

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3669/2008

ATAS/684/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 28 mai 2009

En la cause

Monsieur I_____, domicilié à Bellevue, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Adriano GIANINAZZI

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, 6004 Lucerne

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Christine
LUZZATTO, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur I_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1965 et ressortissant kosovar, a travaillé en tant que manoeuvre dès le 17 février 1997 pour X_____ SA, entreprise générale du bâtiment. À ce titre, il était couvert contre les risques d'accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt; ci-après : SUVA).
2. Le 28 février 1997, sur un chantier, l'assuré est tombé d'une hauteur de 2,5 mètres sur le côté droit du corps.
3. Le même jour, il a été examiné par le Dr L_____, médecin assistant à la Clinique d'orthopédie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), qui a diagnostiqué une fracture de la tête du radius droit et une fracture du col fémoral droit de degré III. Le jour de son admission, l'assuré a subi une ostéosynthèse par vis dynamique pour la hanche droite et un traitement conservateur pour la fracture de la tête du radius (cf. rapport du 17 avril 1997).
4. L'assuré a séjourné du 1^{er} décembre 1997 au 14 janvier 1998 à la CLINIQUE THERMALE ZUM SCHIFF à Baden. Le Dr M_____, chef de clinique, a mentionné la persistance d'une périarthropathie coxale à droite dans le contexte d'une attitude vicieuse et d'une superposition fonctionnelle de plus en plus importante (élaboration pathologique de la douleur, fixation sur la douleur et tendance à l'évolution de la chronicité), une légère épicondylite récidivante à droite et un syndrome lombospondylogène récidivant à droite. Le médecin a précisé qu'il n'y avait pas eu d'amélioration notable des douleurs et de la boiterie pendant les traitements bien que la consolidation fût objectivement bonne. Une évaluation abrégée de la capacité fonctionnelle en vue d'apprécier la capacité de charge avait été mise en place mais n'avait pas donné de résultats interprétables à la suite d'un manque de coopération du patient dû à de vives douleurs. Compte tenu des résultats objectivables normaux et de la positivité des tests de Waddel, y compris les tests complémentaires, le Dr M_____ a considéré que les douleurs résistant au traitement, malgré une coopération apparemment bonne, relevaient d'une superposition fonctionnelle de plus en plus importante avec élaboration pathologique de la douleur, fixation sur la douleur et évolution vers la chronicité.
5. Dans son rapport d'examen final du 17 mai 1999, le Dr N_____, chirurgien-orthopédiste FMH et médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse avait eu lieu le 9 novembre 1998 et que depuis lors, les rapports médicaux signalaient une persistance de douleurs à la marche avec douleurs lombaires et au niveau de l'épicondyle droit. Le patient avait déclaré qu'il utilisait toujours une canne dès qu'il sortait de chez lui. Il se plaignait de douleurs à la hanche droite après une marche à plat d'une heure déjà, plus

rapidement en cas de montées et surtout de descentes. Il ressentait également des douleurs lombaires lorsqu'il était assis ou dormait sur le côté droit. Depuis l'opération, il estimait même son état moins bon qu'avant. Au niveau du coude persistaient des douleurs diffuses fluctuantes mais pas très fortes.

A l'examen, le Dr N_____ a jugé que l'état psychique du patient était apparemment bon mais n'a pu exclure une tendance à l'exagération (en raison du fait que la pression douloureuse était variable selon l'attention que portait le patient et que la mobilité spontanée était très changeante d'un moment à l'autre). Le déroulement à la marche était un peu moins fluide à droite qu'à gauche, ce qui entraînait une légère perturbation des mouvements associés des ceintures scapulaire et pelvienne.

Le Dr N_____ a constaté une excellente récupération de la mobilité au niveau du coude avec douleurs anamnestiques discrètes à moyennes ainsi qu'une très bonne récupération de la mobilité de la hanche droite, les douleurs alléguées étant quelque peu en discrédance avec les constatations cliniques et radiologiques.

Le médecin a émis l'avis que l'on ne pouvait plus exiger de l'assuré qu'il continue à travailler comme manœuvre. Il devait éviter certaines sollicitations, surtout si elles étaient prolongées ou répétées, telles que la marche - surtout en montée ou en descente – les accroupissements et agenouillements, le port de charges, la position assise continue, les travaux nécessitant beaucoup de force au niveau du coté supérieur droit du corps. Dans toutes les activités respectant ces limitations fonctionnelles, le patient pouvait travailler à temps complet et avec un rendement total.

