

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1148/2017

ATAS/602/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 juin 2019

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à JOUXTENS-MÉZERY/VD,
représenté par la Compagnie d'assurance de protection juridique
SA (CAP)

recourant

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS - SUVA, sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Suite à un accident survenu le 3 juin 2012 ayant eu des répercussions sur sa main droite, Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1968, maçon, s'est vu octroyer par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la SUVA ou l'assureur-accidents), une rente d'invalidité de 15% à compter du 1^{er} janvier 2015, assortie d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5% (cf. décision du 25 mars 2015, pce 175 SUVA).

Au terme de l'instruction du dossier, la SUVA avait constaté que l'assuré devait désormais éviter l'usage d'outils lourds ou vibratoires, les travaux requérant une force de serrage ou de préhension soutenue des deux mains, ainsi que le port de charges de plus de 10 kg. Dans une activité respectant ces limitations, il pouvait mettre en valeur une pleine capacité de travail et réaliser un revenu mensuel de l'ordre de CHF 4'821.- qui, comparé au gain avant invalidité (CHF 5'686.-), conduisait à une perte de gain de 15%.

Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir, notamment, les éléments suivants :

- un premier rapport du docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, du 23 août 2013, expliquant que l'assuré avait souffert d'un traumatisme de la main droite suite à une chute de sa hauteur, en juin 2012 ; trois interventions chirurgicales avaient été pratiquées (ostéosynthèse, ablation du matériel, puis dénervation régionale ayant pour objectif de diminuer la douleur) ; une diminution de la capacité fonctionnelle persistait, ainsi que des douleurs ; le médecin avait constaté objectivement une diminution de la mobilité du troisième doigt, corroborée par les lésions articulaires de l'interphalangienne proximale constatées sur les radiographies ; la capacité à exercer la profession de maçon était nulle (pce 76 SUVA) ;
- un rapport d'expertise rédigé le 2 juillet 2014 par le docteur C_____, retenant à titre de diagnostic une arthrose de l'articulation interphalangienne proximale après fracture comminutive métaphysoépiphysaire de la base de la deuxième phalange du médius droit ; l'expert préconisait une reconversion professionnelle dans une activité moins contraignante, telle que celle de transporteur de personnes en tant que chauffeur, recommandée par l'atelier de réadaptation préprofessionnelle et qualifiée par lui de « parfaitement adaptée » (pce 121 SUVA) ;

- un courriel du conseiller en réadaptation professionnelle en charge du dossier de l'intéressé auprès de l'assurance-invalidité, du 15 décembre 2014, indiquant que les mesures d'intervention précoce étaient terminées et que l'assuré indiquait avoir réussi son permis de conduire D1 ;
 - une appréciation complémentaire du Dr B_____ du 3 septembre 2014, considérant que l'état de santé de l'assuré était désormais stabilisé, qu'il fallait retenir à titre de limitations fonctionnelles : l'interdiction d'utiliser des objets lourds ou vibratoires nécessitant l'utilisation des deux mains, l'évitement des travaux nécessitant une force de serrage ou de préhension soutenue des deux mains, ainsi que celui du port de charges répétitif de plus de 8 kg ; le médecin concluait à une pleine capacité de travail dans une activité respectant ces limitations (pce 139 SUVA).
2. L'assurance-invalidité, pour sa part, est parvenue à un degré d'invalidité similaire (14% selon décision du 23 mars 2015, pce 178 SUVA).
 3. Le 1^{er} janvier 2016, l'assuré a été engagé en tant qu'employé de maison et chauffeur à 100% par une particulière, Madame D_____, pour un salaire mensuel de CHF 5'500.-, auquel s'ajoutaient des prestations en nature d'une valeur de CHF 990.- par mois (pce 183 SUVA).
 4. Le 4 janvier 2016, l'assuré a signalé à la SUVA des douleurs accrues au niveau de sa main droite, apparues depuis sa prise d'emploi. Deux jours plus tard, il a fait état d'une accentuation des dites douleurs et demandé à être réexaminé par le Dr C_____, dont il lui a été indiqué qu'il avait quitté le canton (pces 186 et 187 SUVA). L'assuré s'est donc tourné vers le docteur E_____, spécialiste en chirurgie de la main, qui, après l'avoir examiné le 21 janvier 2016, lui a suggéré de discuter avec son employeur pour adapter au mieux son poste de travail (pces 189 et 191 SUVA).
 5. En février 2016, l'assuré ayant fait savoir que son médecin avait réduit sa capacité de travail de 20%, son employeur s'est déclaré d'accord de réduire d'autant son taux d'occupation à partir du 1^{er} mars 2016 (pce 194 SUVA). Les tâches de jardinage ont en outre été exclues de son cahier des charges. Le salaire de l'assuré a été adapté en conséquence (CHF 4'400.- x 12 + 792.- CHF/mois de salaire en nature ; cf. pces 196 à 198 SUVA).
 6. La société auprès de laquelle travaillait l'assuré au moment de son accident ayant fait faillite, la SUVA a alors interrogé six entreprises actives dans le domaine de la construction afin de savoir quel revenu aurait pu réaliser l'intéressé en 2016, étant rappelé qu'en 2012, il était rémunéré 28.50 CHF/h. (+ 8.33% de 13^{ème} salaire + 10.64% d'indemnité vacance), pour un horaire hebdomadaire de 42,5 heures (pces 201 à 207 SUVA).

