

# GE\_GERICHTE A/1828/2012 vom 11. Juni 2013

GE Cour de justice, 2013-06-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1828\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1828_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/1828/2012 du 11 juin 2013

IT: GE\_GERICHTE A/1828/2012 del 11 giugno 2013

## Erwägungen

### E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur C \_\_\_\_\_, domicilié à VERSOIX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître STOLLER FÜLLEMANN Monique recourant contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS

D'ACCIDENTS, Rechtsabteilung; sis Fluhmattstrasse 1; LUCERNE intimée EN FAIT

1. Monsieur C \_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1953, technicien radio-TV, a été victime d'un accident le 20 juillet 2002 à son domicile. Il a fait une chute alors qu'il marchait sur le gazon. 2. Le 26 février 2004, l'assuré a subi une intervention chirurgicale. Dans le compte rendu relatif à cette opération, le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique a posé le diagnostic de spondylolisthésis L5-S1. Ce praticien a précisé dans l'anamnèse préopératoire que l'assuré présentait une décompensation douloureuse d'une lyse isthémique L5 suite à son accident et que l'évolution était progressivement défavorable en ce sens qu'il n'était pas possible d'arrêter le traitement antalgique. Par ailleurs, il était précisé que l'assuré n'avait pas été en mesure de reprendre une activité professionnelle. 3. Par prononcé du 9 mai 2006 adressé à la SUVA (ci-après l'assureur ou l'intimée), l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI) a déclaré que l'assuré présentait un degré d'invalidité de 81% dès le 21 juillet 2003. 4. Dans un rapport médical du 19 juillet 2006 adressé au Dr M \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de l'assureur et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, le Dr L \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il considérait que l'assuré présentait une capacité de travail de 0% dans son activité antérieure de monteur technicien radio-TV, mais que sur un plan théorique, une capacité de travail à 50% était possible dans un travail sédentaire comportant la possibilité de changer régulièrement de position, sans port de charge et sans travail en porte-à-faux. 5. En date du 27 septembre 2006, le Dr M \_\_\_\_\_ a examiné l'assuré. Faisant part de son appréciation de la situation, il a indiqué que les nombreux intervenants médicaux impliqués dans l'évaluation de l'assuré indiquaient qu'un temps de travail maximal de 50% pouvait éventuellement être réalisé dans une activité adaptée caractérisée par la possibilité de changer fréquemment de position (debout/assis) et l'absence totale de sollicitation mécanique de la colonne vertébrale lombaire (effort en flexion, en extension ou port de charge). Le Dr M \_\_\_\_\_ a indiqué que même dans une telle activité, des pauses supplémentaires étaient probablement également nécessaires en raison de l'intensité du syndrome douloureux. Il a ajouté que ces diverses évaluations lui paraissaient tout à fait réalistes. Enfin, il a conclu à l'existence d'une aggravation du dommage permanent. 6. Par courrier du 6 octobre 2006, l'assureur a annoncé à l'assuré qu'il mettait un terme au paiement de l'indemnité journalière au 30 novembre 2006 et qu'il comptait se prononcer sur une invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2006 pour les seules séquelles accidentelles. 7. Par décision du 28 février 2007, l'assureur a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2006. Fondée sur une incapacité de gain de 81%, la rente a été calculée comme