6. Par courrier du 28 mai 1999, la SUVA a informé l'assuré que, selon son service médical, il n'y avait plus lieu d'attendre de la poursuite du traitement une amélioration notable des suites de l'accident et que par conséquent, elle mettait fin à la prise en charge des soins médicaux sous réserve de contrôles occasionnels et au versement de l'indemnité journalière avec effet au 30 juin 1999. La SUVA annonçait par ailleurs qu'elle allait examiner si les conditions pour l'indemnisation d'une invalidité partielle dès le 1^{er} juillet 1999 étaient remplies.
7. Par décision du 15 mai 2001, la SUVA, considérant que l'assuré était à même d'exercer à plein temps une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, lui a alloué une rente d'invalidité de 15% dès le 1er juillet 1999 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%.
8. Le 14 juin 2001, l'assuré s'est opposé à cette décision en alléguant être dans l'incapacité d'exercer une activité, même légère.
9. Par décision sur opposition du 16 juillet 2001, la SUVA a confirmé sa décision du 15 mai 2001. Cette décision est entrée en force.

10. Le 15 septembre 2003, interrogé par la SUVA, l'assuré a informé cette dernière qu'il n'avait pas repris d'emploi.
11. Le 17 mai 2005, le Dr O_____, médecin à la Permanence de Cornavin, a établi une ordonnance sur laquelle il a mentionné : « demande de réévaluation de la rente AI-SUVA » sans toutefois attester d'incapacité de travail sur la feuille-accident LAA, hormis à 50% pour la période du 1er mars au 2 mai (? , illisible) 2004.
12. Dans un rapport du 1er juillet 2005, le Dr O_____ a annoncé une rechute à la SUVA. Il a diagnostiqué des dorso-lombalgies post-traumatiques et chirurgicales et constaté une limitation de la mobilité de la hanche importante et une rotation compensatoire du bassin. Il a attesté une incapacité de travail de 50%, sans préciser depuis quand.
13. Le 16 février 2006, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI).
14. Le 15 mai 2006, l'assuré a été examiné par le Dr P_____, chirurgien-orthopédiste FMH et médecin d'agence de la SUVA, auquel il a déclaré être suivi par le Dr O_____ depuis 2001 pour des douleurs de la hanche droite situées au niveau inguinal et descendant dans le genou.

L'assuré présentait une diminution de longueur de la jambe et de la mobilité de la hanche. Il se plaignait de ne pouvoir marcher ni rester assis longtemps, ainsi que de douleurs aux niveaux des lombaires et du coude droit, ces dernières étant toutefois au second plan.

L'assuré a expliqué travailler depuis le 1^{er} mars 2004 à 50% comme chauffeur-livreur.

Le Dr P_____ a relevé que les radiographies pratiquées en avril 2006 révélaient une nette aggravation par rapport aux constatations faites en 1999 et aux radiographies effectuées en 2001, la fracture du col fémoral ayant évolué vers une nécrose aseptique avec destruction fonctionnelle de la hanche qui expliquait parfaitement la symptomatologie douloureuse. Le médecin a expliqué que la nécrose aseptique de la tête fémorale était une complication classique des fractures du col du fémur et qu'il faudrait mettre en place une prothèse totale de hanche. S'agissant du coude droit, il a observé une évolution vers une arthrose ainsi que des troubles fonctionnels encore relativement modestes de sorte qu'un traitement particulier n'était pas nécessaire à l'heure actuelle.

15. Le 28 juillet 2006, l'assuré et son employeur ont résilié le contrat de travail d'un commun accord avec effet au 31 août 2006 en raison de la dégradation de l'état de santé de l'intéressé.

