REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1546/2005 **ATAS/132/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 13 février 2007

En la cause

Monsieur C_____, domicilié , GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MARTIN Jean-Jacques	recourant
contre	
SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître CORDONIER Marlyse	intimée

Siégeant :Isabelle DUBOIS, Présidente; Karine STECK et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Monsieur C_____ (ci-après: le recourant), né en 1963, a travaillé comme aide-monteur en plafonds auprès de l'entreprise X_____ S.A. dès le 1er janvier 1995 et était, à ce titre, assuré auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallsversicherungsanstalt; ci-après: SUVA).

2. Le 15 mars 1999, il a été victime d'une contusion du genou droit lors de la manutention d'une caisse contenant des plaques de faux plafonds en aluminium.

3. Une imagerie de résonance magnétique (ci-après: IRM) du genou droit pratiquée le 26 mai 1999, a mis en évidence un œdème médullaire au niveau du condyle fémoral externe ainsi qu'au niveau du plateau tibial externe, une lésion méniscale de stade III au niveau de la corne postérieure du ménisque externe, une discrète tuméfaction du ligament croisé antérieur (ci-après: LCA), ainsi qu'un épanchement intra-articulaire modéré (rapport du 27 mai 1999, Dr A_____).

4. Une arthroscopie, réalisée le 7 octobre 1999 par le Dr B_____, a mis en évidence une lésion méniscale externe droite, ainsi qu'une lésion subtotale du LCA (rapports des 17 et 27 octobre 1999 du Dr B_____).

5. Une première plastie du ligament antérieur du genou droit (fémorale et tibiale), pratiquée le 27 janvier 2000, s'est soldée par un échec. En effet, les rapports médicaux intermédiaires des 5 avril, 3 mai et 4 juin 2000 du Dr B_____ ainsi que celui du 4 mai 2000 du Dr C_____, font état d'une absence de consolidation osseuse de la plastie distale du LCA.

6. Le 27 septembre 2000, suite à une incapacité de travail totale de plus d'une année, le recourant a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après: OCAI).

7. Une deuxième plastie du LCA avec débridement et refixation de la plastie tibiale, exécutée le 29 septembre 2000 par le Dr B_____, s'est également soldée par un échec: l'IRM du genou droit, effectuée le 21 février 2001, a confirmé l'absence de prise de greffon.

8. Dans son rapport intermédiaire du 22 février 2001 le Dr B_____ a noté: "Pronostic sombre, évolution défavorable, AI en cours".

9. Du 24 avril au 25 mai 2001, le recourant a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR) où il a suivi un traitement physiothérapeutique, a fait l'objet d'un consilium psychiatrique et a participé aux ateliers professionnels. Au terme de son séjour, sa capacité de travail a été appréciée comme étant nulle dans sa profession d'aide-monteur en plafonds, mais entière dans une activité légère à

moyenne, exécutée essentiellement en position assise avec des déplacements sur de courtes distances (rapport de sortie du 10 juillet 2001, Drs D_____ et E_____; consilium psychiatrique du 3 mai 2001, Dr F_____; rapport de physiothérapie du 18 mai 2001, rapport final des ateliers professionnels du 16 mai 2001).

10. Le 29 août 2001, le Dr G_____ a procédé à l'examen final. De son rapport du 30 août 2001, il ressort que l'état de santé était à considérer comme stabilisé après une arthroscopie et deux tentatives de plastie du LCA. Il a retenu une flexion du genou variant de 80° à 100°, un genou sensible, une absence d'une reprise du greffon. Des douleurs persistaient. Selon lui, l'incapacité de travail du recourant était totale dans l'activité d'aide monteur. Il a jugé le recourant incapable de monter et descendre fréquemment des échelles, d'être longtemps debout, agenouillé ou accroupi ainsi que de se déplacer en terrains instables et dans les escaliers. Toutefois, dans une activité adaptée, essentiellement assise, faisant alterner la position assise et debout avec des déplacements sur de courtes distances, soit respectant les limitations fonctionnelles évoquées, une capacité de travail à plein temps et rendement existait. L'atteinte à l'intégrité (ci-après: IPAI) a été fixée à 10%.

