

# **GE\_GERICHTE ATAS/545/2013 vom 29. Mai 2013**

GE Cour de justice, 2013-05-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_545\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_545_2013)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/545/2013 du 29 mai 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/545/2013 del 29 maggio 2013

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RSG E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la

A/616/2012 - 11/20 - 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.

### **E. 2**

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable.

### **E. 3**

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. Il y a lieu de rappeler que dans la procédure juridictionnelle administrative, seuls les rapports juridiques au sujet desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision peuvent en principe être examinés. En effet, 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; ATF 125 V 413 consid. 1a et les références citées). Toutefois, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2, ATF 122 V 36 consid. 2a et les références citées). En l'espèce, si dans sa décision sujette à opposition, l'intimée a indiqué ne pas entrer en matière sur la demande de révision, elle a statué au fond sur opposition. Les parties ont en outre eu l'occasion de se déterminer à plusieurs reprises sur les conditions matérielles d'octroi d'une rente d'invalidité dans leurs écritures. Ainsi, l'objet du litige n'est pas limité au point de savoir si l'intimée doit entrer en matière sur ce que le recourant qualifie de demande de révision, de sorte que la Cour de céans peut valablement statuer sur son droit à la rente.

### **E. 4**

Selon l'art. 18 al. 1er LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. L'art. 8 al. 1 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue

durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique 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

A/616/2012 - 12/20 - 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). La notion d'invalidité définie à l'art. 8 LPGA est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. En raison de l'uniformité de cette notion, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. C'est pourquoi, même si un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans autre examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Aussi, l'assureur doit-il se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée, une appréciation divergente de celle-ci ne pouvant intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement si certaines conditions sont réalisées. Peuvent en particulier constituer des motifs suffisants de s'écarter d'une telle évaluation le fait que celle-ci repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré ou encore qu'elle est fondée sur des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles ou, enfin, qu'elle n'est pas du tout convaincante ou non objective (ATF 126 V 288 consid. 2d; ATFA non publié I 853/05 du 28 décembre 2006, consid. 4.1.1; ATFA non publié I 490/05 du 18 octobre 2006, consid. 5.2.1). Il convient encore d'ajouter que l'invalidité est une notion économique et non médicale; les critères médico-théoriques ne sont pas déterminants, mais les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (ATF 114 V 310 consid. 3c). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin, ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a; ATFA non publié U 512/00 du 27 février 2002, consid. 4d).

## **E. 5**

Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. Lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors, adapté à l'évolution des salaires (RAMA 2006 n° U 568 p. 66, consid. 2 ; ATF non publié 8C\_708/2007 du 21 août 2008, consid. 5.5). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b), singulièrement à la

A/616/2012 - 13/20 - lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa), ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT). La détermination du revenu d'invalide sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq

DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Lorsque le revenu d'invalidité est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié ni admissible (ATF 129 V 472).

## **E. 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 (al. 1). 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 (al. 2). Comme cela ressort de la lettre claire de la loi, la révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA porte sur des prestations en cours. Cette disposition n'est dès lors pas applicable lorsque la rente a déjà été supprimée par révision. Dans ce dernier cas, l'assuré doit déposer une nouvelle demande. Cela étant, si la nouvelle demande et la révision de la rente ne sont pas identiques, il s'agit de deux institutions juridiques qui présentent des similitudes dans la mesure où toutes deux tendent à réexaminer le droit aux prestations en raison d'un changement de circonstances (ATF 133 V 108 consid. 5.2). Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et comparer les circonstances existant au moment de la nouvelle décision avec celles prévalant lors de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (ATF non publié 9C\_70/2010 du 9 août 2010, consid. 3). 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 où la dernière décision après un examen matériel des conditions du droit à la rente a été rendue et les circonstances au moment de la décision de révision (ATF non publié 8C\_880/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.3). Pour qu'une décision de révision entrée en force constitue elle aussi une (nouvelle) base de comparaison dans le cadre d'une révision ultérieure, il faut qu'elle repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit. Ces principes s'appliquent également en cas de nouvelle demande (ATF non publié 9C\_685/2011 du 6 mars 2012, consid. 5.1).

