

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1537/2009

ATAS/1629/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 8

du 10 décembre 2009

En la cause

Monsieur F _____, domicilié à Thônex, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître MATHEY-DORET Marc

recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, 6002 Lucerne

intimé

EN FAIT

**Siégeant : Patrick UDRY, Président suppléant; Teresa SOARES et Monique STOLLER
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

1. Monsieur F_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1949, a été victime d'une chute en 1995 qui s'est soldée par une déchirure complète du ligament croisé antérieur, une déchirure partielle du ligament collatéral interne et une déchirure de grade III des cornes postérieure et latérale du ménisque interne du genou gauche. Il a subi une méniscectomie interne gauche partielle sous arthroscopie.

Ce cas a été pris en charge par la GENEVOISE COMPAGNIE GÉNÉRALE D'ASSURANCE, devenue par la suite ZURICH ASSURANCES, en sa qualité d'assureur-accidents.

2. En 2004, le recourant travaillait comme ouvrier auprès de X_____ SA et, à ce titre, était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels, auprès de la SUVA.
3. En date du 9 mars 2004, alors qu'il circulait au guidon d'un scooter, le recourant a été victime d'un accident de la circulation, qui lui a occasionné une contusion-distorsion du genou, de la cheville et du pied gauche. Il s'est retrouvé en incapacité de travail à 100% du 9 mars 2004 au 20 juin 2004, puis à 50% dès le 21 juin 2004.
4. Le 12 octobre 2004, le contrat de travail du recourant a été résilié pour le 31 décembre 2004. Il a ensuite bénéficié de prestations de l'assurance-chômage pour sa capacité de travail de 50%.
5. En janvier 2005, le recourant a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité.
6. Dans un rapport d'examen médical final (effectué les 26 janvier et 10 février 2006), le Dr G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de la SUVA, a résumé le dossier du recourant, a reproduit les déclarations de ce dernier, et a décrit sa situation socioprofessionnelle, son status et les radiographies effectuées jusque-là.

Dans l'appréciation du cas du recourant, le Dr G_____ a retenu que l'accident de 2004 avait eu comme conséquences des douleurs du genou gauche, déjà arthrosique, et que l'accident survenu en 1995 jouait certainement un rôle dans la genèse de cette arthrose, laquelle était peu symptomatique avant l'accident de 2004, une participation de ce dernier dans la symptomatologie actuelle ne pouvant dès lors être exclue. Il a ajouté que, lors de l'accident de 2004, il y avait une suspicion de lésion ligamentaire au niveau du pied, qu'ultérieurement la présence d'un petit nodule calcifié intra-articulaire tibio-tarsien avait été identifié (les chirurgiens ayant renoncé à tout geste chirurgical), qu'au niveau de la cheville, l'articulation était à cette époque peu symptomatique, et que les douleurs étaient situées avant tout au niveau du Chopart, l'origine de ces douleurs du médio-tarse n'étant pas identifiée.

Après avoir rappelé l'aggravation de la situation du recourant résultant de son licenciement et des complications administratives liées à la recherche d'emploi, le Dr G_____ a estimé qu'un nouvel emploi chez le recourant devait être réalisé principalement en position assise, en précisant que, dans une profession adaptée, le précité pourrait retravailler à plein temps. Enfin, il a ajouté qu'un dommage permanent existait.

7. Dans un rapport du 13 février 2006, le Dr D. G_____ a estimé à 15% l'atteinte à l'intégrité du recourant (20% pour l'état du genou dont à déduire la moitié en raison de l'état antérieur et 5% pour le problème du pied gauche).
8. Par décision du 12 juillet 2006, la SUVA a alloué au recourant une rente d'invalidité basée sur une incapacité de gain de 18% (calculée sur un revenu annuel assuré de 53'632 fr.) à compter du 1^{er} mai 2006 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) correspondant à une diminution de son intégrité de 15% (calculée sur un revenu annuel de 106'800 fr.).

Elle a retenu que le recourant était en mesure d'exercer une activité à plein temps dans différents secteurs de l'industrie, à la condition de pouvoir travailler essentiellement en position assise, et de réaliser à ce titre un gain mensuel d'environ 3'600 fr. soit inférieur de 18.18% au revenu assuré de 4'400 fr.