rente complémentaire à une rente de l'assurance-invalidité. L'assureur a également alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40%. 8. Par courrier anonyme du 4 novembre 2009, un particulier a annoncé à la SUVA qu'il avait vu l'assuré effectuer des travaux d'aménagement d'un mobil-home, soit la réalisation d'une toiture et d'une tranchée pour l'alimentation en eau et en électricité. 9. Agissant sur mandat de l'assureur, le détective privé D\_\_\_\_\_ (ci-après le détective) a effectué une mission d'observation du 26 avril au 29 avril 2010 et du 10 mai au 26 mai 2010 au domicile de l'assuré. Cette enquête visait à déterminer son activité quotidienne ainsi que d'éventuelles restrictions corporelles ou signes de désagréments physiques tout particulièrement au niveau du dos. Le détective a confirmé l'existence d'un mobil-home à l'entrée du chemin d'accès de la propriété située \_\_\_\_\_, chemin R\_\_\_\_\_ à Versoix et la réalisation de travaux aux abords de ce véhicule. Il a ajouté que l'assuré ne paraissait pas gêné dans ses mouvements, que ce soit pour conduire, marcher, se baisser, porter divers outils et matériaux et réaliser sans l'aide de personne une terrasse devant le mobil-home précité. Le détective a déclaré avoir vu l'assuré en train de porter un sac de 35 kg (sable/ciment/autre), des liteaux, des lambris et des bidons, manier des outils (scie circulaire, scie sauteuse, perceuse), fabriquer du mortier, poser des dalles, déplacer une remorque, une brouette, etc. Selon le détective, l'assuré s'est également occupé de la tonte du gazon avec un tracteur autoporté, tracteur qu'il a nettoyé en étant penché sous la machine, un genou fléchi au sol. Il est précisé que l'assuré ne portait pas toujours de ceinture lombaire dans l'accomplissement des activités dont il est fait état. 10. Entendu le 29 septembre 2010 par l'assureur dans le cadre d'un entretien, l'assuré a d'abord été rendu attentif aux sanctions attachées à la fourniture de renseignements inexacts. Puis il a déclaré que depuis le dernier examen médical par le médecin-conseil de la SUVA en septembre 2006, son état de santé ne s'était pas amélioré, mais plutôt aggravé car il avait de plus en plus de peine à se déplacer et perdu partiellement sa sensibilité dans les jambes. Il a ajouté qu'il continuait également à souffrir de douleurs lombaires basses localisées au niveau du centre de la colonne et que son dos et ses jambes s'étaient affaiblis. Il a précisé qu'il devait éviter de soulever et de porter des charges, qu'il avait même de la peine à prendre une bouteille pleine avec les bras en avant et qu'il prenait tous les jours des médicaments (anti-douleurs). Indiquant n'avoir plus du tout travaillé depuis l'accident de 2002 en raison des conséquences de celui-ci sur son état de santé, l'assuré a indiqué qu'il ne voyait pas comment il pouvait reprendre une activité professionnelle et que sur un plan extra-professionnel, il ne pouvait plus fournir d'activité lui demandant un effort physique. Évoquant le déroulement de ses journées, l'assuré a déclaré qu'il passait la plupart du temps à la maison pour regarder la télé et lire les journaux durant la période hivernale et qu'en été, il allait souvent visiter ses parents pour se promener dans le jardin, faire des petits bricolages ou tondre le gazon. 11. Dans un rapport du 29 septembre 2010, M. E\_\_\_\_\_, collaborateur de l'assureur a indiqué avoir fait savoir à l'assuré à l'issue de l'entretien que les déclarations faites par celui-ci au sujet de l'évolution de son état de santé, de ses capacités physiques et de ses activités extra-professionnelles ainsi que du déroulement journalier n'étaient pas toutes conformes à la vérité. Explicitant ce point de vue, M. E\_\_\_\_\_ a annoncé à l'assuré qu'il avait fait l'objet d'une surveillance, puis il l'a confronté au rapport du détective. Le rapport de M. E\_\_\_\_\_ indique en substance que selon le résultat de la surveillance, l'état de santé de l'assuré est nettement plus favorable que celui-ci veut bien le faire croire et que les constatations faites par le détective démontrent clairement que les capacités réelles de l'assuré ne se recourent pas avec les troubles et les séquelles de l'accident dont celui-ci prétend souffrir. 12. Par courrier du 4