7. Le 14 décembre 2016, la SUVA a informé l'assuré qu'elle s'estimait fondée à supprimer sa rente puisque la nouvelle comparaison des revenus ne conduisait plus qu'à une perte de gain de 1%.

L'assuré lui a répondu qu'il souffrait toujours autant de l'index et avait l'impression que l'arthrose avait progressé, les douleurs s'étendant désormais jusqu'à son avant-bras, voire jusqu'à son épaule. La force de préhension de sa main droite était diminuée et la permanence des douleurs le rendait irritable. L'assuré a dit son inquiétude de ne pouvoir continuer à assumer son poste très longtemps, expliquant que même la conduite automobile posait problème en raison de la somnolence induite par la prise de médicaments (pce 220 SUVA).

8. Le 5 janvier 2017, l'assuré a informé la SUVA que le Dr E_____ avait constaté une évolution arthrosique marquée. Les douleurs ne lui permettaient plus d'assumer un 80%, de sorte que sa capacité de travail avait été réduite à 60%, ce que son employeur avait accepté (pces 223 et 224 SUVA). La mobilité en flexion - extension était de 60/15/0, associée à une tuméfaction et à une absence de force de serrage (pce 227 SUVA).
9. Par décision formelle du 19 janvier 2017 - confirmée sur opposition le 28 février 2017 -, la SUVA a mis fin au versement de la rente d'invalidité avec effet au 1er février 2017.

La SUVA a comparé le revenu réalisé par l'assuré à compter du 1^{er} mars 2016, soit CHF 5'192.- (à 80%), à celui qu'il aurait réalisé sans atteinte à sa santé la même année, soit CHF 5'237.- (revenu obtenu après avoir interrogé plusieurs entreprises dans le domaine de la construction dans le canton de Genève pour savoir quel aurait été le gain d'un maçon non qualifié de 47 ans en 2016).

La SUVA a considéré que l'incapacité de travail de 40% attestée par le Dr E_____ dès le 16 janvier 2017 en raison de la prise de Tramal n'était pas étayée. Il s'agissait là d'un argument purement subjectif, qu'aucun élément médical au dossier ne venait corroborer.

La SUVA s'est par ailleurs étonnée que cette aggravation des troubles et la prise de Tramal n'aient débuté qu'après que l'assuré avait été informé de la suppression possible de sa rente. Il avait auparavant travaillé durant dix mois à 80% sans problèmes particuliers.

La SUVA a considéré qu'aucun élément permettant de conclure à une aggravation importante des séquelles accidentelles objectives n'avait été mis en évidence.

Enfin, elle a rappelé l'obligation de l'assuré de limiter le préjudice subi, fût-ce au prix d'un effort important. Elle en a tiré la conclusion qu'il incombait à l'assuré de gérer ses douleurs autrement, par exemple par la prise d'un autre médicament.

10. Par écriture du 30 mars 2017, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant principalement à ce qu'une rente d'invalidité de 15% continue à lui être versée au-delà de janvier 2017, subsidiairement à la mise sur pied d'une expertise médicale démontrant l'aggravation de son état de santé.

En substance, le recourant fait valoir que c'est parce qu'il a constaté une recrudescence de ses douleurs que son médecin traitant a réduit sa capacité de travail à 60% à compter de février 2017 et que son employeur a adapté son contrat à ce taux d'occupation.