9. Par lettre de son avocat du 14 septembre 2006, le recourant a fait opposition à la décision du 12 juillet 2006, en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une IPAI toutes deux calculées sur la base d'un taux d'invalidité de 50%.

Par un courrier complémentaire de son conseil du 24 octobre 2006, le recourant a estimé qu'un complément d'instruction médical destiné à déterminer clairement les restrictions professionnelles liées à l'atteinte à sa santé consécutive à son accident de 2004 devait être ordonné. Il a également requis l'apport du dossier AI du recourant.

10. Par décision sur opposition du 8 janvier 2007, reçue le lendemain par le conseil du recourant, la SUVA a rejeté l'opposition de ce dernier.

Elle a considéré que rien ne justifiait de s'écarter de l'avis sans équivoque du Dr G_____ des 26 janvier et 13 février 2006. S'agissant du revenu hypothétique sans invalidité, la SUVA a estimé que le choix des postes pris en considération était exempt de critique, en relevant que le revenu ainsi pris en compte était inférieur de 25% à celui obtenu selon le revenu statistique en l'état 2005.

En ce qui concerne l'IPAI, la SUVA a repris l'argumentation du Dr G_____, en précisant que l'accident de 2004 s'était produit alors que l'état de santé du genou gauche était déjà diminué par les suites (même asymptomatiques

ou peu symptomatiques) d'une méniscectomie interne subie en 1995 et que le recourant n'avait produit aucun avis médicalement motivé susceptible de mettre en doute les conclusions du Dr G_____.

Enfin la SUVA a estimé que le dossier médical était suffisamment instruit, de sorte que l'apport du dossier AI ne se justifiait pas.

11. Par mémoire du 9 février 2007, l'assuré a recouru contre la décision de la SUVA du 8 janvier 2007, en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité de 63% et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25%. Il a préalablement sollicité l'apport du dossier AI et la mise en oeuvre d'une nouvelle expertise médicale.

Il a contesté la valeur probante du rapport d'examen médical final du Dr G_____. Il a également critiqué le gain retenu par la SUVA pour fixer le taux d'invalidité (39'625 fr. 20), estimant qu'il convenait plutôt de prendre en compte le revenu qu'il réalisait effectivement auprès de l'Etat (19'812 fr. 60).

12. Par arrêt du 22 mai 2007, le Tribunal de céans a déclaré irrecevable le recours formé par le recourant pour cause de tardiveté.

13. En date du 15 août 2007, le recourant a été victime d'une chute dans les escaliers, qui lui a occasionné une nouvelle contusion du genou gauche. Le statu quo ante a été atteint assez rapidement. La Dresse H_____ a été consultée pour cet accident.

14. Sur mandat de l'avocat du recourant, le Dr I_____, spécialiste FMH et médecin-chef service de rhumatologie, médecine physique et rééducation de l'hôpital fribourgeois, a établi un rapport d'expertise daté du 16 janvier 2008, dans lequel il a posé le diagnostic de (1) syndrome algique et fonctionnel chronique du genou gauche sur gonarthrose tricompartmentale prédominante du compartiment interne et ancienne rupture du ligament croisé antérieur, (2) arthrose débutante de la cheville gauche avec probable arrachement osseux tibial antérieur, compensée par chaussures orthopédiques, (3) status après contusion-distorsion du genou gauche et de la cheville gauche (accident du 09.03.04) et (4) status après rupture complète du ligament croisé antérieur et méniscectomie interne partielle pour méniscopathie post-traumatique (1995).

Après avoir exposé les antécédents familiaux et personnels du recourant, son anamnèse socioprofessionnelle, son affection et ses plaintes, son status et son dossier radiologique, le Dr I_____ a formulé l'avis suivant :

«Nous sommes donc actuellement en présence d'un patient dans sa 59^{ème} année, ancien serveur dans la restauration, ayant finalement travaillé dans le secteur industriel des extincteurs dès le 17.09.2003, qui a été victime

d'un accident de la voie publique le 09.03.04, se soldant par une contusion-distorsion du genou, de la cheville et du pied G.