16. Dans un certificat daté du 6 septembre 2006, le Dr O_____ a attesté une incapacité de travail de 50% dès le 1er mars 2004 et de 100% dès le 1er septembre 2006.
17. Par courrier du 15 février 2007, la SUVA a informé l'assuré qu'elle reconnaissait son droit aux prestations pour la rechute et lui versait une indemnité journalière dès le 1^{er} septembre 2006.
18. Du 5 au 20 avril 2007, l'assuré a séjourné dans le service de rééducation locomotrice des HUG. La Dresse Q_____, interniste, a diagnostiqué une ostéo-arthrite sur ostéo-nécrose post-traumatique de la tête du fémur droit traitée par prothèse totale de hanche, le 28 mars 2007. Outre les fractures de 1997, elle a également diagnostiqué une maladie de Scheuermann. Elle a précisé que le patient avait subi une fracture péri-opératoire du fût fémoral droit traitée par trois cerclages (cf. rapport du 21 mai 2007).
19. Dans un rapport du 27 juillet 2007 adressé à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, le Dr O_____ a confirmé les diagnostics déjà posés et attesté une incapacité de travail entière du 8 octobre 2001 au 28 février 2004, de 50% du 1er mars 2004 au 31 août 2006 et de 100% à nouveau dès le 1er septembre 2006.
20. Dans un rapport du 13 novembre 2007, le Dr R_____, médecin au département de chirurgie des HUG, a exposé que, lors de la consultation du 24 septembre 2007, le patient se plaignait encore de quelques douleurs sur le côté latéral mais que, globalement, il y avait une amélioration. Le médecin a attesté une reprise du travail à 100% dès le 1er novembre 2007.
21. Le 10 décembre 2007, le Dr S_____, chirurgien-orthopédiste FMH, a mentionné la persistance de douleurs à la hanche droite. Il a constaté que l'assuré rencontrait des difficultés dans l'habillage et le déplacement, qu'il marchait en boitant et présentait un valgus.
22. A l'issue de l'examen final du 22 janvier 2008, le Dr P_____ a relaté que le patient se plaignait de douleurs constantes inguinales et de difficultés pour dormir sur le côté droit. L'assuré affirmait que son état était presque identique à celui qui était le sien en mai 2006. Le seul point positif était l'égalisation de la longueur des membres inférieurs. Il se plaignait également de problèmes dorsaux qu'il attribuait à l'accident ainsi que des troubles au bras.

Le Dr P_____ a constaté une marche sans particularité, des longueurs équivalentes des membres inférieurs avec un valgus ainsi qu'une discrète limitation de la flexion. S'agissant du membre supérieur, il a mentionné une discrète réduction de la flexion du coude. Il a relevé que si, subjectivement, le résultat était moyen, objectivement, il y avait une nette amélioration par rapport aux constatations de mai 2006. L'évolution après prothèse totale de hanche avait atteint un certain degré de

stabilité. Sur le plan professionnel, il était nécessaire de tenir compte de certaines limitations. L'assuré devait ainsi éviter les longues marches, les longues stations debout, les stations assises permanentes, la marche sur terrain inégal, les montées et descentes répétitives d'escaliers ou d'échelles ainsi que les positions accroupie et à genoux. Le médecin a émis l'avis que, dans un poste adapté tenant compte de ces limitations, l'assuré pourrait travailler à plein temps. Vu l'absence de lésions au niveau vertébral lors de l'accident, les troubles douloureux mentionnés désormais ne pouvaient pas être considérés comme étant en rapport de causalité certain ou vraisemblable avec l'évènement.

23. Par décision du 22 juillet 2008, l'OCAI a rejeté la nouvelle demande de prestations de l'assuré. L'OCAI a considéré que les pièces médicales ne démontraient pas d'aggravation de son état de santé et que sa capacité de travail dans une activité adaptée restait entière. Cette décision a fait l'objet d'un recours devant le Tribunal de céans en date du 22 août 2008 (procédure A/3045/2008).
24. Par décision du 29 juillet 2008, la SUVA a mis fin à la prise en charge temporaire des soins médicaux et au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 août 2008. S'appuyant sur l'avis de son médecin d'arrondissement, elle a estimé que l'état de santé de l'assuré était suffisamment stabilisé pour clore la rechute. Il ressortait de ses investigations que, malgré la rechute, l'assuré était toujours à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie en respectant les limitations fonctionnelles, de sorte qu'elle continuerait à lui verser la rente allouée précédemment, correspondant à un degré d'invalidité de 15%. En revanche, l'appréciation médicale ayant mis en évidence une aggravation de l'atteinte à l'intégrité à 22%, l'intégrité correspondante serait également versée à l'assuré.
25. Par courrier du 8 août 2008 complété le 26 août 2008, l'assuré s'est opposé à cette décision en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il a reproché aux médecins conseils de l'assurance-invalidité et de la SUVA de sous-estimer ses douleurs, lesquelles persistaient et s'aggravaient même. L'assuré a admis que les douleurs étaient difficilement mesurables et objectivables mais il a fait valoir qu'on lui reprochait à tort une tendance à l'exagération et un manque d'engagement.
26. Par décision sur opposition du 15 septembre 2008, la SUVA a confirmé sa décision du 29 juillet 2008. La SUVA a fait remarquer que sa décision sur opposition du 16 juillet 2001 était entrée en force et que les pièces du dossier ne permettaient pas de conclure à l'existence de faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve permettant une révision procédurale. Elle a ajouté qu'elle n'entendait par ailleurs pas entrer en matière sur une éventuelle demande de reconsidération.
27. Par écriture du 13 octobre 2008, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal de céans. Il conclut, principalement et sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le moment où son droit a pris naissance, subsidiairement, à

