

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1655/2011

ATAS/949/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 octobre 2011

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur S_____, domicilié c/o Madame S_____, à
Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
Isabelle FÊTE

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur S_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1962, a travaillé au service de l'entreprise X_____ à Genève en qualité d'aide-monteur électricien jusqu'en 1995. À ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, ci-après: la SUVA ou l'intimée).
2. En 1988, 1992 et 1994, l'assuré a été victime d'accidents footballistiques qui ont occasionné des lésions aux deux genoux, notamment à gauche, une atteinte cartilagineuse au niveau de la rotule et à droite, une lésion du ménisque externe partiellement réséquée ainsi qu'une lésion du ligament croisé antérieur (LCA), confirmées par deux arthroscopies. En raison de ces séquelles, l'assuré a été totalement incapable de travailler dès le 3 août 1995 et n'a pas repris d'activité lucrative depuis lors.
3. Dans un rapport du 3 février 1998, le Dr A_____, spécialiste FMH en orthopédie et chirurgie, médecin d'arrondissement de la SUVA, a établi que les séquelles traumatiques, plus importantes au niveau du genou droit que du genou gauche, justifiaient amplement que le patient ne puisse plus travailler de façon réaliste comme aide-monteur-électricien surtout sur des lignes aériennes. Il s'avérait ainsi indispensable que dans ses activités futures, il évite les sollicitations suivantes, surtout si fréquentes, répétées ou prolongées, à savoir: marches, surtout en montées ou descentes, accroupissements et agenouillements et port de charges importantes. De longues positions assises sans possibilité de se mouvoir devaient aussi être évitées avec de temps à autre une station debout pas trop prolongée non plus mais intervenant assez souvent. Il fallait en conclure que dans toute activité où les sollicitations précitées pouvaient être évitées, où des changements de position fréquents étaient envisageables, le patient pouvait travailler à temps complet avec un rendement total. Au titre de l'appréciation médicale, concernant le genou gauche, aucune lésion n'était mise en évidence en dehors d'atteintes cartilagineuses au niveau de la rotule et radiologiquement une arthrose fémoro-patellaire légère à moyenne avec symptomatologie douloureuse lors de certaines sollicitations mais sans limitation fonctionnelle importante et sans instabilité devait être retenue. S'agissant du genou droit, où trois arthroscopies avaient permis de mettre en évidence des lésions des ménisques externe puis interne ainsi qu'une rupture du LCA, il fallait retenir une gonarthrose fémoro-tibiale moyenne impliquant une limitation fonctionnelle douloureuse aux moindres sollicitations et des épanchements récidivants. L'état de l'assuré était néanmoins jugé stationnaire et l'incapacité de gain était estimée à 25%. Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, elle était également évaluée à 25 %; à droite, il fallait craindre qu'à plus ou moins longue échéance, la mise en place d'une prothèse du genou s'avérerait

nécessaire, de sorte que les éventuelles aggravations ultérieures - même relativement importantes - étaient prises en compte dans cette estimation, alors qu'à gauche des aggravations de légère à moyenne importance seulement étaient retenues.

4. Sur la base de ce rapport, par décision du 12 février 1999, la SUVA a estimé que l'assuré était à-même, en ce qui concernait les séquelles accidentelles des 29 mars 1992 et 20 mars 1994, d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition qu'il travaille en position assise avec la possibilité de se lever si nécessaire. Il résultait ainsi des investigations sur le plan médical et économique qu'une diminution de la capacité de gain de 25% était mise en évidence, de sorte qu'une rente mensuelle de 810 fr. lui était allouée dès le 1^{er} août 1998 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25% représentant un montant de 24'300 fr.
5. Par décision du 10 septembre 2007, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a supprimé la rente invalidité versée jusqu'alors à l'assuré. Il ressort de sa décision qu'elle avait soumis l'assuré à une expertise par le Dr B _____ et que, selon les conclusions d'expertise du 18 avril 2006, l'assuré présentait une capacité de travail totale en tant qu'ouvrier dans la production industrielle légère avec une diminution de rendement de 25% (activité légère, excluant la position debout et la marche prolongée, principalement les travaux accroupis et la montée et la descente des escaliers de façon répétitive).
6. Dans un rapport médical du 18 mars 2010, le Dr C _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecin traitant de l'assuré, a récapitulé les diagnostics posés à l'occasion d'un précédent rapport du 27 octobre 2009, soit un conflit sous-acromial de l'épaule droite avec calcification, une déchirure du labrum de l'épaule droite, une gonarthrose bilatérale, prédominante à droite, avec lésions méniscales et rupture du LCA droit, une ancienne rupture du tendon quadricipital droit, des lombalgies basses et une coxarthrose bilatérale. Par rapport à 2009, le patient se plaignait de la même façon et affirmait perdre toujours davantage de force de l'épaule droite et ressentir une augmentation des douleurs.
7. Le 2 novembre 2010, l'assuré a déclaré une rechute à la SUVA, son genou droit le faisant souffrir de plus en plus.
8. Le 23 novembre 2010, l'assuré s'est soumis à un contrôle IRM, pratiqué par le Dr D _____, radiologue FMH. Il ressortait des radiographies que l'assuré souffrait d'une gonarthrose tricompartmentale au niveau fémoro-tibial médial latéral et fémoro-patellaire latéral droit et de calcifications de l'extrémité distale du tendon quadricipital témoignant d'une enthésopathie calcifiante. Le praticien concluait qu'il n'y avait pas de changement significatif par rapport au bilan d'arthrose pratiqué le 20 septembre 2009.

