2007 est quant à elle entrée en force et a clôturé le cas initial. Si le recourant souhaitait en obtenir la révision, il lui incombait de solliciter l'intimée dans ce sens, ce qu'il n'a pas fait.

Par conséquent, faute d'avoir mis à profit sa capacité de gain résiduelle, le recourant ne peut prétendre des indemnités journalières suite à sa rechute du 21 juillet 2008. Sur ce point, la décision de l'intimée est bien fondée et le recours rejeté.

9. Reste à examiner si c'est à juste titre que l'intimée a refusé de réviser la rente d'invalidité du recourant, rente dont le montant avait été fixé dans la décision du 9 juillet 2007.
10. Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modification sensible de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b).

Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006, consid. 4.1). 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 de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence ; ATF 112 V 371 consid. 2b et ATF 112 V 387 consid. 1b).

11. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

b) Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (art. 11 OLAA), lesquelles se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, celles-ci ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références ; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2; ATFA non publié U 80/05 du 18 novembre 2005).

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (cf. ATFA non publié U 293/01 du 17 mai 2002, consid. 1, résumé dans REAS 2002 p. 307). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c; cf. également ATF 8C_102/2008 du 26 septembre 2008, consid. 2.2).

c) L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves

dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; RAMA 1992 no U 142 p. 75, consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, no 141). Par ailleurs, le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «*post hoc, ergo propter hoc*»; cf. ATF 119 V 341 sv., consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

d) Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. Le lien de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 25 V 461 consid. 5a et les références).

12. En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 ; ATF 117 V 369 consid. 4b ; ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa).
13. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les

accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 403 consid. 5). Le Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (ATF non publié 8C_175/2010 du 14 février 2011, consid. 4.2 ; ATF non publié 8C_77/2009 du 4 juin 2009, consid. 4.1.1 et les références citées).

Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minime, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

Sont réputés de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances

constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères dont les plus importants sont les suivants:

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ;
- et, enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. A ce propos, il y a lieu de considérer qu'en cas d'accident de gravité légère ou moyenne, le fait d'être écarté du monde du travail pendant une très longue durée ou de manière durable apparaît d'un point de vue médical comme plutôt inhabituel. Conformément au principe de l'obligation de réduire le dommage, il doit être reconnaissable concrètement que l'assuré a entrepris tout ce qui était possible et exigible pour regagner aussi vite que faire se peut le monde du travail. Ainsi, il doit tenter de reprendre son activité malgré les éventuels désagréments personnels et, le cas échéant, avec un accompagnement thérapeutique médical. Est dès lors déterminant non plus la durée de l'incapacité de travail, mais l'importance de l'incapacité de travail malgré les efforts consentis pour reprendre le travail.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références ; ATF 115 V 133 consid. 6c/aa).

Dans la pratique, a été jugé comme étant de gravité moyenne l'accident subi par la conductrice d'une motocyclette renversée par un automobiliste qui lui avait soudainement coupé la route et qui avait été victime d'une fracture de la clavicule et de contusion du pied (ATFA non publié U 119/06 du 23 mai 2007) ; un accident de la circulation au cours duquel un assuré, au volant de sa moto, remontait une colonne de voitures à l'arrêt lorsqu'il est entré en collision avec une automobile

venant en sens inverse qui lui a coupé la priorité en obliquant à gauche pour rejoindre une autre artère. Il a subi à cette occasion un traumatisme cervical et des contusions à l'épaule (ATFA non publié U 183/00 du 29 janvier 2001) ; récemment, notre Haute Cour a classé dans la catégorie des accidents moyens, mais pas à la limite des cas graves, le sinistre d'une assurée qui roulait sur une route enneigée, lorsqu'un automobiliste venant en sens inverse a percuté frontalement son véhicule, lequel a été projeté en arrière contre une autre voiture qui suivait. Bien qu'il s'agisse d'une collision frontale, l'accident en cause s'était produit alors que les véhicules roulaient à une vitesse modérée au moment de l'impact (ATF 8C_961/2012 du 18 juillet 2013) ; le Tribunal fédéral a jugé que devait être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne stricto sensu, un accident subi par une cycliste qui roulait à une vitesse réduite, lorsqu'elle a été heurtée par un scooter qui circulait à vitesse modérée, mais qui n'avait pas freiné. Suite au choc, la cycliste avait été projetée à une distance de 9 mètres 30 (ATF non publié 8C_816/2012 du 4 septembre 2013) ; de même, un accident au cours duquel un véhicule automobile avait fait un tonneau à une vitesse d'environ 95 km/h sur l'autoroute en raison d'une crevaison et s'était immobilisé sur le toit (ATFA U 161/01 du 25 février 2003, publié dans RAMA 2003 n° U 481) ; un accident de la route lors duquel un chauffeur de camion avait été heurté de front par un fourgon qui avait lui-même été poussé par un train routier, causant une fracture multifragmentaire d'une rotule et plusieurs contusions (ATFA non publié U 220/01 et U 248/01 du 29 mai 2002) ; un accident de la circulation, se produisant sur une autoroute à une vitesse en dessous de 100 km/h. Le conducteur avait dû brusquement se rabattre pour éviter un autre véhicule roulant en sens inverse, de sorte que la voiture avait dérapé et percuté la glissière de sécurité. La passagère arrière avait été projetée contre la portière qu'elle avait heurtée de la tête et de l'épaule, et avait subi une commotion cérébrale et une distorsion cervicale (ATF non publié 8C_182/2009 du 8 décembre 2009).