11. Par lettre du 17 décembre 2001, X_____ SA a mis fin aux rapports de travail avec effet au 31 décembre 2001.

12. Par décision du 25 mars 2002, se fondant sur le rapport médical de son médecin d'arrondissement, la SUVA lui a reconnu le droit à une rente d'invalidité fondée sur une incapacité de gain de 30% et ce dès le 1er février 2002. Une IPAI basée sur un degré de 10% lui a également été allouée.

13. Par acte du 25 avril 2002, le recourant a formé opposition. Il a allégué une aggravation de ses douleurs produisant à ce titre le rapport médical des Drs H_____ et I_____ ainsi que l'avis du Dr B_____ selon lequel sa capacité de travail était nulle, même dans une activité légère à moyenne.

14. Par décision sur opposition du 5 juillet 2002, la SUVA a rejeté l'opposition.

15. Par acte du 8 octobre 2002, le recourant a interjeté recours auprès du Tribunal administratif concluant à une rente entière d'invalidité. Il a fait valoir que les douleurs aggravées résistaient aux traitements analgésiques. De plus, il boitait lorsqu'il marchait et devait déplier sa jambe droite en position assise. Aucune capacité de travail ne pouvait être exigée.

16. Par arrêt du 30 septembre 2003, le Tribunal administratif a rejeté le recours.

17. Par décision du 26 janvier 2004, l'OCAI a accordé au recourant une rente d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1er mars 2000 au 31 août 2001. Se fondant principalement sur les avis médicaux du SMR des 6 mars et 16 mai 2003, l'office a

retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles et ce, dès le 15 mai 2001. Le taux de 10,4% résultant de la comparaison des revenus était toutefois insuffisant pour ouvrir le droit à des mesures professionnelles. Un droit à une rente d'invalidité limitée du 15 mars 2000 au 31 août 2001 lui a été reconnu.

18. Une ponction du genou effectuée au "établissement hospitalier" de la Région Annecienne, probablement le 9 février 2004, a révélé des staphylocoques dorés dans le liquide d'épanchement du genou. Par ailleurs, en raison de sa tuméfaction de son genou, le recourant a consulté le Dr J_____, médecin généraliste, le 11 février 2004. Ce médecin l'a adressé au Dr K_____, chirurgien orthopédiste, qui a examiné le recourant le 23 février 2004. Il a constaté un genou très tuméfié et des staphylocoques dorés dans le liquide d'épanchement du genou.

19. Dans un courrier du 21 mai 2004, le recourant a informé la SUVA que trois nouvelles opérations étaient probablement indiquées. La première consistait en une anesthésie complète destinée à casser les adhérences de son genou droit. La deuxième comportait une nouvelle arthroscopie pour laver le genou et écarter le matériel infecté, suivie de quarante à cinquante séances de kinésithérapie pour rétablir la mobilité de la jambe. Enfin, une opération impliquant une greffe osseuse était également discutée.

20. Par courrier du 28 mai 2004, la SUVA a indiqué au recourant que suite à un nouvel examen de son dossier, son médecin d'arrondissement avait confirmé ses conclusions en date du 29 août 2001.

21. Par décision sur opposition du 11 juin 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition du recourant du 24 février 2004 confirmant ce faisant le taux d'invalidité de 10% du 1er septembre 2001 au 31 janvier 2004. Selon cet office, toutefois, une aggravation de l'état de santé avait été rendue plausible à partir de février 2004, de sorte que la cause a été renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision pour la période postérieure à cette date.

22. Par pli du 19 octobre 2004 du Dr K_____ adressé au Dr L_____, médecin-conseil de la SUVA, le premier a expliqué qu'il avait considéré les staphylocoques dorés dans le liquide de l'épanchement du genou comme une maladie compte tenu du temps qui s'était écoulé entre l'intervention (chirurgicale) et l'infection.

23. Le 18 novembre 2004, le Dr M_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu son rapport suite à son examen du recourant du 3 novembre 2004. Après avoir résumé le dossier médical, ce médecin a recueilli les plaintes et établi le status clinique du recourant. Dans ce cadre, différentes mesures des membres inférieurs ont été effectuées, dont le degré de flexion du genou droit évalué à 90° de façon passive. Le médecin a ensuite examiné les radiographies effectuées le 10 novembre 2004 avant de conclure qu'il n'y avait,

objectivement, pas d'aggravation de l'état du genou du recourant. Son examen clinique était superposable à celui effectué le 29 août 2001 ce d'autant plus que les radiographies standard et l'IRM du 10 novembre 2004 ne montraient aucune aggravation radiologique. On ne décelait qu'un remodelage dégénératif débutant des compartiments fémoro-tibiaux, la confirmation de la redéchirure sub-totale à totale du greffon LCA. De plus, la quasi absence d'épanchement intra-articulaire plaidait contre une arthrite notamment septique qui aurait été découverte chez le recourant le 9 février 2004. En définitive, ce médecin a confirmé les conclusions retenues en 2001 déjà par le médecin d'arrondissement de l'époque.