la mise en oeuvre d'une expertise médicale afin d'établir son état de santé actuel, son degré d'invalidité économique réelle et le moment à partir duquel il a droit à une rente entière. Il reprend les mêmes arguments que ceux développés dans le cadre de son opposition. En outre, il allègue n'avoir jamais demandé la révision de la décision du 16 juillet 2001. Il justifie sa demande de nouvelle expertise en alléguant que les dossiers actuels de l'OCAI et de la SUVA ne comportent pas de documents médicaux suffisamment récents et sous-évaluent complètement l'intensité de ses douleurs ainsi que leurs conséquences sur sa capacité de travail, respectivement de gain.

28. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 28 novembre 2008 a conclu au rejet du recours. Elle relève que les limitations fonctionnelles mises en évidence par le Dr P_____ – qui a examiné l'assuré près d'un an après la mise en place d'une prothèse de hanche - étaient parfaitement superposables à celles retenues par le Dr N_____, le 17 mai 1999 et en a tiré la conclusion que l'état de la hanche de l'assuré ne justifie pas une révision du taux de la rente d'invalidité. La SUVA soutient qu'il en va de même concernant le coude de l'intéressé dont l'état ne justifie pas de limitation fonctionnelle.

Pour le reste, la SUVA fait valoir qu'il n'est pas vraisemblable que les douleurs dorsales soient vraisemblablement dues à l'accident et qu'il n'y a donc pas lieu de procéder à la révision matérielle de la rente. A l'appui de cette conclusion, la SUVA produit l'appréciation du Dr T_____, chirurgien-orthopédiste, auquel elle a soumis le dossier de l'assuré et qui s'est exprimé le 18 novembre 2008.

Ce dernier a examiné la question d'un lien de causalité indirect entre les séquelles accidentelles au membre inférieur droit et les dorso-lombalgies. Il a rappelé que, d'après la littérature médicale, la relation entre des rachialgies lombaires et un raccourcissement de la jambe était mise en doute par différents auteurs et que, selon un consensus entre plusieurs spécialistes de disciplines diverses, la relation existant entre troubles statiques et douleurs lombaires ou sciatalgies était faible ou alors n'avait pas pu être démontrée. Dans le cas de l'assuré, le médecin a constaté que ce dernier avait développé une inégalité de longueur de jambe suite à l'apparition d'une nécrose aseptique de la tête fémorale qui avait provoqué, notamment, une coxarthrose secondaire caractérisée entre autre par une perte de hauteur de l'interligne articulaire coxo-fémoral. En 2000, respectivement 2002, les radiologues avaient constaté un raccourcissement du membre inférieur droit de 2 à 2,5 cm sans qu'à l'époque, une nécrose de la tête fémorale ne fût constatée de sorte que l'inégalité de longueur de jambe génératrice d'un trouble scoliotique de la colonne lombaire ne pouvait être que fonctionnelle, provoquée par exemple par un flexum s'inscrivant dans un contexte antalgique. Ce n'était qu'après 2002 que la nécrose fémorale s'était développée et avait induit une inégalité de longueur de jambe à véritable substrat anatomique. Grâce à l'arthroplastie, cette inégalité avait pu être corrigée sans pour autant que les lombalgies n'aient disparu. Il a relevé que le