14. a) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, 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 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

b) Le juge des assurances sociales 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 (ATF 126 V 319 consid. 5a).

c) La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n°U 344 p. 418 consid. 3).

15. En l'espèce, il sied d'examiner si le degré d'invalidité du recourant a connu une modification notable - du fait de changement important de l'état de santé du recourant ou de ses conséquences sur sa capacité de gain - en comparant les faits au moment de la décision initiale de rente du 9 juillet 2007 et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse.

La Cour de céans observe au préalable que le recourant semble soutenir désormais que ses troubles somatiques justifieraient également une révision de sa rente, alors que seuls des troubles psychiques ont servi de motivation à son acte de recours.

S'agissant de l'atteinte à la santé physique, la décision initiale de rente est fondée sur le rapport du 13 novembre 2006 du Dr M_____, lequel a conclu que la capacité de travail en qualité d'agent de sécurité était nulle, mais qu'une activité professionnelle en position semi-assise était possible à quasiment 100 %. Il a précisé que tous les travaux de bureau étaient adaptés, pour autant que le recourant puisse bouger un peu chaque heure pour éviter un enraidissement de la cheville.

Le recourant fait valoir que dans un rapport subséquent, soit celui du 20 août 2010, le Dr M_____ a attesté d'une péjoration de son état de santé entraînant une diminution de sa capacité de travail dans une activité adaptée. Il convient dès lors de déterminer si ce rapport médical peut se voir reconnaître une pleine valeur probante.

La Cour de céans remarque en premier lieu que les nouvelles conclusions du Dr M_____ quant à la capacité résiduelle de travail ne sont pas suffisamment motivées. En effet, dans son rapport du 20 août 2010, ce médecin a mentionné qu'un éventuel reclassement professionnel était illusoire, compte tenu de l'état dépressif et de la situation sociale du recourant, sans évoquer de nouvelles restrictions physiques par rapport à celles relatées en 2006. Sur demande de l'intimée, il a ajouté, par courrier du 9 novembre 2010, qu'une capacité résiduelle de travail d'au moins 50% paraissait probable, sur le plan orthopédique. A titre de restrictions, il a mentionné les déplacements fréquents, en montée, en descente et dans les escaliers, sans expliquer s'il s'agissait là de limitations supplémentaires à celles retenues en 2006, ou s'il s'agissait de simples précisions. Il n'a pas non plus fourni d'explications objectives permettant de comprendre pour quelles raisons il estimait que la capacité résiduelle de travail avait diminué de 100% à 50%, alors que l'activité envisagée demeurait, comme en 2006, une activité en position semi-assise.

La Cour de céans constate en outre que les observations de ce médecin quant à une aggravation de l'état de santé et ses conclusions quant à la capacité à exercer une activité adaptée sont contredites par le Dr R_____, lequel a motivé de manière convaincante les raisons l'ayant conduit à s'écarter de l'appréciation du Dr M_____. Le Dr R_____ a ainsi notamment expliqué que l'évolution avait été positive entre les deux premières expertises du Dr M_____, puisqu'il n'y avait plus d'induration de la plaie et de toute la face externe du pied, que l'hypoesthésie ne touchait plus les deux derniers orteils gauches, que la plaie était guérie, que, sur le plan articulaire, les amplitudes étaient augmentées, que le recourant pouvait laisser son membre inférieur gauche en déclivité, que le sevrage de la canne anglaise avait débuté en 2006, qu'un analgésique avait été arrêté et qu'enfin, depuis mai 2006, la consommation d'anti-inflammatoire avait baissé de moitié - ce qui laissait entrevoir une amélioration de l'état de santé compatible avec la reprise d'une activité adaptée à 100%. Désormais, le recourant pouvait rester assis durant trois ou quatre heures et probablement marcher plus qu'il ne voulait bien le dire, sans canne et sans claudication. Le Dr R_____, à l'instar du Dr Q_____, s'est étonné des hyperkératoses présentes et a également signalé un net manque de concordance entre l'intensité des douleurs alléguées et les données de l'examen physique. Enfin, le physiothérapeute du recourant a confirmé une évolution très favorable depuis 2004.