9. Le même jour, le médecin traitant de l'assuré a établi un rapport médical à l'attention de la SUVA, selon lequel son patient faisait l'objet d'une rechute annoncée le 2 novembre 2010. L'assuré souffrait notamment d'une gonarthrose post traumatique, ladite lésion étant considérée comme consécutive aux accidents footballistiques dont son patient avait été victime.
10. Dans un certificat médical du 7 décembre 2010, le Dr C_____ a considéré que la gonarthrose externe était confirmée par le bilan radiologique du 23 novembre 2010 et qu'elle était sévère, avec désaxation en position debout. Sur le plan clinique, le patient se plaignait de douleurs qui augmentaient, de ne pouvoir se relever que difficilement après avoir été assis 30 minutes, de souffrir particulièrement en cas de changement de temps et d'avoir un périmètre de marche limité à 15 minutes. Il fallait en conclure une évolution défavorable persistante depuis l'examen médical du 18 mars 2010 et une incapacité de travail totale depuis 1995.
11. Dans un nouveau certificat médical du 15 février 2011, le Dr C_____ a rappelé que l'assuré était en traitement chez lui depuis le 28 mars 1995, suite aux accidents footballistiques des deux genoux, opérés respectivement cinq fois à gauche et deux fois à droite. L'évolution n'était pas favorable des deux côtés et le patient se plaignait de douleurs plus importantes à droite qu'à gauche, créant des épanchements et des blocages. Radiologiquement, on notait une gonarthrose bilatérale, moyenne à sévère, plus importante au niveau du pincement interne et de l'arthrose fémorotibiale. Vu la profession ancienne du patient et les multiples accidents, on pouvait considérer que les arthroses étaient post traumatiques. Depuis 2009, la situation s'était péjorée vu les épanchements, blocages et arthrose fémororotulienne, de sorte qu'une augmentation du taux d'invalidité apparaissait nécessaire.
12. Dans un rapport du 21 mars 2011, le Dr E_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a procédé à un examen médical pour discuter de la révision du taux d'atteinte à l'intégrité. À cette occasion, il a rappelé qu'un rapport médical du 3 février 1998 laissait apparaître qu'aucune lésion, en dehors des atteintes cartilagineuses au niveau de la rotule, n'avait été mise en évidence concernant le genou gauche de l'assuré. Un diagnostic d'arthrose fémoro-patellaire légère à moyenne avait toutefois été retenu pour ce genou. Quant au genou droit, trois arthroscopies avaient été pratiquées, permettant de retenir des lésions du ménisque externe puis interne associées à une rupture du LCA. Dans son analyse, le Dr A_____ avait déjà pris en considération les éventuelles aggravations ultérieures à droite, alors qu'à gauche, les aggravations de légère à moyenne avaient été retenues. Sur cette base, un diagnostic de gonarthrose fémoro-tibiale moyenne avait été évoqué et une estimation d'une atteinte à l'intégrité de 25% - soit 20% du côté droit et 5% du côté gauche - avait alors été reconnue. Il ressortait enfin de radiographies datées du 23 novembre 2010, que l'assuré

