

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2974/2008

ATAS/1503/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 8

du 26 novembre 2009

En la cause

Monsieur S _____, domicilié à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître MEYER Daniel

recourant

contre

GENERALI ASSURANCES GENERALES SA, sise avenue
Perdtemps 23, 1260 Nyon

intimée

**Siégeant : Jean-Louis BERARDI, Président suppléant; Teresa SOARES ET Monique
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. S_____ (né en 1958, au bénéfice d'un permis d'établissement) a travaillé comme serveur pour le compte des Restaurants X_____ SA de mai 1991 à avril 2000, puis au café-restaurant Y_____ SA, de juin 2001 à décembre 2002 (dernier jour de travail effectif : 17 janvier 2002). A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de l'UNION SUISSE, Compagnie Générale d'Assurance, aujourd'hui : GENERALI ASSURANCES GENERALES SA (ci-après : GENERALI). Il était en outre au bénéfice d'une assurance complémentaire à la LAA auprès de cette même assurance.
2. Le 22 février 1992, l'assuré a été victime d'une entorse du pied droit, alors qu'il se rendait à pied à son lieu de travail. Le 29 juin suivant, il a subi une deuxième entorse du même pied (récidive). A ce titre, il a été mis en arrêt de travail complet jusqu'au 15 septembre 1992.
3. Une scintigraphie osseuse du 14 août 1992 a révélé que l'assuré avait subi une distorsion de la cheville droite, avec une fracture non déplacée de la malléole interne, ainsi qu'une algodystrophie du pied droit.
4. En 1995, les douleurs ont réapparu. Le 10 mai 1995, l'assuré a été opéré pour une exostose post-traumatique du compartiment interne de la cheville droite (exérèse et synovectomie). Il a pu reprendre son travail à plein temps, dès le 15 août 1995.
5. Le 25 septembre 1997, l'assuré a souffert d'une tendinite des péroniers. Cet épisode inflammatoire n'a pas été mis sur le compte des entorses précitées.
6. Une IRM de la cheville droite du 22 janvier 2002 a mis en évidence une arthrose de l'articulation tibio-talienne.
7. En janvier 2002, l'assuré a été hospitalisé aux Hôpitaux Universitaires de Genève (H.U.G.) pour un angor instable. Un stent coronarien a été mis en place.
8. Dans un rapport du 7 octobre 2002, le Dr A_____, spécialiste en chirurgie, mandaté par GENERALI, s'est prononcé en faveur d'une arthrose précoce de la cheville droite, qui devait être considérée comme une complication tardive après 10 ans d'évolution.
9. Dès le 2 janvier 2003, l'assuré a de nouveau été totalement incapable de travailler en raison d'une réapparition de ses douleurs.

10. Une arthroscopie réalisée le 30 janvier 2003 par le Dr B_____, chirurgien orthopédique traitant, a confirmé la présence d'une arthrose sévère de la cheville droite.
11. Dans une expertise du 14 juillet 2003 (examen du 13 juin précédent), le Dr A_____ a diagnostiqué des entorses à répétition de la cheville droite et une arthrose tibio-tarsienne droite. Selon une scanographie du 26 juin 2003, la cheville gauche présentait une arthrose tibio-astragaliennne débutante. Il a estimé que l'incapacité de travail dans l'activité antérieure de serveur était totale et définitive. En revanche, dans une activité s'exerçant principalement ou exclusivement en position assise, la capacité de travail était « évidemment » de 100%. Un reclassement professionnel était indiqué. Il a en outre chiffré à 15% l'atteinte à l'intégrité, étant précisé qu'en cas d'évolution défavorable après arthrodèse ou arthroplastie, ce taux devrait être augmenté. L'expert a encore estimé que l'« accident » du 22 février 1992 était une cause vraisemblable de l'atteinte à la santé. Sur le plan des mesures médicales, une arthrodèse tibio-tarsienne était susceptible de soulager fortement les douleurs.
12. Le 23 octobre 2003, une arthrodèse des articulations tibio-astragaliennne et sous-astragaliennne droite a été pratiquée par le Dr B_____.
13. Le 5 février 2004, l'intéressé a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) tendant principalement à l'octroi de mesures d'ordre professionnel.
14. Dans un rapport destiné à l'AI du 2 mars 2004, le Dr B_____ a diagnostiqué une pan-arthrose de la cheville droite entraînant une incapacité totale dans l'ancienne profession. Une activité en position assise était exigible à 50% (sans alternance des positions, ni position à genoux ou accroupie, sans parcours à pied, sans port de charge, ni mouvements répétitifs).
15. Le 23 février 2004, GENERALI a transmis à l'OAI le dossier de l'assuré.
16. Dans un avis du 31 mars 2004, le Service médical régional de AI (SMR) s'est rallié aux conclusions de l'expertise du Dr A_____ et a retenu que l'assuré disposait d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée.
17. Dans un courrier à GENERALI du 13 mai 2004, le Dr B_____ a précisé que le patient devait être reconverti dans un métier avec alternance parfois de position debout.
18. Par décision du 9 juin 2004, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'un stage de réadaptation professionnelle au Centre d'Intégration Professionnelle (CIP-OSER), du 23 août au 21 novembre 2004.

