



### EN FAIT

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1962, a travaillé en qualité de comptable mandataire commercial auprès de la banque B\_\_\_\_\_ (SUISSE) SA (ci-après : l'employeur). À ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la WINTERTHUR ASSURANCES, devenue AXA WINTERTHUR ASSURANCE (ci-après : l'assureur ou l'intimé).
2. Le 1<sup>er</sup> novembre 2000, l'assuré a été victime d'un accident de scooter en se rendant à son travail. Il a chuté après avoir freiné brusquement sur une chaussée mouillée afin d'éviter une voiture qui lui avait coupé la route à un carrefour alors que la signalisation lumineuse était au vert dans son sens de marche. Il a souffert notamment d'une rupture traumatique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Le cas a été pris en charge par l'assureur.
3. Le 12 juin 2001, l'assuré a subi une arthrotomie antéro-supérieure pour ténodèse du long chef du biceps dans sa coulisse, une suture et une réinsertion du sous-scapulaire, ainsi que du sous-épineux droit. Par la suite, il a développé une capsulite rétractile secondaire importante persistante.
4. L'assuré a séjourné du 20 au 30 août 2002 à la clinique romande de réadaptation à Sion (ci-après : CRR). Selon la lettre de sortie du 23 septembre 2002 signée par le docteur C\_\_\_\_\_, médecin-chef, malgré les différentes approches tentées, il n'y avait pas eu d'amélioration des symptômes. Sur la base des observations faites pendant le séjour, il apparaissait que des facteurs psychologiques et sociaux se greffaient sur un fond douloureux somatique modéré qui n'expliquait certainement pas à lui seul l'importance des plaintes.
5. L'assuré a connu diverses périodes d'incapacité de travail entière et partielle en raison des séquelles de son accident depuis celui-ci jusqu'en juin 2002, où une incapacité de travail à 100% a été attestée. À la suite de son licenciement avec effet à fin janvier 2003, il n'a pas repris d'activité professionnelle.
6. Mandaté par l'assureur, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a établi un rapport d'expertise le 6 octobre 2004. Selon ce dernier, le *statu quo sine* était atteint au 31 août 2002, soit à la sortie de la CRR, date à partir de laquelle le problème orthopédique avait été mis en doute pour expliquer la persistance des plaintes et l'absence d'amélioration.
7. À la suite de la décision du 7 février 2005 par laquelle l'assureur a mis fin à ses prestations au 31 août 2002, l'assuré a formé opposition.

Dans le cadre de la procédure d'opposition, l'assureur a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès de la Policlinique médicale universitaire à Lausanne (ci-après : PMU) confiée aux docteurs E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, F\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, et G\_\_\_\_\_, psychiatre FMH.

---

Pour sa part, l'assuré a produit un rapport d'expertise établi le 1<sup>er</sup> février 2006 par le docteur H\_\_\_\_\_, chef de clinique au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, et supervisé par le professeur I\_\_\_\_\_, médecin-chef de service. Selon ledit rapport, la principale plainte restait la douleur chronique de son épaule droite qui invalidait l'assuré plus que la perte de mobilité de celle-ci. Ce dernier présentait également des douleurs à l'épaule gauche datant d'une chute par glissade survenue en 2003 qui avait provoqué une rupture du ligament triangulaire du carpe à gauche. L'expert a procédé, le 12 décembre 2005, à un nouveau bilan radiologique standard dont les vues en rotation interne/externe confirmaient une mobilité extrêmement réduite au niveau de la gléno-humérale à droite. Il a diagnostiqué un status après rupture traumatique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite au niveau de l'intervalle, une épaule gelée à droite post-opératoire et post-traumatique, une bursite sous-acromiale de l'épaule gauche, une chondropathie fémoro-patellaire du genou droit, un status après entorse du poignet et déchirure du ligament triangulaire du carpe, ainsi qu'une bursite trochantérienne droite. Lors de l'accident du 1<sup>er</sup> novembre 2000, l'assuré avait été victime d'une rupture de la coiffe droite des rotateurs au niveau de l'intervalle, soit une lésion grave au vu de la déstabilisation importante qu'elle entraînait avec une lésion du tendon du muscle sus-épineux, une lésion du tendon du muscle sous-scapulaire et une subluxation du tendon du biceps. La chaîne musculaire était donc fortement perturbée dans son rôle de centrage de l'épaule et de mobilisation active. L'intervention avait été pratiquée alors que l'épaule était encore douloureuse et enraidie, soit une situation risquant de déboucher sur une évolution post-opératoire défavorable. L'évolution défavorable était consécutive à la lésion accidentelle à laquelle se surajoutait un traumatisme chirurgical. Les douleurs présentées par l'assuré étaient certainement d'origine organique et non pas psychosomatique ou psychologique. Sa capacité de travail était nulle tant qu'un traitement antalgique efficace n'avait pas été trouvé. L'assuré était totalement incapable de travailler même dans une situation de type administratif sans travaux lourds.

Dans leur rapport du 19 septembre 2006 prenant en considération l'expertise privée du Dr H\_\_\_\_\_, les experts de la PMU ont diagnostiqué avec influence essentielle sur la capacité de travail, une épaule droite bloquée et une capsulite rétractile séquellaire avec douleurs scapulo-humérales persistantes, ainsi qu'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive dans le cadre d'une situation de santé et socio-économique inquiétante (F. 43.22). Sans influence essentielle sur la capacité de travail, ils ont notamment diagnostiqué un status après accident survenu le 1<sup>er</sup> novembre 2000 ayant provoqué à l'épaule droite une contusion osseuse du trochiter associée à une probable déchirure distale du tendon sous-épineux et à une subluxation interne du long chef du biceps par désinsertion du tendon sous-scapulaire, ainsi qu'un status après arthrotomie du 2 juin 2001. L'assuré présentait une épaule droite bloquée dans le cadre d'un syndrome douloureux loco-régional complexe scapulaire droit. Le lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles persistants actuels étaient probables. L'influence

d'éventuelles lésions dégénératives préalables des tendons de la coiffe des rotateurs ne pouvait pas être considérée comme significative et ne pouvait pas être prouvée, de sorte que les considérations concernant le *statu quo ante et sine* ne se posaient guère. Parmi les limitations dues à l'atteinte à la santé figuraient, en particulier, les travaux manuels répétitifs, l'écriture prolongée et l'usage de claviers d'ordinateur, de souris ou d'autres outils informatiques avec la main droite, les positions sollicitant l'élévation du membre supérieur droit, les travaux en hauteur, les ports de charges supérieures à cinq kilos à gauche et à moins d'un kilo à droite, ainsi que les travaux lourds. Sur la base de ces éléments, les experts ont retenu une capacité de travail résiduelle de l'ordre de 50% dans une activité adaptée en tenant compte de l'ensemble des facteurs y compris la diminution de rendement. L'activité adaptée ne devait pas solliciter l'usage préhensif itératif du membre supérieur droit. Il était difficile d'envisager une autre activité qui pourrait être plus adaptée. L'apparition de phénomènes d'adaptation et d'accoutumance pourrait permettre au long cours d'atténuer quelque peu la symptomatologie douloureuse sans toutefois de garantie absolue quant à une possibilité d'amélioration de la capacité de travail. La diminution de la capacité de travail était principalement liée aux limitations fonctionnelles du membre supérieur droit, associées à un stade tardif séquellaire de capsulite rétractile, de sorte qu'il serait difficile d'augmenter la capacité résiduelle de travail. Les troubles dont se plaignait le recourant avaient une origine principalement somatique. L'incapacité de travail liée au trouble psychique était négligeable, inférieure à 20%.