A/616/2012 - 14/20 - La modification du degré d'invalidité peut concerner aussi bien l'état de santé que les conséquences économiques d'un état de santé demeuré en soi inchangé (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF non publié 8C\_1001/2008 du 31 juillet 2009, consid. 3.2).

## **E. 7**

a) Les prestations d'assurances sociales sont en principe servies à la demande de l'ayant droit: celui qui ne s'annonce pas à l'assurance n'obtient pas de prestations, même si le droit à celles-ci découle directement de la loi. Aussi, l'art. 29 al. 1 LPGA prévoit-il que celui qui fait valoir un droit à des prestations doit s'annoncer à l'assureur compétent, dans la forme prescrite par l'assurance sociale concernée (ATF non publié 9C\_532/2011 du 7 mai 2012, consid. 4.2). On doit considérer qu'il y a une annonce au sens de l'art. 29 al. 1 LPGA lorsque l'intéressé demande des prestations, c'est-à-dire qu'il manifeste sa volonté de faire valoir ses

droits (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 8 ad art. 29). b) En l'occurrence, le courrier du recourant du 18 septembre 2008 doit être considéré comme une telle demande. Le fait que le recourant ait qualifié cette requête de demande de révision de la rente plutôt que de nouvelle demande est sans incidence sur son droit aux prestations. La LAA ne contient aucune règle sur les exigences formelles de l'annonce, hormis celles liées aux conséquences d'une déclaration tardive (cf. art. 46 LAA). L'intimée ne peut donc pas se prévaloir, comme elle l'allègue dans sa réponse du 9 mai 2002, du fait que le recourant aurait dû déposer une nouvelle demande de rente pour refuser les prestations.

#### **E. 8**

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. L'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

#### **E. 9**

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou

A/616/2012 - 15/20 - envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

#### **E. 10**

a) En l'espèce, il convient de constater que les rapports établis à l'époque de l'octroi de la rente par le Dr E\_\_\_\_\_ correspondent aux réquisits jurisprudentiels développés par le Tribunal fédéral puisque leurs conclusions reposent sur une parfaite connaissance du dossier et un examen clinique détaillé, qu'ils contiennent une anamnèse précise, que les plaintes du recourant sont prises en considération et que les diagnostics sont clairs et les conclusions motivées. Leur teneur n'est au demeurant pas remise en question. Tel est également le cas de l'expertise réalisée par le Dr J\_\_\_\_\_ en 2007, dont les conclusions correspondent d'ailleurs largement à celles émises par le médecin d'arrondissement de l'intimée. Ce rapport comprend en effet tous les éléments essentiels selon la jurisprudence, de sorte qu'il revêt une pleine valeur probante. Au regard des constatations de cet expert, il y a lieu d'admettre que l'emploi temporairement exercé par le

recourant en tant que magasinier n'était pas adapté à ses limitations fonctionnelles. Cette conclusion s'impose du reste également à la lecture des rapports du Dr E\_\_\_\_\_. On notera de plus qu'il n'existe aucun rapport médical plus récent permettant de remettre en doute les conclusions de l'expert. b) Conformément à la jurisprudence, il faut comparer la situation du recourant dès le 1er janvier 2007, soit au moment où il a cessé de travailler comme magasinier, à celle qui était la sienne lors de la décision de suppression de la rente du 13 mai 2004. A cette époque, le recourant avait trouvé un emploi dans lequel il ne subissait aucune perte de gain par rapport au revenu réalisé avant son accident. L'intimée a ainsi supprimé la rente non pas en raison d'une amélioration de l'état de santé du recourant mais de la disparition de l'incidence économique de l'accident sur la capacité de gain. Il est toutefois patent que l'activité de magasinier n'était pas adaptée aux limitations fonctionnelles retenues tant par le Dr E\_\_\_\_\_ que par le Dr F\_\_\_\_\_ et le Dr J\_\_\_\_\_. Contrairement à ce qu'affirme l'intimée, le recourant n'a pas quitté cet emploi pour des motifs personnels uniquement puisqu'il a déclaré au Dr J\_\_\_\_\_ que ses douleurs étaient une des raisons l'ayant conduit à résilier les rapports de travail. Une recrudescence des douleurs et les efforts consentis par le recourant pour poursuivre son activité de magasinier ressortent également du rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 6 avril 2006. On doit dès lors admettre que la poursuite de l'activité de magasinier n'était pas