octobre 2010, l'assuré a réagi à son audition du 29 septembre 2010 dans les bureaux de l'assureur en confirmant que son état de santé ne s'était pas amélioré depuis la précédente observation par les médecins à la clinique SUVA de Sion et que lors de ce séjour ayant duré environ huit semaines, les intervenants l'avaient encouragé à garder une certaine activité, notamment pour entretenir sa musculature. Prenant position sur le rapport du détective, l'assuré a reconnu avoir participé à des travaux de menuiserie et de finition légers impliquant notamment le maniement d'une scie oscillatoire, mais il a contesté avoir construit la terrasse située devant le mobil-home en indiquant que celle-ci avait été réalisée par quelques amis pendant leur temps libre et qu'elle était déjà en place lors de la première visite du détective le 26 avril 2010. Il a ajouté que, pour sa part, il avait effectué quelques finitions et décorations par petites touches tout au long du printemps, entretenu une petite plate-bande dans le jardin, manié une pelle de jardin pour charger des copeaux dans une remorque, rangé un grill, déplacé une brouette et un escabeau à quatre marches, tondu le gazon avec un tracteur autoporté en effectuant des tontes d'une durée de 30 minutes environ et en se chargeant lui-même d'ajouter de l'essence (2 litres selon ses indications) dans le réservoir de la machine. En revanche, il a contesté s'être penché sous cette dernière en expliquant que ni lui ni personne ne pouvaient le faire, la garde au sol de l'engin étant trop limitée. En outre, il a également contesté avoir effectué des travaux de maçonnerie en précisant que ni du béton ni du ciment n'avaient pas été employés dans ses travaux d'aménagement, ce qu'il offrait de prouver par une visite sur place. Il a également démenti avoir transporté des objets lourds, en particulier un sac de 35 kg au sujet duquel il a expliqué qu'il s'agissait d'un sac de 35 litres. En revanche, il a indiqué avoir aidé une amie à décharger des provisions le 29 avril 2010. Il a également signalé avoir transporté des lambourdes et des baguettes dont il évaluait le poids à 600 gr, respectivement 150 gr. pièce. S'agissant du port de la ceinture lombaire, l'assuré a indiqué qu'il la portait toujours, au-dessus ou en dessous de ses vêtements, pour toute occupation susceptible de mettre sa colonne excessivement à contribution. 13. Dans un rapport médical du 7 septembre 2010 adressé à la Dresse N \_\_\_\_\_, médecin-traitant de l'assuré, et en copie par le médecin-conseil de la SUVA, la Dresse O \_\_\_\_\_, responsable du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, a indiqué que l'anamnèse et le status évoquaient la présence de lombalgies principalement nociceptives bien qu'une composante neurogène ne pût être totalement exclue. Elle a ajouté qu'une IRM lombaire effectuée en 2006 avait objectivé de discrètes discopathies L3-L4 et L4-L5 et que le port d'un tens (que l'assuré avait privilégié à la prise de médicaments dans un premier temps) avait soulagé partiellement les douleurs lors du port, "mais sans post-effet". 14. Dans un rapport médical du 8 décembre 2010 qui faisait suite à une consultation multidisciplinaire à laquelle l'assuré s'était rendu deux jours plus tôt, les HUG ont indiqué à la Dresse N \_\_\_\_\_ que l'anamnèse et le status évoquaient la présence de lombalgies liées à un changement de statique, une désorganisation et non coordination des groupes musculaires. Le rapport ajoutait qu'il avait été proposé à l'assuré de prendre régulièrement 0.2 mg de Temgesic® le matin avec un comprimé en réserve en fin de journée, ceci pendant environ deux mois de façon à pouvoir très progressivement augmenter son activité physique. 15. Par décision du 10 décembre 2010, l'OAI a fait savoir à l'assuré que son degré d'invalidité n'avait pas changé (81%) et qu'il restait ainsi au bénéfice de la même rente. 16. Dans son rapport médical consécutif à l'examen de l'assuré en date du 7 janvier 2011, le Dr. P \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de l'assureur, a indiqué que s'il n'y avait pas eu de pénétration sur le plan vertébral depuis la