développement d'une attitude scoliotique n'était pas lié à d'éventuels symptômes rachialgiques et que les radiologues n'avaient observé aucune discopathie à l'étage lombaire ce qui excluait tout phénomène dégénératif. Il a confirmé que l'examen radiologique de la colonne lombaire réalisé en avril 1997, soit un mois après l'accident, avait permis d'exclure toute atteinte à caractère traumatique de la colonne vertébrale. Selon le Dr T_____, le fait que les rachialgies aient persisté chez l'assuré, alors que la boiterie avait disparu, permettait de corroborer que cette dernière n'était pas un facteur de risque lombalgique. Eu égard à ces considérations, le Dr T_____ a conclu que les troubles lombaires de l'assuré n'étaient ni des conséquences directes, ni indirectes de l'accident du 28 février 1997.

29. Dans sa réplique du 21 janvier 2009, le recourant a allégué que la seule diminution de boiterie à la marche accompagnée d'une augmentation et d'une intensification de ses douleurs au point de l'empêcher de travailler même dans un emploi léger et de dormir ne constituaient en aucun cas une nette amélioration de son état de santé. Quant à la négation du lien de causalité entre ses douleurs dorsales et l'accident, elle ne prouvait selon lui qu'une chose, que l'auteur de cette dénégation n'avait jamais vécu personnellement pareil accident. Le recourant a persisté dans ses conclusions précédentes.
30. Le 23 janvier 2009, le Tribunal de céans a communiqué cette écriture à l'intimée et, sur ce, a gardé la cause à juger.

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) 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.
2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents, est applicable en l'espèce, dès lors que la rechute annoncée le 1^{er} juillet 2005 est postérieure à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2).
3. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours interjeté le 13 octobre 2008 contre la décision du 15 septembre 2008 est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.
4. Le litige porte sur la question de savoir, d'une part, si les lombalgies de l'assuré sont en rapport de causalité avec l'accident du 28 février 1997, d'autre part, si son

état de santé s'est aggravé depuis le 1^{er} septembre 2008 au point d'influencer son droit à la rente.

5. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118

V 293 consid. 2c; RAMA 2006 N° U 570 p. 74 consid 1.5.2, U 357/04; 2005 N° U 557 p. 388 consid. 3.2, U 244/04).

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (cf. ATFA non publié U 293/01 du 17 mai 2002, consid. 1, résumé dans REAS 2002 p. 307). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c).

6. 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).

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. 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). 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 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003, consid. 3.2 et les arrêts cités). 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). 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; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

7. 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 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).

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).

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, 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). 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. 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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee).

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. 3b/bb et cc).

8. En l'espèce, la rente d'invalidité initiale de 15% a été accordée à l'assuré par décision du 15 mai 2001 confirmée sur opposition le 16 juillet 2001. La décision refusant la révision de la rente date quant à elle du 29 juillet 2008 et a été confirmée sur opposition le 15 septembre 2008. Il convient dès lors de comparer les circonstances existant au moment où ces décisions ont été prises afin de déterminer si les faits se sont modifiés.

La décision initiale de rente repose sur le rapport d'examen final du Dr N_____ du 17 mai 1999. Le recourant se plaignait alors de douleurs au niveau de la hanche droite, douleurs qui apparaissaient après la marche à plat pendant environ une heure ou en montées ou descentes. Il se plaignait également de douleurs lombaires, apparaissant en position assise ou lorsqu'il dormait sur le côté droit. Enfin, l'assuré évoquait également des douleurs au niveau de son coude droit. Au status, le Dr N_____ avait constaté une excellente récupération de la mobilité du coude, malgré des douleurs discrètes à moyennes, ainsi qu'une très bonne récupération de la mobilité de la hanche droite, malgré les douleurs alléguées, dont il a relevé la discrétion avec les constatations cliniques et radiologiques. Les limitations fonctionnelles avaient trait à la marche, surtout en montée ou descente, à l'accroupissement ou l'agenouillement, au port de charges, au maintien de la position assise et aux travaux de force sollicitant le membre supérieur droit. Le médecin avait alors conclu qu'une activité respectant ces limitations fonctionnelles était exigible à plein temps.