19. Ce stage a été interrompu le 18 octobre 2004 en raison d'une aggravation des douleurs séquellaires de l'arthrodèse tibio-tarsienne.
20. Selon le rapport CAM du 15 octobre 2004, l'assuré disposait d'une capacité de travail dans des activités légères, à plein temps, avec un rendement proche de la normale, dans des activités sérielles simples, et uniquement en position assise. Dans un rapport final du 7 décembre 2004, le CIP a conclu à la possibilité de reclasser l'assuré dans le circuit économique normal. Cette possibilité restait toutefois théorique, dans la mesure où l'intéressé avait dû interrompre son stage pour des raisons médicales et où il n'était par ailleurs visiblement pas prêt, pour des raisons ne relevant pas forcément de l'invalidité, à s'investir dans une démarche de réadaptation.
21. Dans un courrier à GENERALI du 24 novembre 2004, le Dr B_____ a indiqué que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée (position assise).
22. Le 17 mars 2005, l'OAI a mis l'intéressé au bénéfice d'un second stage au CIP (APAIL), du 29 mars au 26 juin 2005. Cette mesure a été (formellement) interrompue le 5 mai 2005, l'assuré se trouvant totalement empêché de travailler depuis le 6 avril précédent.
23. Dans leur rapport final du 18 mai 2005, les maîtres de réadaptation ont retenu que l'assuré était apte à effectuer des travaux sériels à l'établi ou à travailler comme opérateur sur machine en position assise, à plein temps, sans baisse de rendement. Par ailleurs, les chances de succès d'un reclassement étaient faibles, car l'assuré n'acceptait pas son handicap et souffrait trop de la cheville.
24. Selon un avis du 5 juillet 2005, le SMR a estimé que l'échec des mesures professionnelles s'expliquait par des facteurs extra-médicaux. En outre, les certificats d'arrêts de travail avaient été délivrés sur la base des (seules) douleurs subjectives alléguées par l'assuré.
25. Entre-temps, le 4 avril 2005, l'OAI a transmis à GENERALI le dossier de l'assuré.
26. GENERALI a confié une nouvelle expertise au Dr C_____, chirurgien orthopédique. Dans un rapport du 7 juillet 2005 (examen du 27 juin précédent), cet expert a posé les diagnostics suivants : status après entorse de la cheville droite avec fracture non déplacée de la malléole interne en 1992 ayant évolué vers une arthrose tibio-tarsienne ; status après arthrodèse tibio-tarsienne et sous-astragalienne droites, effectuée le 23 octobre 2003 ; pseudoarthrose de la sous-astragalienne droite. Status après mise en place d'un Stent coronarien en janvier 2002 ; hypothyroïdie ; excès pondéral. Par ailleurs, la relation de causalité entre les entorses de la cheville droite subies en 1992 et l'évolution arthrosique actuelle était vraisemblable. Les troubles coronariens s'étaient déclarés après l'accident (maladie

intercurrente). L'incapacité de travail était totale et une reprise de travail était exigible à 75% dans une activité privilégiant la position assise, après la consolidation complète de l'arthrodèse. Le taux résiduel de 25% d'incapacité de travail se justifiait par les douleurs résiduelles, une éventuelle tuméfaction liée aux perturbations circulatoires locales, ainsi qu'une mise en route difficile. Une reprise chirurgicale de la pseudoarthrose sous-astragalienne droite était indiquée. L'atteinte à l'intégrité était de 20% au vu du status après résection-arthrodèse de toute la cheville (selon la table n° 5 de la SUVA).

27. Dans un rapport du 9 août 2005 destiné à l'OAI, le Dr B_____ a indiqué que l'arthrodèse sous-astragalienne n'était pas consolidée et qu'une nouvelle intervention serait effectuée. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était nulle.
28. Dans un courrier du 17 novembre 2005, ce médecin a précisé que les douleurs s'étaient péjorées par la pseudoarthrose de l'articulation sous-astragalienne.
29. Le 16 mai 2006, une cure de pseudoarthrose a été réalisée par le Dr D_____, nouveau chirurgien orthopédique traitant.
30. Selon un courrier de l'OAI à GENERALI du 8 septembre 2006, ces deux assureurs se sont mis d'accord pour confier conjointement une expertise complémentaire au Dr C_____.
31. A la suite de son examen du 30 octobre 2006, le Dr C_____ a établi deux rapports d'expertise, l'un destiné à GENERALI, l'autre (répondant plus spécifiquement au questionnaire ad hoc) à l'OAI, datés du 7 novembre 2006.
32. Dans le rapport destiné à GENERALI, le Dr C_____ a relevé que l'arthrodèse était en très bonne voie de consolidation (selon le contrôle radiologique du 30 octobre 2006, les arthrodèses tibio-talienne et sous-talienne étaient consolidées), mais qu'il existait une arthrose médio-tarsienne de toute l'articulation de Chopart, arthrose qui était très probablement une conséquence de la surcharge de l'avant-pied faisant suite aux interventions subies. Il a en outre diagnostiqué des lombalgies sur troubles statiques et arthrose, apparues il y a environ 18 mois, ainsi une tendinite achilléenne gauche (évoluant depuis environ 8 mois), qui était sans rapport avec l'accident. Il s'agissait probablement d'une tendinite chronique ; une rupture partielle du tendon, d'origine dégénérative, n'était pas exclue. Rebelle aux traitements conservateurs, cette affection était susceptible d'être opérée dans un proche avenir, c'est-à-dire dès que la marche et l'appui sur le pied droit le permettraient. Par contre, la symptomatologie douloureuse lombaire pouvait être induite par une marche prolongée avec les cannes anglaises, celles-ci pouvant déséquilibrer la statique vertébrale, d'autant plus si la colonne était le siège d'une arthrose préexistante à l'accident, comme en l'espèce (cf. cliché de la colonne lombaire du 30 octobre 2006). L'expert a ajouté que, depuis son examen du 27 juin

2005, la situation médicale de l'intéressé s'était péjorée. Au problème de la cheville et du pied droit, s'étaient ajoutées une symptomatologie douloureuse lombaire et une tendinite achilléenne gauche. L'expertisé avait toujours besoin de l'aide de ses deux cannes anglaises pour marcher à l'extérieur. Il arrivait péniblement à marcher à l'intérieur. Dans ces conditions, il était difficile d'envisager une activité professionnelle quelconque. La marche était correcte, mais la charge était incomplète sur le membre inférieur droit, qui présentait par ailleurs un raccourcissement d'environ 15 mm. A cet égard, le patient pouvait bénéficier d'une chaussure munie d'une compensation correspondante du côté droit. Si l'on prenait uniquement en considération les conséquences de l'accident du mois de février 2002 (recte : 1992) [« (soit si on fait abstraction des douleurs lombaires et de la tendinite achilléenne gauche) »], il était impossible d'envisager une reprise du travail avant trois ou quatre mois. La reprise du travail serait partielle et l'occupation devrait s'effectuer en position assise. Dès l'obtention d'une amélioration de l'appui sur le pied droit, et si les douleurs achilléennes gauches persistaient, la tendinite devrait probablement être traitée chirurgicalement. Un traitement chirurgical de l'articulation de Chopart ne devrait pas être envisagé avant que les arthrodèses ne soient définitivement stabilisées, ce qui n'interviendrait pas avant 4 à 6 mois. Le cas devrait ainsi être réévalué dans environ 6 mois. Le pronostic était réservé. L'assuré était plaignant, à juste titre, mais cela assombrissait le pronostic. Il persistait une symptomatologie douloureuse, apparemment fortement invalidante, qui empêchait l'assuré de marcher sans l'aide des cannes anglaises. Les prévisions de travail mentionnées dans son précédent rapport d'expertise devaient être revues à la baisse, si bien qu'une capacité de travail de 50% au maximum pouvait être envisagée dans une activité adaptée privilégiant la position assise, dans environ quatre mois, et cela malgré la symptomatologie douloureuse liée à l'arthrose du médio-tarse. Enfin, l'assuré présentait un status après résection-arthrodèse de toute la cheville droite, ce qui correspondait à un taux d'atteinte à l'intégrité de 20%. A ce taux, il convenait d'ajouter une atteinte à l'intégrité due à l'arthrose moyenne de l'articulation du Chopart ; selon la table n° 5 de la SUVA, cela donnait un taux d'atteinte variant entre 5% et 10%, la moyenne étant de 7,5%. Le taux global de l'atteinte à l'intégrité pour la cheville et le pied droit était ainsi fixé à 27,5% (20 % + 7,5%).

