RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/395/2021 **ATAS/1012/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 septembre 2021

8ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à Carouge, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Philippe GORLA	recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Division juridique, Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, Luzern	intimée

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente suppléante; Jean-Pierre WAVRE et Michael RUDERMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____(ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1957, était employé depuis avril 2000 en qualité d'ouvrier au service de la voirie B_____(ci-après: l'employeur). À ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après: SUVA).

2. Le 18 décembre 2011, il a été victime d'un accident professionnel. Un conducteur a percuté l'arrière du camion de la voirie arrêté à un feu rouge, provoquant la chute de l'assuré. Il en est résulté un traumatisme par écrasement au niveau du pied gauche avec de multiples lésions osseuses à la cheville dont une fracture de la jonction diaphyso-métaphysaire tibiale et des fractures in situ du naviculaire et du péroné, ainsi qu'une contusion du bord interne du calcanéum et des structures musculaires adjacentes.

3. Les suites de l'accident ont été prises en charge par la SUVA.

4. L'assuré a été suivi par le docteur C_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui a prescrit un traitement conservateur et attesté une incapacité de travail totale. L'évolution a été décrite comme lentement favorable avec une consolidation des fractures mais des douleurs. Une imagerie par résonance magnétique (ci-après: IRM) de contrôle du 4 juin 2012 a mis en évidence l'apparition de remaniements osseux accompagnés d'une synovite de la cheville et de l'articulation soustalienne suggérant une composante d'algodystrophie secondaire. Le 5 septembre 2012, l'assuré a repris son travail à 50%. Une nouvelle IRM effectuée en décembre 2012 a montré la régression des remaniements osseux et la disparition de la synovite. Les douleurs ont toutefois persisté entraînant une nouvelle période d'incapacité de travail totale du 5 mars au 23 juin 2013. Les diverses consultations et examens spécialisés qui ont été réalisés n'ont montré aucun problème particulier. Lors d'un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR) du 6 au 23 mai 2014, les médecins de cet établissement ont fait état d'un examen clinique "peu contributif" et retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de marche en terrain accidenté, de montée/descente d'escaliers, de position debout statique prolongée ou de marche prolongée. Le poste actuel occupé par l'assuré, dont le cahier des charges avait été allégé par l'employeur depuis l'accident, était adapté et, à terme, l'assuré devait être à même de l'exercer avec un plein rendement. Par la suite, l'employeur a informé la SUVA que, sur la base des certificats établis par le Dr C_____, l'assuré travaillait vingt-cinq heures par semaine (soit un taux de présence de 62,5%) avec un rendement de 80%.

5. Dans son bilan final du 9 janvier 2015 de la doctoresse D_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a retenu que, sur le plan objectif, les examens radiologiques ne montraient pas de lésions séquellaires et que l'atteinte à l'intégrité était inférieure au seuil indemnisable. L'assuré était apte à exercer sans diminution de rendement une activité légère dans différents domaines de l'industrie respectant les limitations fonctionnelles décrites par les médecins de la CRR. Sur cette base, la

SUVA a alloué à l'assuré, par décision du 12 mai 2015, une rente fondée sur un degré d'invalidité de 33% dès le 1er janvier 2015 et a refusé de verser une indemnité pour atteinte à l'intégrité. L'assuré y a formé opposition, en produisant le rapport du 13 novembre 2014 du Dr C_____, selon lequel il souffre d'une algodystrophie (ou syndrome douloureux régional complexe [SDRC]), ainsi qu'une expertise du docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, concluant à une atteinte à l'intégrité de 8,75%. Dans une nouvelle décision du 24 novembre 2015, la SUVA a porté le taux de rente à 36% et reconnu à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 8,75%.

6. Sur recours, la chambre de céans a annulé la décision sur opposition, fixé le degré d'invalidité à 36% et a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 39% (arrêt ATAS/658/2016 du 23 août 2016).

