



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3469/2017

ATAS/98/2020

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt en révision du 10 février 2020

10^{ème} Chambre

En la cause

SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS
D'ACCIDENTS, représentée par sa division juridique, sise
Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, LUCERNE

Demanderesse
en révision

contre

**ARRÊT DE LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES
DU 23 OCTOBRE 2017, ATAS/933/2017**

dans la cause A/3469/2017 opposant

Monsieur A_____, domicilié AÏRE, comparant avec élection de
domicile en l'étude de Maître Luigi CATTANEO

Défendeur en
révision

à

SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS
D'ACCIDENTS, représentée par sa division juridique, sise
Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Pierre-Bernard PETITAT et
Georges ZUFFEREY , Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1974, travaillait depuis le 1^{er} mai 2005 pour le compte de l'Entreprise de nettoyage B_____. A ce titre, il était assuré contre les accidents - professionnels ou non - auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).

Concrètement, il exerçait trois activités pour l'entreprise précitée (procès-verbal d'entretien du 9 juin 2016) : nettoyeur (tous les jours), aide-parqueteur (une à deux fois par semaine) et jardinier (une à deux fois par mois).

2. Le 27 janvier 2016, l'assuré a retenu un conteneur qui basculait. Il a alors ressenti une forte douleur à l'épaule mais il a tout de même continué son activité.
3. En raison de la persistance des douleurs, il a consulté, le 13 février 2016, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en médecine interne, médecin auprès du centre médical de la Servette, qui lui a délivré un arrêt de travail dès cette date.
4. La SUVA a pris en charge les suites de l'accident du 27 janvier 2016.
5. Les diverses investigations menées ont en substance montré une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, avec fissure et désinsertion des fibres profondes du supra-épineux et du subscapulaire, une bursite sous-acromiale et une déchirure focale du muscle deltoïde (cf. radiographie et échographie de l'épaule droite du 15 février 2016 ; IRM de l'épaule droite du 18 mars 2016 ; rapport initial du 15 avril 2016 de la Dresse C_____ et rapport de consultation du 6 mai 2016 et rapport intermédiaire du 16 mai 2016 du docteur D_____, médecin adjoint au service de chirurgie orthopédique, département de chirurgie, hôpitaux universitaires de Genève [ci-après les HUG]).
6. Le 14 juin 2016, l'assuré a subi une arthroscopie préconisée, laquelle a consisté en une ténodèse du long chef du biceps par vis d'interférence et réinsertion du sus-épineux (cf. compte-rendu opératoire du 15 juin 2016).
7. Depuis le 26 juillet 2016, l'assuré est suivi, sur le plan psychique, par la doctoresse E_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour un état dépressif réactionnel suite à l'accident du 27 janvier 2016 (cf. courrier de la Dresse E_____ du 14 novembre 2016).
8. Dans son rapport intermédiaire du 12 novembre 2016, la Dresse C_____ a évoqué des complications sous la forme d'un syndrome douloureux régional complexe (CRPS) de la branche du nerf cutané latéral du bras droit avec allodynie et débordement extra-territorial.
9. A la demande de la SUVA, l'assuré a été hospitalisé à la clinique romande de réadaptation (CRR) du 21 décembre 2016 au 24 janvier 2017.

Lors de son admission, l'assuré se plaignait de douleurs, sous la forme de brûlures, fourmillements et « coups de poignard », partant depuis l'épaule droite, irradiant proximatement jusqu'à l'hémicrâne droit et distalement jusqu'à la main droite.

Au cours du séjour, l'assuré a bénéficié de séances de physiothérapie et d'ergothérapie. Un ENMG et un ultrason de l'appareil locomoteur ont été réalisés les 22 décembre 2016, respectivement 11 janvier 2017. Enfin, l'assuré a été examiné par un psychiatre et un orthopédiste.

Les diagnostics retenus par les médecins à l'issue du séjour étaient les suivantes (cf. rapport de la CRR du 16 février 2017) : tendinopathie chronique des tendons sous-scapulaire et sus-épineux droits ; légère atteinte myélinique focale sensitive du nerf médian au poignet droit, sans traduction clinique ; douleurs basi-cervicales irradiant vers la tempe droite probablement d'origine mécanique ; troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxio-dépressive ; traumatisme de l'épaule droite le 27 janvier 2016 avec rupture profonde du sus-épineux et ténosynovite du long chef du biceps avec subluxation latérale ; arthroscopie de l'épaule droite avec ténodèse du long chef du biceps par vis interférence et réinsertion du sus-épineux ; infiltration à l'épaule droite en mars 2016 ; syndrome douloureux régional complexe (CRPS) de type I en complication et en comorbidités, uncodiscarthrose débutante en C3-C4 et C4-C5, sans signe de conflit discoradiculaire, hypertension artérielle traitée et tabagisme actif 25 UPA.