33. Dans le rapport destiné à l'OAI, le Dr C_____ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un status après entorse de la cheville droite avec une fracture non déplacée de la malléole interne en 1992 qui a évolué vers une arthrose tibio-tarsienne ; un status après arthrodèses tibio-tarsienne et sous-astragaliennes droites, effectuées le 23 octobre 2003 ; un status après cure chirurgicale de pseudoarthrose de la sous-astragalienne le 16 mai 2006 ; une tendinite achilléenne gauche évoluant depuis environ 8 mois ; des lombalgies sur troubles statiques et arthrose, apparues il y a environ 18 mois. Sans répercussion sur la capacité de travail : obésité (90 kg pour 165 cm) ; hypothyroïdie ; statut après

pose de Stents coronariens en 2002. Selon l'expert, tant dans une activité s'effectuant en position assise ou debout, il était impossible d'exiger de l'assuré qu'il reprenne une occupation du fait qu'il se déplaçait toujours à l'aide de deux cannes anglaises. Dans environ 4 mois, et sous réserve d'une amélioration de l'état du pied droit, une intervention chirurgicale de la tendinite achilléenne gauche pourrait être effectuée et permettre une reprise d'une activité sédentaire à 50%, après un délai de rétablissement variant entre 4 et 6 mois. Une réadaptation professionnelle pourrait être envisagée quand l'état de la cheville et du pied droit se serait amélioré, soit dans environ 4 mois, et après guérison de la tendinite achilléenne gauche avec ou sans traitement chirurgical (la situation pouvant s'améliorer progressivement de manière spontanée). Toutefois, le pronostic était réservé quant à une reprise prochaine du travail, même à un taux partiel, compte tenu de la longue période d'incapacité de travail de l'expertisé.

34. Dans un avis du 27 décembre 2006, le SMR (Dr E_____, chirurgien), se ralliant à l'expertise du Dr C_____ du 7 novembre 2006, a estimé que la capacité de travail était nulle depuis le 2 janvier 2003, dans toute activité, et que l'état de santé de l'assuré s'était péjoré depuis son précédent avis du 31 mars 2004, avec l'apparition d'une tendinite achilléenne gauche et de lombalgies chroniques. Une amélioration était peu probable, mais non pas impossible, aussi bien en ce qui concernait le pied droit que le gauche. Une révision de la situation dans un an était dès lors préconisée.
35. Dans un projet du 12 mars 2007, l'OAI a informé l'assuré, respectivement GASTROSOCIAL (Caisse de pension des Restaurants X_____ SA), et GENERALI, qu'il envisageait de refuser de lui accorder des mesures professionnelles au vu de son état de santé, et acceptait de lui verser une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100%, avec effet au 2 janvier 2004, étant donné qu'il ne disposait d'aucune capacité de travail, dans toute activité, depuis le 2 janvier 2003 (début du délai d'attente d'un an). Par ailleurs, une révision de la rente serait prévue le 31 décembre 2007.
36. Selon une radiographie de la cheville et pied droit, du 22 mai 2007, l'assuré présente un status post-arthrodèse de l'articulation talo-crurale sous-astragalienne, une altération dégénérative de l'articulation métarso-phalangienne de l'hallux, une très probable arthrose cunéo-métatarsienne du 2ème rayon.
37. Par courrier du 12 juin 2007, GENERALI s'est étonné du taux retenu par l'OAI, et a requis les pièces du dossier postérieures à l'expertise du Dr C_____. N'ayant reçu aucun document, l'assureur a réitéré sa requête par plis des 26 septembre et 7 novembre 2007.
38. Dans un certificat du 13 juin 2007 adressé à GENERALI, le Dr E_____ a attesté la persistance de raideurs douloureuses de l'arrière-pied droit, lesquelles

pouvaient être améliorées par un positionnement adéquat de celui-ci après une cure chirurgicale avec ostéomie d'extension et de valgisation de la cheville droite. Néanmoins, une telle intervention était grevée de complications non négligeables en ce qui concernait les risques de pseudoarthrose chez ce patient tabagique.

39. Par courrier du 24 juillet 2007, GASTROSOCIAL a estimé que seule une demi-rente était justifiée, dès lors que, dans son rapport d'expertise du 7 novembre 2006, le Dr C_____ avait indiqué qu'une reprise de l'activité à 50% serait possible dans environ 4 mois.
40. Par décision du 11 octobre 2007, l'OAI a confirmé sa position du 12 mars précédent. Cette décision (non communiquée à GENERALI, ni à GASTROSOCIAL) n'a pas été attaquée.
41. Le 13 novembre 2007, l'OAI a finalement transmis à GENERALI l'avis du SMR du 27 décembre 2006 (cf. supra, § 34).
42. Par courrier du 29 novembre 2007, GENERALI a informé l'assuré qu'elle mettait fin à la prise en charge du traitement médical, ainsi qu'au versement des indemnités journalières, au 30 septembre 2007, et qu'elle examinait le droit à une éventuelle rente d'invalidité.
43. Dans un troisième rapport d'expertise du 7 janvier 2008 (examen du 18 décembre 2007) (transmis à l'OAI), le Dr C_____ a confirmé ses diagnostics précédents, dont une tendinite achilléenne gauche chronique et des lombalgies sur troubles statiques et dégénératifs, lombalgies qualifiées de « tenaces » par l'assuré. La situation médicale était stabilisée. Selon l'assuré, la cure de pseudoarthrose sous-astragalienne droite (effectuée le 16 mai 2006) avait amélioré son état, mais n'avait pas totalement fait disparaître les douleurs. Une nouvelle intervention opératoire (soit l'ostéotomie de correction de l'arrière pied droit proposée par le Dr E_____, ou l'implantation d'une prothèse de la cheville, préconisée par le Dr F_____, cf. expertise, p. 2) restait très délicate, voire discutable. Le diagnostic fracturaire et les suites post-opératoires étaient en relation certaine avec l'évènement du 22 février 1992. La capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée (position assise). Le pronostic d'une reprise du travail, même à taux partiel, restait toutefois réservé, car l'assuré restait plaintif et n'avait jamais évoqué le désir de reprendre une activité professionnelle quelconque.
44. Selon une note du 15 janvier 2008, le Dr G_____, médecin-conseil de GENERALI, a proposé de fixer à 35% l'atteinte à l'intégrité (et non pas à 27,5% comme retenu par le Dr C_____ sur la base des tables de la SUVA), compte tenu « des taux un peu différents » dans le cadre de l'assurance accident complémentaire.