7. Par arrêt 8C_655/2016 du 4 août 2017, le Tribunal fédéral a rejeté le recours contre l'arrêt de la chambre de céans. Ce faisant, il a jugé que la chambre de céans avait écarté à raison le diagnostic de SDRC ou de probable algodystrophie. En l'absence d'explication somatique à l'ampleur de la symptomatologie algique, elle avait également appliqué à juste titre la jurisprudence sur les troubles psychiques consécutifs à un accident et nié, sur cette base, la causalité adéquate entre l'accident et cette symptomatologie. Il a enfin confirmé ce jugement en ce qu'il a considéré que l'activité actuelle de l'assuré, exercée à un taux correspondant à un 50%, ne mettait pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, de sorte qu'il était justifié de recourir aux statistiques pour déterminer le revenu d'invalide.

8. Selon le rapport du 10 août 2017 du docteur F_____, chirurgien orthopédique FMH, l'assuré présentait à sa consultation du 20 avril 2017 toujours des douleurs à l'arrière-pied gauche, rétro-malléolaire interne, avec un examen clinique peu révélateur. Il souffrait également d'une hypoesthésie du nerf plantaire interne et externe. Un bilan neurologique en juin 2017 avait montré un examen globalement normal. Les douleurs n'étaient pas non plus expliquées par le bilan radiologique et par une IRM. Enfin, l'assuré avait constaté que son gros orteil gauche devenait violacé en position assise ou debout prolongée.

9. Selon le rapport du 26 octobre 2018 du docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, qui a succédé au Dr C_____, l'assuré travaillait à 50% et se plaignait, depuis la fin de l'été, d'une exacerbation des douleurs, principalement au niveau de son hallux gauche, tout en relevant que cet hallux avait toujours été douloureux depuis l'accident. Un bilan radiologique du 11 octobre 2018 mettait en évidence une péjoration de l'arthrose de l'articulation métatarsophalangienne du gros orteil (ci-après: MTPO1) entraînant une incapacité de travail totale. L'assuré n'était pas très favorable pour une infiltration de cortisone. Il y avait aussi la possibilité d'une arthrodèse MTPO1.

10. Par courriel du 7 novembre 2018, l'employeur a annoncé deux rechutes de l'assuré avec des arrêts de travail du 11 au 28 janvier 2018 et depuis le 2 octobre 2018.

11. Dans son rapport du 30 novembre 2018, le Dr G_____ a déclaré que l'évolution était mitigée, si bien que l'assuré n'arrivait pas à reprendre le travail. Les douleurs étaient présentes de manière continue.

12. Le 16 novembre 2018, le dossier de l'assuré a été soumis au docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie et médecin d'arrondissement de la SUVA, pour appréciation. Celui-ci a noté que l'affection dont faisait état le Dr G_____ ne pouvait pas vraiment être imputée à l'accident, dans la mesure où cette atteinte n'avait pas été mentionnée précédemment. Une radiographie récente du pied serait utile.

13. Le 12 décembre 2018, le Dr H_____ a de nouveau examiné le dossier de l'assuré et étudié une nouvelle radiographie du pied gauche. Selon ce médecin, "Après soigneuse relecture expertise et examens du dossier il sera difficile de défendre un refus". Partant, il a considéré qu'on pouvait admettre le lien de causalité entre l'atteinte mentionnée par le Dr G_____ et l'accident et ainsi une aggravation sans modification du taux de l'incapacité de travail et de l'indemnité pour perte d'intégrité.

14. Le 21 janvier 2019, le docteur I_____, neurologue FMH, a examiné l'assuré, celui-ci se plaignant toujours de douleurs permanentes quotidiennes du pied gauche au repos et à la marche. L'électroneuromyographie (ci-après: ENMG) était normale avec des amplitudes inchangées par rapport aux années précédentes. Il n'y avait pas une bonne explication pour la persistance des douleurs, lesquelles n'avaient pas de caractère neurogène net, puisqu'il y avait aussi une composante mécanique avec des douleurs à la marche, à la palpation et à la mobilisation. Toutefois, le mécanisme de la persistance de douleurs était difficile à comprendre dans les traumatismes complexes par écrasement, dans la mesure où il était impossible d'évaluer la fonction des tout petits nerfs y compris ceux qui innervaient les articulations des os du tarse et métatarse.