24. Par décision du 22 novembre 2004, se fondant sur le rapport du Dr M_____, la SUVA a refusé d'augmenter le taux de rente car aucune aggravation des suites de l'accident ou diminution notable de la capacité de travail du recourant n'avaient été établies. Elle a également écarté la prise en charge d'un traitement médical.

25. Dans un certificat médical du 14 décembre 2004, le Dr B_____ a indiqué que la situation du recourant ne s'était pas améliorée dès lors que son genou présentait toujours une instabilité, des douleurs et des épanchements récidivants. Il a souligné que l'imagerie du 10 novembre 2004 montrait des lésions dégénératives consécutives à la mauvaise biomécanique du genou droit.

26. Le 21 décembre 2004, le recourant a formé opposition à la décision de la SUVA en concluant à l'octroi d'une demi rente d'invalidité et ce, dès le mois de novembre 2003. Il a fait valoir une diminution de la flexion de son genou droit constatée par le Dr N_____ ainsi qu'une dégradation du genou droit visible sur les radiographies et IRM effectuées le 10 novembre 2004.

27. Par décision sur opposition du 9 février 2005, la SUVA a confirmé sa décision du 22 novembre 2004 et rejeté l'opposition du recourant.

28. Par ailleurs, par décision du 10 mars 2005, l'OCAI a refusé d'allouer au recourant une rente d'invalidité pour la période postérieure au 1er février 2004 compte tenu de l'absence de motif de révision et d'un taux d'invalidité de 10% inchangé depuis 2001. Le 25 avril 2005, cette décision a fait l'objet d'une opposition.

29. Par écriture du 9 mai 2005, le recourant interjette recours contre la décision du 9 février 2005 de la SUVA. Il fait valoir que l'état de son genou s'est aggravé depuis octobre 2001. Il conclut au versement d'une demi rente d'invalidité. A l'appui de ces conclusions, il produit des résultats de l'arthroscanner et des radiographies effectués par le Dr O_____, des certificats médicaux du Dr B_____ faisant état d'une incapacité de travail totale du recourant dès le 18 novembre 2003 et, enfin, l'avis médical du Dr N_____. Il a également indiqué qu'un examen du liquide de ponction effectuée le 9 février 2004 par ce médecin avait révélé la présence de staphylocoques dorés. De plus, les séances de rééducation intensives recommandées avaient été inefficaces.

30. Dans son mémoire réponse du 30 juin 2005, la SUVA conclut au rejet du recours. Elle relève que l'objet du litige se limite à la révision éventuelle du taux de la rente d'invalidité que le recourant souhaiterait porter à 50%. Cette révision implique une modification sensible de l'état de santé ou un changement notable de la capacité de gain d'un état de santé qui, en soi est resté le même. Or, aucune de ces conditions n'était réalisée.

31. Par décision sur opposition du 8 juillet 2005, l'OCAI a confirmé sa décision du 10 mars 2005.

32. Par ordonnance du 20 juillet 2005 le Tribunal de céans a ordonné l'apport des pièces du dossier AI et la comparution personnelle des mandataires qui s'est tenue le mardi 30 août 2005. A cette occasion, la suspension de l'instruction a été ordonnée d'accord entre les parties, le recourant ayant repris une activité lucrative à titre d'essai à 50%.