45. Par décision du 11 février 2008 (transmise à l'OAI), GENERALI a accordé à l'assuré une rente d'invalidité, dès le 1^{er} octobre 2007, sur la base d'une perte de gain de 45% (gain annuel sans invalidité de 54'000 fr. en 2007 comparé à un revenu avec invalidité de 29'598 fr. selon les statistiques salariales, dans une activité simple et répétitive, niveau 4). Elle lui a également versé une indemnité pour atteinte à l'intégrité basée sur un taux de 27,5%.
46. Par acte du 4 mars 2008, complété le 13 mars suivant, l'assuré, par l'intermédiaire de Me Daniel MEYER, a formé opposition contre cette décision. En substance, il a reproché à GENERALI d'avoir retenu une invalidité de 50%, alors que l'OAI avait retenu une incapacité de travail dans toute activité, sur la base de l'expertise du Dr C_____ du 7 novembre 2006. En particulier, le diagnostic de lombalgies sur troubles statiques et dégénératifs, posé par le Dr C_____ dans sa dernière expertise du 7 janvier 2008, excluait également toute activité obligeant à rester de manière prolongée assis de manière immobile. De plus, il existait des signes cliniques plaçant en faveur d'un trouble dépressif. Par ailleurs, compte tenu des atteintes lombaires et psychiques, emportant des limitations complémentaires, le taux d'atteinte à l'intégrité devait ascender à 40%.
47. Dans un avis du 21 février 2008, se ralliant aux conclusions de l'expertise du Dr C_____ du 7 janvier 2008, le SMR a estimé que l'assuré pourrait reprendre une activité adaptée, à 50 %, dès le 1^{er} janvier 2008.
48. Dans un certificat du 29 février 2008, le Dr D_____ a indiqué à l'OAI que les douleurs avaient disparu après excision du névrome cicatriciel le 16 mai 2006 et la cure de pseudarthrose sous-astragienne droite. Dans une position assise prolongée, une activité de l'ordre de 50% pouvait être envisagée.
49. Le 20 février 2008, l'OAI a initié une révision du droit à la rente.
50. Dans le questionnaire ad hoc du 1^{er} avril 2008, l'assuré a informé cet office que son état était toujours le même depuis la décision du 11 octobre 2007.
51. Dans un questionnaire médical E 213 du 9/10 juin 2008, le Dr C_____ a indiqué que l'assuré ne pouvait plus exercer son ancienne profession de serveur, mais demeurait capable d'exercer de façon régulière des travaux légers privilégiant la position assise, à un taux de 50% au maximum. L'évolution de la pathologie était restée stationnaire. Le travail, y compris posté, était possible, sans faire alterner les postures de travail. Le travail n'était possible qu'en position assise. Des pauses supplémentaires (outre les pauses habituelles) n'étaient pas requises (cf. questionnaire, réponses n° 10.1 et n° 10.2 a contrario).
52. Dans un projet de décision du 11 juillet 2008 (transmis à GENERALI et à GASTROSOCIAL), fondé sur le calcul du technicien en réadaptation du 13 mars précédent, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait diminuer la rente d'invalidité,

compte tenu d'un degré d'invalidité de 53% (salaire sans invalidité de 54'000 fr. par an en 2007, et salaire ESS actualisé de 25'596 fr. dans des activités de niveau 4, simples et répétitives, tenant compte d'un temps de travail raisonnablement exigible de 50% et d'un abattement de 15%, vu les limitations fonctionnelles, l'âge et l'activité à temps partielle), taux correspondant à une demi-rente. Par ailleurs, une mesure de reclassement n'était pas indiquée, « compte tenu des éléments au dossier ». Une aide au placement était toutefois réservée, sur demande.

53. Par décision sur opposition du 21 juillet 2008 (reçue le lendemain, transmise à l'OAI), GENERALI a partiellement admis l'opposition formée le 4 mars 2008 (cf. supra, § 46), dans le sens que le taux d'invalidité était porté de 45% à 53% dès le 1^{er} octobre 2007, et l'a rejetée pour le surplus. A cet égard, GENERALI s'est référée au rapport du CIP du 7 décembre 2004 (cf. ci-dessus, § 20), selon lequel l'assuré était capable d'effectuer des activités industrielles légères comme des travaux à l'établi. En outre, si l'état de santé de l'intéressé s'était effectivement péjoré depuis son examen du 27 juin 2005, la tendinite au pied gauche était sans rapport avec l'accident de 1992 et les douleurs lombaires pouvaient provenir de la marche avec les cannes anglaises. De plus, il s'agissait de lombalgies sur troubles statiques et dégénératifs. Ces deux affections n'étant pas d'origine post-traumatique, il n'y avait pas lieu d'en tenir compte dans la détermination du taux d'invalidité de la rente LAA, respectivement de l'atteinte à l'intégrité. Enfin, aucun médecin consulté n'avait relevé de composante psychique.
54. Par courrier du 4 août 2008, GASTROSOCIAL s'est déclaré d'accord avec le projet de décision de l'OAI du 11 juillet 2008.
55. Le 12 août 2008, par l'intermédiaire de Me MEYER, l'assuré a contesté ledit projet et a conclu au maintien de la rente d'invalidité entière, fondée sur un degré d'invalidité de 100%. Selon lui, l'OAI ne pouvait raisonnablement conclure à une amélioration de son état de santé, au vu de la persistance de la symptomatologie douloureuse de la cheville et du pied droits, à laquelle s'était ajoutée une symptomatologie douloureuse au niveau du pied gauche, ainsi qu'une symptomatologie douloureuse lombaire induite par la marche au moyen de cannes anglaises. Il subissait ainsi une altération notable de son état de santé depuis le rapport médical du Dr C_____ du 7 novembre 2006. En particulier, les limitations fonctionnelles étaient devenues telles qu'il ne pouvait travailler en restant de manière prolongée assise de manière immobile, compte tenu des lombalgies sur troubles statiques et dégénératifs. De plus, on observait désormais des signes cliniques plaidant en faveur d'un trouble dépressif. Enfin, le taux d'abattement aurait dû être de 25% (et non de 15%), étant donné que l'assuré ne bénéficiait d'aucune formation professionnelle (ayant toujours travaillé comme serveur), s'exprimait difficilement en français, était âgé de 50 ans et faisait l'objet d'un pronostic défavorable compte tenu de son inactivité depuis 2002.