15. Selon le rapport du 22 janvier 2019 du docteur J_____, angiologue FMH, les symptômes du pied gauche n'avaient pas une origine vasculaire. Il a relevé que l'assuré se plaignait de douleurs de la face interne du talon et de l'hallux gauches au moindre effleurement. A la marche, le frottement du pied dans la chaussure provoquait des douleurs qui disparaissaient à l'arrêt après quelques minutes. Il portait des chaussures de deux tailles plus grandes sans chaussettes et dormait la nuit avec un arceau, le frottement du drap sur son pied déclenchant les douleurs. S'il restait longtemps couché ou debout, il ressentait des fourmillements du pied gauche qui disparaissaient aux changements de position.

16. Dans son rapport du 28 janvier 2019, sur la base d'un examen du 16 janvier, le Dr H_____ a constaté que l'examen clinique était rigoureusement superposable à tous ceux effectués auparavant. Une rechute véritable n'était ainsi pas réalisée, en particulier si celle-ci était en rapport avec l'hallux valgus, celui-ci ne présentant pas un lien de causalité avec l'accident. L'hallux valgus et l'enraidissement de

l'articulation étaient au demeurant très modérés. En comparant les radiographies du pied gauche entre juin 2013 et octobre 2018, il a considéré que "ce qui [avait] été qualifié au niveau de la base de P1 et de la MP du gros orteil d'une péjoration de l'arthrose sur le bord externe de la MP [était] très subjectif, tout juste [s'agissait-il] d'un remodelé légèrement supérieur…". À l'examen, il n'y avait pas d'œdème ni rougeur ni modification de la chaleur nette au pied gauche. L'assuré avait en outre toujours décrit les mêmes douleurs. Il n'y avait ainsi pas une aggravation objective en lien avec l'accident, selon la vraisemblance prépondérante, en ce qui concerne la douleur alléguée à l'hallux. Les limitations fonctionnelles restaient identiques. Le travail à 50% que l'employeur avait aménagé était exigible sans diminution de rendement, avec une adaptation par chaussures orthopédiques une fois par an.

17. Par décision du 31 janvier 2019, la SUVA a mis fin au paiement des indemnités journalières fin février 2019 pour les rechutes annoncées et informé l'assuré qu'elle ne versera dès le 1er mars 2019 que la rente accordée précédemment. Une adaptation des chaussures orthopédiques et les consultations régulières au moins une fois par an seront cependant prises en charge.

18. Le 4 mars 2019, l'assuré a formé opposition à cette décision par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à la reprise de l'instruction avec une expertise pluridisciplinaire externe, afin de déterminer si la persistance et la péjoration des douleurs étaient consécutives à l'accident. Il a mis en cause la valeur probante du dernier rapport d'examen du Dr H_____, ainsi que l'impartialité de celui-ci. Son rapport était incomplet, dès lors qu'il ne mentionnait pas toutes ses plaintes et son traitement alternatif, ainsi que négligeait des détails significatifs. Le revirement du Dr H_____ était en outre incompréhensible. Dans un premier temps et sur la base de la radiographie du pied d'octobre 2018, il avait reconnu que l'assuré avait subi une rechute de son accident. Puis, alors qu'il n'avait sollicité aucun nouvel examen, il l'a niée et ceci alors même que la radiologue et le Dr G_____ avaient admis une péjoration de l'arthrose de l'articulation métatarsophalangienne. En outre, le Dr G_____ avait précisé que l'hallux du pied gauche avait toujours été douloureux depuis l'accident. La Dresse D_____ avait également relevé un début d'arthrose en 2015. L'assuré a à cet égard précisé qu'il n'avait présenté ni douleur ni hallux au pied avant l'accident et que l'hallux du pied droit était normal. Quant aux autres douleurs au pied et à la cheville, le Dr I_____ n'a pas exclu un lien de causalité de ces douleurs avec l'accident. Il aurait fallu lui demander si, au degré de la vraisemblance prépondérante, celles-ci pouvaient être attribuées à l'accident. Le Dr G_____ avait par ailleurs mis en évidence une nouvelle douleur, à savoir une "douleur exquise à la palpation de l'insertion du tendon du jambier postérieur sur l'os naviculaire accessoire". Or, le Dr H_____ n'avait pas investigué si cette douleur était en rapport avec l'accident. La conclusion de ce médecin, selon laquelle il n'existait plus de suspicion de SDRC, n'était pas non plus convaincante, dans la mesure où elle était contredite par les pièces du dossier et ne reposait pas sur un examen sérieux et effectué dans la durée.