Pour les médecins de la CRR, le comportement douloureux présenté par l'assuré ne pouvait être mis sur le compte du problème tendineux au niveau de la coiffe des rotateurs (cf. rapport du 24 janvier 2017 du docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique) et les plaintes et limitations fonctionnelles (mouvements répétitifs avec le membre supérieur droit et port de charges avec ce même membre) ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées au cours du séjour. Le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réactions anxieuses et dépressives rendait mieux compte des plaintes et limitations et pouvait influencer le retour au travail. En outre, des facteurs contextuels (kinésiophobie, catastrophisation, sous-estimation importante de ses propres capacités fonctionnelles, comportement douloureux et autolimitant chez un patient sans formation certifiante et sans contrat de travail), jouaient également un rôle important dans les plaintes et limitations fonctionnelles de l'assuré et influençaient défavorablement le retour au travail.

La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical mais elle devait l'être dans un délai de trois mois.

10. La SUVA a soumis le dossier de l'assuré à son médecin d'arrondissement, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Après avoir résumé le rapport du Dr F_____ du 24 janvier 2017 et celui de la CRR du 16 février 2017, le médecin d'arrondissement précité a considéré, dans une appréciation du 10 mars 2017, que les troubles, dont souffrait encore l'assuré et qui justifiaient l'incapacité

de travail, n'étaient plus en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident assuré, au vu de l'ensemble des pièces du dossier. Par conséquent, pour les seules suites de l'accident, la capacité de travail était totale dans l'activité habituelle de concierge et aide-parqueteur. Les troubles de l'épaule droite et la complication de syndrome douloureux régional complexe (CRPS) de type I étaient à charge du dossier, au contraire de l'atteinte myélinique du nerf médian, de l'uncodiscarthrose débutante, de l'hypertension artérielle et du tabagisme actif. Quant au trouble de l'adaptation avec réaction mixte, il devait être évalué par un médecin-psychiatre.

11. Par décision du 20 mars 2017, la SUVA a mis un terme à ses prestations avec effet au 31 mars 2017 compte tenu des conclusions des médecins de la CRR et de son médecin d'arrondissement, lesquels étaient d'avis que l'accident assuré ne jouait plus de rôle dans les troubles encore présentés par l'assuré.
12. Le 3 mai 2017, l'assuré s'est opposé à la décision précitée et a notamment produit les documents suivants :
 - Un résumé de prise en charge en rééducation sensitive en ergothérapie établi le 4 avril 2017 par Madame H_____, ergothérapeute au département des neurosciences cliniques des HUG, dont il ressort que les signes d'examen clinique du CRPS étaient identiques en date des 17 octobre 2016 et 6 mars 2017, avec la présence des symptômes suivants : allodynie, changement de couleur de peau, œdème évident, changements de sudation, sudation asymétrique, diminution de la mobilité de l'épaule et dysfonctionnement moteur de l'épaule (amyotrophie des muscles du membre supérieur droit). L'assuré se plaignait de douleurs sensorielles (sensations de « décharges électriques », de « rayonnement », de « coups de poignard », de « compression », de « déchirure », de « cuisson », de « froid », de « fourmillements » et d'« engourdissement ») et de douleurs affectives-émotionnelles (la situation était « épuisante », « angoissante », « insupportable », « suffocante », « énervante », « déprimante » et « cruelle »). Les dernières plaintes étaient centrées sur des sensations de « fourmillements » au niveau du territoire de distribution cutanée du nerf médian et des « douleurs importantes » à l'avant-bras droit. L'assuré ressentait beaucoup moins de force en distal. Par ailleurs, des tremblements étaient apparus. Les douleurs neuropathiques s'étaient péjorées à partir de novembre 2016 suite au séjour à la CRR, avec notamment l'apparition de nouvelles douleurs neuropathiques au niveau du département occipital et une accentuation sur l'hémicorps droit. Les douleurs dans la nuque et le membre supérieur droit handicapaient beaucoup l'assuré dans son quotidien, pour s'habiller ou se laver par exemple.
 - Un rapport de la Dresse C_____ du 6 avril 2017, dont il ressort que l'évolution avait été peu favorable avec l'apparition post-opératoire d'un CRPS du membre supérieur droit et de douleurs cervicales irradiant au niveau de l'hémicrâne droit, en lien avec la dysbalance et des contractures musculaires secondaires aux

douleurs d'épaule. Selon le médecin précité, les douleurs et limitations étaient consécutives au traumatisme à l'épaule droite du mois de janvier 2016.

