

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4154/2008

ATAS/1501/200

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

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

GASTROSOCIAL, sise Bahnhofstrasse 86, 5002 Aarau

intervenante

**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-astragalienne 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-astragalienne et sous-astragalienne 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 F_____ 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 (apparemment non communiquée à GENERALI) n'a pas été attaquée.
41. Le 13 novembre 2007, l'OAI a 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 F_____, ou l'implantation d'une prothèse de la cheville, préconisée par le Dr G_____, 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 Emile SIMON, 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 F_____ 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 F_____ 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 arrêt de ce jour (cause A/2974/2008), le Tribunal de céans a rejeté le recours interjeté par l'assuré contre la décision sur opposition de GENERALI du 21 juillet 2008.

EN DROIT

1. L'objet du recours ressortit à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI), si bien que le Tribunal de céans est matériellement compétent pour statuer en l'espèce (art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire).

2. Interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente et dans les formes prescrites, par un assuré directement touché dans ses intérêts juridiquement protégés par la décision querellée, le présent recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 : LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003).
3. Selon l'art. 17 LPGA si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). Toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).
 - 3.1 L'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201) prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Selon l'art. 88a al. 2 RAI, si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.
 - 3.2 Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).
4.
 - 4.1 Pour examiner si dans un cas de révision il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée.
 - 4.2 La dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour

examiner si le degré de l'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations ([ATF 133 V 114](#) consid. 5.4, 125 V 369 consid. 2, 112 V 372 consid. 2).

En l'espèce, les status fondant, d'une part, la décision de l'OAI du 11 octobre 2007, respectivement le projet de décision du 12 mars 2007 (consécutif au rapport d'expertise du Dr C _____ du 7 novembre 2006 et à l'avis du SMR du 27 décembre 2006), et, d'autre part, le status de l'assuré ayant fondé la décision du 17 octobre 2008 dont est recours (basée sur le rapport d'expertise du Dr C _____ du 7 janvier 2008, les avis du SMR des 21 février et 3 septembre 2008, ainsi que le certificat médical du Dr F _____ du 29 février 2008) sont déterminants pour la discussion du cas.

5.

5.1 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale ([ATF 116 V 246](#), consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

5.2 Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré ([ATF 115 V 133](#) consid. 2, 114 V 310 consid. 3c).

6.

6.1 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas ([ATF 117 V 283](#) consid. 4a).

6.2 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; [ATF 130 II 425](#) consid. 2.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_859/2007 du 16

décembre 2008 consid. 5). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht Rechtsprechung [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

7.

7.1 Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées ([ATF 125 V 351](#) consid. 3a et les références).

7.2 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné ([ATF 125 V 351](#) consid. 3b/aa; [118 V 290](#) consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier ([ATF 125 V 351](#) consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante ([ATF 125 V 351](#) consid. 3b/dd et les références citées).

8. Préalablement, on relèvera que le recourant ne saurait tirer aucun argument en sa faveur de l'attestation du Dr H_____ du 23 octobre 2008, dans la mesure où ce document a été établi postérieurement à la décision litigieuse du 17 octobre 2008, sinon du projet de décision du 11 juillet 2008 ([ATF 131 V 242](#)). Au demeurant, ce praticien (qui n'est d'ailleurs pas psychiatre, mais généraliste) ne se prononce en particulier pas sur la capacité de travail résiduelle de son patient. En outre, il faut tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin-traitant peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier ([ATF 125 V 352](#) consid. 3a), ce qui relativise d'autant la valeur probante de ladite attestation. Enfin, et en tout état, les éléments dépressifs diagnostiqués dans ce document constituent une atteinte, en principe,

surmontable par un effort de volonté raisonnable exigible de l'assuré (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.1 p. 353 et les références ; voir aussi arrêt du Tribunal fédéral I 649/06 du 13 mars 2007 consid. 3.3.1, in SVR 2008 IV n° 8 p. 23).

Sous cet angle, il s'avère dès lors superflu d'ordonner l'audition du Dr H_____, comme le requiert le recourant (appréciation anticipée des preuves : ATF du 12 mai 2004, K 134/03, consid. 4.3 ; ATF 124 V 94 consid. 4b).