33. Le dossier AI a été produit le 26 juillet 2005 et mis à disposition des parties pour consultation. Y figurent notamment le rapport du 26 février 2002 rendu à l'issu du stage COPAI, un rapport bi-disciplinaire du 6 mars 2003 des Drs P_____, rhumatologue, et, Q_____, psychiatre, médecins du Service médical régional (ci-après: SMR) ainsi qu'un avis du 7 juillet 2005 du Dr R_____ du SMR. Selon le rapport COPAI, la capacité de travail résiduelle de travail était entière dans une activité adaptée, avec toutefois un rendement diminué de 25% pour des activités telles qu'ouvrier de fabrique, ouvrier à l'établi, employé au contrôle industriel ou au conditionnement de produits simples. Le rapport a toutefois conclu à un plein rendement compte tenu de l'attitude exagérément démonstrative du recourant et des incohérences cliniques. De l'avis des médecins du SMR, il fallait éviter les activités sur sols instables, mouillés ou sur des engins vibrants, favoriser une activité semi-sédentaire, principalement assise avec déplacements sur de courtes distances et limiter le port de charges répétées de plus de 10 kg. En définitive, ils ont retenu des limitations fonctionnelles à l'instar de celles qui avaient été observées à la CRR antérieurement. Dans l'activité habituelle du recourant, il existait une incapacité totale. Dans une activité adaptée toutefois, la capacité de travail était totale. Enfin, selon le Dr R_____, aucun substrat somatique ne plaidait en faveur d'une aggravation de l'état de santé du recourant. Selon ce médecin, la diminution de l'amplitude de la flexion du genou invoquée par le recourant n'était pas fondée. Le Dr N_____ n'avait pas effectué les mesures sous narcose. De ce fait, auquel s'ajoutait celui qu'il était le médecin traitant du recourant, on ne pouvait pas se baser sur ses mesures.

34. Par courrier du même jour adressé à l'OCAI, le tribunal a demandé si la décision de l'office du 10 mars 2005 était devenue définitive, ce qui n'était pas le cas. Le recours a été déposé le 12 septembre 2005 et enregistré sous la cause n° A/3210/2005 2 AI. Cette instance a été suspendue par arrêt incident du 25 octobre 2005.

35. Par certificat médical du 27 avril 2006, le Dr B_____ a fait état d'une atteinte dégénérative du genou droit depuis l'accident de 1999 et de douleurs plus intenses. Ce médecin a émis le pronostic d'une gonarthrose à terme pour laquelle une arthroplastie totale s'avérerait probablement nécessaire.

36. Par courrier du 15 juin 2006, le recourant a produit le certificat médical du Dr B_____ du 27 avril 2006. Il a requis la reprise de l'instruction et l'audition du Dr B_____.

37. Le Tribunal de céans lui a donné suite par ordonnance du 19 juin 2006, la cause AI restant suspendue.

38. Le Dr B_____ a été entendu en qualité de témoin à l'audience du 5 septembre 2006. A cette occasion, ce médecin a déclaré ce qui suit:

    "Je me suis effectivement occupé de M. C_____ qui a souffert, suite à l'accident de 1999, d'une rupture du ligament croisé du genou droit. Plusieurs interventions chirurgicales ont été nécessaires. Tout d'abord une arthroscopie qui a confirmé le diagnostic, ensuite une opération visant à enlever une partie du ménisque du genou droit. La situation n'ayant pas évolué favorablement, nous avons décidé de refaire le ligament croisé, ce qui fut fait en janvier 2000, mais en raison de complications opératoires une nouvelle intervention a eu le lieu le 27 septembre 2000. Je confirme mon rapport du 14 décembre 2004, malgré les interventions susmentionnées nous n'avons en effet pas constaté une évolution favorable à laquelle nous pouvions nous attendre. Je confirme également mon rapport du 27 avril 2006. S'agissant d'une aggravation, j'indique que celle-ci, vu le diagnostic, est inéluctable et progressive. La littérature la décrit comme une évolution vers une arthrose entre 10 et 20 ans. Cette arthrose cause des douleurs et est de plus en plus invalidante au fil du temps. Je dirais que depuis début 2002 environ, l'arthrose a dû s'installer chez M. C_____ progressivement, je vois à mon dossier que dès ce moment-là les consultations sont devenues régulières, il a fait mention de ce que la situation à son avis empirait. L'arthrose est effectivement visible sur les IRM, c'est le cas sur celle pratiquée à fin 2004, cela confirme ce qui précède, c'est ce que j'ai mentionné par "atteinte dégénérative du compartiment tibio fémoral interne". Je crains que l'évolution ne continue dans ce sens, il est vraisemblable que l'on arrive à une gonarthrose, qui nécessite à terme une nouvelle opération.

    S'agissant de la capacité de travail, sur question, je confirme qu'à mon avis, dans un travail sédentaire et sans déplacement, la capacité de travail de M. C_____ devrait être entière mais avec une baisse de rendement, générée par le fait que M. C_____ souffre et prend toujours une médication ce qui peut causer une fatigabilité et/ou des problèmes de concentration.