56. Par acte posté le 15 août 2008, l'assuré a recouru contre la décision de GENERALI du 21 juillet 2008 devant le Tribunal de céans (cause n° A/2974/2008). Il a conclu en particulier à l'octroi d'une rente LAA basée sur un degré d'invalidité de 100%, à compter du 1^{er} octobre 2007, ainsi qu'à l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité basée sur un taux de 40%. « Si mieux n'aime le Tribunal », il a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire (ostéo-articulaire et psychiatrique). A l'appui de son recours, il a insisté sur le fait que la tendinite achilléenne gauche chronique et ses lombalgies résultaient de l'accident, dès lors qu'elles étaient consécutives à la marche prolongée avec cannes anglaises, ou avaient du moins été déclenchées par celle-ci. Au vu de ses limitations fonctionnelles, il ne pouvait pas même exercer une activité en position assise, ce que l'OAI avait du reste reconnu dans sa décision initiale de rente du 11 octobre 2007. La décision sur révision (recte : le projet de révision) était d'ailleurs contestée, au vu de l'absence d'une quelconque amélioration de l'état de santé. Par ailleurs, il a évoqué une problématique psychiatrique apparue dans le cadre de la persistance de la symptomatologie douloureuse et de l'absence de solution médicale efficace permettant une réinsertion sociale et professionnelle.
57. Dans sa réponse du 19 septembre 2008, GENERALI a conclu au rejet du recours, respectivement à la confirmation de sa décision sur opposition du 21 juillet 2008. Elle a nié que la tendinite achilléenne gauche fût en rapport avec l'accident du 22 février 1992. Quant aux lombalgies, si elles étaient possiblement dues à l'utilisation des béquilles, elles ne résultaient pas, au degré de vraisemblance prépondérante, de l'accident du 22 février 1992 ; d'ailleurs, la colonne lombaire était atteinte de discarthrose, soit de troubles dégénératifs qui pourraient également expliquer les douleurs ressenties. Quant au fait que l'assurance-invalidité avait retenu, dans un premier temps, un degré d'invalidité de 100%, c'est parce qu'elle avait pris en compte l'ensemble des affections présentée par le recourant, sans faire de distinction entre troubles post-traumatiques et maladifs.
58. Dans sa réplique du 24 octobre 2008, le recourant a persisté dans les termes et conclusions de son recours. Il a produit une attestation du Dr H_____ (généraliste), du 23 octobre 2008, auprès duquel un suivi médical était, selon le recourant, « actuellement en cours ». Ce praticien y certifie avoir consulté le jour même l'intéressé et constaté chez lui « des éléments dépressifs : troubles du sommeil, de la concentration, irritabilité, qui sont très probablement en lien avec la pathologie chronique de la cheville droite et qui nécessitent un suivi psychiatrique et une médication appropriée ». Le recourant a encore précisé que, s'agissant des atteintes lombaires, l'audition du Dr E_____ pourrait confirmer qu'elles résultaient de façon certaine de la marche prolongée avec les cannes anglaises. Même si les troubles statiques et dégénératifs étaient préexistants, cela n'avait pas pour effet d'exclure tout lien de causalité, dès lors que les douleurs lombaires, inexistantes avant l'accident, avait été aggravées de façon significative par suite de la marche prolongée avec les cannes anglaises. En outre, il existait une coïncidence

temporelle entre lesdits troubles et ce type de marche. S'agissant de la tendinite au pied gauche, elle résultait du fait qu'en raison de la symptomatologie douloureuse au niveau du pied droit, le recourant avait adapté ses mouvements en déplaçant le poids de son corps sur son membre inférieur gauche. Concernant la problématique psychique, il n'était pas extraordinaire que le recourant, après trois interventions chirurgicales qui s'étaient soldées par un échec irrémédiable (perte de toute mobilité du pied droit et de la cheville gauche) fût ébranlé psychiquement. Par ailleurs, une activité de remplacement dans une activité industrielle légère, telle des travaux sériels à l'établi ou des opérations sur machine en position assise, était irréaliste, sachant que le recourant ne pouvait rester de manière prolongée assis. Sans compter ses troubles psychiques, singulièrement de la concentration, qui l'empêcheraient d'exécuter une activité, même mécanique et répétitive. Enfin, dans la mesure où les articulations sous-astragaliennes et tibio-tarsiennes étaient bloquées de manière définitive, le taux d'atteinte à l'intégrité retenu par GENERALI (27,5%) était, pour ce seul motif déjà, insuffisant.

59. Dans sa duplique du 19 novembre 2008, GENERALI a relevé que le diagnostic d'état dépressif posé par le Dr H_____, consulté apparemment pour la première fois le 23 octobre 2008, était sujet à caution, dès lors qu'il n'émanait pas d'un spécialiste, mais d'un généraliste. Par ailleurs, même si un état dépressif était avéré, et à supposer que la causalité naturelle avec l'accident du 22 février 1992 fût admise, l'existence d'un lien de causalité adéquate devrait être niée, conformément à la jurisprudence, dès lors que cet événement était de peu de gravité, si bien que d'éventuels troubles psychiques n'auraient de toute façon pas dû être pris en compte.
60. Entre-temps, par décision du 17 octobre 2008 (envoyée sous pli simple et reçue au plus tôt le 20 octobre suivant), l'OAI a confirmé sa position contenue dans son projet du 11 juillet 2008 et a accordé à l'assuré une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} jour du 2^{ème} mois suivant la notification de ladite décision (art. 88bis al. 2 RAI). A cet égard, il s'est référé à un avis du SMR du 3 septembre 2008, selon lequel l'intéressé ne présentait pas d'aggravation de son état de santé, mais au contraire une amélioration, laquelle avait été constatée tant par l'expertise du Dr C_____ du 7 janvier 2008 que par le Dr E_____ dans son certificat du 29 février 2008. De plus, les aspects dépressifs étaient réactionnels au projet de décision et l'assuré ne présentait pas de maladie incapacitante ; une reprise d'activité à 50% pourrait d'ailleurs être parfaitement favorable pour lui.
61. Par acte posté le 18 novembre 2008, l'assuré a formé recours contre cette décision, concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} novembre 2008, sur la base d'un degré d'invalidité de 100% (cause n° A/4154/2008). Préalablement, il a requis l'audition du Dr H_____, auprès duquel il était « en suivi psychiatrique ». A l'appui de son recours, il a en substance repris l'argumentation développée dans son opposition du 12 août 2008, soulignant que l'office intimé n'avait pas démontré