Cet accident a entraîné une décompensation d'une gonarthrose préexistante tricompartmentale prédominante du compartiment interne, ainsi que de très discrets signes dégénératifs de la cheville G et un possible arrachement osseux de l'articulation tibio-tarsienne G.

Il y a indubitablement chez ce patient un état antérieur consécutif à un premier traumatisme en 1995, traumatisme qui s'était soldé par une méniscopepathie interne de ce même genou avec rupture du ligament croisé antérieur. Ces lésions avaient nécessité une arthroscopie thérapeutique avec méniscectomie interne isolée, sans intervention au niveau du ligament croisé antérieur rupturé. Ces diverses lésions traumatiques ont entraîné secondairement et progressivement une gonarthrose et une instabilité du genou G. En revanche, il est plus difficile de dater les lésions dégénératives modérées de la cheville et l'arrachement antérieur de l'articulation tibio-tarsienne. Toutefois, dans l'anamnèse, le patient n'évoque aucun traumatisme ou symptomatologie antérieur au dernier accident du 09.03.04 au niveau de cette articulation.

L'handicap global vécu actuellement par ce patient consiste en douleurs, limitations de la mobilité, perte de force et d'endurance du genou G ainsi que légères limitations fonctionnelles de la cheville G, toutefois actuellement bien compensées par le port d'un soulier orthopédique. Ce handicap est indubitablement invalidant en ce qui concerne toute profession manuelle, avec une incapacité totale de travail pour les professions nécessitant la station debout, la marche et le port de charges et partielle pour une profession strictement assise avec toutefois persistance de phénomène de démarrage et de dérouillage».

Sur cette base, le Dr I_____ a estimé qu'il n'était pas raisonnablement exigible du recourant qu'il exerce une activité professionnelle à plein temps et plein rendement, que seule une activité à mi-temps en position assise était exigible, que les troubles de la santé constatés étaient partiellement en relation de causalité naturelle avec l'accident survenu en 2004 car le patient présentait indubitablement un état antérieur dû à l'accident de 1995, qu'une gonarthrose secondaire entraînée par cet accident de 1995 influençait l'état de santé du recourant et son évolution et, finalement, que l'atteinte à l'intégrité devait être évaluée entre 30 et 40%.

Il ressort du rapport du Dr I_____ que l'assurance-invalidité a estimé à 22.1% le taux d'invalidité du recourant.

15. Par lettre de son avocat à la SUVA du 29 janvier 2008, le recourant a sollicité la reconsidération de sa décision du 12 juillet 2006, en s'appuyant sur le rapport du Dr I_____.

16. Par décision du 9 mai 2008, la SUVA a refusé d'entrer en matière sur la demande de reconsidération du recourant.
17. Par lettre de son avocat du 6 juin 2008, le recourant a fait opposition à la décision de la SUVA du 9 mai 2008, en indiquant que l'administration pouvait reconsidérer une décision passée en force lorsqu'elle était sans nul doute erronée et que, par ailleurs, elle était tenue de procéder à la révision de sa décision lorsque des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente étaient découverts. Il estimait que les conditions précitées étaient réalisées au vu du rapport du Dr I_____.
18. Par décision sur opposition du 31 mars 2009, reçue le 1^{er} avril 2009 par le conseil du recourant, la SUVA a déclaré irrecevable l'opposition formée par l'assuré et, à titre superfétatoire, a rejeté cette dernière.

La SUVA a considéré que sa décision du 9 mai 2008 de ne pas entrer en matière sur la demande de reconsidération de l'assuré n'était pas susceptible d'être attaquée par la voie de l'opposition et, de ce fait, a déclaré irrecevable l'opposition de l'assuré.

Examinant la demande de révision de l'assuré, la SUVA a estimé qu'elle n'était pas fondée pour le motif que le rapport du Dr I_____ ne révélait pas l'existence de faits nouveaux et n'apparaissait donc pas comme un fait nouveau au sens de la jurisprudence pertinente. Elle a donc jugé que les conditions d'une révision, prévues par l'art. 53 al. 1 LPGA, n'étaient pas réalisées.