A/616/2012 - 16/20 - exigible du recourant, de sorte qu'il ne saurait lui être reproché avoir mis fin au contrat de ce travail. Ainsi, dès la fin de son activité de magasinier, le recourant subissait en principe à nouveau une perte de gain imputable à son accident, une activité adaptée ne lui permettant pas de réaliser le même salaire qu'avant son accident. Il y a donc bien eu une modification notable des circonstances puisque l'exercice d'une activité adaptée, quand bien même l'état de santé est resté stationnaire, engendre de nouveau une perte de gain.

#### **E. 11**

A) Selon l'art. 24 al. 2 OLAA, lorsque le droit à la rente naît plus de cinq ans après l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle, le salaire déterminant est celui que l'assuré aurait reçu, pendant l'année qui précède l'ouverture du droit à la rente, s'il n'avait pas été victime de l'accident ou de la maladie professionnelle, à condition toutefois que ce salaire soit plus élevé que celui qu'il touchait juste avant la survenance de l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle. Cette disposition vaut également en cas de rechute (cf. ATFA non publié U 286/01 du 8 mars 2002, consid. 2b). Cela étant, elle ne trouve application que lorsque l'on procède pour la première fois à la fixation de la rente après une rechute (ATFA non publié U 343/99 du 16 mars 2000, consid. 4b/aa). b) En l'espèce, le recourant s'est déjà vu reconnaître une première fois moins de cinq ans après son accident le droit à une rente d'invalidité de 31 %, si bien qu'il n'y a pas lieu de modifier le salaire déterminant pour le calcul de la rente. Certes, le recourant n'a pas justifié ses revenus en France dans l'activité de chauffeur d'un bus scolaire qu'il dit exercer. Cependant, l'intimée n'a pas mis en doute que ses revenus soient égaux ou inférieurs à ceux qu'il pourrait obtenir dans une activité adaptée en Suisse. Cela doit également être admis au degré de la vraisemblance prépondérante, les salaires en France étant notoirement largement inférieurs à ceux pratiqués en Suisse. Cela étant, les conditions d'octroi d'une rente de l'assureur-accidents sont à nouveau remplies.

#### **E. 12**

Se pose également la question de savoir si l'intimée peut se contenter, dans le cadre d'une procédure de révision matérielle fondée sur une modification des circonstances économiques, de se fonder sur la capacité de travail dans une activité adaptée retenue lors de la première décision du 28 mars 2003 ou si elle doit réévaluer cette capacité de travail en prenant en considération les nouveaux rapports médicaux dont elle n'avait pas connaissance à l'époque et qui ont amené l'assurance-invalidité à admettre une incapacité de travail de 25%. a) En l'espèce, l'intimée ne saurait en tout état de cause être liée par la décision de l'assurance-invalidité, celle-ci étant postérieure à sa décision initiale. Elle n'avait

A/616/2012 - 17/20 - donc ni à justifier pourquoi elle s'écartait de la décision de cette assurance ni à s'adapter à cette décision. b) Pour le surplus, il convient de constater que le recourant ne se prévaut pas d'une aggravation de son état de santé par rapport à celui sur lequel étaient fondées les décisions du 28 mars 2003 et du 13 mai 2004 de l'intimée. Par ailleurs, l'assurance-invalidité a octroyé un quart de rente à partir du 1er juin 2003 et n'a donc pas non plus estimé qu'il y ait eu une aggravation postérieurement à cette date. En l'absence de l'allégation d'une modification notable de l'état de santé avec répercussion sur la capacité et en rapport avec l'accident, il sied d'admettre que les circonstances médicales ne se sont pas modifiées, de sorte que l'intimée n'est pas tenue de procéder à une révision au niveau médical et de réévaluer la capacité de travail. Le cas échéant, il appartiendrait au recourant de demander une révision de sa rente en se prévalant d'une modification des circonstances médicales et en établissant non seulement une aggravation des séquelles de l'accident, mais également que celle-ci engendre des limitations supplémentaires réduisant sa capacité de travail dans une activité adaptée.