Il invoque une arthrose post-traumatique avec une augmentation des douleurs, particulièrement au froid, le fait qu'il est sous Tramal, une diminution de la mobilité et de la force mise en évidence et apparue entre janvier 2016 et janvier 2017. Il en tire la conclusion que son arthrose s'est péjorée.

Au surplus, le recourant conteste le revenu de CHF 5'237.- retenu à titre de revenu sans invalidité, sans avancer de chiffres. Il fait remarquer que, dans la décision initiale du 25 mars 2015, le revenu avant invalidité avait été fixé à CHF 5'686.-, soit quelques CHF 450.- supplémentaires.

À l'appui de sa position, le recourant a notamment produit :

- un certificat rédigé le 16 janvier 2017 par le Dr E_____, faisant état d'une capacité de travail de 60%, sans autre précision ;
- un addendum au contrat de travail signé le 30 janvier 2017, réduisant le taux d'occupation de l'assuré à 60% avec réduction de son salaire dans la même proportion ;
- le décompte de salaire de février 2017, faisant état d'un revenu mensuel brut de CHF 3'300.- et de prestations en nature de CHF 594.-, soit un montant brut total de CHF 3'894.- ;
- un courrier adressé le 13 février 2017 au conseil de l'assuré par le Dr E_____ indiquant que l'intéressé l'avait consulté en janvier 2017 en raison de douleurs associées au froid en augmentation ; le patient lui avait dit prendre du Tramal pour traiter ces douleurs ; le médecin disait avoir constaté à l'examen clinique du 5 janvier 2017 une flexion/extension de 60/15/0 avec une absence de force au Jamar (alors qu'en janvier 2016, la mobilité était de 70/25/0, avec un Jamar à 2 kg) ; le médecin évoquait la possibilité d'une péjoration de l'arthrose au niveau de D3 à droite en précisant que celle-ci n'était pas nécessairement accompagnée de douleurs ; l'arrêt de travail à 40% prescrit le 16 janvier 2017 l'avait été en raison de la prise de Tramal, médicament qui, selon le patient, altérait son état de vigilance à la conduite ; l'antalgie était pour l'instant le traitement de choix.

11. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 29 mai 2017, a conclu au rejet du recours.

L'intimée fait valoir qu'il existe bel et bien un motif de révision, puisque l'assuré a débuté une activité professionnelle.

Quant au revenu avant invalidité, elle fait valoir qu'elle peut le réévaluer librement. Elle rappelle que l'entreprise pour laquelle travaillait le recourant au moment de

l'accident est désormais en faillite, raison pour laquelle elle s'est référée aux pratiques salariales dans le domaine de la maçonnerie. Elle ajoute que la situation ne serait pas plus favorable à l'assuré si on se fondait sur la convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse.

Pour le reste, l'intimée conteste que le taux d'activité tel qu'exercé se confonde avec la pleine mise en valeur de la capacité de travail résiduelle exigible. À cet égard, elle relève que le Dr E_____ ne remet pas en cause la pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles et ne fait état d'aucune aggravation significative des séquelles objectives de l'accident.

12. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 1^{er} février 2018, au cours de laquelle a été entendu le Dr E_____.

Le témoin, qui a opéré l'assuré en juin 2012, a indiqué l'avoir mis en arrêt à 40% parce que les douleurs n'avaient eu de cesse d'augmenter jusqu'en juillet 2017, où elles ont été évaluées à 9/10 à l'effort.

Le témoin a indiqué avoir constaté, objectivement, en premier lieu, une diminution de la mobilité de l'articulation concernée par rapport à celle décrite dans l'expertise de 2014, diminution qu'il a qualifiée de sensible début 2016 et de patente en juillet 2017. En second lieu, il dit avoir également observé une baisse de force brutale, puisqu'à l'expertise de 2014, le Jamar était à 15 kg, qu'en janvier 2016, il n'était plus que de 2 kg, puis nul en janvier 2017.

Le témoin a expliqué que l'assuré avait été victime d'un traumatisme rare (environ 2-3/100 000) : c'est le pilon articulaire d'une petite articulation qui a été touché. D'emblée, en un tel cas, le pronostic est sombre concernant l'articulation. L'intervention a pour but de limiter les dégâts, mais le cartilage étant une matière vivante, il peut mourir (arthrose), ce qui s'est produit chez le recourant. C'est tout simplement l'évolution défavorable qui suit son cours, de manière plus ou moins régulière.