19. Par mémoire posté le 1^{er} mai 2009, l'assuré a recouru contre la décision de la SUVA du 31 mars 2009, en concluant à l'annulation de la décision attaquée et, cela fait, à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50% et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité supplémentaire de 25% (35% retenu par le Dr I_____ moins les 10% alloués initialement par la SUVA). Il conclut également à ce que le Tribunal de céans procède à l'audition des Dr I_____ et H_____, et ordonne une expertise médicale afin de déterminer la part respective de la relation de causalité des accidents du 9 mars 2004 et 10 février 1995 dans son incapacité de travail et le taux d'atteinte à son intégrité.

Se prévalant des art. 17 al. 1 et 53 al. 1 LPGA, le recourant expose préalablement que son incapacité de travail est due à deux accidents, l'un survenu en 1995 et l'autre en 2004, mais que la causalité afférente à chacun des deux accidents n'a pas été médicalement instruite à satisfaction. Il a d'ailleurs sollicité la réouverture de son dossier auprès de ZURICH ASSURANCES, assureur-accidents en charge du premier accident de 1995, qui a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité supplémentaire de 10% mais a refusé d'allouer une rente.

Il expose ensuite que le Dr I_____ a révélé une péjoration de son état de santé, plus précisément en ce qui concerne la gonarthrose, qui justifierait d'une

incapacité de travail de 50%, et a posé, pour la première fois, des diagnostics clairs s'agissant des atteintes causées à sa santé par les accidents de 1995 et 2004, ce qui constituent des éléments nouveaux représentant des motifs de révision.

20. Dans sa réponse du 28 mai 2009, la SUVA a conclu au rejet du recours.

Elle estime que les conditions d'une révision procédurale, prévues par l'art. 53 al. 1 LPGGA, ne sont pas réalisées, le Dr I_____ ne décrivant l'état de santé du recourant que postérieurement à la date de la décision dont la révision est demandée, ce qui n'est pas admissible dans le cadre d'une révision procédurale, et n'apportant aucun élément permettant de considérer que la décision du 8 janvier 2007 aurait été prise sur la base d'un état de fait incomplet ou erroné.

En ce qui concerne la révision matérielle de l'art. 17 al. 1 LPGGA, elle considère que le rapport du Dr I_____ ne constitue qu'une appréciation différente d'une situation restée identique et qu'il n'existe aucun élément justifiant d'admettre une révision matérielle de la rente d'invalidité. Quant à l'atteinte à l'intégrité, la SUVA estime que le Dr I_____ ne livre aucun élément objectif en faveur d'une péjoration, de sorte que le taux de l'IPAI ne saurait être révisé.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

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

1. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 60 LPGGA), le recours est recevable.
2. Le litige porte sur la question de savoir si les conditions d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGGA), d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGGA) et/ou d'une révision matérielle (art. 17 al. 1 LPGGA) de la décision de la SUVA du 12 juillet 2006, entrée en force, sont réalisées.
3. a) Aux termes de l'art. 53 al. 1^{er} LPGGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

Il sied de ne pas perdre de vue que dans le contexte de la révision, une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit l'assureur à statuer autrement s'il en avait eu connaissance. Ce qui est décisif, c'est

que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ceux-ci. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit donc pas que l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment de la décision, d'autres conclusions que l'assureur (cf. ATF 127 V 353 consid. 5b et les références).

- b) Dans le cas d'espèce, force est de constater que la demande de révision de l'assuré repose sur l'appréciation du cas telle que formulée par le Dr I_____ dans son rapport du 16 janvier 2008. Or, rien de ce que ce médecin a observé ne constitue un fait nouveau susceptible de conduire à penser que les bases de la décision de la SUVA du 12 juillet 2006 comportent des défauts objectifs. Au contraire, l'examen du rapport du Dr I_____ révèle que ce dernier s'est limité à procéder à une nouvelle appréciation – quelque peu divergente de celle de la SUVA – d'une situation pratiquement identique (le recourant ayant été victime d'une nouvelle contusion du genou gauche dans l'intervalle et la péjoration de la gonarthrose invoquée par ce dernier n'ayant absolument pas l'importance qu'il lui confère, comme le confirme le fait que le Dr J_____ n'en fait même pas état dans la discussion finale du cas).