9. Dans sa décision du 11 octobre 2007, respectivement le projet de décision du 12 mars précédent, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière, à compter du 2 janvier 2004, tout en précisant que le droit à la rente serait revu le 31 décembre 2007. Cette décision est fondée sur le rapport d'expertise du Dr C_____ du 7 novembre 2006 (tant dans sa version destinée à GENERALI que celle destinée à l'OAI), ainsi que sur l'avis du SMR du 27 décembre 2006, se ralliant aux conclusions de cet expert. Il ressort en particulier dudit rapport qu'il était impossible pour l'assuré d'envisager une reprise du travail quelconque avant trois à quatre mois. La reprise du travail ne serait que partielle et l'occupation devrait s'effectuer en position assise. Un traitement chirurgical de l'articulation de Chopart ne devrait pas être envisagé avant que les arthrodèses soient définitivement stabilisées, ce qui n'interviendrait pas avant 4 à 6 mois. En conclusion, le cas devrait être réévalué dans environ 6 mois. Les prévisions de reprise du travail, mentionnées dans son précédent rapport d'expertise du 7 juillet 2005 (taux de 75% dans une activité sédentaire, dès la consolidation de la pseudoarthrose sous-astragalienne) devaient être ainsi revues à la baisse (rapport destiné à GENERALI du 7 novembre 2006, p.7).

Le 20 février 2008, l'OAI a initié une révision du droit à la rente. Le 17 octobre 2008, cet office a décidé de remplacer la rente entière par une demi-rente (à compter du 1er décembre 2008), estimant que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré. A cet égard, l'administration s'est en particulier fondée sur le rapport d'expertise du Dr C_____ du 7 janvier 2008, les avis du SMR des 21 février et 3 septembre 2008 (se ralliant aux conclusions de l'expert), ainsi que sur le certificat médical du Dr F_____ du 29 février 2008. Pour le Dr C_____, la situation médicale était stabilisée et la capacité de travail était de 50 %. Cette appréciation est conforme aux conclusions de sa précédente expertise du 7 novembre 2006, selon lesquelles une stabilisation de l'arthrodèse, qui était en très bonne voie de consolidation, interviendrait dans un délai de 4 à 6 mois, et permettrait une reprise du travail à 50% dans une activité sédentaire, soit dès le 1^{er} juillet 2007. Dans cette estimation, l'expert a en outre pris en compte la symptomatologie douloureuse liée à l'arthrose du médio-tarse, ainsi que les lombalgies, qualifiées de « tenaces » par l'expertisé. Ces conclusions de l'expert sont même partagées par le propre chirurgien orthopédiste traitant, puisque, dans son certificat du 29 février 2008, le Dr F_____ a attesté que les douleurs avaient disparu (après excision du névrome cicatriciel le 16 mai 2006 et la cure de

pseudarthrose sous astraglienne droite) et que, dans position assise prolongée, une activité de l'ordre de 50% pouvait être envisagée.

- 9.1 En l'occurrence, le Tribunal de céans n'a pas de motifs de s'écarter des conclusions de l'expertise du Dr C_____ du 8 janvier 2008, laquelle revêt par ailleurs pleine valeur probante, et dont les conclusions sont partagées tant par le Dr F_____ que par le SMR. Le recourant n'a d'ailleurs avancé aucun argument de nature à les remettre en cause. En particulier, le dossier ne contient pas d'élément médical permettant d'attester que l'assuré ne pourrait pas exercer un travail sédentaire, même à 50%. On ajoutera encore que, contrairement à que le recourant affirme, le rapport d'expertise précité n'atteste nullement qu'il ne pourrait travailler « de manière prolongée assis de manière immobile » (mémoire recours, p. 7). Il ne s'agit d'ailleurs pas d'exiger de l'assuré qu'il exerce une telle activité, dès lors que la position assise n'implique pas de rester absolument immobile sur son poste de travail.

A cet égard, le recourant soutient que l'exercice d'une activité de remplacement dans une activité industrielle légère, telle des travaux sériels à l'établi ou des opérations sur machine en position assise – travaux préconisés dans le rapport CAM du 15 octobre 2004, supra, § 20 - serait irréaliste au vu de ses lombalgies (cf. réplique du 24 octobre 2008). Indépendamment du fait qu'il ne s'agit pas en l'occurrence d'exercer une activité de remplacement à 100%, mais seulement à 50%, pour tenir compte, précisément, desdites douleurs, il faut rappeler qu'un grand nombre d'activités dans l'industrie légère permettent de maintenir une situation de travail sédentaire tout en changeant fréquemment de position (comp. arrêt du TAF du 8 juin 2009, C-5563/2007, consid. 10.1).

- 9.2 Au vu des éléments qui précèdent, il faut considérer que, conformément à l'expertise du 8 janvier 2008, l'état de santé du recourant s'est amélioré de manière significative selon l'art. 17 LPGA. D'autre part, pareille modification peut être considérée comme durable au sens de l'art. 88 al. 1 RAI, vu qu'aucun fait médical étayé mettant en évidence une aggravation relevant de l'état de santé du recourant n'a été avancé, et encore moins démontré, jusqu'au 17 octobre 2008, date de la décision entreprise.