8. Par décision du 29 janvier 2007, confirmée par décision sur opposition du 19 mars 2007, l'assureur a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 50%.
9. À la suite du recours formé contre cette décision le 19 avril 2007, l'assuré soutenant qu'il présentait une incapacité de gain de 100%, le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, a, par arrêt du 27 mai 2008 (ATAS/627/2008), rejeté le recours en accordant une valeur probante aux conclusions de l'expertise de la PMU et en retenant que l'expertise privée produite par l'assuré dans le cadre de la procédure judiciaire n'était pas propre à mettre en doute les conclusions de l'expertise de la PMU. Le Tribunal fédéral a confirmé ledit arrêt le 17 mars 2009 (8C\_558/2008).
10. Le 18 septembre 2014, la ZURICH compagnie d'assurances SA (ci-après : l'assureur RC), assureur responsabilité civile du véhicule automobile, a communiqué à l'assureur trois rapports de surveillance établis par des détectives privés, qui avaient suivi l'assuré lors de ses déplacements quotidiens depuis son domicile en Haute-Savoie et lors de ses vacances en Italie, à l'île d'Elbe. Il en ressortait que l'assuré avait été surveillé du 5 septembre au 10 octobre 2013, du 23 décembre 2013 au 15 janvier 2014, du 11 mars au 18 mars 2014, du 24 avril 2014 au 5 mai 2014 et du 18 juillet au 24 juillet 2014. L'assuré a également fait l'objet d'une surveillance pendant ses vacances dans un hôtel en Italie, du 25 juillet 2014 au 27 juillet 2014.

11. Dans un rapport du 11 mars 2015, le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi que médecin-conseil de l'assureur, a comparé le status décrit dans l'expertise de la PMU et les vidéos de surveillance. Il a notamment relevé une amélioration notable de la mobilité de l'épaule droite avec une abduction et une élévation antérieure d'environ 80°, même si une limitation fonctionnelle importante persistait. Une éventuelle symptomatologie douloureuse était difficile à mettre en évidence sur une vidéo, mais au vu des activités de l'assuré, il était probable que cette symptomatologie ne fût pas spécialement marquée. L'expertise de la PMU datant de presque dix ans, on pouvait en déduire une amélioration du handicap et de la symptomatologie, ce qui était compatible avec l'évolution naturelle d'une capsulite rétractile chronique. Pour pouvoir préciser exactement quelle était l'évolution de l'épaule et du handicap, une expertise devait être envisagée.
12. Le 31 mars 2015, l'assureur a invité l'assuré à un entretien destiné à faire le point sur sa situation, dans le cadre d'une réévaluation des prestations qui lui étaient servies. Cette entrevue a eu lieu le 29 avril 2015. Selon le procès-verbal de celle-ci, l'assuré a déclaré que son état n'avait pas évolué positivement depuis l'expertise de la PMU du 19 septembre 2006, bien au contraire. Au cours de l'entretien, l'assureur a révélé l'existence des rapports de surveillance, ce qui a provoqué la colère de l'assuré et l'interruption de l'entretien.
13. Par courrier du 27 mai 2015, l'assureur a transmis à l'assuré les rapports de surveillance.
14. Par décision du 15 juin 2015, l'assureur a confié un mandat d'expertise au docteur K\_\_\_\_\_, chirurgien-orthopédiste FMH, suspendu avec effet immédiat le versement de la rente et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. Il a estimé indispensable de faire appel à un expert qui n'avait pas déjà été amené à se prononcer dans le cadre de ce dossier.
15. Par courrier du 19 juin 2015, l'assureur a informé l'assuré qu'il était attendu le 4 août 2015 au cabinet du Dr K\_\_\_\_\_. Il a joint les questions posées à l'expert et a précisé à l'assuré qu'il avait la possibilité de transmettre ses propres questions à l'expert.
16. Le 22 juin 2015, l'assuré a formé recours devant la chambre de céans contre la décision du 15 juin 2015. Il a conclu, préalablement, à la restitution de l'effet suspensif, principalement, à l'annulation de la décision querellée et, subsidiairement, à ce que le mandat d'expertise soit confié à la PMU ou au Prof. I\_\_\_\_\_.
17. Par courrier du 7 juillet 2015, l'assureur a annulé le retrait de l'effet suspensif, ce dont la chambre de céans a pris acte par arrêt incident du 14 juillet 2015 (ATAS/549/2015).
18. Par courrier du 29 juillet 2015, l'assureur a informé le Dr K\_\_\_\_\_ que le rendez-vous de l'assuré initialement fixé était annulé et reporté au 23 octobre 2015.

19. Dans sa réponse du 17 août 2015, l'assureur a notamment conclu à ce qu'il soit ordonné à l'assuré de se rendre au rendez-vous du 23 octobre 2015, sous peine de suppression de sa rente d'invalidité à compter du 15 juin 2015 et à ce que la cause soit suspendue durant la mise en œuvre des mesures d'instruction, en particulier de l'expertise.
20. Dans un arrêt sur partie du 14 octobre 2015 (ATAS/766/2015), la chambre de céans a confirmé la nomination du Dr K\_\_\_\_\_ en tant qu'expert. Elle a, par ailleurs, déclaré irrecevables les demandes d'injonction et de suspension formées par l'assureur. Il n'était pas de sa compétence de contraindre l'assuré à se présenter au cabinet de l'expert. Il n'existait aucun motif justifiant la suspension requise. Faute de recours, cet arrêt est entré en force.

Par arrêt du 29 octobre 2015 (ATAS/854/2015), la chambre de céans a jugé que l'assureur ne pouvait pas suspendre le droit à la rente de l'assuré sur la seule base des rapports de surveillance et du rapport de son médecin-conseil, dès lors que les conditions nécessaires à une révision procédurale ou à la reconnaissance d'une violation de l'obligation de renseigner n'étaient pas réalisées. Elle a considéré qu'admettre la possibilité d'une telle suspension reviendrait en effet à permettre à l'assureur de contourner l'interdiction qui lui était faite de supprimer le droit à la rente avec effet ex tunc. Elle en a conclu que l'assureur devait verser à l'assuré les rentes d'invalidité indûment retenues depuis le mois de juin 2015 et continuer à lui servir la rente, à tout le moins jusqu'à l'issue de l'instruction mise en œuvre pour déterminer son droit aux prestations. Aussi a-t-elle admis le recours au sens des considérants et annulé la décision querellée en tant qu'elle suspendait le droit à la rente de l'assuré. Faute de recours, cet arrêt est entré en force.

21. Le 14 janvier 2016, l'assuré a transmis au Dr K\_\_\_\_\_ un document qu'il avait rédigé et qui analysait les rapports des détectives, ainsi qu'un CD-Rom contenant diverses photographies et vidéos prises par lesdits détectives. Il lui a également demandé de répondre à une question en sus de celles posées par l'assureur, à savoir si ses mouvements, observés sur les films des détectives privés, étaient compatibles avec ses explications.
22. Le 25 février 2016, l'assuré a été examiné par le Prof. I\_\_\_\_\_ dans le cadre d'une expertise privée. Dans son rapport du 2 mai 2016, l'expert a diagnostiqué à l'épaule droite, une raideur et une contracture post-traumatiques chronicisées d'origine multifactorielle (contusion osseuse ancienne, « déchirures et subluxation tendineuses » et éléments psychogènes anxio-dépressifs). Ce diagnostic était en lien de causalité avec l'accident du 1<sup>er</sup> novembre 2000 qui était étayé par la littérature médicale. La capacité de travail de l'assuré pour une activité lucrative était de 0% en raison de la raideur objective et des douleurs qui en étaient la conséquence et qui nécessitaient la prise d'antalgiques. Cette situation ne permettait pas la concentration nécessaire et indispensable pour l'accomplissement d'une tâche comptable ou administrative lucrative. Cet état empêchait également tout travail

---

d'ordre manuel nécessitant l'utilisation régulière avec dextérité et en force du membre supérieur droit.