Près d'une année après la mise en place d'une prothèse de hanche à droite, le Dr P_____ a procédé à un nouvel examen de l'assuré, le 22 janvier 2008. Lors de cet examen, le recourant s'est plaint que son état de santé était quasiment inchangé depuis mai 2006, précisant que les douleurs étaient inguinales et qu'il avait des difficultés pour dormir du côté droit. A la fin de l'examen, il a toutefois admis qu'il était mieux qu'avant l'opération. Rappelons qu'en mai 2006, l'assuré se plaignait de douleurs au niveau inguinal, descendant dans son genou droit, qui l'empêchaient de marcher et de rester longtemps assis ; il signalait également des douleurs au niveau des lombaires et, de façon secondaire, du coude droit suivant l'activité exercée. Au status, en janvier 2008, le Dr P_____ a constaté une nette amélioration par rapport à mai 2006 : la boiterie avait disparu et le recourant marchait beaucoup mieux. Le médecin a constaté que les membres inférieurs étaient désormais de longueur équivalente, avec une discrète limitation de la flexion. Il a également noté une réduction de la flexion du coude droit. Les limitations fonctionnelles retenues concernaient la marche de longue durée et/ou sur terrain inégal, les stations debout prolongées, les montées et descentes répétitives

d'escaliers ou d'échelles, l'accroupissement, l'agenouillement, la position assise statique. Le Dr P_____ a conclu à l'exigibilité à plein temps d'une activité respectant ces limitations et précisé qu'en l'absence de lésion au niveau vertébral lors de l'accident, le rapport de causalité entre celui-ci et les troubles lombaires ne pouvait être admis.

Le Dr P_____ a rédigé son rapport après avoir étudié les pièces du dossier et les radiographies, établi une anamnèse, pris note des plaintes du recourant et procédé à un examen clinique. Il s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé du recourant depuis le premier examen final, sur sa capacité de travail et sur le lien de causalité naturelle. Son rapport ne contient pas de contradictions. En effet, dans la mesure où la boiterie a disparu et où la faculté à la marche s'est améliorée suite de la disparition de l'inégalité de longueur des membres inférieurs, on ne voit pas comment la capacité de travail raisonnablement exigible du recourant dans une activité adaptée pourrait être inférieure à celle admise en 1999, alors qu'il boitait et présentait une inégalité des membres inférieurs. De plus, cette amélioration est confirmée par le rapport du Dr R_____ du 13 novembre 2007. Par conséquent, le rapport du Dr P_____ doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

Le recourant reproche au Dr P_____ d'avoir minimisé ses douleurs. Or, compte tenu des difficultés à établir l'existence de douleurs – difficultés reconnues d'ailleurs par le recourant -, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle; ATFA non publié I 600/03 du 30 novembre 2004, consid. 3.2) mais doivent être confirmées par des observations médicales concluantes. En effet, au regard du seuil de tolérance de la douleur qui est variable suivant les personnes et est influencé par de nombreux éléments, notamment culturels, il appartient à l'expert de se baser sur des constatations objectives pour prendre ses conclusions. Par conséquent, c'est à juste titre que le médecin de la SUVA, tout en rapportant les plaintes de l'assuré, en a relativisé l'intensité en se fondant sur les limitations fonctionnelles objectivées, sur la mobilité mesurée lors de son examen clinique et sur les radiographies, soit sur des éléments objectifs, seuls pertinents dans ce type d'appréciation (cf. ATFA non publié I 366/05 du 12 juillet 2005). De plus, le recourant ne produit aucun rapport médical motivé à l'appui de son argumentation si ce n'est des rapports de son médecin traitant faisant simplement état de différentes périodes d'incapacité de travail sans apporter la moindre explication à cette égard. Ces rapports, faute d'être motivés, ne peuvent se voir reconnaître de valeur probante.

Au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; ATFA non publié I 113/06 du 7 mars 2007, consid. 4.4 et les arrêts cités), on ne saurait remettre en cause les conclusions d'une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins

traitants ont une opinion contraire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (ATF non publié 9C_657/200 du 12 juin 2008, consid. 2.3). Or, les rapports du Dr O_____ ne reprochent pas au Dr P_____ de ne pas avoir tenu compte d'éléments objectivement vérifiables de sorte que le rapport de ce dernier a une pleine valeur probante et ses conclusions seront suivies par le Tribunal de céans.