- Un rapport du 12 avril 2017 du docteur I_____, médecin-chef de clinique à l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG, dont il ressort que ce médecin était en désaccord avec la décision de la SUVA du 20 mars 2017, l'incapacité de travail dans l'activité habituelle étant directement liée à l'accident assuré.
13. Une scintigraphie osseuse en phase précoce, réalisée le 18 mai 2017, a montré une discrète asymétrie de la fixation au niveau des épaules, au profit de la droite, et moindre au niveau des petites articulations de la main et du coude, en faveur d'une algodystrophie du membre supérieur droit, en cours de résolution.
 14. La SUVA a soumis les pièces précitées au Dr G_____, qui a persisté dans ses conclusions dans une appréciation datée du 16 juin 2017.
 15. Par décision sur opposition du 21 juin 2017, la SUVA a confirmé la fin des prestations au 31 mars 2017, notamment après examen du lien de causalité adéquate, lequel faisait, selon elle, défaut.
 16. Le 22 août 2017, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée et a notamment produit :
 - Un rapport du Dr I_____, daté du 28 juin 2017, dans lequel ce médecin a notamment rappelé la définition du CRPS. L'assuré présentait des épisodes de tuméfactions de la main et du bras droits, des sudations unilatérales de la main, du coude et de l'épaule droits, ainsi que des douleurs de type neurogène descendantes et ascendantes du point de départ de l'épaule droite, touchant également l'hémiface droite. Un bilan ergothérapeutique avait mis en évidence une zone d'allodynie touchant les territoires de la branche supérieure du nerf cutané latéral ainsi que du nerf ophtalmique, branche du nerf trijumeau droit. L'assuré présentait également une diminution de la force diffuse du membre supérieur droit associée à une dystonie de la main sous forme de tremblement en prosupination. L'épaule montrait une amyotrophie généralisée des muscles deltoïdes, coiffe des rotateurs et stabilisateurs de l'omoplate. La scintigraphie du 18 mai 2017 avait mis en évidence des éléments plaidant en faveur d'un CRPS du membre supérieur droit en cours de résolution. Enfin, pour le Dr I_____, l'intervention chirurgicale du 14 juin 2016 était vraisemblablement un facteur déclenchant du syndrome au décours susmentionné.
 - Un rapport du 3 juillet 2017, dans lequel les médecins du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, ont considéré, après avoir rappelé l'historique médical de l'assuré, que ce dernier présentait une algoneurodystrophie encore en phase active, expliquant les douleurs de l'hémicorps droit, à la suite d'une intervention de la coiffe des rotateurs en juin 2016, dont les lésions étaient compatibles avec un accident.

17. La SUVA a soumis les pièces produites par l'assuré à son médecin-conseil, le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie, lequel s'est prononcé, dans une appréciation du 17 octobre 2017. Il en ressort ce qui suit.

Le CRPS de type I pouvait être défini comme un syndrome douloureux se développant localement après un événement nociceptif, de façon disproportionnée par rapport à l'événement initial et ne restant pas limité au territoire de projection d'un nerf périphérique. Le CRPS évoluait en principe en trois phases : une phase aiguë (la phase chaude) de trois mois au maximum, une phase de résolution (la phase froide) pouvant durer jusqu'à deux ans et une phase de stabilisation, correspondant à un état non évolutif, séquellaire (rare) ou non. En dehors d'un état douloureux, les séquelles de CRPS étaient caractérisées par des ankyloses articulaires dans la zone touchée, des troubles dystrophiques superficiels (revêtement cutané, phanères) et profonds (atrophie musculaire), souvent accompagnés de contractures.

Après avoir décrit les critères devant être réunis pour retenir un diagnostic de CRPS, le Dr J_____ a relevé que, selon les médecins de la CRR, l'assuré présentait encore quelques symptômes et signes compatibles avec un CRPS (troubles vasomoteurs, sudomoteurs et œdèmes légers), de sorte qu'une stabilisation pouvait être attendue trois mois plus tard, c'est-à-dire en mars 2017. C'était sur cette appréciation que s'était appuyé le Dr G_____ dans son rapport du 17 mars 2017. Les documents subséquents n'avaient apporté aucun élément médical nouveau, de sorte que c'était à juste titre que le Dr G_____ avait maintenu, en date du 16 juin 2017, ses conclusions du 17 mars 2017. Le rapport du Dr I_____ du 28 juin 2017 apportait toutefois un élément médical nouveau, à savoir le fait que l'assuré souffrait encore d'un CRPS en phase froide, vu la présence de signes vasomoteurs (épisodes de tuméfactions de la main et du bras droits, sudations unilatérales de la main, du coude et de l'épaule droits). Pour le Dr J_____, la présence de ces signes vasomoteurs prouvait que le CRPS que l'assuré avait développé suite à l'intervention du mois de juin 2016 n'était pas encore en phase de stabilisation, ce qui n'était pas exceptionnel étant donné que la phase froide pouvait durer jusqu'à deux ans.