23. L'assuré a été examiné par le Dr K\_\_\_\_\_ le 8 avril 2016. Dans son rapport du 27 mai 2016, l'expert a diagnostiqué un status quinze ans et demi après un accident de la voie publique à l'origine d'une contusion de l'épaule droite (avec possible/probable lésion de la coiffe des rotateurs), ainsi que d'une contusion de la hanche droite et des deux genoux, un status quinze ans après suture/réinsertion des tendons sus-épineux et sous-scapulaire, ainsi que ténodèse du long chef du biceps (LCB) et bursectomie sous-acromiale de l'épaule droite, une possible arthrofibrose post-opératoire, une possible algoneurodystrophie secondaire du membre supérieur droit, un status treize ans après possible/probable contusion versus entorse du poignet gauche et lésion du complexe fibro-cartilagineux triangulaire (TFCC), un status cinq ans après fracture de la clavicule gauche ostéosynthésée, un conflit sous-acromial de l'épaule gauche, des enthesopathies du moyen fessier droit et probablement des muscles vastes externes aux deux cuisses, ainsi qu'une méniscopathie dégénérative (grade II) interne du genou droit. L'accident du 1<sup>er</sup> novembre 2000 avait été à l'origine d'une contusion de l'humérus proximal droit qui avait évolué favorablement. Il avait été possiblement/probablement responsable d'une décompensation d'une coiffe préalablement fragilisée. La tendinopathie dégénérative débutait généralement en même temps que le vieillissement, c'est-à-dire durant la quatrième décennie. Une prédisposition génétique était de plus en plus évoquée. D'un point de vue strictement anatomique ou structurel, les lésions supposées issues de la chute du 1<sup>er</sup> novembre 2000 avaient guéri. Toute la problématique avait trait à une supputée algoneurodystrophie du membre supérieur apparue après le traitement chirurgical, diagnostic qui avait été posé en fonction d'une baisse progressive de la mobilité de l'épaule droite dans toutes les directions, associée à une symptomatologie douloureuse durable. Une personne qui utilisait à peine son membre supérieur depuis une période de quelque quinze ans aurait présenté une importante amyotrophie globale touchant toute la musculature péri-scapulaire et toute la musculature du membre, alors que chez l'assuré, le seul déficit intéressait son biceps droit, soit une séquelle fréquemment rencontrée après ténodèse du LCB. Compte tenu de la faible atrophie du bras droit, sa sous-utilisation chronique était assurément très modérée. Une personne qui avait son bras collé au corps développait des lésions cutanées à l'aisselle ce qui n'était pas le cas de l'assuré. Une différence d'utilisation des membres depuis quinze ans aurait dû montrer une sous-utilisation importante dudit membre alors que l'état cutané des deux mains était identique. L'assuré se plaignait d'une multitude de handicaps dans ses activités de la vie quotidienne avec un membre supérieur qui semblait, de prime abord, de par l'attitude d'autoprotection et de malposition de l'épaule, avoir perdu une très large part de sa fonction. Pourtant, selon l'analyse des éléments objectifs, ce membre paraissait avoir jusqu'à maintenant fonctionné convenablement. Cette discordance devait faire penser à une contribution prépondérante, voire exclusive, de facteurs extra-anatomiques dans l'évolution de

l'assuré. Si celui-ci avait développé un syndrome douloureux régional complexe (CRPS), il avait probablement été de faible envergure et avait laissé peu de traces déjà en 2004. Même si on admettait la notion de CRPS chroniquement actif sur le plan scintigraphique, ce dernier resterait de faible envergure et ne justifierait pas une incapacité de travail dans un métier sédentaire. Les limitations fonctionnelles du membre supérieur semblaient mineures. Il existait peut-être des séquelles d'une arthrofibrose post-opératoire ce qui n'avait pas pu être apprécié de manière nuancée, le tableau étant perpétuellement dérangé par des éléments extra-anatomiques (autoprotection, résistance active, position de surélévation de l'épaule droite). La seule façon susceptible de renseigner sur les amplitudes articulaires était la mobilisation sous narcose, geste qui ne présentait pas de risque significatif à l'intégrité physique. Même en cas d'acceptation de la notion de CRPS fruste, l'assuré pouvait assumer en plein son travail administratif assez peu contraignant pour les épaules. Il en allait ainsi, même en cas d'acceptation d'une arthrofibrose résiduelle, « qui aura assurément une envergure limitée, insuffisante pour permettre au patient de porter aisément ses mains sur une table, travailler sur ordinateur, porter les dossiers-clients, etc. ».

24. Par décision du 20 juin 2016, invoquant une modification notable du taux d'invalidité, l'assureur a supprimé la rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> août 2016 au motif que, selon les conclusions du Dr K\_\_\_\_\_, l'assuré présentait une capacité de travail de 100% dans son ancienne activité. En outre, il a réduit la rente de juillet 2016 du montant de CHF 600.- facturés par le Dr K\_\_\_\_\_ pour non présentation à l'examen du 23 octobre 2015, sans excuses. L'assureur a également retiré l'effet suspensif à une éventuelle opposition.
25. L'assuré a formé opposition le 7 juillet 2016. Il a conclu, préalablement, à la restitution de l'effet suspensif, et principalement, à l'annulation de la décision du 20 juin 2016. Il a produit dans la procédure le complément d'expertise du 2 mai 2016 établi par le Prof. I\_\_\_\_\_. Il a fait grief à l'assureur d'avoir violé son droit d'être entendu en ne lui donnant pas la possibilité de se prononcer sur le rapport d'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ avant de rendre la décision litigieuse. Le complément d'expertise du Prof. I\_\_\_\_\_ avait pleine valeur probante dès lors qu'il remplissait les réquisits jurisprudentiels formels à ce sujet et qu'il prenait en considération les rapports et films des détectives privés, ainsi que les commentaires de l'assuré à leur sujet. En revanche, l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ présentait de graves lacunes, notamment elle ne tenait pas compte de ses explications quant à l'usage quotidien de son membre supérieur droit, ni des rapports et films des détectives privés, ainsi que de ses commentaires à leur sujet, ne répondait pas à la question posée dans le courrier du 14 janvier 2016 et suggérait une mobilisation sous narcose de l'épaule droite présentée comme un acte sans risque contrairement à ce qu'avaient estimé le Dr D\_\_\_\_\_ dans son rapport du 17 juin 2002 et les experts de la PMU. S'agissant des conditions d'une révision de rente, elles n'étaient pas réalisées dès lors que selon les deux rapports d'expertise, ni ses plaintes, ni la mobilité de son épaule



---

droite ne s'étaient modifiées ou que très légèrement. De plus, le Dr K\_\_\_\_\_ procédait à une évaluation différente de ses incapacités fonctionnelles qu'il présentait depuis quinze ans. S'agissant des frais de la consultation annulée du 23 octobre 2015, il n'avait pas à les payer dès lors que l'assureur avait fait fixer celle-ci à cette date sans attendre l'entrée en force de l'arrêt sur partie de la chambre de céans, le 14 novembre 2015.

26. Par décision incidente du 28 juillet 2016, l'assureur a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif.
27. À la suite du recours formé le 2 août 2016 contre ladite décision, la chambre de céans a, par arrêt du 27 septembre 2016 (ATAS/774/2016), rejeté le recours. Elle a considéré que l'intérêt de l'assureur à retirer l'effet suspensif à l'opposition l'emportait sur celui de l'assuré à continuer à percevoir sa rente d'invalidité, au vu de l'absence de certitude suffisante quant à l'issue du litige et de sa situation financière.
28. Par courrier du 9 novembre 2016, l'assuré a communiqué à l'assureur un complément d'expertise établi le 7 novembre 2016 par le Prof. I\_\_\_\_\_.