### **E. 13**

Il sied encore d'examiner s'il y a lieu de procéder à une révision procédurale, dans la mesure où une nouvelle expertise a été effectuée, sur la base de laquelle l'assurance-invalidité retient une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée, alors que l'intimée s'était fondée sur une capacité de travail totale.

### **E. 14**

a) Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (art. 53 al. 1 LPGA, révision dite procédurale), susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente. La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'ancien article 137 lettre b OJ (ATFA non publié du 29 novembre 2005, C 175/04 consid. 2.2). b) Sont «nouveaux», au sens de l'art. 137 let. b aOJ, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte.

A/616/2012 - 18/20 - c) Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant.

Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que l'expert tire, ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour le jugement (ATF 127 V 358 consid. 5b et les références). Ces notions, applicables à la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, le sont également lorsque l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle (cf. ATF 127 V 469 consid. 2c et les références).

#### **E. 15**

En l'occurrence, le Dr J \_\_\_\_\_ a procédé à une expertise de l'état de santé du recourant en janvier 2007, soit postérieurement aux décisions des 28 mars 2003 et 13 mai 2004. Selon cet expert, la capacité de travail dans une activité adaptée est réduite entre 50 et 25%, alors même que le Dr E \_\_\_\_\_ avait estimé que la capacité de travail était totale dans une telle activité. Dans son expertise, le Dr J \_\_\_\_\_ ne fait pas état de faits nouveaux que les parties et notamment le Dr E \_\_\_\_\_ auraient ignorés lors de la première décision. Au contraire, l'expert retient exactement les mêmes diagnostics que le médecin d'arrondissement de l'intimée, sauf qu'il a également constaté, sur la base de nouveaux examens radiologiques, une gonarthrose bilatérale modérément avancée, sans signe de lésion osseuse post-traumatique (radiographie du 31 mars 2006), une coxarthrose protrusive bilatérale avancée (radiographie du 23 janvier 2007) et des troubles dégénératifs légers tibio-astragaliens bilatéraux (radiographie du 23 janvier 2007). Or, outre le fait que les troubles dégénératifs sont apparus après le dernier examen du Dr E \_\_\_\_\_, les troubles coxo-fémoraux et des genoux sont vraisemblablement à mettre en relation avec l'excès pondéral et donc étrangers à l'accident, selon le Dr J \_\_\_\_\_. En l'absence de faits nouveaux, l'expertise du Dr J \_\_\_\_\_ ne constitue donc pas un moyen de preuve nouveau, au sens de la loi, en faveur d'une incapacité

A/616/2012 - 19/20 - supérieure à celle retenue à l'époque dans les premières décisions de l'intimée. Les conditions d'une révision procédurale ne sont donc pas réunies.

#### **E. 16**

Les répercussions économiques de l'accident du recourant étant identiques à celles qui prévalaient lors du calcul du degré d'invalidité de l'intimée en mars 2003, le recourant peut à nouveau prétendre à une rente d'invalidité de 31 % dès le 1er janvier 2007, date dès laquelle il subit à nouveau une perte de gain. En effet, aux termes de l'art. 24 al. 1 LPGA, le droit à des prestations ou à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due et cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée. En l'espèce, la demande du recourant a été déposée en

septembre 2008, soit avant l'écoulement du délai de cinq ans (cf. arrêt du Tribunal fédéral U 55/07 du 13 novembre 2007 consid. 4.3.2. in fine).

**E. 17**

Eu égard à ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision annulée et le recourant mis au bénéfice d'une rente d'invalidité de 31% dès le 1er janvier 2007.

**E. 18**

Le recourant obtenant largement gain de cause, il y a lieu de lui accorder une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens.

A/616/2012 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.