Répondant aux questions de la SUVA, le Dr J_____ a ainsi considéré que le CRPS développé par l'assuré suite à l'intervention du mois de juin 2016 était en lien de causalité pour le moins probable avec l'intervention en question. En juin 2017, le syndrome en question était toujours en phase froide, soit en d'autres termes en phase active. La situation suite à cette intervention n'était pas stabilisée et l'accident jouait encore un rôle dans les troubles présentés par l'assuré au 31 mars 2017.

18. Se fondant sur le rapport du Dr J_____ du 17 octobre 2017, la SUVA a partiellement acquiescé au recours et a accepté d'allouer ses prestations au-delà du 31 mars 2017.

19. Par arrêt du 23 octobre 2017 (ATAS/933/2017), la chambre de céans a par conséquent annulé la décision sur opposition du 21 juin 2017 et donné acte à la SUVA qu'elle reprendrait et poursuivrait le versement de ses prestations légales au-delà du 31 mars 2017.
20. Suite à l'arrêt précité, la SUVA a sollicité, par courrier du 10 novembre 2017, le dossier compilé par Generali Assurances (ci-après : l'assurance perte de gain), l'assurance perte de gain de l'employeur de l'assuré, laquelle avait pris en charge le cas suite à la décision de suppression des prestations, du 20 mars 2017.
21. Le 15 novembre 2017, l'assurance perte de gain a transmis à la SUVA le dossier requis, comprenant notamment :
 - Une demande de prestations d'invalidité datée du 14 juillet 2016.
 - Un rapport de surveillance établi par une société de détectives privés, dont il ressort que les mardis 12, 19 et 26 septembre 2017, l'assuré avait notamment été aperçu en train de se servir de sa main droite lors des activités suivantes : conduire une voiture manuelle, ouvrir le coffre de sa voiture, ouvrir la portière de sa voiture, se frotter le haut de la tête, tenir un document, serrer des mains, tenir une tasse de café et la porter à sa bouche, manipuler des plaques d'immatriculation, effectuer des opérations à un guichet bancaire, fumer, utiliser un chiffon, une brosse de lavage et un jet haute pression lors du lavage de sa voiture; ou encore essorer un chiffon.
 - Le compte rendu d'un entretien qui s'était tenu le 11 octobre 2017, notamment en compagnie de la belle-fille de l'assuré, contresigné, à teneur duquel, selon ses propres dires, l'assuré ne pouvait pas utiliser son membre supérieur droit pour manger ou boire, porter une tasse, tenir une feuille, passer un chiffon sur une table ou une vitre, serrer la main de quelqu'un, lever le bras au-dessus de ses hanches, effectuer un travail de force, étant précisé qu'avec l'accord de l'assuré, ses limitations avaient été filmées. Lors de l'entretien, l'assuré avait également expliqué qu'il n'avait conduit qu'à une seule reprise son véhicule, mais qu'il avait dû arrêter en raison de ses douleurs. À la demande de l'assuré, sa belle-fille avait relu le protocole d'entretien avec lui. Cela fait, ils l'avaient tous les deux signé.
 - Le compte-rendu d'un deuxième entretien, toujours en date du 11 octobre 2017, au cours duquel les représentants de l'assurance perte de gain avaient confronté l'assuré aux constatations des détectives privés. L'assuré avait indiqué que ses limitations dépendaient des jours. Pour sa part, l'assurance perte de gain avait expliqué à l'assuré les suites qu'elle entendait donner, à savoir notamment la fin du versement des prestations avec effet immédiat. La possibilité d'un arrangement avait été évoquée, ce que l'assuré avait dans un premier temps accepté en expliquant qu'il avait exagéré ses troubles par peur de ne pas les voir reconnus. Il était alors sorti de la pièce pour fumer une cigarette et, à son retour, avait refusé de signer le deuxième protocole d'entretien.