19. À partir du 1er août 2019, l'assuré a pris une retraite anticipée.

20. Selon le rapport d'expertise du 23 septembre 2020 des docteurs K_____, rhumatologue, et L_____, orthopédiste, l'assuré présentait les diagnostics d'algodystrophie post-traumatique du pied gauche et d'arthrose métacarpo-phalangienne du gros orteil, laquelle n'était pas en rapport de causalité avec l'accident. La douleur actuelle du gros orteil, avec limitation de la mobilité, paresthésies et changement de couleur, et de la cheville était plutôt secondaire à l'algodystrophie. Suite à la rechute de janvier 2018, la situation semblait être stabilisée depuis octobre 2018, selon les conclusions consensuelles des experts. Les limitations fonctionnelles en rapport avec les réactions algodystrophiques étaient les suivantes : absence d'effort de soulèvement, de marche au-delà de dix minutes, de piétinement, d'escaliers, de travail en hauteur et de position à genoux ou accroupie. L'assuré devait également alterner les positions assise et debout au moins trois fois par heure.

21. Dans ses plaintes à l'experte orthopédiste, l'assuré a fait état de douleurs au pied gauche évaluées à 10/10, surtout la nuit, localisées en sous-malléolaire interne et au niveau de la plante du pied, en particulier au niveau du talon. Il se plaignait également de fourmillements au niveau des orteils et de l'hallux gauche, ainsi que de mouvements involontaires. Selon cette experte, la situation était stabilisée depuis la retraite en juillet 2018 (sic). Les troubles statiques du pied pouvaient entraîner des douleurs lombaires et au genou gauche par hyperpression externe. Le "pourcentage de l'invalidité" était de 25 à 30%.

22. L'expert rhumatologue a fait état d'une douleur globale du pied gauche, de la cheville aux orteils. Cette douleur était centrée sur le gros orteil qui était hyperesthésique avec une anesthésie des 2ème et 3ème orteils, surtout la nuit. L'assuré présentait également une douleur au talon et autour de la cheville. Lorsqu'il marchait, le pied augmentait de volume, devenait rouge et pouvait changer de température, étant précisé que le périmètre de marche était limité à 400 m. La mobilité du pied et la cheville gauches était diminuée. Ces troubles évoquaient une algodystrophie qui était en lien de causalité naturelle probable avec l'accident, contrairement à l'arthrose métatarsophalangienne sévère de l'hallux.

23. Par décision du 8 janvier 2021, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré, sur la base de l'expertise. Elle a considéré que, selon les experts, il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé en rapport avec l'accident. De surcroît, les limitations retenues par les experts étaient les mêmes que la SUVA avait mentionnées précédemment.

24. Par acte du 4 février 2021, l'assuré a recouru contre cette décision, en concluant à son annulation, à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30% et d'indemnités journalières jusqu'à fin juillet 2019, sous suite de dépens. Subsidiairement, il a demandé une expertise judiciaire ou un complément d'expertise afin de déterminer l'aggravation de son état de santé et le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, et plus subsidiairement le renvoi à l'intimée

pour instruction complémentaire. Le consilium de l'expertise était manifestement faux, incohérent et incomplet, si bien que l'intimée aurait dû se référer aux expertises complètes ou solliciter un complément d'expertise. Une aggravation s'était bel et bien produite, dès lors que les atteintes au pied et le syndrome douloureux du pied et de la cheville gauches avaient provoqué, de façon imprévue, des troubles statiques pouvant entraîner des douleurs lombaires et des douleurs au niveau du genou. Partant, il y avait lieu d'augmenter l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 38,75% (soit les 8,75% déjà constatés pour le pied et la cheville et les 30% pour les troubles statiques). Quant à la stabilisation de son état, l'experte orthopédiste avait retenu le mois de juillet 2018, en précisant qu'il s'agissait de la date de la retraite. Toutefois il avait pris sa retraite le 1er août 2019. Partant, il fallait retenir cette date pour la stabilisation de l'état de santé et le versement des indemnités journalières.