S'agissant de la valeur probante du rapport du Dr R_____ du 28 mars 2011, la Cour de céans observe que ce document contient un résumé détaillé du dossier médical du recourant, relate les plaintes exprimées par celui-ci et se fonde sur des observations approfondies et des investigations complètes. L'expert a justifié de façon précise et convaincante les raisons pour lesquelles il s'écarterait de certaines conclusions d'autres médecins. A titre d'exemple, il a expliqué que l'affirmation des Drs M_____ et N_____ concernant l'existence d'un ulcère

survenant dans le contexte d'une insuffisance veineuse post-traumatique était prise à défaut par l'examen veineux effectué le 2 septembre 2008. Le Dr R_____ a argumenté en faveur de heurts accidentels sur une peau insensible et expliqué que le status d'insuffisance veineuse bilatéral prédominant à gauche pouvait résulter de la pratique intensive des arts martiaux pendant de longues années. Ses conclusions, selon lesquelles le recourant ne pourrait plus exercer son ancienne activité d'agent de sécurité, mais pourrait en revanche envisager à temps plein une activité professionnelle respectant des contre-indications précises – correspondant au demeurant à celles retenues par le Dr M_____ - sont sérieusement motivées. Rien ne permettant de douter de leur fiabilité et de leur pertinence, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise judiciaire.

Au vu du rapport d'expertise du Dr R_____, la Cour de céans considère comme établi, au degré de la vraisemblance prépondérante exigé par la jurisprudence, que le recourant a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis novembre 2006. Dès lors, d'un point de vue somatique, rien ne justifie la révision de la rente d'invalidité.

16. Il convient à présent de déterminer si les troubles psychiques dont souffre le recourant peuvent justifier la révision de cette rente, étant rappelé que le Dr S_____ a diagnostiqué un épisode dépressif léger sans syndrome somatique à l'origine d'une baisse de rendement de 20-30 % depuis décembre 2007.

La Cour de céans constate en premier lieu que le rapport médical établi le 22 avril 2011 par le Dr S_____ correspond aux réquisits jurisprudentiels développés par le Tribunal fédéral puisque ses conclusions reposent sur une parfaite connaissance du dossier et un examen détaillé, qu'il contient une anamnèse précise, que les plaintes du recourant sont prises en considération. Les diagnostics sont clairs et les conclusions motivées, de sorte qu'une pleine valeur probante peut être attribuée à ce document.

Reste donc à examiner si l'épisode dépressif léger est en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 30 juillet 2004.

17. En l'occurrence, la question de la causalité naturelle entre l'accident et les troubles psychiques développés par le recourant à partir du mois de décembre 2007 peut rester indéterminée, dès lors que la causalité adéquate fait manifestement défaut au regard des critères posés par la jurisprudence dans le cas d'accidents de gravité moyenne.

En effet, le sinistre du 30 juillet 2004 doit objectivement être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, stricto sensu, au vu de son déroulement et des forces en jeu.

S'agissant des critères jurisprudentiels, la Cour de céans constate que :

- l'accident n'apparaît pas particulièrement impressionnant et que ses circonstances concomitantes ne revêtent pas un caractère qui pourrait être

qualifié de dramatique, peu importe à cet égard que le recourant ait été très effrayé ; en effet, celui-ci venait de démarrer au feu vert et circulait par conséquent à faible allure ; de plus, bien que la conductrice fautive roulât à 45-50 km/h. et qu'elle n'ait pas freiné, elle a d'abord percuté un premier véhicule avant de heurter le recourant, de sorte que sa vitesse était un peu diminuée, à titre comparatif, le Tribunal fédéral a jugé que le critère particulièrement impressionnant n'était pas réalisé dans des cas similaires (cas d'une motocycliste renversée par un automobiliste qui lui avait soudainement coupé la route [ATFA non publié U 119/06 du 23 mai 2007] ; cas d'un assuré qui, au guidon de sa moto, était entré en collision avec un véhicule venant en sens inverse qui lui avait coupé la priorité [ATFA non publié U 183/00 du 29 janvier 2001]) ;