dernière évaluation à l'agence en 2006, il ressortait même du dossier que l'assuré avait pu, ponctuellement, effectuer quelques tâches légères d'aménagement d'un mobil-home et de jardinage, traduisant une légère amélioration de la fonction vertébrale par rapport à l'état décrit en 2006. Le Dr P \_\_\_\_\_ a ajouté que l'assuré restait cependant tributaire de traitements d'antalgie pour lesquels il était présentement suivi au Centre de traitement de la douleur des HUG, le Dr P \_\_\_\_\_ a précisé que lors de l'examen de l'assuré du 7 janvier 2011, l'assuré s'était plaint de lombalgies d'intensité variable s'accroissant lors d'efforts, en particulier après port de charges en porte-à-faux. Dans le résumé de son appréciation, le médecin d'arrondissement de l'assureur a indiqué que l'assuré présentait des lombalgies chronicisées après spondylodèse et prothèse de disque L5-S1 s'associant à un trouble statique vertébral et à une spondylarthrose lombaire modérée. Il a par ailleurs considéré que la situation était à présent stabilisée, voire même légèrement améliorée sur le plan fonctionnel par rapport au dernier bilan fait en 2006, mais qu'elle nécessitait la poursuite d'un suivi médical avec traitements antalgiques et mesures ponctuelles de physiothérapie. S'agissant de la capacité de travail de l'assuré, le Dr P \_\_\_\_\_ a estimé qu'elle restait nulle dans son ancienne activité de technicien radio-TV dans la mesure où le port de charges telles que des téléviseurs n'était pas exigible. En revanche, le Dr P \_\_\_\_\_ a considéré que l'assuré pouvait vraisemblablement mettre en valeur une pleine capacité dans une activité partiellement sédentaire ou permettant des changements de position et n'exigeant pas le port de charges lourdes. Enfin, le médecin d'arrondissement de l'assureur a indiqué qu'il n'y avait pas eu d'aggravation par rapport à 2006, s'agissant de l'atteinte à l'intégrité de 40% estimée à cette époque sur la base des séquelles vertébrales de l'assuré et qu'on pouvait même considérer une atténuation des douleurs fonctionnelles comparativement à l'aggravation rapportée par le Dr M \_\_\_\_\_ en 2006. 17. Lors d'un entretien avec l'assuré le 16 août 2011, l'assureur lui a fait savoir que la rente d'invalidité qu'il lui allouait devait être suspendue. 18. Par décision du 10 novembre 2011, l'assureur a réduit la rente d'invalidité de 81% à 30% à partir du 1<sup>er</sup> août 2011. À l'appui de cette solution, il a fait valoir qu'il résultait de l'examen médical que les séquelles de l'accident s'étaient notablement atténuées et qu'il était médicalement exigible que l'assuré exerce une activité légère dans divers secteurs de l'industrie à la condition de pouvoir travailler en position alternée assise/debout (par ex. ouvrier d'usine, collaborateur de production, contrôleur de petites pièces, sertisseur, etc.). L'assureur a ajouté qu'une telle activité était exigible la journée entière et qu'elle pouvait lui rapporter un salaire résiduel d'environ 4'260 fr. (part du 13<sup>ème</sup> salaire incluse). Il a précisé qu'en comparaison avec le gain réalisable sans l'accident, il en résultait une perte de 30%, raison pour laquelle la rente allait être abaissée à ce taux à partir du 1<sup>er</sup> août 2011. 19. Par courrier du 30 novembre, l'assuré, agissant par l'entremise de son conseil, a formé opposition à la décision du 10 novembre 2011 et sollicité un délai pour motiver son opposition. 20. Dans une note téléphonique du 12 décembre 2011, M. F \_\_\_\_\_, collaborateur de l'assureur, a indiqué qu'il s'était entretenu avec la Dresse N \_\_\_\_\_ et qu'il semblait à cette dernière que la décision d'abaissement de la rente ne tenait pas compte des douleurs importantes dont souffrait l'assuré. 21. Par pli du 20 janvier 2012, l'assuré a indiqué qu'il contestait formellement que son incapacité de travail (recte: de gain) fût passée de 81% à 30%. Rappelant que l'événement qui avait déclenché la décision présentement querellée était l'activité de bricolage effectuée dans un mobil-home appartenant à ses parents, l'assuré a déclaré qu'il n'avait pas été rémunéré pour cette activité effectuée à son rythme à titre privé, et sans obligation de rendement. Il a ajouté qu'il prenait chaque jour des médicaments