l'amélioration de son état de santé depuis la décision d'octroi de rente du 11 octobre 2007. Il a en outre fait valoir que la décision litigieuse se fondait sur le rapport d'expertise complémentaire du Dr C_____ du 7 janvier 2008, dans lequel l'expert retenait les mêmes diagnostics ayant motivé l'octroi d'une rente entière dans la décision initiale. De plus, ce rapport n'attestait aucune amélioration de l'état de santé et ne tenait compte que de l'atteinte orthopédique, étant précisé que la tendinite achilléenne, les douleurs lombaires ainsi que les troubles psychiques avaient été considérés comme n'étant pas du ressort de l'assurance-accidents faute de lien de causalité entre ces atteintes et l'évènement accidentel. La symptomatologie douloureuse et incapacitante liée au pied et à la cheville droite était toujours présente. Tout au plus, la situation médicale était restée stationnaire du point de vue orthopédique et lombaire. Elle s'était même aggravée en raison d'un état dépressif résultant de cette symptomatologie douloureuse et de l'absence d'évolution favorable. A cet égard, il a produit l'attestation précitée du Dr H_____ du 23 octobre 2008 (cf. supra, § 58). Enfin, le recourant a fait grief à l'OAI de ne pas avoir ordonné des mesures d'ordre professionnel, lesquelles auraient pu déterminer concrètement les activités qui seraient adaptées à son état de santé, pour autant qu'une telle activité existât.

62. Par courrier du 21 novembre 2008, GASTROSOCIAL a fait part au Tribunal de céans de son souhait de participer à la procédure de recours contre la décision de l'OAI du 17 octobre 2008, tout en indiquant qu'elle refusait une augmentation de la rente.
63. Dans sa réponse du 17 décembre 2008 (transmise au recourant pour information), l'OAI a conclu au rejet du recours. Selon lui, l'amélioration de l'état de santé de l'assuré avait été démontrée en particulier par l'expertise complémentaire du Dr C_____ du 7 janvier 2008. Par ailleurs, les circonstances du cas d'espèce ne justifiaient manifestement pas un abattement supérieur à 15%. Concernant les mesures d'ordre professionnel, l'assuré s'estimait totalement incapable de travailler, si bien que toute mesure de réadaptation serait vouée à l'échec.
64. Par pli du 13 mai 2009, GASTROSOCIAL a également conclu au rejet du recours.
65. Par courrier spontané du 27 janvier 2009, le recourant a requis l'audition du Dr H_____, dans la mesure où l'OAI contestait l'existence d'une atteinte psychique, estimant celle-ci comme réactionnelle au projet de décision.
66. Par courrier du 13 juillet 2009, GENERALI a maintenu le taux global de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 27.5% (20% + 7,5%) même si les articulations sous-astragaliennes et tibio-tarsiennes (pied et cheville droits) étaient bloquées de manière définitive. A cet égard, l'assureur s'est référé à un avis complémentaire du Dr C_____ du 8 juillet 2009, selon lequel ce taux était correct. Selon la table n° 5 de la SUVA, l'arthrose moyenne de l'articulation du

Chopart donnait un taux de 7.5% et l'atteinte de toute la cheville (résection ou/et arthrodèse) donnait un taux d'atteinte à l'intégrité de 20%. Selon ladite table, il n'y avait, en règle générale, pas de cumul des atteintes pour la même articulation. D'ailleurs, selon la table n° 4, image n° 11, la perte (ie : amputation) totale du pied et de la cheville constituait une atteinte à l'intégrité de 35%. Du fait de l'arthrodèse effectuée au niveau tibio-tarsien et celle effectuée au niveau sous-astragalien, il était évident qu'il ne pouvait y avoir de mobilité quelconque de la cheville droite. Par ailleurs, contrairement à l'avis du Dr E_____, une ostéotomie d'extension et de valgisation n'était pas indiquée, vu l'absence de signe de désaxation significatif du rétropied. L'absence d'un tel signe ne signifiait pas pour autant que les articulations n'étaient pas bloquées.

67. Dans ses observations du 4 septembre 2009, le recourant a persisté dans les termes et conclusions de ses précédentes écritures, tout en requérant la mise en œuvre d'une expertise ostéo-articulaire et psychiatrique. Il a relevé que, dans son appréciation, le Dr C_____ s'était strictement limité à évaluer le taux de l'atteinte à l'intégrité pour le pied et la cheville droits, sans inclure les lombalgies, la tendinite achilléenne gauche, ainsi que l'affection psychique, toutes atteintes secondaires à l'évènement accidentel du 22 février 1992. Selon le recourant, un taux global d'atteinte à l'intégrité de 40% apparaissait proportionné. Le Dr C_____ avait certes exclu tout lien de causalité avec la tendinite et les lombalgies, mais n'avait fourni aucune explication médicale plausible à cet égard. Dès lors, une contre-expertise était indiquée pour établir si lesdites atteintes pouvaient être mises en rapport avec les suites de l'évènement et en quantifier le taux d'atteinte à l'intégrité en résultant. En tout état, le recourant avait pu démontrer, avec une vraisemblance prépondérante, l'existence d'un lien de causalité naturel et adéquat entre l'évènement assuré et l'arthrose tibio-astragalienne droite, la tendinite achilléenne gauche, les douleurs lombaires et les troubles psychiques.
68. Par courrier du 16 octobre 2009, GENERALI a indiqué ne pas avoir de remarques particulières à formuler quant au contenu desdites observations.
69. Dans un courrier du 3 novembre 2009, le recourant a réitéré sa demande tendant à faire entendre les Drs E_____ et H_____. Il a également souhaité être entendu personnellement.
70. Par arrêt de ce jour (cause A/4154/2008), le Tribunal de céans a rejeté le recours interjeté par l'assuré contre la décision de l'OAI du 17 octobre 2008 et a en conséquence confirmé la décision sur révision de cet office du 17 octobre 2008, réduisant la rente entière à une demi-rente, sur la base d'un taux d'invalidité de 53%.