Une échographie récente a montré un épanchement inflammatoire et permet de documenter clairement l'arthrose. Le témoin n'a toutefois pas formellement procédé à une comparaison avec la situation telle qu'elle se présentait au moment de l'expertise en 2014.

La diminution de la capacité de travail a été progressive, d'abord à 80 puis 60%.

L'intéressé est désormais sous Tramal, ce qui démontre en soi la sévérité de l'atteinte, puisque c'est une médication de 3^{ème} ligne, qui n'entre en compte qu'après le Dalfagan et le Brufen. Selon le témoin, le recourant était déjà sous Brufen lorsqu'il est venu le consulter en janvier 2016.

À l'heure actuelle, les limitations se posent surtout en termes de force et d'usage de la force de la main droite. Quant aux conséquences de l'utilisation du Tramal, le témoin a indiqué qu'il lui était difficile de se prononcer car cela dépend de la durée du traitement, de la dose prise et de la sensibilité du patient. Le témoin a relaté que l'assuré est sous Tramal depuis longtemps, qu'il gère les doses lui-même en

fonction des douleurs, que la dose maximale a été atteinte en juillet 2017 (1,5 comprimé par jour), que la dose actuelle est d'environ un comprimé par jour.

De même, le témoin n'a pu se prononcer sur la capacité résiduelle de l'assuré dans une activité adaptée théorique, suggérant de mettre sur pied une observation professionnelle.

Le témoin a tenu à souligner l'absence de corrélation directe systématique entre la dégradation de la symptomatologie et l'évolution constatable radiologiquement parlant.

Le témoin a répété que les douleurs sont la première motivation de la diminution de la capacité de travail. S'il a signalé la prise de Tramal, c'est parce qu'il a jugé qu'il lui appartenait d'attirer l'attention sur l'utilisation de cette substance et les risques que cela comporte dans une activité telle que celle de chauffeur.

Selon le témoin, la part de l'activité dévolue à la conduite est celle qui pose le moins de problèmes du point de vue des douleurs. Dès lors, s'il devait se prononcer en ne considérant que la part qu'il consacre à d'autres travaux pour son employeur, l'incapacité de travail aurait probablement été nettement plus élevée.

À l'issue de cette audience, les parties ont persisté dans leurs conclusions respectives et s'en sont rapportées à justice s'agissant de la mise sur pied d'une expertise judiciaire.

13. Par écriture du 8 février 2018, le recourant a suggéré deux médecins et fait part des questions qu'il entendait voir poser à l'expert qui serait désigné.
14. Par écriture du 9 février 2018, l'intimée a suggéré à son tour trois médecins et souligné que l'instruction devrait concerner essentiellement la question de savoir si les éléments objectifs à disposition mettent en évidence une aggravation significative des séquelles de l'accident depuis le 25 mars 2015.
15. Le 28 mars 2018, la Cour de céans a ordonné une expertise (ATAS/275/2018) qu'elle a confiée au docteur F_____, spécialiste en chirurgie de la main, lequel a rendu son rapport en date du 20 septembre 2018.

L'expert s'est d'abord livré à une anamnèse, puis a décrit ses constatations objectives.

Il a notamment relevé l'absence d'atrophie musculaire visible du bras et de l'avant-bras droit ainsi que des muscles interosseux.

En définitive, l'expert a retenu une raideur articulaire marquée de la mobilité de l'articulation interphalangienne proximale de DIII (10°) et de l'articulation interphalangienne distale du même doigt (20°) ; la fonction des autres doigts longs a été qualifiée de « tout à fait satisfaisante ». La radiographie de contrôle du troisième rayon pratiquée le 12 juin 2018 a montré une arthrose de l'articulation interphalangienne proximale avec pincement articulaire et ostéophyte marginaux principalement du versant palmaire, mais également dorsal et sur le versant cubital de PII. Les autres articulations ont été décrites comme sans particularité.

L'expert a retenu les diagnostics d'arthrose de l'articulation interphalangienne proximale du troisième rayon de la main droite et de syndrome du tunnel carpien modéré de la main droite.