25. Dans sa réponse du 5 mars 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours, en rappelant que le Tribunal fédéral avait considéré que l'importance des douleurs encore ressenties par l'assuré ne pouvait s'expliquer ni par un SRDC ni par le status après fractures. Or, le Dr H_____ avait constaté que l'examen du 16 janvier 2019 était strictement superposable à ceux réalisés précédemment. Tel était également les constatations des Drs I_____ et J_____ dans leurs derniers rapports. Les experts ont également considéré que l'état de santé était stable depuis l'automne 2018 et qu'il n'y avait pas de modification significative des limitations fonctionnelles. Quant au fait que l'experte orthopédiste a fait mention d'une fausse date de retraite, il s'agissait d'une erreur de plume insignifiante. Il y avait dès lors lieu de se fonder sur l'appréciation consensuelle sur ce point. Une aggravation en lien de causalité probable avec l'accident ne pouvait dès lors être retenue. L'expertise remplissait en outre les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante.

26. Dans sa réplique du 30 mars 2021, le recourant a maintenu ses conclusions. Il n'a pas mis en cause les expertises individuelles, mais a jugé que le consilium était incohérent. L'appréciation consensuelle ne faisait pas état de l'aggravation consistant dans le fait que les atteintes pouvaient provoquer des troubles statiques, ce qui constituait une grave lacune. Quant à la date de stabilisation, l'erreur de plume était la référence à l'année 2018 au lieu de 2019, dès lors que l'experte se référait à un évènement factuel survenu en 2019. Quant aux troubles statiques, ils provoquaient des douleurs tant sur le genou que sur le bas du dos, de sorte qu'un taux pour l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 38,75% n'était pas excessive.

27. Par duplique du 23 avril 2021, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

28. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

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 - E 2 05) en vigueur dès le 1er 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).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À 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.

3. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

   Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

5. Est litigieuse en l'occurrence, la question de savoir si le recourant a subi une rechute et à quelle date son état de santé s'est le cas échéant stabilisé suite à cette rechute. Il sied également d'examiner s'il y a lieu de réviser le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui a été fixé précédemment à 8,75%.

6. a. Les prestations que l'assureur-accidents doit, cas échéant, prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10 % au moins par suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi qu'une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité si l'assuré souffre par suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA).

   Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il 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 (al. 2).

   L'art. 19 LAA dispose que 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. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (al. 1).

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). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a ; ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b).

b. En vertu de l'art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives; les bénéficiaires de rentes d'invalidité doivent toutefois remplir les conditions posées à l'art. 21 LAA (lequel porte sur le « traitement médical après la fixation de la rente »).

Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

7. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux

prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), 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. À 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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).

c. 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).

8. d. 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. Étant 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

e. 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).

9. Le recourant met en partie en doute la valeur probante des expertises et des rapports du Dr H_____.

a. En premier lieu, le recourant conteste l'impartialité du Dr H_____. Il voit en particulier un indice pour une impartialité dans le fait que ce médecin a reconnu dans un premier temps et sur la base de la radiographie du pied d'octobre 2018, qu'il avait subi une rechute de son accident, et que ce médecin l'a nié par la suite, alors même que la radiologue et le Dr G_____ avaient admis une péjoration de l'arthrose de l'articulation métatarsophalangienne et qu'aucun nouvel examen n'avait été sollicité.