    Les limitations fonctionnelles conduisent à suggérer un travail exclusivement assis mais avec possibilité de changer parfois de positions et sans longs déplacements. Je

ne pense pas être compétent pour fixer un taux de baisse de rendement. J'observe que s'agissant d'un manuel, il s'agirait de réapprendre un métier ou de s'habituer à un poste de travail ce qui n'est sans doute pas facile.

Sur question, j'indique qu'à l'examen je ne constate pas véritablement une péjoration entre 2002 et ce jour mais l'évolution de l'arthrose est lente. En revanche, sur le plan subjectif M. C_____ se plaint d'une aggravation. L'arthrose est aujourd'hui modérée.

Je ne mets pas du tout en doute les douleurs alléguées par M. C_____ aujourd'hui, une petite arthrose peut générer de fortes douleurs et inversement. Il est vraisemblable que ces fortes douleurs sont influencées par la longue atteinte à la santé dont il souffre.

Sur question, je confirme qu'il me semble possible que M. C_____ travaille 8 heures par jour, sous les réserves déjà formulées.

Dans un travail d'horlogerie, par exemple, j'imagine mal M. C_____ travailler 8 heures par jour avec un rendement de plus de 50 %."

39. La comparution personnelle des parties s'est tenue le même jour. A cette occasion, le recourant a sollicité un délai de réflexion pour se déterminer sur le maintien du recours, ce qui lui a été accordé.

40. Par écriture du 26 septembre 2006, le recourant a informé le tribunal qu'il maintenait son recours. Il a restreint toutefois ses conclusions au versement d'une rente d'invalidité de 40% (au lieu de 50%). Il fait valoir que le Dr B_____ a explicité l'aggravation de son état de santé sous forme d'une arthrose progressive depuis le début de l'année 2002. Il explique par ailleurs que le médecin a jugé ses douleurs crédibles. Enfin, sa capacité de travail a été estimée pleine et entière dans une activité adaptée respectant ses fonctions limitatives mais avec un rendement qui ne devait pas excéder 50%.

41. Par pli du 27 septembre 2006, le tribunal a transmis à la SUVA copie de cette dernière écriture et a informé les parties que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances

sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 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 établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). La décision querellée est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et concerne la modification de prestations postérieures au 1er janvier 2003. La LPGA est donc applicable au présent litige. Quant aux règles de procédure, elles s'appliquent, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Toutefois, en dérogation à la LPGA, l'art. 106 LAA prévoit un délai de recours de trois mois. Étant donné que la décision sur opposition date du 9 février 2005 et que le recourant l'a reçue le 10 février 2005, le recours déposé le 9 mai 2005 a été formé en temps utile. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

5. Le litige porte sur la révision éventuelle du degré d'invalidité que le recourant souhaiterait voir porter de 30 à 40%.

6. 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. 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 (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse

(ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

7. a) Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves. Mais si les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

b) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. (ATF 125 V 353 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

c) En outre, une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d)

d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

8. En l'occurrence, la décision sur opposition du 9 février 2005 rejetant la révision de la rente d'invalidité se fonde principalement sur le rapport du Dr M_____ du 18 novembre 2004. Ce document nie toute péjoration de l'état de santé du recourant de 2001 à 2004 et conclu à une pleine capacité de travail et de rendement du recourant dans une activité adaptée.

Le tribunal retiendra au préalable que ledit rapport se fonde non seulement sur l'intégralité du dossier médical du recourant (dont les avis émanant des Drs B_____ et N_____, médecins traitants), mais également sur des

examens personnels cliniques (physiques; radiographies standard et une IRM), effectués le 3 et 10 novembre 2004. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. Au plan médical, la description du contexte et l'appréciation de la situation sont claires. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude complète et fouillée. Le médecin a entendu le recourant et exposé de manière circonstanciée l'incidence de ses problèmes du genou sur la capacité de travail, avant d'exposer les raisons pour lesquelles le recourant dispose d'une capacité de travail de 100 %, dans une activité adaptée et une incapacité totale dans son ancienne activité de monteur de plafonds. Remplissant ainsi tous les réquisits jurisprudentiels (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références), il y a par conséquent lieu d'accorder au rapport pleine valeur probante.