présentait une gonarthrose tricompartmentale. En position de schuss, on constatait un pincement interne et externe, plus marqué dans le compartiment fémoro-tibiale externe. Le cliché fémoro-patellaire à 30° montrait à droite une rotule qui restait centrée mais avec l'apparition d'ostéophytes médiaux et latéraux. À gauche, on constatait une nette diminution de l'espace fémoro-patellaire avec une désaxation débutante de la rotule gauche. Il fallait en conclure qu'il existait effectivement une aggravation modérée des gonarthroses fémoro-tibiales droite et gauche. Toutefois, en l'absence d'instabilité des genoux, cette aggravation ne justifiait pas une révision du taux d'atteinte à l'intégrité.

13. Sur la base de cet examen médical, la SUVA, par décision du 23 mars 2011, a considéré qu'il ressortait d'une étude approfondie du dossier, des examens radiologiques réalisés et d'une analyse clinique complète visant à se prononcer sur les conditions d'une révision du taux d'atteinte à l'intégrité, qu'il existait une aggravation modérée des troubles arthrosiques sur les deux genoux. Ladite aggravation ne justifiait cependant pas une révision du taux d'atteinte à l'intégrité fixé à 25 % lors de l'examen du 3 février 1998. La SUVA a ainsi refusé d'allouer d'autres prestations que la rente déjà accordée depuis le 1^{er} août 1998.
14. Le 13 avril 2011, l'assuré s'est soumis à un nouvel examen radiologique des genoux droit et gauche, pratiqué par le Dr F _____, radiologue FMH. S'agissant du genou gauche, le praticien a relevé une chondropathie rotulienne de grade III à IV prédominant au niveau externe du genou, associée à un discret épanchement intra-articulaire. Concernant le genou droit, par rapport à l'examen de 2009, on retrouvait une chondropathie rotulienne de grade III touchant le versant externe, associée à une gonarthrose fémoro-tibiale externe ayant un petit peu augmenté. On retrouvait également une dégénérescence mucoïde à prédominance proximale du LCA qui avait augmenté et une enthésopathie d'insertion du tendon quadricipital sur la rotule.
15. Dans un nouveau certificat médical du 18 avril 2011, le Dr C _____ a exposé que l'évolution du cas de son patient n'était pas favorable. Le bilan radiologique complet du 13 avril 2011 avait confirmé les plaintes du patient et une aggravation clinique aux hanches et genoux. Il existait une coxarthrose marquée des deux côtés, prédominante à droite, qui nécessitera ultérieurement et vraisemblablement la pose de prothèses. Il existait aussi une gonarthrose bilatérale, prédominante à droite, particulièrement mise en évidence par des clichés en charge, où l'on ne pouvait que déplorer une absence d'interligne externe des deux côtés et une chondropathie rotulienne de grade III à IV à droite et III à gauche, ce qui démontrait une nette aggravation par rapport aux bilans précédents. Il y avait également une spondylarthrose et une protusion L5-S1, avec anthélisthesis de S1 sur L5. Il fallait en conclure qu'il était indéniable que, par rapport aux états cliniques précédents, la situation de l'assuré s'était péjorée au niveau des deux hanches et genoux, de sorte

qu'au vu notamment des récents examens radiologiques, une modification de l'atteinte à l'intégrité et de la rente paraissait raisonnable et indiquée.