EN DROIT

1. 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.

2. Interjeté dans les forme et délai prescrits, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985).
3. A l'appui de son recours, le recourant se prévaut en particulier du fait que le taux d'invalidité retenu par l'OAI dans son projet de décision du 11 juillet 2008 (53%) était contesté, et donc non définitif, si bien que GENERALI ne pouvait pas reprendre sans autre ledit taux dans sa décision sur opposition du 21 juillet 2008.

- 3.1 Le Tribunal fédéral des assurances a posé le principe que l'uniformité de la notion d'invalidité, qui doit conduire à fixer pour une même atteinte à la santé un même taux d'invalidité, règle la coordination de l'évaluation de l'invalidité en droit des assurances sociales (ATF 126 V 288 = VSI 2001 p. 82 ss. consid. 2d, 3 et 4). 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 entre en ligne de compte pour l'assuré. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi à l'art. 8 al. 1 LPGA (ATFA non publié du 24 mars 2004, U 288/03, consid. 5.1). Cela signifie que l'assurance-invalidité, l'assurance-accidents et l'assurance militaire doivent non seulement procéder séparément à la fixation du taux d'invalidité de l'assuré, mais également tenir compte d'évaluations de l'invalidité entrées en force. En conséquence, s'agissant de la coordination de l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-invalidité et de l'assurance-accidents, l'assurance-invalidité est liée, en principe, par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents passée en force. Elle ne saurait s'en écarter qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe de solides raisons. Il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire même équivalente (ATFA non publié du 16 mars 2001, U 259/00, consid. 5a). Toutefois, il convient de s'écarter d'une telle évaluation lorsqu'elle repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable (ATF 119 V 471 consid. 2b) ou encore lorsqu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré (ATF 112 V 175 ss consid. 2a). 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 (ATF 126 V 288 consid. 2d; RAMA 2000 n° U 406 p. 402 consid. 3).

Encore faut-il, pour que l'assurance-invalidité soit liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents, que celle-ci ait fait l'objet d'une décision, passée en force. Tel est le cas si l'entrée en force de la décision de l'assurance-accidents est postérieure à la décision attaquée de l'assurance-invalidité, mais qu'elle est intervenue au cours de la procédure de recours. Ces principes valent également lorsque, la situation qui se présente est l'inverse de celle qui prévalait dans l'ATF 126 V 288, la décision de l'office AI étant passée en force (ATFA non publié du 16 mars 2001, U 259/00, consid. 5a). Lorsqu'un recours est interjeté contre la décision de l'assureur-accidents, la juridiction saisie du litige doit, aux mêmes conditions, prendre en considération une décision de l'assurance-invalidité entrée en force dans l'intervalle (RAMA 2001 n° U 410 p. 73 consid. 3 et 4).

Par ailleurs, l'ancien Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3 p. 368). Récemment, le Tribunal fédéral a admis la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité en jugeant que celle-ci n'était pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents au sens de l'arrêt ATF 126 V 288, avec comme conséquence que l'office AI n'avait pas qualité pour faire opposition à la décision ni pour recourir contre la décision sur opposition de l'assureur-accidents concernant le droit à la rente en tant que tel ou le taux d'invalidité (ATF 133 V 549). Au demeurant, on rappellera que la responsabilité de l'assureur-accidents se limite aux seules atteintes à la santé qui se trouvent en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré (cf. ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b).

- 3.2 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. Ainsi, 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).

De plus, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 353 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

De même, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 V 170 consid. 4 p. 175; arrêt 9C_94/2009 du 29 avril 2009 consid. 3.3 et les arrêts cités).

- 3.3 Par arrêt de ce jour (cause A/4154/2008), le Tribunal de céans a rejeté le recours interjeté contre la décision de l'OAI du 17 octobre 2008. Il a en conséquence confirmé la décision sur révision de cet office du 17 octobre 2008, accordant à l'assuré une demi-rente, sur la base d'un taux d'invalidité de 53%. En substance, le Tribunal s'est rallié aux conclusions de l'expertise du Dr C_____ du 8 janvier 2008, selon lesquelles l'intéressé disposait d'une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité sédentaire. Il a en outre retenu que le dossier ne contenait aucun élément médical permettant d'attester que celui-ci ne pourrait pas exercer un travail sédentaire à 50%. Procédant à une appréciation anticipée des preuves, il a encore renoncé à l'audition du Dr H_____, dans la mesure où l'attestation établie par ce praticien (qui n'était d'ailleurs pas psychiatre, mais généraliste) le 23 octobre 2008 l'avait été postérieurement à la décision litigieuse du 17 octobre 2008 et ne se prononçait en particulier pas sur la capacité de travail résiduelle du patient. En tout état, les éléments dépressifs diagnostiqués dans ce document constituaient une atteinte, en principe, surmontable par un effort de volonté raisonnablement exigible de l'assuré.

En l'occurrence, il n'y pas lieu de procéder à une évaluation de l'invalidité du recourant différente de celle retenue dans la décision de l'office AI du 17 octobre 2008 (53%), dans la mesure où, comme on vient de le voir, ladite décision a été confirmée par le Tribunal de céans par arrêt de ce jour. Au demeurant, pour les motifs exposés ci-dessous (§ 4.3), on ne saurait admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales, que les lombalgies, la tendinite achilléenne gauche et l'atteinte psychique alléguée se situent dans un rapport de causalité (adéquate) avec l'évènement accidentel du 22 février 1992.

- 3.4 Partant, c'est à bon droit que, dans sa décision sur opposition du 21 juillet 2008, GENERALI a fixé le taux d'invalidité à 53%, à l'instar de l'OAI, dans sa décision sur opposition du 17 octobre 2008.