Les plaintes de l'assuré ont été considérées comme objectivables, la radiographie confirmant l'arthrose. L'expert a également confirmé que l'état actuel de l'assuré était une conséquence de l'accident survenu le 3 juin 2012. En revanche, il a considéré qu'il n'y avait pas eu d'aggravation significative objective des séquelles de l'accident par rapport à la stabilisation constatée en 2014 et a jugé injustifiée l'incapacité de travail de 40% attestée dès le 16 janvier 2017 dans l'activité exercée désormais, qu'il a qualifiée de travail léger en tant qu'employé de maison, chauffeur et homme à tout faire, permettant à l'assuré d'éviter les prises de force de la main droite. L'expert a ajouté que les limitations fonctionnelles n'avaient pas évolué par rapport à celles retenues par le Dr B_____, en septembre 2014. La flexion de DIII était limitée à l'articulation interphalangienne proximale et empêchait le patient de serrer le poing par manque d'enroulement de ce doigt. L'arthrose de l'articulation interphalangienne proximale du troisième rayon de la main droite était la conséquence de l'accident et ne justifiait aucune incapacité de travail dans l'activité légère pratiquée désormais par l'assuré.

Le syndrome de tunnel carpien modéré de la main droite n'était quant à lui pas une conséquence de l'accident et n'avait quoi qu'il en soit aucune influence sur la capacité de travail.

Pour le reste, l'expert a suggéré qu'une arthroplastie ou arthrodèse de l'articulation interphalangienne serait à même de diminuer les douleurs du patient.

16. Par écriture du 25 octobre 2018, le recourant a contesté les conclusions de l'expert, dont il a considéré qu'elles s'éloignaient considérablement et de façon incompréhensible des éléments fournis par le Dr E_____.
17. Quant à elle, l'intimée, par écriture du 29 novembre 2018, s'est ralliée aux conclusions du Dr F_____, produisant par ailleurs une appréciation de l'expertise par la doctoresse G_____, spécialiste en chirurgie et médecin-conseil.
18. Une audience s'est tenue en date du 14 février 2019, au cours de laquelle a été entendu l'expert.

Celui-ci a expliqué être parti du principe que l'arthrose au niveau du médus droit ne pouvait s'aggraver car le processus biologique naturel est celui d'une arthrodèse spontanée - c'est-à-dire qu'en l'absence totale de cartilage, se produit une construction osseuse qui a pour conséquence que l'articulation ne bouge plus, mais aussi, du coup, la diminution, voire l'abolition des douleurs, c'est-à-dire une diminution de la symptomatologie.

La mobilité est mesurée en termes d'angle entre l'extension complète et la flexion au moyen d'un compas. L'amplitude d'un mouvement dépend de la structure de l'articulation, de l'inflammation et d'autres facteurs. Elle peut fluctuer, mais n'est pas l'expression d'une véritable aggravation. L'expert a répété que, dans la mesure

où il n'y a plus de cartilage, la situation ne peut empirer. Les fluctuations constatées en termes de force et de mobilité ne sont donc pas l'expression d'une véritable aggravation, mais des changements normaux.

A la lecture du cahier des charges de l'assuré, l'expert a maintenu ses conclusions, expliquant qu'il ne voyait là aucune tâche nécessitant une prise de force particulière.

Interrogé sur l'utilité d'une nouvelle évaluation telle que celle à laquelle avait procédé l'atelier de réadaptation professionnelle des HUG en juin 2014, l'expert a répondu par la négative.

S'agissant du déroulement de l'examen, l'expert a souligné que celui-ci avait duré deux heures et qu'il disposait d'une expérience de quarante ans. Il a admis ne pas procéder à des tests de Jamar, qu'il estime inutiles puisqu'il suffit de comparer la force de pince des deux mains.

A l'issue de l'audience, le recourant a persisté dans ses conclusions et sollicité la mise sur pied d'une nouvelle expertise. Il a reproché à l'expert de n'avoir pas procédé à une véritable objectivation de son état, en particulier par le biais de tests de Jamar.

L'intimée a également persisté dans ses conclusions en faisant remarquer que le test de Jamar consistant à exercer une pression sur une pince métallique, il n'était pas totalement objectif ; son absence n'était dès lors pas suffisante pour remettre en cause la valeur de l'expertise.

19. A l'issue de cette audience, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Les questions de compétence et de recevabilité du recours ayant d'ores et déjà été examinées dans l'ordonnance d'expertise, il n'y a pas lieu d'y revenir ici.
2. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
3. Le litige porte sur l'évolution de l'état de santé depuis le 25 mars 2015, date de la décision initiale de la SUVA. Cette dernière considère que, depuis début 2016, la capacité de gain de l'assuré s'est améliorée au point de conduire à une suppression des prestations. L'intéressé considère pour sa part que son état s'est aggravé depuis lors.

4. Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).
5. 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).

L'art. 17 al. 1^{er} 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^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, 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 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). 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 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). 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).

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). 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.

Le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des

conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

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/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause 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 contradictoire. 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'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

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).

7. En l'espèce, une expertise judiciaire a été mise sur pied avec pour but d'objectiver l'aggravation invoquée par le recourant. Force est de constater que tel n'a pu être le cas.

L'expert n'a constaté aucune aggravation objective, malgré la réalisation de nouveaux examens. Certes, il n'a pas procédé au test de Jamar, mais, comme l'a relevé l'intimée, ce test n'est pas décisif puisqu'il n'est pas entièrement objectif, mais soumis à la bonne volonté de celui qui s'y soumet. L'expert a en revanche procédé à des examens d'angles et de mobilité. Pour le reste, son rapport est détaillé, convaincant, il répond aux questions posées et se fait le relais des plaintes de l'assuré. Il peut dès lors se voir reconnaître pleine valeur probante, d'autant qu'aucun élément objectif médical n'a été versé au dossier qui serait susceptible de jeter le doute sur ses conclusions. En particulier, le Dr E_____, dans son certificat du 16 janvier 2017, n'a aucunement justifié la capacité de travail réduite à 60%. Quant aux explications données par la suite, notamment dans son courrier du 13 février 2017, elles consistent à évoquer la prise de Tramal plutôt que l'arthrose, dont la péjoration est mentionnée comme une simple possibilité. Ce n'est que par la suite, en audience, que le Dr E_____ a mis les douleurs de son patient en avant pour justifier la réduction de la capacité de travail. Il a cependant reconnu ne pas avoir procédé formellement à une comparaison de l'imagerie avec la situation qui prévalait en 2014. Au vu de ces différents éléments, ses conclusions ne sauraient suffire à faire douter de celles de l'expert.

Il convient dès lors de conclure à l'absence d'aggravation objective des lésions consécutives à l'accident de 2012. Sur ce point, le recours est rejeté.

Reste à examiner si la capacité de gain de l'assuré s'est améliorée au point de justifier une suppression des prestations.

8. L'intimée considère que tel est le cas. Pour ce faire, elle a procédé à une nouvelle comparaison des gains en 2016, comparant ceux que l'assuré obtenait désormais en travaillant en tant qu'homme à tout faire à 80% avec le revenu qu'il aurait réalisé la même année sans atteinte à sa santé. Ce faisant, l'intimée a retenu comme revenu avant invalidité un montant de CHF 5'237.-, bien moindre que celui de CHF 5'686.- retenu en 2012. Cette façon de faire apparaît douteuse, car il semble fort improbable que le revenu de l'assuré aurait diminué au fil des ans. Certes, l'entreprise ayant auparavant employé l'assuré a fait faillite. Cependant, plutôt que de se baser sur des chiffres totalement nouveaux tirés d'autres sources, il eut été plus juste et plus judicieux de procéder à une réévaluation du revenu avant invalidité selon l'indice économique. Cette façon de faire permet d'admettre que le revenu avant invalidité de CHF 5'686.- en 2012 correspond à un revenu de CHF 5'833.- (réévaluation selon l'évolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels).

Comparé au revenu réalisé à 80% dans son activité d'homme à tout faire - tel qu'admis par l'intimée elle-même dans sa décision litigieuse - soit CHF 5'192.-, cela conduit à un degré d'invalidité de 10.99%, arrondi à 11%. Il apparaît effectivement justifié de n'admettre qu'un taux d'activité réduit à 80%, l'activité exercée désormais par l'assuré ne pouvant être considérée comme totalement adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (certains travaux impliquant une force de serrage ou de préhension des deux mains).

Eu égard à ces éléments, c'est dès lors à juste titre que l'intimée a considéré que la capacité de gain de l'assuré s'était améliorée depuis la décision initiale, pas suffisamment cependant pour conduire à l'annulation pure et simple des prestations.

En ce sens, le recours est partiellement admis et la décision litigieuse réformée en ce sens que la rente allouée au recourant est réduite à 11%.

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

Au fond :

1. Admet partiellement le recours en ce sens que la décision du 28 février 2017 est réformée et la rente d'invalidité allouée au recourant réduite à 11% à compter de février 2017.
2. Rejette le recours pour le surplus.
3. Condamne l'intimée à verser au recourant la somme de CHF 3'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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