16. Le 19 avril 2011, l'assuré a formé opposition à la décision de la SUVA. Considérant que son état de santé était la conséquence d'accidents survenus antérieurement, il a conclu que "la SUVA doit prendre en charge l'intégralité des prestations d'assurance à 100%". Il se prévalait du certificat médical établi par le Dr C_____ le 18 avril 2011, selon lequel il était indéniable que, par rapport aux états cliniques précédents, la situation s'était péjorée au niveau des deux hanches et des genoux, ce qui était confirmé par des examens radiologiques.
17. Par décision sur opposition du 4 mai 2011, la SUVA a confirmé sa position, considérant que dans son rapport de 1998, le Dr A_____ avait pris en compte les aggravations futures prévisibles. Par ailleurs, la récente analyse effectuée par le Dr E_____ - résumant le dossier, relatant les plaintes de l'assuré et procédant à un examen clinique complet - avait, de ce fait, pleine valeur probante. L'analyse du Dr C_____, au contraire, n'expliquait pas en quoi l'assuré n'était pas en mesure d'exercer une activité dans les limites de la rente d'invalidité en vigueur. Selon la SUVA, le médecin traitant de l'assuré ne s'était pas non plus penché sur le taux de l'atteinte à l'intégrité ni avait rendu vraisemblable qu'il y avait eu une aggravation importante et imprévisible de l'état de santé. À ce titre, le radiologue qui avait pratiqué le bilan d'arthrose le 23 novembre 2010 avait certifié qu'il n'y avait pas de changement significatif par rapport à septembre 2009 ce qui permettait d'infirmier l'existence d'une évolution défavorable depuis le 18 mars 2010. La thèse d'une aggravation était également contredite par le médecin traitant lui-même puisqu'il avait annoncé, dans un rapport du 18 mars 2010, que les plaintes de l'assuré étaient les mêmes que précédemment, de sorte que pour cette raison encore il se justifiait de rejeter la demande de révision de la rente.
18. Le 1^{er} juin 2011, l'assuré a interjeté recours contre ladite décision par l'intermédiaire de son conseil et a conclu préalablement à la mise en œuvre d'une expertise médicale pour déterminer son taux d'invalidité. Principalement, le recourant a conclu à l'annulation de la décision du 4 mai 2011, à la constatation de son droit à une rente d'invalidité totale ainsi qu'à l'allocation de frais et dépens de procédure. À l'appui de son écriture, le recourant a exposé que depuis les accidents dont il avait été victime en 1992 et 1994 notamment, il avait consulté divers médecins dont le Dr C_____ qui, dès le début de l'année 2010, avaient constaté une aggravation de son état de santé. Une augmentation des douleurs au niveau des deux genoux, notamment à droite, ainsi que l'apparition d'épanchements et de blocages avaient été confirmés par de nombreux examens. Le médecin d'arrondissement de la SUVA avait également constaté, à l'instar du Dr C_____, qu'il y avait une péjoration de son état de santé de même qu'un nouvel examen radiologique, effectué le 31 mars 2011, avait permis de mettre en évidence, au niveau du genou droit, une gonarthrose fémoro-tibiale prédominant au

niveau externe en schuss avec pincement encore incomplet et une réaction ostéophyttaire marginale. L'aggravation de son état de santé était également confirmée par les deux IRM pratiquées le 13 avril 2011. Il fallait en conclure qu'il se justifiait de procéder à une révision de la rente complémentaire allouée jusqu'alors par l'intimée au titre de rente invalidité. Dans la mesure où l'objectivité de l'analyse médicale du Dr C_____ était remise en question par l'intimée, du simple fait que ce dernier était son médecin traitant, il se justifiait, à titre préalable, d'ordonner une expertise médicale permettant de déterminer son réel taux d'invalidité. Enfin, il indiquait être privé de sa rente-invalidité, servie par l'assurance-invalidité, depuis le mois d'octobre 2007, de sorte que sa rente LAA ne devait plus être complémentaire, mais pleine et entière. Les allocations de renchérissement devaient également lui être allouées.

19. Dans sa détermination du 1^{er} septembre 2011, l'intimée a confirmé sa position, précisant qu'elle ne contestait pas que les affections des genoux du recourant s'étaient péjorées mais plutôt que cette détérioration justifiait de revoir l'exigibilité de la rente et la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. À ce titre, l'intimée rappelait que le Dr A_____ avait déjà pris en compte l'aggravation probable de l'état des genoux, dans son estimation du 3 février 1998, de sorte qu'il ne se justifiait pas de modifier le taux d'invalidité, pas plus que le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité déjà alloué. L'appréciation du Dr C_____ du 18 avril 2011 n'apportait d'ailleurs aucun élément médical permettant d'admettre le contraire. L'intimée précisait enfin que dès le 1^{er} janvier 2008, elle versait au recourant une rente complète et non pas complémentaire. Ne sachant néanmoins pas à quelle date l'assurance-invalidité avait supprimé le droit du recourant à sa rente invalidité, elle s'était adressée à l'institution précitée et procéderait aux adaptations nécessaires, une fois les renseignements requis obtenus.
20. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).

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

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 3 LPGA).

3. a) Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1a, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

b) L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

c) En l'occurrence, la question de la révision du taux d'atteinte à l'intégrité n'est pas litigieuse. En effet, le recourant demande uniquement la modification de sa rente d'invalidité, calculée sur la base d'une invalidité totale, en se prévalant d'une aggravation de son état de santé.