3.5 C'est également à juste titre que l'intimée a fait remonter au 1^{er} juillet 2007, l'exigibilité pour l'assuré de reprendre une activité à 50% dans une activité sédentaire. Cette date correspond, en effet, aux conclusions de l'expertise du Dr C_____ du 7 novembre 2006 (implicitement confirmées par celle du 7 janvier 2008). Selon cette expertise, dont la valeur probante n'a pas été remise en cause, à juste titre, par le recourant, ce taux était exigible après un délai de rétablissement de 3 à 4 mois, malgré la symptomatologie douloureuse liée à l'arthrose du médio-tarse, dans la mesure où les arthrodèses tibio-talienne et sous-talienne pouvaient être considérées comme consolidées (expertise, pp. 6 et 7).

4. Demeurent litigieuses l'atteinte à l'intégrité dont souffre le recourant et l'indemnité à laquelle il peut prétendre à ce titre.

4.1 Celui qui, par suite d'un accident assuré, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité, sous forme de prestation en capital (art. 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA). L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b, 210 consid. 4a/bb et les références). Il représente une «règle générale» (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). A cette fin, la division médicale de la CNA a établi des tables complémentaires comportant des valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés. Ces tables émanant de l'administration ne constituent pas une source de droit et ne lient pas le juge, mais sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 32 consid. 1c, 211 consid. 4a/cc, 116 V 157 consid. 3a).

4.2 Le recourant reproche à l'intimée de s'être fondée sur le rapport d'expertise du Dr C_____ du 7 novembre 2006, fixant à 27,5% le taux de l'atteinte à l'intégrité pour le pied et la cheville droits, alors que ce taux ne tenait pas compte des lombalgies, de la tendinite achilléenne gauche, ainsi que de l'affection psychique - atteintes secondaires, selon lui, à l'évènement accidentel du 22 février 1992. A son avis, un taux global d'atteinte à l'intégrité de 40% apparaissait plus approprié en l'espèce.

4.3 Indépendamment du fait que le recourant ne précise pas comment il parvient à ce dernier taux, il faut tout d'abord relever que, selon le Dr C_____, la tendinite achilléenne gauche intercurrente, de même que les lombalgies, apparues au début 2005, sont sans rapport avec l'évènement traumatique survenu au mois de février 1992 (respectivement juin 1992). Le recourant n'apporte du reste aucun élément médical susceptible de modifier cette constatation, dont le dossier ne permet d'ailleurs pas de retenir qu'elle résulterait d'une fausse appréciation. En outre, si

l'expert a retenu que la symptomatologie douloureuse lombaire pouvait être induite par la marche prolongée avec les cannes anglaises (celles-ci pouvant déséquilibrer la statique vertébrale, ce d'autant plus si la colonne lombaire était le siège d'une discarthrose préexistante à l'accident), cette circonstance est tout au plus possible, et ne saurait être tenue pour établie au degré de la vraisemblance prépondérante, au sens où la jurisprudence l'entend (cf. ATF 126 V 322 consid. 5a). En tout cas, on ne voit pas que des lombalgies -apparues plus de 13 ans après l'évènement accidentel -, puissent se trouver en rapport de causalité adéquate avec celui-ci. En soutenant le contraire, le recourant se fonde en fait sur un raisonnement de type «post hoc, ergo propter hoc» insuffisant à établir une relation de causalité entre un accident assuré et une atteinte à la santé (cf. ATF 119 V 341 consid. 2b/bb, RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv. consid. 3b). Le lien de causalité adéquate doit également être nié s'agissant de l'atteinte psychique alléguée, dans la mesure où l'accident subi en février 1992 revêtait manifestement un caractère de peu de gravité (cf. arrêt du 23 mai 2003 U 267/02 consid. 5.1). Au demeurant, il n'est pas établi à satisfaction de droit qu'au moment déterminant de la décision litigieuse du 21 juillet 2008, l'intéressé subissait effectivement une incapacité de travail causée par une telle atteinte. Enfin, et en tout état, il faut rappeler que seule peut être indemnisée une atteinte à l'intégrité durable (art. 24 al. 1 LAA), ce qui est le cas lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (art. 36 al. 1 OLAA). Aussi, dans la mesure où le dossier ne permet pas de retenir que tel serait effectivement le cas pour les atteintes incriminées (lombalgies, tendinite achilléenne gauche et affection psychique), l'intimée n'avait pas à en tenir compte.

4.4 Quant au taux d'atteinte à l'intégrité de 27,5% retenu par GENERALI, le Dr C_____ a expliqué que l'assuré présentait un status après résection-arthrodèse de toute la cheville droite, ce qui correspondait à un taux d'atteinte à l'intégrité de 20%. A ce taux, il convenait d'ajouter une atteinte à l'intégrité due à l'arthrose moyenne de l'articulation du Chopart ; selon la table n° 5 de la SUVA, cela donnait un taux d'atteinte variant entre 5% et 10%, la moyenne étant de 7,5%. Le taux global de l'atteinte à l'intégrité pour la cheville et le pied droit était ainsi fixé à 27,5% (20 % + 7,5%). Dans ses observations complémentaires du 8 juillet 2009, le Dr C_____ a précisé que, selon ladite table il n'y avait, en règle générale, pas de cumul des atteintes pour la même articulation. En outre, du fait de l'arthrodèse effectuée au niveau tibio-tarsien et celle effectuée au niveau sous-astragalien, il était évident qu'il ne pouvait y avoir de mobilité quelconque de la cheville droite.

Ces explications sont convaincantes et ne sont d'ailleurs pas contestées, en tant que telles, par le recourant.

- 4.5 Vu ce qui précède, le taux de l'atteinte à l'intégrité subie par le recourant ensuite des événements accidentels des 22 février et 29 juin 1992 a été correctement fixé par la CNA.
5. Partant, le recours ne peut qu'être rejeté.
6. Il n'est ainsi pas nécessaire de donner suite à la requête du recourant tendant à l'entendre personnellement ou à procéder à l'audition des Drs E_____ et H_____ (cf. ATF 12 II 469 consid. 4a ; voir également, supra, § 3.3), étant par ailleurs relevé que le recourant, assisté d'un avocat tant en première instance que devant le Tribunal de céans, a dûment été en mesure d'exercer son droit d'être entendu en l'occurrence.
7. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). Même si le recourant succombe, l'intimée n'a pas droit à des dépens, aucune indemnité n'étant allouée en principe aux organismes chargés de tâches de droit public (arrêt U 218/03 du 20 septembre 2004, consid. 5 ; ATF 126 V 150 consid. 4a).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Au fond :

2. Le rejette ;
3. Dit que la procédure est gratuite ;
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification 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

Le Président suppléant

Florence SCHMUTZ

Jean-Louis BERARDI

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