La chambre de céans ne voit aucun indice de partialité du médecin d'arrondissement dans ce revirement. Cela montre au contraire que celui-ci n'avait au départ aucun a priori contre le recourant. Une appréciation qui ne va pas dans le sens du recourant ne peut pas non plus être qualifiée de partiale de ce seul fait. Au demeurant, le Dr H_____ n'a pas nié une péjoration de l'arthrose de l'articulation métatarsophalangienne, mais uniquement le lien de causalité avec l'accident. Cela a été ensuite confirmé par les experts qui ont expressément considéré que cette atteinte n'était pas en rapport avec l'accident.

b. Sur le plan formel, il convient par ailleurs d'accorder aux rapports du médecin de l'intimée et des experts une pleine valeur probante, sous les réserves exposées dans ce qui suit. En effet, ces rapports prennent en considération les plaintes du recourant, ont été établi en pleine connaissance du dossier, reposent sur un examen clinique complet et comportent des conclusions a priori convaincantes. Leurs

conclusions sont également concordantes, sauf en ce qui concerne le SDRC. Toutefois, il s'agit d'un diagnostic qui a été écarté essentiellement en raison d'une appréciation juridique et non médicale.

10. En l'occurrence, le recourant a été mis au bénéfice d'une rente de 39% dès le 1er janvier 2015 et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 8,75%, par arrêt du 23 août 2016 de la chambre de céans, confirmé par le Tribunal fédéral. Celui-ci a jugé qu'il n'y avait pas lieu de retenir le diagnostic de SDRC ou de probable algodystrophie. En l'absence d'explication somatique à l'ampleur de la symptomatologie algique, il n'y avait pas non plus de lien de causalité adéquate entre l'accident et cette symptomatologie, selon les critères jurisprudentiels élaborés pour les troubles psychiques consécutifs à un accident, appliqués par analogie.

    Or, les experts K_____ et L_____ émettent uniquement le diagnostic d'algodystrophie en rapport avec l'accident. En effet, l'expert rhumatologue nie expressément un lien de causalité entre cet évènement et l'arthrose métatarsophalangienne de l'hallux, en expliquant que le processus évolutif d'une telle lésion dégénérative est très lent et progressif.

    Le Dr I_____ n'a pas d'explication à la persistance des douleurs, l'ENMG étant normale avec des amplitudes inchangées par rapport aux années précédentes. Il admet toutefois que, dans les traumatismes complexes par écrasement, il est souvent difficile de bien comprendre le mécanisme de persistance des douleurs, dès lors qu'il est impossible d'évaluer la fonction des tout petits nerfs, notamment de ceux qui innervent les articulations des os du tarse et métatarse. Quant au Dr J_____, il écarte une origine vasculaire des signes vasomoteurs. Le médecin traitant, le Dr G_____, ne donne pas non plus une explication pour les douleurs.

    Quant aux experts, même s'ils estiment que le SDRC est en rapport de causalité naturelle avec l'accident, ils ne parviennent pas à démontrer que ce syndrome repose sur des lésions structurelles traumatiques documentées par l'imagerie.

    Quoi qu'il en soit, à moins d'une révision de l'arrêt du Tribunal fédéral sur la base d'un fait ou moyen de preuve nouveau, une rechute pour ce motif ne peut être admise, dès lors que notre Haute Cour l'a écarté.

11. Il est vrai que l'état de santé du recourant constaté par les experts paraît à première vue objectivement aggravé à l'examen clinique.

    Lors de son examen du 16 janvier 2019, le Dr H_____ relève que l'examen clinique est rigoureusement superposable à tous ceux effectués auparavant, de sorte qu'une rechute véritable n'est pas réalisée, en particulier en rapport avec l'hallux valgus qui n'est pas dans un rapport de causalité avec l'accident. À l'examen, le recourant marche en appui externe du pied gauche. La marche sur la pointe des pieds et sur les talons est difficile. Il y a des douleurs diffuses sur le dessus du pied et le talon. Le médecin d'arrondissement ne constate pas d'amyotrophie des membres inférieurs ni d'œdème ni rougeur ni modification de la chaleur nette. Mais la mobilité de la cheville est réduite (à droite à 50-0-15° et à gauche 35-0°).

L'assuré a cependant toujours décrit les mêmes douleurs et les limitations fonctionnelles restent identiques. Il n'y a ainsi pas une aggravation objective en lien avec l'accident, selon la vraisemblance prépondérante, et le travail à 50% que l'employeur a aménagé est exigible sans diminution de rendement, avec une adaptation par chaussures orthopédiques une fois par an.