Dans ledit complément, ce dernier a précisé qu'en complément de son précédent rapport d'expertise, il avait procédé à une recherche approfondie de la littérature médicale. L'affection dont souffrait l'assuré était caractérisée par une raideur articulaire passive et active, sans stigmates de types amyotrophie musculaire ou lésions cutanées d'immobilisation. La mobilisation passive était impossible de par les contractures et les co-contractures musculaires, alors que la scintigraphie ne mettait pas en évidence de syndrome de type CRPS. Cette situation de dystonie douloureuse était rare, mais bien connue au vu des nombreuses publications à ce sujet. Il s'agissait d'une forme de dystonie causant une contracture d'origine psychogène provoquée par un traumatisme même banal ou léger. Les interventions chirurgicales pouvaient également être causales. Les mécanismes physiopathologiques et neuropsychiatriques pouvant aboutir à un handicap aussi majeur n'étaient pas complètement élucidés, mais selon plusieurs études, des altérations de la reconnaissance, de l'intégrité et de l'image corporelle des membres affectés étaient à la base de ce type de réaction. Pour aller plus loin dans le diagnostic, une imagerie neuro-fonctionnelle réalisée dans un centre spécialisé pourrait être utile. Il ne faisait aucun doute que l'événement déclenchant ayant mené à l'invalidité et à l'incapacité de travail totale de l'assuré était avec certitude le traumatisme initial causé par l'accident de la circulation du 1<sup>er</sup> novembre 2000.

29. Par courrier du 15 novembre 2016, l'assureur a soumis les rapports d'expertise du Prof. I\_\_\_\_\_ au Dr K\_\_\_\_\_ pour prise de position.
30. Dans son rapport complémentaire du 10 mai 2017, le Dr K\_\_\_\_\_ a considéré que ces rapports d'expertises ne modifiaient pas son appréciation. Il a observé que le Prof. I\_\_\_\_\_ avait rapporté une intensité des douleurs similaire à celle qu'il avait notée. Les résultats de l'examen clinique étaient globalement plus ou moins

---

similaires au sien. En revanche, le Prof. I\_\_\_\_\_ n'avait pas procédé à une interprétation personnelle des documents radiologiques, mais avait repris les conclusions des radiologues et avait tenté d'interpréter les photographies/vidéos des détectives. Pour sa part, le Dr K\_\_\_\_\_ a considéré que ces derniers n'étaient pas des éléments médicaux issus d'une observation personnelle. Une certaine auto-protection, voire même une limitation fonctionnelle, devaient être intégrées dans un tableau d'ensemble prenant en considération tous les signes d'utilisation du membre, ce que n'abordait pas le Prof. I\_\_\_\_\_. S'agissant de la dystonie invoquée par le Prof. I\_\_\_\_\_, ce dernier estimait arbitrairement que cette pathologie était à la frontière entre l'orthopédie, la neurologie et la psychiatrie en impliquant l'accident du 1<sup>er</sup> novembre 2000 comme élément responsable de ce tableau dystonique. La dystonie psychogène reflétait un dérangement organique dans lequel des facteurs mentaux jouaient un rôle important, sans que l'on connût le cheminement anatomopathologique. En l'état actuel des connaissances, la seule relation possible entre un événement traumatique et un trouble dystonique de cet ordre était temporel, voire aléatoire. Aucune étude détaillée ne permettait de faire un lien anatomo-pathologique précis entre un traumatisme et un tel syndrome. Il était étonnant d'apprendre que l'assuré mobilisait fréquemment le membre supérieur sans que ne soit mentionné un phénomène dystonique particulier lors de ces moments.

31. Par courrier du 26 mai 2017, l'assuré a observé que sur la base de mêmes faits objectifs, le Prof. I\_\_\_\_\_ et le Dr K\_\_\_\_\_ avaient une appréciation diamétralement opposée. Ce dernier n'avait pas répondu à sa question du 14 janvier 2016. Le Dr K\_\_\_\_\_ ne suivait pas un raisonnement scientifique mais se basait sur le sens commun et il ne tenait pas compte des plaintes exprimées. Il occultait ce qu'il lui avait expliqué lors de la consultation du 8 avril 2016, à savoir qu'en plus des séances de physiothérapie, il faisait presque tous les jours des exercices à la maison avec son membre droit, en serrant plusieurs fois dans la main une balle de tennis et en effectuant des étirements avec des élastiques. Étant droitier, il commençait pratiquement tous ses mouvements avec le bras droit avant d'être obligé de continuer avec la main gauche à cause des douleurs. Par conséquent, il avait encore un peu de force et une petite mobilité dans le membre supérieur droit. L'assuré a, au surplus, répété ses arguments exprimés dans son opposition.
32. Par décision sur opposition du 26 juillet 2017, l'assureur a rejeté l'opposition et a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. Il a considéré que l'impotence fonctionnelle majeure du bras droit avait drastiquement changé puisque désormais ce bras avait des amplitudes de l'ordre de 80°. Une amyotrophie de l'épaule droite avait été relevée par le Prof. I\_\_\_\_\_ en décembre 2005 et par les experts de la PMU en 2006. Dans son expertise du 6 octobre 2004, le Dr D\_\_\_\_\_ avait fait état d'une aggravation de l'état scapulaire de l'assuré eu égard à l'apparition d'une atrophie. Or, l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_, qui décrivait l'évolution de l'état scapulaire droit depuis 2006, relevait l'absence d'amyotrophie péri-scapulaire droite

---

significative. Le Dr K\_\_\_\_\_ considérait que d'un point de vue strictement anatomique ou structurel, les lésions supposées consécutives à l'accident du 1<sup>er</sup> novembre 2000 avaient guéri et que la possible algoneurodystrophie du membre supérieur droit était désormais guérie. Par ailleurs, une expertise présentée par une partie n'avait pas la même valeur que les expertises mises en œuvre par l'administration.

33. Par acte du 14 septembre 2017, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition du 26 juillet 2017. Il a conclu, préalablement, à l'apport de la procédure pénale, à l'exclusion de la procédure des rapports et prises de vue des détectives, à l'audition du Dr K\_\_\_\_\_, du Prof. I\_\_\_\_\_, ainsi que de Messieurs L\_\_\_\_\_, physiothérapeute, et M\_\_\_\_\_, témoin de Jéhovah, subsidiairement, à la mise en œuvre d'un complément d'expertise auprès de la PMU. Principalement, il a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100% depuis le 1<sup>er</sup> mai 2016. Il a indiqué qu'il avait déposé plainte pénale contre les détectives et l'assureur RC en raison de leurs graves manquements dans la surveillance. Lors de l'audience du Ministère public du 2 mai 2017, un des détectives avait reconnu avoir posé une balise GPS sur la voiture de l'épouse du recourant. Celui-ci a exposé qu'en octobre 2016, la Cour européenne des droits de l'homme (ci-après : la Cour EDH) avait jugé que les dispositions légales du droit suisse sur lesquelles se basait le Tribunal fédéral pour utiliser les rapports des détectives en matière d'assurances sociales n'étaient pas suffisamment précises et violaient la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH - RS 0.101). Le recourant a demandé que sa requête d'exclusion de la procédure des rapports et prises de vue des détectives, soit traitée préalablement, par un arrêt sur partie, car l'intimé avait ouvert une procédure de révision en raison de ceux-ci. Si ce motif disparaissait, il n'y avait pas de cas de révision et la décision du 26 juillet 2017 devait purement et simplement être annulée. Le recourant a fait grief à l'intimé de ne pas avoir traité la question de l'absence de cas de révision de la rente d'invalidité, alors que la condition de la modification notable du taux d'invalidité n'était pas réalisée dès lors que les investigations médicales ne démontraient aucune modification sensible de la mobilité de son épaule droite et de ses plaintes. Pour autant que l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ eût une quelconque valeur probante, celui-ci ne parlait jamais d'une accoutumance ou d'une adaptation au handicap qui aurait augmenté la capacité de travail, pas plus que le Prof. I\_\_\_\_\_. Il a répété son argumentation quant à l'absence de valeur probante du rapport d'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ et à la valeur probante du rapport d'expertise du Prof. I\_\_\_\_\_. S'il était entré en matière sur un cas de révision de rente d'invalidité, il y avait lieu de tenir compte des conclusions du Prof. I\_\_\_\_\_, à savoir d'une incapacité totale de travail qui existait au moins depuis la date du premier rapport d'expertise, à savoir en mai 2016. S'agissant de la participation demandée aux frais de consultation du 23 octobre 2015, l'intimé avait mandaté le Dr K\_\_\_\_\_, de sorte qu'il lui appartenait de gérer l'absence du recourant qu'il pouvait raisonnablement présumer au vu de la situation procédurale.