Ainsi, l'objet du litige porte sur l'éventuel droit du recourant à la révision de la rente d'invalidité servie par l'intimée.

4. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'Ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA, RS 832.202).

5. En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 18 al. 1 LAA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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).

6. Le revenu d'invalide doit être évalué en tenant compte de la perte de gain effective si, dans le cas de rapports de travail particulièrement stables, on peut considérer que l'assuré utilise au mieux sa capacité résiduelle de travail et si le revenu correspond à la prestation de travail fournie (RAMA 1991 no U 130, p. 130).
7. 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. 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 décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.5).
8. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 158 consid. 1b; ATFA non publié U 345/03 du 13 octobre 2004, consid. 3.2). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration ou d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).
9. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points

litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

10. 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 sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié I 592/99 du 13 mars 2000, consid. b/ee). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut d'ailleurs 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).

En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. cc).

11. En l'espèce, le recourant fait grief à l'intimée de nier une péjoration de son état de santé suffisante à la révision de son taux d'invalidité. Se basant sur le rapport du Dr C_____, le recourant considère au contraire que sa situation s'est aggravée de manière significative, de sorte qu'il convient d'augmenter sa rente.

En l'occurrence, la Cour de céans relève que les parties se sont basées, dans leur appréciation, sur des avis médicaux contradictoires.

Le médecin traitant de l'assuré considère pour sa part que la situation de son patient s'est péjorée au niveau des deux hanches et genoux, de sorte qu'au vu notamment des examens radiologiques - mettant en évidence une gonarthrose tricompartmentale, une chondropathie rotulienne de grade III touchant le versant externe associée à une gonarthrose fémoro-tibiale externe et une dégénérescence mucoïde à prédominance proximale du LCA qui avaient augmenté -, une modification de la rente paraît indiquée.

Le Dr E_____ admet que, par rapport à l'examen clinique effectué douze ans plus tôt, il y a une aggravation modérée des gonarthroses fémoro-tibiale droite et gauche. Il constate une discrète diminution de la mobilité du genou droit, par rapport à l'examen clinique de février 1998, ainsi que, sur le plan subjectif, des douleurs et gênes plus importantes. La plainte du recourant relative à une sensation d'instabilité du genou avec lâchage n'a cependant pas pu être confirmée à l'examen clinique. Ce médecin signale par ailleurs que le recourant évoque également une marche sur la pointe des pieds à droite depuis plusieurs mois, mais qu'aucune altération de la mobilité de la cheville ni amyotrophie du mollet ne peut être mise en évidence, alors même qu'une modification de l'appui pendant une telle durée devrait s'accompagner d'une diminution de diamètre du mollet par amyotrophie et/ou de la mobilité de la cheville droite par enraidissement. Cela étant, il estime que l'aggravation ne justifie pas une révision de l'exigibilité de la reprise d'une activité professionnelle adaptée, en l'absence d'instabilité des genoux. Un travail à temps complet avec un rendement total en limitant les sollicitations des deux genoux - notamment la marche, la montée et la descente des escaliers et le port de charges importantes - reste ainsi exigible.

L'expertise du Dr E_____ a été établie en pleine connaissance du dossier, se fonde sur un examen médical complet, tient compte de plaintes de l'expertisé ainsi que des radiographies effectuées. Son rapport revêt ainsi en principe une pleine valeur probante.

L'appréciation du Dr C_____ ne permet pas de mettre en cause les conclusions du Dr E_____. En effet, le médecin traitant se contente de faire état d'une péjoration de l'état de santé de son patient, sans expliquer pourquoi le recourant ne pourrait pas travailler dans une activité sédentaire malgré l'aggravation des atteintes aux genoux. Il semble par ailleurs prendre en considération des atteintes à l'épaule et aux hanches qui sont sans rapport de causalité avec les problèmes aux genoux. Il convient également de relever que le Dr C_____ ne fait pas non plus état d'une instabilité du genou droit.

A l'instar de l'intimée, la Cour de céans parvient ainsi à la conclusion que l'aggravation de l'état de santé du recourant ne justifie pas une révision de sa rente, ce dernier pouvant encore exercer une activité que celle adaptée à ses limitations fonctionnelles avec la même diminution de rendement constatée précédemment.

12. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE 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

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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