On peut donc admettre qu'à cette dernière date au plus tard (si ce n'est dès le 1^{er} janvier 2008, selon l'avis du SMR du 21 février 2008), l'intéressé a retrouvé une capacité de travail de 50% – dans une activité adaptée.

- 9.3 Enfin, en relation avec le pronostic réservé du Dr C_____ quant à une reprise prochaine du travail, même à un taux partiel, compte tenu de la longue période d'incapacité de travail du recourant (rapport d'expertise du 7 novembre 2006), on rappellera que, selon un principe général valable en assurances sociales, tout invalide qui demande des prestations de l'assurance-invalidité doit entreprendre de

son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 avec les références). Le fait que le recourant ne mette pas en valeur sa capacité résiduelle de travail pour des raisons étrangères à l'invalidité ne relève pas de l'assurance-invalidité, car il s'agit là de facteurs qui ne sont pas liés à l'invalidité et que l'assurance-invalidité n'est pas tenue de prendre en charge (RCC 1991 p. 329 consid. 3c). Dans ce contexte, la formation professionnelle, les aptitudes physiques et mentales de l'assuré, ainsi que son âge, ne sont pas des facteurs supplémentaires propres à influencer l'étendue de l'invalidité (RCC 1982 p. 34 consid. 2c).

- 9.4 La perte de gain subie par l'assuré du fait de son invalidité (53%) n'ayant pas été contestée, en tant que telle, il n'y a pas lieu d'y revenir. Au demeurant, ni la comparaison des revenus à laquelle l'OAI a procédé en l'occurrence, ni l'abattement statistique appliqué (15%) ne sont critiquables. Ce taux tient en effet compte de l'ensemble des facteurs déterminants dans le cas d'espèce, soit en particulier l'absence de formation et les effets des atteintes dont souffre l'intéressé. On ne saurait suivre le recourant lorsqu'il réclame un abattement de 25%. Une telle déduction constitue le maximum autorisé par la jurisprudence et serait manifestement excessive dans le cas d'espèce, notamment eu égard à l'âge de l'assuré et à son statut administratif, qui ne remplit au demeurant pas tous les critères permettant l'octroi de l'abattement maximal (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Au reste, le fait qu'il s'exprime difficilement en français constitue un élément non médical, dont l'assurance-invalidité n'a pas à répondre (ATFA du 12 juillet 2004, I 535/03, consid. 5.1 ; ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3).
- 9.5 Il s'ensuit que la décision portant réduction de la rente, conformément à l'art. 17 LPGa, ne souffre ainsi d'aucune critique.
10. Le recourant a également 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.
- 10.1 Pour déterminer si une mesure de réadaptation est de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer la capacité de gain de l'assuré (art. 8 al. 1 LAI), il convient en particulier d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 p. 221). Des mesures d'ordre professionnel ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt I 95/07 du 15 février 2008, consid. 4.3).
- 10.2 En l'espèce, l'assuré a déjà bénéficié de telles mesures, à deux reprises. D'une part, l'assuré a suivi un stage de réadaptation professionnelle au CIP (OSER), du 23 août au 21 novembre 2004, stage prématurément interrompu le 18 octobre 2004 en raison d'une aggravation des douleurs séquellaires de l'arthrodèse tibio-tarsienne. D'autre part, il a suivi un second stage au CIP (APAIL), du 29 mars au 26 juin

2005. Cette mesure a également été interrompue, dès le 6 avril 2005, l'assuré se trouvant totalement empêché de travailler. Selon le rapport CAM du 15 octobre 2004, ce dernier 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. 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. Ils ont encore estimé que les chances de succès d'un reclassement étaient faibles, car l'assuré n'acceptait pas son handicap et souffrait trop de la cheville.

Dans ces conditions, il faut admettre que non seulement les deux stages effectués au CIP ont déjà permis de retenir quelles activités concrètes étaient à la portée de l'assuré (travaux sériels à l'établi ou d'opérateur sur machine en position assise), mais encore que toute nouvelle mesure d'ordre professionnel serait vouée à l'échec. Cette conclusion s'impose d'autant plus que, dans son recours, l'assuré a lui-même déclaré être toujours totalement incapable de travailler, concluant principalement au maintien d'une rente entière, sur la base d'un taux d'invalidité de 100%, faisant même valoir que la situation médicale s'était aggravée en raison d'un état dépressif résultant de sa symptomatologie douloureuse.

11. Partant, le recours doit être rejeté.
12. Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, un émolument de Fr. 200.- est mis à la charge du recourant, qui succombe.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare recevable le recours ;

Au fond :

2. Le rejette ;
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant ;
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 GENERALI ASSURANCES GENERALES SA, GASTROSOCIAL et à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le