34. Par écriture du 10 octobre 2017, le recourant a produit dans la procédure le procès-verbal de l'audience du Ministère public du 2 mai 2017.
35. Dans sa réponse du 27 novembre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le recourant était incohérent en tant qu'il demandait que les rapports et images des détectives soient exclus de la procédure tout en reprochant au Dr K\_\_\_\_\_ de ne pas en avoir tenu compte. Au surplus, l'intimé a répété l'argumentation contenue dans sa décision sur opposition.
36. Après qu'un délai lui ait été accordé pour consulter le dossier au greffe de la chambre de céans, par réplique du 21 décembre 2017, le recourant a observé que l'intimé avait produit des liasses de pièces qui semblaient anciennes, sans en faire la liste dans un bordereau, de sorte qu'il concluait à leur irrecevabilité. Il a précisé qu'il n'avait jamais prétendu que son bras droit resterait exclusivement collé à son corps. Les récents rapports d'expertise n'avaient d'ailleurs jamais mentionné une absence totale d'amplitude de son bras droit. Il n'y avait aucune contradiction à requérir que les rapports et images des détectives soient exclus de la procédure et, si tel n'était pas le cas, à se baser sur ces documents pour les réfuter et démontrer les nombreuses erreurs qu'ils contenaient. Au surplus, le recourant a persisté dans ses conclusions.
37. Dans sa duplique du 25 janvier 2018, l'intimé a exposé qu'à la suite de l'arrêt de la Cour EDH, le Tribunal fédéral avait jugé dans un arrêt 8C\_570/2016 qu'il était en principe admissible d'exploiter les résultats d'une surveillance à moins qu'il ne résultait de la pesée des intérêts en présence que les intérêts privés prévalaient sur les intérêts publics. Par conséquent, même si l'intimé ne s'était pas fondé sur les surveillances incriminées, il n'y avait aucune raison juridique pour les retirer du dossier, ce d'autant moins que les positions du recourant et du Prof. I\_\_\_\_\_ se fondaient en grande partie sur lesdites surveillances. L'intimé a contesté que le recourant n'aurait jamais dit que son bras droit était impotent, respectivement que son bras devait être gardé près du corps ou porté en écharpe. Il a renvoyé à cet égard notamment aux rapports d'expertise du Dr D\_\_\_\_\_ du 6 octobre 2004, du Prof. I\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> février 2006 et de la PMU du 19 septembre 2006. Les amplitudes mesurées par le Dr K\_\_\_\_\_ étaient notablement meilleures que précédemment, de sorte que le recourant ne présentait plus d'impotence fonctionnelle majeure, ni l'aggravation retranscrite en 2004 par le Dr D\_\_\_\_\_ avec une atrophie marquée du bras droit, soit de plus de deux centimètres de différence par rapport au bras gauche. Les observations cliniques objectives et médicales devaient primer sur les plaintes purement subjectives du recourant.
38. Par écriture spontanée du 8 mars 2018, le recourant a considéré qu'il n'était pas en mesure d'exercer son droit d'être entendu au sujet des liasses de pièces déposées par l'intimé faute d'en avoir reçu une copie. Il a observé que l'arrêt du Tribunal fédéral 8C\_570/2016 avait fait l'objet de fortes critiques dans la doctrine en tant que la pondération entre intérêts privés et publics permettait de contourner l'exigence d'une base légale. De plus, dans la mesure où le recourant avait été

---

surveillé souvent et relativement systématiquement pendant quatre périodes, il avait fait l'objet d'un acharnement, alors qu'il n'y avait nulle trace de soupçons étayés permettant de justifier une surveillance aussi importante. L'amplitude de son épaule droite n'avait jamais été nulle et, dans certains axes, sa mobilité n'était que de 30% et n'avait pas changé au cours des années.

39. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

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

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

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le 1<sup>er</sup> 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.

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Le délai de recours court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 62 al. 3 LPA-GE et dans le même sens art. 38 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA-GE).

En l'espèce, le recourant a interjeté recours le 14 septembre 2017 contre la décision du 26 juillet 2017 reçue le lendemain, soit dans un délai de plus de trente jours. Le délai de recours étant suspendu du 28 juillet au 15 août 2017, il a débuté le 16 août 2017 et est arrivé à échéance le 14 septembre 2017 (art. 38 al. 1 LPGA et 17 al. 1

---

LPA-GE). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est ainsi recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA-GE).

5. Le litige porte sur le taux de la rente d'invalidité de l'assurance-accidents à laquelle le recourant peut prétendre, plus particulièrement sur la question de savoir si l'intimé est en droit de supprimer sa rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> août 2016.
6. Dans un grief qu'il convient d'examiner à titre préalable, le recourant conclut à l'irrecevabilité des pièces déposées par l'intimé au motif qu'elles ne sont pas actualisées et qu'elles n'ont pas fait l'objet d'un bordereau de pièces.

Le recourant ne se réfère à aucune disposition légale pour asseoir ses conclusions. Ni la LPGA, ni la LPA-GE ne contiennent de disposition légale relative au chargé de pièces de l'intimé, étant précisé que l'art. 89B al. 2 LPA-GE concernant la production des pièces invoquées dans le recours ne s'applique qu'au recourant. Toutefois, l'art. 46 LPGA impose à l'assurance d'enregistrer systématiquement tous les documents qui peuvent être déterminants, afin de permettre à l'assuré d'exercer son droit de consulter le dossier qui est prévu par l'art. 47 LPGA. Le recourant ne prétend pas que l'intimé a omis de produire des pièces déterminantes pour la procédure judiciaire. Dans la mesure où le recourant a produit, à l'appui de son recours, un chargé de pièces en application de l'art. 89B al. 2 LPGA qui comporte les principales pièces de la procédure, l'intimé pouvait se contenter de produire des pièces complémentaires. Quant à la remise d'un bordereau de pièces, il s'agit d'une exigence d'ordre qui, si elle n'est pas respectée, ne peut pas conduire à l'irrecevabilité du chargé de pièces de l'intimé, mais tout au plus à la fixation par la chambre de céans d'un délai à l'intimé pour satisfaire à cette exigence en application par analogie de l'art. 65 al. 2 LPA-GE.

Par conséquent, le recourant doit être débouté de ses conclusions d'irrecevabilité.