Il découle de ce qui précède que les conditions d'une révision au sens de l'art. 53 al. 1^{er} LPGA ne sont pas réalisées.

4. a) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, qui formalise un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 133 V 50 consid. 4.1).

Selon la jurisprudence, l'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peuvent l'y contraindre. Cependant, lorsque l'administration entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions d'une reconsidération sont remplies, avant de statuer au fond par une nouvelle décision de refus, celle-ci est susceptible d'être attaquée par la voie d'un recours. Le contrôle juridictionnel dans la procédure de recours subséquente se limite alors au point de savoir si les conditions d'une reconsidération (inexactitude manifeste de la décision initiale et importance notable de la rectification) sont réunies (ATF 119 V 475 consid. 1b/cc et les références).

Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée, ou

encore lorsqu'elles ont été correctement appliquées sur la base d'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste («zweifellos unrichtig»), de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas réalisées (ATF non publiés 9C_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4.2, et ATF 9C_527/2008 du 29 juin 2009, consid. 2.2). Pour qu'une décision soit qualifiée de manifestement erronée, il ne suffit donc pas que l'administration ou le juge, en réexaminant l'une ou l'autre des conditions du droit aux prestations d'assurance, procède simplement à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuves de faits essentiels (ATF non publié 9C_693/2007 du 2 juillet 2008, consid. 5.3).

- b) En l'espèce, dans sa décision du 9 mai 2008, la SUVA a refusé d'entrer en matière sur la demande de reconsidération du recourant.

Dans la mesure où l'assuré ne pouvait contraindre l'intimée à reconsidérer sa décision 12 juillet 2006, c'est à bon droit que son opposition a été déclarée irrecevable par décision sur opposition du 31 mars 2009. Le recours de l'assuré contre cette dernière décision est donc mal fondé.

Ce n'est qu'à titre subsidiaire que la SUVA a examiné si les conditions d'une reconsidération étaient remplies et est parvenue à une réponse négative. Cet aspect de la décision attaquée est également exempt de toute critique. En effet, contrairement à ce qu'allègue le recourant sans toutefois l'expliquer, la décision du 12 juillet 2006 ne saurait être taxée de manifestement inexacte sur la base du rapport du Dr I_____. Ce dernier n'a fait que procéder à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, parfaitement soutenable. Aucune irrégularité, de surcroît manifeste, n'a entaché la décision précitée.

Il s'ensuit que les conditions d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA ne sont pas non plus réalisées.

-
5. a) Selon l'art. 17 al. 1^{er} 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5, 130 V 343 consid. 3.5.2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006, consid. 4.1 et les références).
- b) En l'espèce, l'examen du rapport du Dr I _____ du 16 janvier 2008 révèle que rien de ce que ce médecin a observé ne constitue un changement notable des circonstances intervenu depuis la décision de la SUVA du 12 juillet 2006. Comme déjà indiqué, le Dr I _____ s'est limité à procéder à une nouvelle appréciation d'une situation pratiquement identique.

Il faut donc en déduire que les conditions d'une révision matérielle au sens de l'art.17 al. 1 LPGA ne sont pas non plus réalisées.

6. Le recourant requiert des mesures supplémentaires d'instruction, à savoir l'audition des Dr I _____ et H _____ et la mise en œuvre d'une expertise.

Selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à un complément d'instruction, sans violer le droit d'être entendu de l'assuré découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies, par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits

présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4A, ATF 119 V 335 consid. 3c; ATFA non publié U 154/02 du 17 mars 2003, consid. 6.1).

En l'espèce, le Tribunal de céans considère que les pièces du dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige, de sorte que l'audition des Dr I_____ et H_____ et la mise en oeuvre d'une expertise supplémentaire s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves. En conséquence, il n'y a pas lieu de donner suite à la demande d'instruction complémentaire.

7. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.
8. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; 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

Le Président suppléant

Florence SCHMUTZ

Patrick UDRY

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