à base de morphine qui lui permettaient de se sentir un peu mieux momentanément, sans que l'on pût parler d'une amélioration de son état de santé depuis la première décision. L'assuré a également fait valoir que le Dr P \_\_\_\_\_, dans son rapport du 7 janvier 2011, avait employé le qualificatif « vraisemblable » en évoquant la possibilité d'un retour à l'emploi dans une activité adaptée. En outre, l'assuré s'est fondé sur le rapport médical des HUG du 8 décembre 2010 pour considérer que la reprise d'une activité semblait en l'état exclue puisqu'il était mentionné qu'une augmentation de l'activité physique était envisagée de façon très progressive. Enfin, l'assuré a contesté le calcul de la perte de gain effectué par l'assureur dans la mesure où les activités proposées ne permettaient pas d'alterner les positions comme préconisé par le médecin d'arrondissement, d'où la nécessité de prendre en considération une baisse de rendement ainsi qu'un abattement de 20% reflétant les limitations liées au handicap, années de service, âge etc. 22. Par courrier du 29 mars 2012, l'assuré a complété son opposition en produisant un rapport médical de la Dresse N \_\_\_\_\_ daté du 13 mars 2012. Ce rapport fait état d'une absence d'évolution favorable des lombalgies chroniques invalidantes évoluant depuis l'accident de juillet 2002. Il ajoute cependant que l'antalgie par Temgesic® débutée en septembre 2010 à l'initiative du Centre de la douleur des HUG a permis une amélioration partielle de ces douleurs invalidantes pour les activités quotidiennes. Il est cependant précisé que malgré la prise régulière d'antalgiques forts, la durée de la raideur lombaire n'a pu être raccourcie et que la « période de déverrouillage » dure encore plus d'une heure chaque matin et que tout effort modéré tel une marche de 15 minutes ou la flexion du tronc en avant engendre systématiquement une recrudescence des lombalgies et une péjoration de la raideur matinale pendant les 24 heures consécutives. 23. Dans un rapport médical du 2 mai 2012, le Dr P \_\_\_\_\_ a fait part de son appréciation de la capacité de travail exigible de l'assuré par rapport aux descriptions de postes de travail (ci-après DPT) proposées. Il en ressort qu'à l'exception de la DPT no 6637 qui exigeait de devoir pousser des chariots pesant jusqu'à 100 kg, les autres DPT qui avaient été soumises au médecin d'arrondissement de l'assureur correspondaient toutes à la capacité de travail exigible de l'assuré, soit une pleine capacité dans une activité partiellement sédentaire permettant des changements de position et ne requérant pas le port de lourdes charges. 24. Par décision sur opposition du 15 mai 2012, l'assureur a partiellement admis l'opposition en fixant la rente d'invalidité à 31% contre 30% dans la décision initiale. À l'appui de cette solution, l'assureur a indiqué qu'il avait tenu compte des objections du Dr P \_\_\_\_\_ relatives à la DPT no 6637 en remplaçant celle-ci par une autre DPT mieux adaptée aux séquelles de l'accident. Suite à cette substitution, l'assuré était en mesure de réaliser un revenu mensuel de 4'206 fr (part du 13<sup>ème</sup> incluse) et la comparaison avec le revenu présumable sans invalidité, non contesté, de 6'085 fr. laissait apparaître une perte de 30,87% arrondie à 31%. Pour le surplus, l'assureur s'est référé à la jurisprudence du tribunal fédéral pour refuser tout abattement sur les DPT. 25. Par recours du 14 juin 2012, l'assuré conclut, préalablement, à l'octroi d'un délai au 31 août 2012 pour lui permettre de compléter son recours et de produire un rapport médical complémentaire. Principalement, il conclut à l'annulation de la décision sur opposition de l'assureur du 15 mai 2012 et au maintien de sa rente complémentaire d'invalidité basée sur un taux de 81%. Subsidiairement, il conclut à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée. 26. La Cour de céans a accordé un délai au 3 septembre, puis au 8 octobre et finalement au 19 novembre 2012 au recourant pour compléter son recours et produire ses pièces, notamment médicales. 27. Par écriture complémentaire du 16 novembre 2012, le recourant soutient que l'intimée n'est pas fondée