7. Dans un motif qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant requiert l'exclusion de la procédure des rapports et prises de vue des détectives, au motif que ces moyens de preuve violent son droit à la vie privée garanti par l'art. 8 CEDH.
  - a. Une surveillance réalisée dans une procédure de l'assurance-accidents est dénuée d'une base légale suffisante et viole ainsi le droit au respect de la vie privée (art. 8 CEDH; art 13 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst. - RS 101]). Toutefois, le moyen de preuve qui en résulte peut être exploité dans ladite procédure dans la mesure où il a été récolté dans le respect de certaines conditions (arrêt de la CourEDH 61838/10 Vukota-Bojic contre Suisse du 18 octobre 2016; ATF 143 I 377; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral 9C\_817/2016 du 15 septembre 2017 consid. 3 et 8C\_570/2016 du 8 novembre 2017 consid. 1). Il est en principe admissible d'exploiter les résultats de la surveillance (et, de ce fait, d'autres preuves fondées sur ceux-ci), à moins qu'il ne résulte de la pesée des intérêts en présence que les intérêts privés prévalent sur les intérêts publics. Une vidéo contrevenant à l'art. 8 CEDH est exploitable, pour autant que les actes de la

---

personne concernée qui ont été enregistrés aient été effectués de sa propre initiative et sans influence extérieure, et qu'aucun piège ne lui ait été tendu (ATF 143 I 377 consid. 5.1.1). Le fait que l'observation a eu lieu à l'étranger n'interdit pas en principe l'exploitation de ses résultats. L'examen du sort de la preuve illicite doit être effectué au regard uniquement du droit suisse (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_570/2016, op. cit., consid. 2.5 et 8C\_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 6.4.2). Prenant en considération les intérêts privés des personnes concernées et l'intérêt public à prévenir tout abus d'assurance, le matériel recueilli dans le cadre de l'observation illicite peut être exploité en tant que moyen de preuve aux conditions suivantes : l'assuré a été surveillé uniquement dans des lieux publics, sans avoir subi d'influence; la surveillance a été engagée sur la base de soupçons étayés; l'assuré n'a pas été soumis à une surveillance systématique et durant une période étendue (ATF 143 I 377 consid. 5.1.1 et 5.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_239 du 17 décembre 2009 consid. 6.4.1).

Il y a lieu, en droit des assurances sociales, de partir du principe d'une interdiction absolue d'exploiter le moyen de preuve, dans la mesure où il s'agit d'une preuve obtenue dans un lieu ne constituant pas un espace public librement visible sans difficulté (ATF 143 I 377 consid. 5.1.3; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_830/2011 du 9 mars 2012 consid. 6.4). À la différence d'un restaurant, par exemple (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_192/2013 du 16 août 2013 consid. 3.2 in: SVR 2013 UV Nr. 32 S. 111), il est douteux qu'une maison d'hôte, qui se caractérise par la mise à disposition à des touristes de chambres meublées chez l'habitant et qui implique souvent la prise des repas en commun, puisse être considérée comme un espace public (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_570/2016, op. cit., consid. 2.3).

b. En l'espèce, la question de savoir si une surveillance opérée à cinq reprises pendant onze mois (du 5 septembre au 10 octobre 2013, du 23 décembre 2013 au 15 janvier 2014, du 11 mars au 18 mars 2014, du 24 avril 2014 au 5 mai 2014 et du 18 juillet au 27 juillet 2014), ainsi que pendant quatorze à quinze heures d'affilée du 25 au 27 juillet 2014 remplit la condition de l'absence de surveillance systématique et pendant une période étendue, peut rester ouverte. Il en va de même de la question de savoir si une surveillance effectuée au bord de la piscine privée d'un hôtel du 25 au 27 juillet 2014 remplit la condition de l'espace public, ce qui semble douteux.

Quoi qu'il en soit, un rapport de surveillance ne permet pas, à lui seul, de juger l'état de santé et la capacité de travail d'un assuré. Il doit être renforcé par des données médicales. L'évaluation du matériel d'observation par un médecin peut suffire (cf. ATF 137 I 327 consid. 7.1; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 8C\_192/2013, op. cit., consid. 3.1 in: SVR 2013 UV Nr. 32 S. 111). En l'occurrence, le médecin-conseil de l'intimé a procédé à une telle évaluation du matériel d'observation dans son rapport du 11 mars 2015. Il a considéré qu'une expertise devait être envisagée pour préciser exactement l'évolution de l'épaule et du handicap. Étant donné que le matériel d'observation ne permet pas d'apprécier

---

l'évolution de l'état de santé du recourant, respectivement de sa capacité de travail, il n'est pas nécessaire de trancher la question de savoir si le moyen de preuve résultant de la surveillance dont le recourant a fait l'objet peut être exploité dans la présente procédure, respectivement viole le droit du recourant au respect de la vie privée.

Contrairement à ce que requiert le recourant, il n'y a pas davantage lieu de trancher cette question par arrêt sur partie, au motif que l'exclusion de la procédure desdits rapports et vidéos supprimerait le motif de révision. En effet, l'intimé est libre d'ouvrir une procédure de révision en tout temps sans qu'il ait un motif à invoquer à cet égard autre que la possibilité d'une amélioration de l'état de santé du recourant ou de sa capacité de gain. Or, au vu des phénomènes d'adaptation et d'accoutumance susceptibles d'atténuer la symptomatologie douloureuse mentionnés par les experts de la PMU, l'intimé est en droit après dix ans de versement de la rente d'invalidité d'examiner s'il existe un motif de révision de ladite rente, étant précisé que suivant les assurances, une procédure de révision est ouverte tous les trois ou cinq ans.

8. 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). Selon l'art. 7 LPGA, 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). 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).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; voir également SVR 2010 IV n° 11 p. 35, arrêt du Tribunal fédéral 9C\_236/2009 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_266/2016 du 15 mars 2017 consid. 3.1).

9. 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



auparavant, 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). 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 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).

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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.). La jurisprudence a précisé qu'il est admissible qu'elle prenne effet à partir du premier jour du mois suivant la date de notification de la décision de l'assureur-accidents lorsqu'il est établi que les conditions matérielles de la révision sont réunies à cette même date (cf. ATF 140 V 70; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_266/2016 du 15 mars 2017 consid. 5.1.1).

10. 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. 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 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).
11. a. 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 sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais son contenu. À 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).
- b. 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). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice

---

concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

c. 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).

Cependant, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Selon la jurisprudence, une expertise présentée par une partie n'a pas la même valeur que des expertises mises en œuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.1). Toutefois, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve. Le juge est donc tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion ou les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal, l'assureur-accidents ou un office AI (ATF 125 V 351 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_658/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3.1).

12. En l'espèce, la rente initiale d'invalidité a été accordée par décision du 29 janvier 2007, confirmée par décision sur opposition du 19 mars 2007, sur la base des conclusions du rapport d'expertise de la PMU qui a retenu une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Par la suite, il n'y a eu aucune nouvelle décision entrée en force examinant le droit à la rente, avant la décision du 20 juin 2016 supprimant la rente et confirmée par décision sur opposition du 26 juillet 2017.

Par conséquent, il convient de comparer les circonstances présentes lors des décisions sur opposition des 19 mars 2007 et 26 juillet 2017 afin d'examiner si elles se sont notablement modifiées.