Or, l'expert rhumatologue met notamment en évidence, à l'examen clinique, un pied gauche globalement augmenté de volume avec une coloration plus foncée que le pied droit, une mobilisation du pied diminuée et des anesthésies des 2ème et 3ème orteils. L'algodystrophie est ainsi accompagnée de signes vasomoteurs intéressant les paresthésies, les gonflements, l'augmentation du volume global et les changements de couleur du pied gauche, selon l'expert. Il y aussi une diminution de la force musculaire des releveurs et des abaisseurs du pied.

Il résulte donc de l'examen clinique de l'expert rhumatologue une aggravation objective par rapport aux examens effectués précédemment, dans la mesure où il relève une augmentation du volume du pied gauche et des paresthésies. Toutefois, le recourant a déjà précédemment mentionné que son pied gonflait après un effort et en fin de journée (cf. rapport de la CRR du 2 juin 2014, p. 3; rapport d'examen de la Dresse D_____ du 4 novembre 2015 p. 5). Même si cela n'avait pas été constaté précédemment *in visu* par les médecins, il ne s'agit donc pas d'un phénomène nouveau. Quant aux paresthésies, elles sont certes gênantes, mais n'engendrent pas de nouvelles limitations fonctionnelles. En effet, le recourant a déclaré au Dr J_____ que les fourmillements disparaissaient au changement de positions.

Les limitations fonctionnelles retenues par les experts sont au demeurant semblables à celles que les médecins ont mentionnées auparavant. Ainsi, dans son rapport 9 janvier 2015, la Dresse D_____ retient les limitations fonctionnelles pour la marche en terrain accidenté, la montée et la descente d'échelles, les positions statiques et debout prolongées et la marche prolongée. Les experts font état des limitations suivantes: pas d'effort de soulèvement, absence de marche au-delà de dix minutes, de piétinements, de montée et descente d'escaliers, de travail en hauteur et de positions à genoux et accroupie, ainsi que la nécessité de changer régulièrement les positions assise et debout au moins trois fois par heure. Certes, ils mentionnent de nouvelles limitations pour le soulèvement de charges, le travail en hauteur, les positions à genoux et accroupie. Les raisons de ces nouvelles restrictions ne sont pas étayées et ne paraissent à priori pas toutes convaincantes, notamment pour le travail en hauteur. Quoi qu'il en soit, le travail du recourant est en principe également adapté à ces restrictions et celui-ci n'allègue pas dans son recours que tel ne serait pas le cas. En outre, un travail en position assise permettant l'alternance des positions n'implique en général pas le soulèvement de charges importantes, le travail en hauteur et en position à genoux ou accroupie. Ainsi, ces nouvelles restrictions sont sans incidence sur la capacité de travail dans une activité adaptée et n'ont en tout état de cause pas motivé les arrêts de travail du recourant en 2018.

12. Au vu de ce qui précède, il s'avère que la question de la stabilisation de l'état de santé du recourant suite aux rechutes annoncées est sans objet. En effet, une aggravation du SDRC ne peut être prise en considération, notre Haute Cour ayant jugé qu'il n'était pas dans un rapport de causalité adéquate avec l'accident.

13. Le recourant demande enfin une révision de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

    a. Lors de la fixation de l'indemnité, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité (art. 36 al. 4 1ère phrase OLAA). De jurisprudence constante, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_494/2014 du 11 décembre 2014 consid. 6.2; RAMA 1998 n° U 320 p. 602 consid. 3b).

    A titre d'exemples, le Tribunal fédéral a nié le caractère prévisible d'une aggravation en fonction de l'indication du médecin selon laquelle « il n'était pas impossible » que l'affection (périarthrite scapulo-humérale) entraînât « d'ici quelques années » une arthrose moyenne (RAMA 1998 p. 602 consid. 3b); à l'inverse, il a admis l'aggravation prévisible d'une arthrose du genou dans le cas où le médecin a fait état d'une telle aggravation « en raison de l'évolution toujours défavorable de l'arthrose » (arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3, in SVR 2009 UV n° 27 p. 98).