- concernant la gravité des lésions physiques et leurs conséquences, seules entrent en ligne de compte celles qui sont dues à l'accident ; or, les atteintes retenues par le Dr R_____ en lien avec l'accident du 30 juillet 2004 (status après traumatisme par écrasement du pied gauche, enraidissement du pied et de la cheville gauches, douleurs du cou-de-pied, hypoesthésie et dysesthésie péricicatricielles de la face du pied gauche, status après plaie de plusieurs centimètres de diamètre sur la face du cou-de-pied, différents status après des plaies ou des fractures sans séquelles) ne sauraient être considérées, au regard de leurs conséquences purement physiques, d'une gravité ou d'une nature propre à entraîner des troubles psychiques ;
- pour l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire ; n'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (ATFA non publié U 369/05 du 23 novembre 2006, consid. 8.3.1 et 8.2.4) ; la prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations, même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (ATF non publié 8C_361/2007 du 6 décembre 2007, consid. 5.3 et ATFA non publié U 380/04 du 15 mars 2004, consid. 5.2.4 in RAMA 2005 n° U 549 p. 239) ; or, en l'occurrence, le traitement médical a consisté, d'une part, en des soins cutanés locaux en raison d'une nécrose - lesquels n'ont pas été anormalement longs, étant rappelé que le Dr L_____ a signalé l'obtention d'une cicatrisation complète le 9 janvier 2005 ; bien que la cicatrice de la nécrose cutanée se soit abcédée en juillet 2008, la guérison a été acquise dans un laps de temps qui n'apparaît pas étonnamment long puisque le Dr L_____ a attesté, le 17 juin 2009, que la cicatrice était fermée ; d'autre part, le traitement a consisté en des séances de physiothérapie, d'ostéopathie et d'acupuncture, le port de support plantaire et la prise d'AINS et d'antalgiques ; il s'est donc agi d'un traitement conservateur sans aucune indication opératoire, de sorte qu'eu égard aux

principes susmentionnés, on doit nier que la circonstance de la longue durée du traitement médical soit remplie ;

- s'agissant des douleurs, il ressort du rapport du 28 mars 2011 du Dr R_____ que les douleurs de la cheville gauche ont diminué depuis mars-avril 2006 ; à partir de mai 2006, la consommation d'anti-inflammatoire a baissé de moitié et le physiothérapeute du recourant a confirmé une évolution très favorable sur le plan des douleurs depuis 2004 ; le critère des douleurs physiques persistantes ne paraît ainsi pas non plus réalisé, mais cette question peut rester ouverte compte tenu de l'ensemble des circonstances ;
- il ne ressort pas du dossier du recourant que ce dernier aurait été victime d'une erreur dans le traitement médical ni qu'une telle erreur aurait considérablement aggravé ses séquelles ;
- enfin, concernant l'incapacité de travail, la Cour de céans relève que le Dr L_____ a attesté au mois de juin 2005, soit onze mois après l'accident, qu'une reconversion était à prévoir ; selon la décision de l'intimée du 9 juillet 2007, la capacité de travail était totale dans une activité adaptée dès novembre 2006, ce qui a encore été confirmé par la suite par le Dr R_____ ; partant, si le recourant a été écarté du monde du travail pendant une très longue durée, c'est uniquement parce qu'il n'a pas mis à profit sa capacité de travail résiduelle.

Eu égard à l'ensemble des circonstances, il appert qu'un seul critère posé par la jurisprudence peut éventuellement être considéré comme rempli et qu'il ne revêt en aucun cas une intensité suffisante pour établir une relation de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques attestés par l'experte psychiatre. A cet égard, la Cour de céans relève encore être confortée dans cette conclusion par le fait que le diagnostic d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique, seul trouble psychique ayant une répercussion sur la capacité de travail, existe depuis le mois de décembre 2007, soit près de trois ans et demi après l'accident.

18. Compte tenu de l'ensemble de ces circonstances, c'est à juste titre que l'intimée a nié l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques présentés par le recourant.

Partant, l'augmentation du taux d'invalidité de 10,1% à 14% telle que retenue par l'OAI en raison d'une baisse de rendement de 20%, laquelle est due à des troubles psychiques, n'est pas déterminante pour l'issue du litige.

Force est donc de constater qu'après comparaison des faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale, le 9 juillet 2007, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse, le 18 avril 2013, aucun changement important de circonstances propre à influencer le droit à la rente n'est intervenu.

Par conséquent, les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA ne sont pas réalisées.

Au vu de ce qui précède, le dossier est renvoyé à l'intimée et la décision litigieuse annulée en tant qu'elle porte sur la demande d'assistance juridique en procédure d'opposition. Le recours est rejeté pour le surplus.

Le recourant obtenant très partiellement gain de cause, une indemnité de 750 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet très partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision sur opposition du 18 avril 2013, en tant qu'elle rejette la demande d'assistance juridique pour la procédure d'opposition.
4. Renvoie la cause à l'intimée à charge pour cette dernière de rendre une nouvelle décision sur cet unique point, après instruction complémentaire.
5. Confirme la décision sur opposition du 18 avril 2013 pour le surplus.
6. Condamne l'intimée à payer au recourant la somme de 750 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. 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; RS 173.110); 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

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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