Selon le rapport d'expertise de la PMU du 19 septembre 2006, les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail consistaient en épaule droite bloquée et capsulite rétractile séquellaire avec douleurs scapulo-humérales persistantes, ainsi qu'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive dans le cadre d'une situation de santé et socio-économique inquiétante. Le recourant présentait une épaule droite bloquée dans le cadre d'un syndrome douloureux loco-régional complexe scapulaire droit. Il se plaignait de douleurs permanentes de l'épaule droite d'intensité subjective élevée avec un retentissement fonctionnel nocturne entraînant des perturbations répétées du sommeil. Les constatations objectives montraient des limitations des amplitudes articulaires de l'épaule droite avec une abduction et une élévation antérieure bien en deçà du plan horizontal passant par les épaules, ainsi qu'une rotation externe quasiment inexistante. Les limitations fonctionnelles dues à l'atteinte à la santé empêchaient les travaux manuels répétitifs, l'écriture prolongée et l'usage de claviers d'ordinateur, de souris ou

d'autres outils informatiques avec la main droite, les positions sollicitant l'élévation du membre supérieur droit, les travaux en hauteur, les ports de charges supérieurs à cinq kilos à gauche et à moins d'un kilo à droite, ainsi que les travaux lourds. La diminution de la capacité de travail de 50% était principalement liée aux limitations fonctionnelles du membre supérieur droit associées à un stade tardif séquellaire de capsulite rétractile. L'influence d'éventuelles lésions dégénératives préalables des tendons de la coiffe des rotateurs ne pouvait pas être considérée comme significative et ne pouvait en tout état de cause pas être prouvée.

Quant à la décision de révision de rente, elle repose d'un point de vue médical sur le rapport d'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ du 27 mai 2016 et son complément du 10 mai 2017. Par conséquent, il convient à titre préalable d'examiner si cette expertise a une valeur probante.

13. Dans son rapport d'expertise du 8 avril 2016, le Dr K\_\_\_\_\_ ne retient aucun diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail du recourant. Toutefois, il diagnostique une possible arthrofibrose post-opératoire, une possible algoneurodystrophie du membre supérieur droit et un conflit sous-acromial de l'épaule gauche. Il remet en question le lien de causalité naturelle entre l'accident et les plaintes du recourant en l'absence de lésion traumatique significative susceptible d'émaner de l'accident du 1<sup>er</sup> novembre 2000. Il remet en question le lien de causalité entre l'accident et la déchirure de la coiffe des rotateurs considérant que celle-ci était préalablement fragilisée par une tendinopathie dégénérative due à une prédisposition génétique. Il remet également en question le diagnostic d'algoneurodystrophie du membre supérieur droit posé à l'époque. Il relève qu'une personne utilisant à peine son membre supérieur depuis une période de quelque quinze ans doit présenter une importante amyotrophie globale qui touche toute la musculature périscapulaire et toute la musculature du membre, ce qui n'est pas le cas du recourant qui présente uniquement un déficit intéressant son biceps droit, soit une séquelle fréquemment rencontrée après une ténodèse du long chef du biceps.

S'il admet que l'attitude d'autoprotection et de malposition de l'épaule semble indiquer une très importante perte de fonction du membre supérieur droit, il relativise ce constat sur la base de son analyse des éléments objectifs lui faisant conclure à un fonctionnement convenable de ce membre jusqu'au jour de son examen. Au vu de cette discordance, il retient une contribution prépondérante, voire exclusive, de facteurs extra-anatomiques dans l'évolution de l'état de santé du recourant. Il remet également en question le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe posé à l'époque de l'octroi de la rente et considère que, quoi qu'il en soit, ce syndrome a probablement été de faible envergure et a laissé peu de traces déjà en 2004.

Dans son arrêt du 27 mai 2008 (ATAS/627/2008), la chambre de céans a admis que les expertises de la PMU et du Dr H\_\_\_\_\_ à l'époque de l'octroi de la rente d'invalidité avaient pleine valeur probante (consid. 9). Dans son arrêt du 17 mars

---

2009 confirmant l'arrêt cantonal (8C\_558/2008), le Tribunal fédéral a observé que lesdites expertises retenaient, en ce qui concerne les troubles affectant l'épaule droite, des diagnostics superposables, mais appréciaient toutefois différemment la capacité de travail du recourant (consid. 2.4.3). Cependant, il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions des experts de la PMU, car le Dr H\_\_\_\_\_ n'étayait pas son appréciation de la capacité de travail divergente et ne démontrait pas en quoi le recourant ne serait pas en mesure de reprendre son ancienne activité à mi-temps après adaptation de son poste. Au vu de cette situation, dans le cadre de son mandat d'expertise ayant pour but de comparer l'état de santé du recourant, respectivement sa capacité de gain dans une activité adaptée entre le moment de l'octroi de la rente d'invalidité et son examen clinique, il n'appartenait pas au Dr K\_\_\_\_\_ de remettre en question les diagnostics posés à l'époque, ainsi que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et la déchirure de la coiffe des rotateurs.

Contrairement à ce que soutient l'intimé dans sa décision sur opposition, le Dr K\_\_\_\_\_ ne décrit pas l'évolution de l'état scapulaire droit depuis 2006 puisque, dans son rapport d'expertise du 27 mai 2016 sous la rubrique « appréciation du cas », il précise que son rapport se concentre sur les séquelles éventuelles consécutives à l'événement du 1<sup>er</sup> novembre 2000. Ce faisant, l'expert ne procède pas à une comparaison de l'état de santé du recourant et de sa capacité résiduelle de travail entre le moment de l'octroi de la rente d'invalidité et celui de son examen clinique, contrairement au rôle du médecin dans le cadre d'une révision du droit à la rente (cf. ATF 125 V 369 consid. 2). De plus, les diagnostics qu'il retient reposent sur une nouvelle appréciation des lésions provoquées par l'accident qui ne permet pas de comparer la situation médicale entre le moment de l'octroi de la rente et l'examen clinique lors de l'expertise, respectivement son évolution. Par conséquent, le fait que le Dr K\_\_\_\_\_ remette systématiquement en question les diagnostics posés par les experts de la PMU et leurs conclusions quant au lien de causalité naturelle entre les troubles du recourant et l'accident permet sérieusement de douter de la pertinence de ses conclusions, de sorte que les résultats de son expertise ne sont pas convaincants.

Par ailleurs, sur la base des mêmes constatations que celles faites par le Prof. I\_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 2 mai 2016, à savoir absence d'amyotrophie et de lésions cutanées d'immobilisation, ainsi que scintigraphie osseuse sans mise en évidence de syndrome de type CRPS, le Dr K\_\_\_\_\_ pose des diagnostics différents et prend des conclusions diamétralement opposées quant à la capacité de travail du recourant, de sorte que l'expertise du Prof. I\_\_\_\_\_ est également propre à mettre en doute les diagnostics posés par le Dr K\_\_\_\_\_, respectivement la fiabilité de ses conclusions. Par conséquent, au vu de ces divers vices, son rapport d'expertise n'a pas de valeur probante.

Quoi qu'il en soit, en précisant que si le recourant avait développé un syndrome douloureux régional complexe, celui-ci avait laissé peu de trace en 2004 déjà, le Dr K\_\_\_\_\_ se distancie de l'expertise de la PMU du 19 septembre 2006 qui retient

---

une incapacité de travail de 50% en raison d'une épaule droite bloquée dans le cadre d'un syndrome douloureux loco-régional complexe scapulaire droit. Par conséquent, son appréciation de la situation médicale et de la capacité de travail du recourant consiste en une nouvelle évaluation du cas alors que les circonstances sont demeurées inchangées, soit une situation qui ne permet pas une révision de la rente d'invalidité (cf. ATF 141 V 9; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 3.1).

14. Il reste à examiner si les autres rapports médicaux procèdent à une comparaison de la situation médicale du recourant depuis l'octroi de la rente d'invalidité jusqu'au jour de la décision litigieuse.