Le recourant reproche par ailleurs aux assureurs de s'être basés sur des rapports médicaux trop anciens. Or, force est de constater que le rapport du Dr P_____ date du 22 janvier 2008 alors que la décision sur opposition de la SUVA a été rendue le 15 septembre 2008. On ne voit donc pas en quoi ledit rapport ne serait pas actuel, d'autant plus que le recourant ne produit aucun rapport médical rendant plausible que son état de santé se serait aggravé depuis lors.

9. S'agissant du lien de causalité entre les troubles lombaires et l'accident, dans un rapport du 18 novembre 2008, le Dr T_____ a conclu qu'on pouvait exclure une étiologie traumatique indirecte aux douleurs lombaires provoquées par la boiterie induite par la nécrose de la tête fémorale. A cet égard, la doctrine médicale et les récentes expériences menées par les chercheurs démontraient que le phénomène de boiterie n'était pas responsable de l'émergence des lombalgies. Dans le cas de l'assuré, l'examen radiologique d'avril 1997, réalisé un mois après l'accident, avait démontré l'absence objective d'une atteinte traumatique de la colonne vertébrale au niveau lombaire et il n'était pas possible de documenter une discopathie lombaire ce qui excluait tout phénomène dégénératif. Par conséquent, le développement de l'attitude scoliotique n'était pas lié à d'éventuels symptômes rachialgiques. Par ailleurs, il était difficile d'admettre que la boiterie fût impliquée dans l'émergence des lombalgies. S'il était exact que le recourant avait développé avant la mise en place de sa prothèse de hanche une boiterie importante, la normalisation de la marche suite à cette opération ne s'était pas soldée par un amendement progressif des lombalgies, ce qui aurait dû être le cas si les lombalgies avaient été provoquées par la boiterie. Le Dr T_____ en a déduit qu'il n'était pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles lombaires qui se sont installés dans l'évolution consécutive à l'accident du 28 février 1997 représentent une complication indirecte de ce traumatisme.

Il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions du Dr T_____ puisqu'il s'est appuyé, en particulier, sur l'ensemble des pièces médicales y compris le dossier radiologique ainsi que sur une analyse très détaillée de l'anamnèse post-accidentelle, complétée par des références à une abondante littérature médicale. De plus, il s'est exprimé sur le lien de causalité naturelle et ses explications sur la description ainsi que l'appréciation des interférences médicales sont suffisamment claires pour évaluer la situation du recourant. En effet, ses conclusions ne se

réfèrent pas uniquement à la littérature médicale, mais prennent également la peine d'examiner le phénomène de boiterie et de douleurs lombaires dans le cas concret du recourant ce qui permet de les retenir (RAMA 6/2003 337 consid. 5.2.2). Par conséquent, les conclusions de ce médecin répondent en tous points aux exigences permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352 ; ATF non publié U 300/06 du 22 juin 2007, consid. 6.1).

Dès lors, on ne voit pas sur quel élément objectif le recourant se fonde pour, d'une part, considérer que ses douleurs lombaires sont invalidantes et, d'autre part, les mettre en relation de causalité avec l'accident assuré. A cet égard, le principe «post hoc, ergo propter hoc» qu'il semble implicitement invoquer, n'est pas suffisant pour établir de tels faits (cf. ATF 119 V 341 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408. consid. 3b). Aussi, au vu de l'appréciation du Dr T_____, l'intimée était-elle en droit de nier l'absence de lien de causalité naturelle entre les troubles lombaires et l'accident du 28 février 1997.

10. Le recourant requiert, à titre subsidiaire, la mise en œuvre d'une expertise médicale.

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 469 consid. 4a, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c; ATFA non publié U 154/02 du 17 mars 2003, consid. 6.1 et les références citées).

En l'espèce, les pièces médicales versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige, si bien que la mise en œuvre d'une expertise 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 formée par le recourant.

11. En définitive, étant donné que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr P_____ sont globalement les mêmes que celles exposées par le Dr N_____, lors de l'octroi initial de rente, alors que l'exigibilité est la même dans une activité adaptée, c'est à juste titre que l'intimée a refusé de réviser la rente d'invalidité du recourant sans procéder à une nouvelle comparaison des revenus. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté. 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); 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

Florence SCHMUTZ

Karine STECK

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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