    Par ailleurs, une révision de l'indemnité n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36 al. 4 2ème phrase OLAA; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 124/01 du 22 novembre 2001 consid. 1b). Elle doit être d'au moins 5 % de plus que ce qui était pronostiqué (RAMA 1991 p. 306).

    b. En l'occurrence, l'expert rhumatologue mentionne une aggravation de l'état de santé consistant dans des troubles statiques du pied pouvant entraîner des douleurs lombaires et au niveau du genou gauche par hyperpression externe. Cependant, ces troubles statiques ne sont pas nouveaux et existent depuis l'accident, dans la mesures où le recourant souffre depuis lors de séquelles des lésions traumatiques au pied, ce qui a justifié l'octroi d'une rente de 39% de la part de l'intimée et une demi-rente de l'assurance-invalidité. De ce fait, il marche avec un appui latéral externe du pied, comme déjà relevé précédemment (cf. rapport du 4 novembre 2015 de la Dresse D_____, p. 5). Les troubles statiques du pied ne constituent ainsi pas une nouvelle atteinte.

    Il ne peut pas non plus être considéré que les éventuelles douleurs lombaires et au niveau du genou gauche n'étaient pas prévisibles au moment de la fixation initiale de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. En effet, il est dans le cours normal des choses qu'une démarche déséquilibrée peut entraîner des douleurs à d'autres niveaux du corps, notamment au dos et au genou ou dans le membre qui est plus sollicité du fait de la décharge de celui qui est lésé.

Au demeurant, le recourant ne s'est jamais plaint de douleurs au dos et au genou. Certes, l'expert rhumatologue constate une rotule légèrement douloureuse du genou gauche, ainsi que des douleurs au niveau de l'interligne externe et du compartiment externe lors de la mise en valgus. Ces douleurs ne peuvent cependant pas être qualifiées d'aggravation importante. Aucun diagnostic en rapport avec le genou gauche n'est par ailleurs retenu.

Cela étant, il paraît convaincant que l'appréciation de l'expert rhumatologue concernant une aggravation consistant dans des troubles statiques du pied gauche pouvant provoquer des douleurs lombaires et au niveau du genou, n'ait pas été retenue dans l'appréciation consensuelle.

Partant, les conditions ne sont pas réalisées pour une révision de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

c. Enfin, rien n'indique in casu que la survenance de douleurs au dos et au genou gauche est vraisemblable et leur importance quantifiable. En effet, l'experte orthopédiste a uniquement indiqué "troubles statiques du pied pouvant entraîner des douleurs…". Cela revient à dire que cela n'est pas impossible. Or, cela est insuffisant pour admettre une aggravation consistant dans des douleurs du dos et du genou gauche, au degré de la vraisemblance prépondérante

Quant à la mention de cet expert "Pourcentage de l'évaluation d'invalidité : 25 à 30%", elle est incompréhensible. Est-ce-que l'expert se réfère au taux d'invalidité ou au pourcentage de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, auquel se rapporte la question de l'intimée ? En admettant cette dernière hypothèse, il conviendrait de constater que cette estimation n'est pas étayée, si bien qu'elle serait dépourvue de valeur probante. Elle ne serait pas non convaincante. En effet, selon la table 4 de l'intimée concernant l'indemnisation des atteintes à l'intégrité résultant de la perte d'un ou de plusieurs segments des membres inférieurs, la perte d'un pied entier vaut 30%, une amputation à l'articulation de Lisfranc (moitié de l'avant-pied) 15%, une amputation selon Pirogoff (amputation de tout l'avant-pied) 25% et à l'articulation de Chopart (3/4 de l'avant-pied) 20%. Or, en l'occurrence, le recourant n'a pas perdu son pied et peut encore marcher, de sorte qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité du pied gauche de 25 à 30% serait manifestement trop élevée.

14. Enfin, dans la mesure où le dossier médical est complet pour apprécier les questions litigieuses, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de mesures d'instruction complémentaires du recourant.

15. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

16. La procédure est gratuite.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. 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 suppléante
Adriana MALANGA	Maya CRAMER

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