Si l'on compare les avis médicaux du Dr G_____ du 30 août 2001 et celui du Dr M_____ du 18 novembre 2004, les principaux diagnostics posés sont pratiquement superposables (flexion du genou droit variant de 80° à 100°, genou sensible, absence de reprise du greffon, état stabilisé, douleurs persistantes pour 2001; genou droit non dystrophique, sans épanchement articulaire, sans phénomènes inflammatoires et une flexion active à 70°/passive à 90°; remodelage dégénératif débutant des compartiments fémoro-tibiaux, redéchirure sub-totale à totale du greffon LCA, quasi absence d'épanchement intra-articulaire en 2004). Les radiographies standards et IRM pratiquées le 10 novembre 2004 ont confirmé ce qui était connu en 2001 déjà, soit une re-déchirure subtotale à totale du greffon. Ne s'ajoute pour 2004 qu'un remodelage dégénératif débutant des compartiments fémoro-tibiaux. Tout comme le Dr S_____ en 2001, le Dr M_____ en 2004 a jugé que toute nouvelle intervention (arthroplastie ou plastie ligamentaire) n'apporterait rien de plus et était même déconseillée. Les conclusions des médecins convergent également, en ce qui concerne les répercussions des atteintes à la santé sur la capacité de travail. De part (2001) et d'autre (2004), ils s'accordent sur une incapacité de travail totale dans l'activité usuelle de monteur en plafonds. De même, ils lui reconnaissent tous deux une capacité de travail à plein temps et rendement dans une activité respectant les limitations physiques fonctionnelles.

Sur la base de ces éléments, il y a lieu de constater que le Dr M_____ ne fait état ni d'une péjoration de l'état de santé du recourant, ni d'une remise en cause de l'appréciation médicale - et fondée sur un même état de fait - de l'époque.

9. Or, le recourant soutient que son état de santé se serait, depuis l'époque où la rente lui a été accordée, aggravé dans une mesure propre à justifier la révision de son droit. Il convient donc d'examiner si le dossier contient des indices permettant de douter du bien-fondé des conclusions de l'examen médical du Dr M_____.

Le recourant n'invoque à juste titre plus une diminution de la flexion du genou droit à titre d'aggravation de sa santé. Comme l'a constaté le Dr R_____, la mesure de flexion du genou effectuée sans anesthésie et par le Dr N_____, médecin traitant, ne peut en effet être retenue.

Par ailleurs, les autres arguments invoqués par le recourant, n'apparaissent pas décisifs non plus. Ni les plaintes de l'assuré (relatives à des douleurs plus intenses) ni (les débuts de) l'arthrose, ne sont constitutifs d'une aggravation sensible de la santé. Les plaintes de l'assuré à elles seules (aggravation des douleurs) ne suffisent pas pour admettre une aggravation de l'état de santé quand bien même le médecin traitant les estime crédibles. En outre, selon les déclarations devant le tribunal du Dr B_____, l'arthrose évolue lentement sur une période de dix à vingt ans. Compte tenu de cette longue évolution, le médecin n'a pas "véritablement" constaté "une péjoration entre 2002 et ce jour".

Enfin, s'agissant du rendement, le témoignage du Dr B_____ n'est d'aucun secours au recourant non plus. En effet, ce médecin a confirmé que dans un poste sédentaire et sans déplacement la capacité de travail devrait être entière avec une baisse de rendement, qu'il ne peut cependant chiffrer. Un travail à raison de huit heures par jour est possible sous cette réserve. Certes, comme le soulève le recourant, ce médecin a également déclaré que dans un travail d'horlogerie, il "imaginait" mal le recourant avoir un rendement de plus de 50%. Or, cette déclaration n'exclut pas encore que d'autres activités soient davantage adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant. Une telle activité est exigible de sa part, découlant de son obligation de réduire le dommage et correspond à la situation ayant fondé le droit du recourant à une rente de 30% (cf. ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités; RIEMER-KAFKA, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Fribourg 1999, p. 57, 551 et 572; LANDOLT, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, thèse Zurich 1995, p. 61).

Pour ces motifs déjà, une révision du droit à la rente doit être écartée, sans qu'il soit nécessaire d'analyser si les débuts d'arthrose représentent des suites de l'accident survenu en 1999.

10. Le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition du 9 février 2005 confirmée.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La Présidente :
Yaël BENZ	Isabelle DUBOIS

La secrétaire-juriste :
Marta TRIGO LAURIN

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