à réduire sa rente d'invalidité, motif pris que son état de santé est resté au mieux stationnaire depuis la décision initiale du 28 février 2007. À l'appui de cette allégation, il produit un rapport médical du Dr L\_\_\_\_\_ en date du 3 octobre 2012. Il en ressort que la situation ne s'est pas améliorée au cours des années qui ont suivi le précédent contrôle du recourant en juillet 2006. Ainsi, il n'y a toujours pas d'argument pour un problème mécanique de la situation L5-S1 qui motiverait une reprise chirurgicale. En revanche, l'IRM effectué le 20 août 2012 révèle une dégénérescence des disques sus-jacents L3-L4 et L4-L5 ainsi qu'une réaction inflammatoire osseuse périodiscale de type Modic I pouvant participer en partie à la symptomatologie actuelle qui est marquée par des douleurs constantes avec une aggravation lors de l'activité mécanique. Le rapport du Dr L\_\_\_\_\_ précise à cet égard que le recourant est capable de faire certaines activités de travaux simples pendant une durée très limitée mais qu'il doit ensuite se reposer. Le rapport ajoute que le recourant se plaint également de phénomènes de blocage aigu qui l'obligent à garder le lit. À la lumière de ces éléments, le Dr L\_\_\_\_\_ considère qu'une nouvelle intervention d'augmentation de la spondylodèse jusqu'en L3 n'est pas justifiée. Il précise que l'intervention qui avait été pratiquée en 2004 n'a pas permis de régler complètement le problème de lombalgies chroniques et qu'il existe un risque de se retrouver dans une situation similaire avec une extension de la spondylodèse jusqu'en L3. Sur le plan asséculoologique enfin, le Dr L\_\_\_\_\_ considère qu'il n'y a pas d'argument pour proposer une révision de l'invalidité qui est en cours. Se fondant sur ces éléments ainsi que sur le rapport du 13 mars 2012 de la Dresse N\_\_\_\_\_ (pièce 8 recourant), le recourant soutient que le Dr P\_\_\_\_\_, qui considère que la capacité du recourant est de 100% dans une activité adaptée, fait une appréciation différente d'une situation similaire et que partant, il n'y a pas de motif de révision. 28. Par réponse du 21 janvier 2013, l'intimée conclut au déboutement du recourant de toutes ses conclusions et à la confirmation de la décision attaquée. À l'appui de ses conclusions, elle fait valoir que le rapport du Dr P\_\_\_\_\_ mentionne que l'état de santé du recourant s'est amélioré sur le plan fonctionnel par rapport au bilan fait en 2006. Elle ajoute qu'il ressort également des activités/tâches auxquelles le recourant a déclaré lui-même s'adonner (jeux sur ordinateur et télévision en hiver qui impliquent en principe une position assise, port de charges) que de l'observation faite par le détective privé qu'il y a matière à révision, sinon reconsidération de la décision initiale, les faits et gestes observés par le détective ne correspondant de loin pas aux plaintes sur la base desquelles une rente d'invalidité a été octroyée au recourant dès le 1<sup>er</sup> décembre 2006. Enfin, l'intimée soutient que le rapport du Dr L\_\_\_\_\_ du 3 octobre 2012 se fonde presque exclusivement sur les plaintes de l'assuré et ne revêt donc pas, de ce fait, une force probante suffisante. 29. Par réplique du 27 mars 2013, le recourant persiste dans ses conclusions et reprend en substance l'argumentation développée dans ses précédentes écritures. Pour le surplus, il soutient que le rapport du détective privé doit être écarté en tant que les informations qu'il renferme ont été obtenues en enquêtant dans la sphère privée de l'employé. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal

cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA) 3. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée était fondée à réduire, par voie de révision, la rente complémentaire d'invalidité versée au recourant depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2006. 4. 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). 5. a) On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1, ATF 127 V 10 consid. 4b). b) L'art. 17 al. 1<sup>er</sup> LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, applicables dans une large mesure en matière d'assurance accident (SCARTAZZINI/HÜRZELER, *Bundessozial-versicherungsrecht*, 4<sup>ème</sup> éd. 2012, 4<sup>ème</sup> éd. 2012. p. 500 n. 133), de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (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). Un changement de

jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). c) Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (ATFA non publié I 806/04 du 15 mars 2005, consid. 2.2.). 6. a) En vertu de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. b) Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c, ATF 115 V 308 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée (ATF non publié 9C\_187/2007 du 30 avril 2008 consid. 4.3). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 5.2). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence - à l'époque - de preuves de faits essentiels (ATF non publié 9C\_76/2010 du 24 août 2011 consid. 4.2). Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (ATF non publiés 9C\_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2, U 5/07 du 9 janvier 2008 consid. 5.2, 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2, I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). c) Une nouvelle appréciation des faits après un examen plus complet et approfondi de la situation médicale effectuée dans le cadre d'une révision ne permet pas une reconsidération, car même s'il apparaît ultérieurement que l'instruction ou l'appréciation médicale faite à l'époque peut sembler aujourd'hui critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement insoutenable au regard de la situation de fait et de droit de l'époque

(ATF non publié 9C\_709/2012 du 27 novembre 2012). 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 368 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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 351 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). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire

(ATF 135 V 465 consid. 4; ATF non publié 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011, consid. 5.2). 8. En l'espèce, le rapport médical du Dr P \_\_\_\_\_ du 7 janvier 2011 constate qu'il n'y a pas eu de péjoration sur le plan vertébral depuis la dernière évaluation par le Dr M \_\_\_\_\_ en 2006 et que le recourant reste tributaire, depuis lors, de traitements antalgiques. Toutefois, ce rapport se fonde exclusivement sur les observations du détective privé datant de 2010 et la réponse du recourant, les admettant très partiellement, pour conclure à la possibilité, au simple degré de la vraisemblance, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Dans son rapport médical du 2 mai 2012, le Dr P \_\_\_\_\_ a beau ne plus employer, sans motiver ce revirement, le qualificatif "vraisemblable" en se prononçant sur l'exigibilité d'une reprise du travail dans une activité adaptée, il n'en reste pas moins qu'il lui appartenait, en tant que médecin, de livrer des conclusions fondées sur un diagnostic médical et non pas sur la base d'une simple observation factuelle (cf. RVJ 2013 p. 85, 92). Par ailleurs, apprécier la capacité de travail du recourant en se fondant sur de telles bases revient à présupposer qu'il y avait une capacité de travail. Ce faisant, le Dr P \_\_\_\_\_ est passé à côté du rôle dévolu au médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGa, cette mission consistant 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 prévalant au moment de l'examen de l'assuré (ATF 125 V 368 consid. 2). Or, le rapport médical du Dr P \_\_\_\_\_ fait une appréciation différente d'une situation médicale comparable d'un point de vue objectif déjà appréciée par le Dr M \_\_\_\_\_ en 2006. Les doutes que l'on peut légitimement nourrir à ce sujet sont par ailleurs accentués à la lecture des rapports médicaux des Drs N \_\_\_\_\_ et L \_\_\_\_\_ qui ne mentionnent aucune amélioration de l'état de santé depuis 2006, notamment sur le plan algique. Force est donc de constater que les rapports médicaux du Dr P \_\_\_\_\_ des 7 janvier 2011 et 2 mai 2012 sont dépourvus de force probante en tant qu'ils concluent à l'amélioration de l'état de santé de l'assuré et à l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, de sorte que les conditions d'une révision ne sont pas réalisées. Au surplus, la décision initiale était fondée sur le dossier médical très complet de l'assuré et après une comparaison des gains incontestable de sorte qu'il n'y a pas de place pour une reconsidération. En admettant que la prise en compte des plaintes de l'assuré en 2007 semble aujourd'hui critiquable, cela ne rend pas la décision initiale insoutenable. 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 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). En vertu de l'art. 61 let. c LPGa, le tribunal cantonal des assurances établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Ainsi, dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en

particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). 10. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). Au vu de la dernière précision de jurisprudence (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3), valable également dans le domaine de l'assurance-accidents (ATF 138 V 318 consid. 6.1.3), le Tribunal cantonal doit en principe mettre en œuvre lui-même une expertise judiciaire lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante. Toutefois, un renvoi à l'administration reste possible quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici. En outre, le Tribunal cantonal est toujours libre de renvoyer la cause à l'administration quand il s'agit simplement de demander une clarification, une précision ou un complément d'expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; SVR 2010 IV Nr. 49 p. 151, consid. 3.5; ATF non publié 9C\_646/2010 du 23 février 2011, consid. 4). 11. En l'espèce, en l'absence d'un rapport médical appréciant de manière probante la question d'une amélioration de l'état de santé depuis l'examen médical final du 27 septembre 2006 par le Dr M\_\_\_\_\_, la Cour de céans ne peut pas substituer son appréciation à celle d'un médecin. Or, une telle appréciation, au sens médical du terme, fait en réalité défaut dans le cas d'espèce. En effet le Dr P\_\_\_\_\_ n'était pas fondé à modifier les conclusions médicales sur lesquelles se base la décision initiale en concluant à l'augmentation de la capacité de travail de 50% à 100% dans une activité adaptée, sans modification de diagnostic ou amélioration objective de la mobilité et des douleurs. Il motive ainsi l'amélioration de la mobilité en se basant uniquement sur des activités de bricolage et de jardinage, exercées qui plus est en dehors de tout contexte professionnel et sans exigences de rendement, alors que rien n'indique que ces activités n'étaient pas déjà à la portée de l'assuré lors de la décision initiale. Au vu de ces éléments, la question d'une amélioration de l'état de santé du recourant n'a manifestement

pas été instruite. Il en va de même de la contestation par l'assuré des éléments ressortant du rapport du détective. Dans ces conditions, il appartiendra à l'intimée de déterminer, au besoin par un séjour à la Clinique romande de réadaptation et/ou un nouvel examen et une appréciation par le Dr M \_\_\_\_\_, si une amélioration de l'état de santé du recourant est intervenue entre le 27 septembre 2006 et le 15 mai 2012 en indiquant, cas échéant, quels éléments nouveaux se sont produits entre ces deux dates, se sont ajoutés à l'état de fait initial ou l'ont modifié (ATFA non publié I 526/02 du 27 août 2003, consid. 2.4), diagnostics médicaux à l'appui (RVJ 2013 p. 85, 92). Elle devra toutefois se garder d'apprécier de manière différente, sous l'angle de la capacité de travail exigible, un état de fait qui serait resté inchangé pour l'essentiel (ATFA non publié I 574/02 du 25 mars 2003, consid. 3.3), étant rappelé qu'il n'y a pas matière à révision dans un tel cas. 12. Eu égard à ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. La recourante a droit à des dépens, qu'il convient en l'espèce de fixer à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPG). Pour le surplus, la procédure est gratuite. 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.