Dans son rapport d'expertise du 2 mai 2016, le Prof. I\_\_\_\_\_ confirme les diagnostics posés par la PMU et le Dr H\_\_\_\_\_. Il conclut à une incapacité de travail entière du recourant dans toute activité en raison de la raideur de l'épaule droite et des douleurs consécutives à celle-ci qui influent sur les capacités de concentration de celui-ci dans une tâche administrative ou financière et empêchent toute activité manuelle nécessitant l'utilisation régulière du membre supérieur droit pour des tâches de dextérité et de force. Dans la mesure où, à l'époque de la décision initiale de rente, le Prof. I\_\_\_\_\_ a supervisé les conclusions du Dr H\_\_\_\_\_ et qu'il reprend les mêmes conclusions dans son rapport d'expertise du 2 mai 2016, il considère implicitement que l'état de santé du recourant, respectivement sa capacité de travail n'ont pas évolué depuis son appréciation initiale. Toutefois, en tant qu'il conclut à une capacité de travail nulle, tout comme l'avait fait à l'époque le Dr H\_\_\_\_\_, alors que la décision initiale, entrée en force, retient une capacité de travail du recourant de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ses conclusions à ce sujet n'ont pas de valeur probante. En effet, dans son arrêt du 17 mars 2009 (8C 558/2008) consécutif au recours formé par le recourant contre l'arrêt cantonal du 27 mai 2008 (ATAS/627/2008), le Tribunal fédéral a précisé au sujet des conclusions du Dr H\_\_\_\_\_ qu'il ne démontre pas pourquoi celui-ci ne serait pas en mesure de reprendre son ancienne activité à mi-temps après adaptation de son poste de travail et que les médecins des HUG se sont contentés de mentionner le caractère particulièrement invalidant des troubles de la concentration et du sommeil dont souffrait le recourant sans toutefois étayer leur appréciation par des constatations objectives précises (consid. 2.4). Dans la mesure où le Prof. I\_\_\_\_\_ reprend les mêmes explications dans son rapport d'expertise pour légitimer une incapacité de travail totale du recourant dans toute activité, il y a lieu de procéder au même constat que le Tribunal fédéral.

En définitive, il n'existe au dossier aucun rapport médical probant qui procède à une comparaison de la situation médicale entre le moment de l'octroi initial de la rente d'invalidité et celui de la décision litigieuse. Par conséquent, la chambre de ceans ne dispose pas des éléments nécessaires pour statuer.

15. a. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons 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 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise 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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

b. En l'espèce, faute de conclusions médicales reposant sur une comparaison probante de la situation médicale du recourant entre le moment de l'octroi initial de la rente d'invalidité et la décision litigieuse, il y a lieu de renvoyer le dossier à l'intimé afin qu'il mette en œuvre une expertise comportant au moins un volet orthopédique auprès d'un spécialiste des troubles de l'épaule et donnant un mandat explicite à l'expert de comparer la situation médicale entre l'expertise de la PMU et son examen clinique. Par ailleurs, étant donné qu'il s'agit d'une procédure de révision de rente, il n'y a pas d'empêchement à ce que le mandat d'expertise soit donné aux experts qui s'étaient prononcés au moment de l'octroi de la rente. En tant que de besoin, la chambre de céans rappellera qu'à tout le moins jusqu'à l'issue de l'instruction mise en œuvre pour déterminer le droit du recourant aux prestations, l'intimé doit continuer à verser la rente d'invalidité à 50% et ce dès le 1<sup>er</sup> août 2016 (cf. ATAS/854/2015 consid. 6).

16. Le recourant conclut à une augmentation de sa rente d'invalidité au vu des conclusions du Prof. I\_\_\_\_\_ retenant une absence de toute capacité de travail.

En l'espèce, comme développé ci-dessus, lesdites conclusions ne sont pas probantes et ne rendent pas vraisemblable une aggravation importante de l'état de santé du recourant, respectivement de sa capacité de travail depuis la décision initiale d'octroi de rente, de sorte que les conditions justifiant la modification du droit à la rente ne sont en l'état pas réalisées.

Par conséquent, il y a lieu de débouter le recourant de ses conclusions à ce sujet.

17. Dans un dernier grief, le recourant conteste être tenu de payer le rendez-vous initialement fixé au 23 octobre 2015 pour l'examen du Dr K\_\_\_\_\_ auquel il ne s'est pas présenté sans avertir l'expert, respectivement la compensation de CHF 600.- opérée par l'intimé sur sa rente d'invalidité de juillet 2016.

---

Force est de constater que l'intimé n'invoque aucune disposition légale à la base de sa facturation de CHF 600.- au recourant. Le domaine des assurances sociales est régi par le principe général de la gratuité de la procédure. Sauf base légale expresse, les frais administratifs liés à la mise en œuvre de l'assurance doivent être assumés par l'assureur (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_258/2010 du 30 novembre 2011 consid. 5.6).

Selon l'art. 45 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. À défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement (al. 1). Les frais peuvent être mis à la charge de la partie qui empêche ou entrave l'instruction de manière inexcusable après sommation et indication des conséquences (al. 3).

En l'espèce, dans son courrier initial du 19 juin 2015 fixant au recourant un rendez-vous le 4 août 2015 avec le Dr K\_\_\_\_\_ aux fins d'expertise, l'intimé n'indique pas quelles seraient les conséquences d'une absence à ce rendez-vous. Par ailleurs, le dossier ne contient aucun document relatif au rendez-vous du 23 octobre 2015 et l'intimé ne soutient pas qu'il a adressé une sommation au recourant avec indication des conséquences en cas d'absence audit rendez-vous. Par conséquent, faute d'avoir respecté les conditions de l'art. 45 al. 3 LPGA, l'intimé n'est pas en droit de demander au recourant le paiement des CHF 600.- facturés par le Dr K\_\_\_\_\_, étant précisé, au surplus, que pour pouvoir facturer un tel montant, l'expert devait établir un dommage du même montant, pièce qui ne figure toutefois pas davantage au dossier.

Dès lors, il appartient à l'intimé de verser au recourant le montant de CHF 600.- déduit à tort de la rente d'invalidité de juillet 2016.

18. Le recourant requiert dans ses écritures des actes d'instruction à entreprendre dans le cadre de la procédure judiciaire.

Le juge peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction, sans que cela n'entraîne une violation du droit d'être entendu, s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves en général : ATF 131 I 153 consid. 3; ATF 130 II 425 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_42/2015 du 29 mai 2015 consid. 5.1). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 136 I 229 consid. 5.3; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

En l'espèce, l'audition sollicitée par le recourant du Dr K\_\_\_\_\_ et du Prof. I\_\_\_\_\_, ainsi que celle du physiothérapeute ont pour but de démontrer que l'état de santé du recourant et sa capacité de travail ne se sont pas améliorés depuis la décision initiale de rente. Au vu de l'appréciation que fait la chambre de céans de l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ servant de base à la décision de révision de rente, par



appréciation anticipée des preuves, il n'y a pas lieu de procéder aux actes d'instruction invoqués par le recourant dès lors qu'ils ne sont pas susceptibles de modifier l'issue du litige. Il en va de même de l'audition d'un témoin de Jéhovah.

Quant à la production du dossier du Ministère public, cet acte d'instruction n'est pas davantage susceptible de modifier l'issue du litige dès lors que la chambre céans a laissé ouverte la question de savoir si les rapports de surveillance et les vidéos peuvent être utilisés en tant que moyen de preuve.

19. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis partiellement et les décisions du 20 juin 2016 et du 26 juillet 2017 seront annulées.

Le recourant obtenant gain de cause et étant représenté, une indemnité de CHF 2'500.- 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]).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement au sens des considérants et annule les décisions du 20 juin 2016 et du 26 juillet 2017.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 2'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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