- Un courrier du 17 octobre 2017 adressé à l'assuré dont il ressort que l'assurance perte de gain mettait un terme à ses prestations avec effet au 1^{er} octobre 2017 compte tenu des contradictions importantes entre les explications données par l'assuré et les constatations des détectives privés. Par ailleurs, l'assurance perte de gain exigeait le remboursement de CHF 38'531.40, soit CHF 31'289.40 des prestations versées à tort et CHF 6'242.- de frais extraordinaires (honoraires des détectives privés et frais liés aux recherches durant 15 heures).
 - Le projet de décision du 2 janvier 2018 de l'OAI, informant l'assuré de son intention de rejeter la demande, la capacité de travail dans l'activité habituelle étant entière depuis le 22 décembre 2016.
 - Divers documents médicaux, dont :
 - Un rapport du docteur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du 12 octobre 2017, dans lequel ce médecin a posé le diagnostic d'état de stress post-traumatique, concourant à l'évolution pathologique suite à l'accident de janvier 2016 et à l'opération y consécutive.
 - Un bref rapport du docteur L_____, médecine interne générale FMH, médecin-conseil de l'assurance perte de gain, dans lequel ce médecin concluait à une incohérence clinique manifeste et intentionnelle entre les plaintes de l'assuré, présentes dans le dossier médical (comprenant notamment des vidéos prises lors de l'entretien du 11 octobre 2017) et les constatations relevées lors de l'observation.
22. Par courrier du 22 décembre 2017, la SUVA a informé l'assuré qu'elle versait à son dossier celui de l'assurance perte de gain. Les vidéos et le rapport de surveillance allaient par ailleurs être soumis à son service médical avant prise de position.
23. Le 8 janvier 2018, l'assuré s'est opposé à l'utilisation, par la SUVA, du rapport de surveillance et des vidéos transmises sans son accord. Il contestait en outre les affirmations de l'assurance perte de gain.
24. Par courrier du 9 janvier 2018, la SUVA a rappelé à l'assuré que la jurisprudence lui permettait d'utiliser comme moyen de preuve le résultat d'une surveillance, conforme au droit, mise en œuvre par une assurance de responsabilité civile (ATF 132 V 241).
25. Les 26 et 29 janvier 2018, l'assuré a transmis à la SUVA divers rapports dont notamment :
- Un rapport de la Dresse C_____ du 15 janvier 2018, dont il ressort que l'assuré souffrait de cervicalgies post-traumatiques suite à un accident de voiture le 30 juin 2014 ayant entraîné un coup du lapin, qui contribuaient également aux douleurs actuelles. Par ailleurs, l'accident du 27 janvier 2016 avait entraîné une rupture transfixiante des tendons sus-épineux et infra-épineux de l'épaule droite. Par la suite, l'assuré avait développé des douleurs

chroniques, attribuées à un CRPS, confirmé par une scintigraphie osseuse en mai 2016. Dans ces circonstances, il semblait très difficile que l'assuré puisse reprendre une activité manuelle dans une entreprise de nettoyage en raison non seulement des douleurs du membre supérieur droit mais également des douleurs para-cervicales droites et d'une hémicrânie droite. S'y ajoutait encore un syndrome de stress post-traumatique, pour lequel l'assuré était régulièrement suivi par le Dr K_____.

- Un rapport du Dr K_____ du 24 janvier 2018, évoquant sur le plan psychique un état de stress post-traumatique consécutif au conflit dans son pays d'origine, et une rechute d'état dépressif moyen à sévère sans symptômes psychotiques.
 - Un rapport du Dr I_____ adressé le 25 janvier 2018 à l'OAI, dans lequel ce médecin manifestait son désaccord avec le refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles, contestant une pleine capacité de travail dès le 22 décembre 2016.
 - Un rapport établi le 11 mai 1998 par le docteur M_____, médecin auprès du département de médecine communautaire, à l'hôpital de Belle-Idée, dans lequel les diagnostics de stress post-traumatique sévère, état dépressif majeur, gastrite ou ulcère de stress, céphalées post-commotionnelles et séquelles de blessure de guerre étaient posés.
26. Par courrier du 16 février 2018, l'employeur de l'assuré a résilié le contrat de travail de celui-ci avec effet au 31 mai 2018.
27. La SUVA a soumis le dossier de l'assuré à son médecin d'arrondissement, la docteure N_____, médecin praticien, laquelle a considéré, dans une appréciation datée du 20 avril 2018, que les mouvements observés lors des activités déployées par l'assuré étaient en contradiction avec les limitations fonctionnelles retenues et l'impotence fonctionnelle démontrée le 11 octobre 2017. La capacité de travail était entière, sans diminution de rendement, dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvements répétés et de manière prolongée des bras au-dessus de l'horizontale toute la journée (ne faire les vitres qu'une à deux fois par mois par exemple), pas de port répété et quotidien de charges lourdes de plus de 1 kg de la taille jusqu'aux épaules et de plus de 7,5 kg au-dessus de la tête. Pour la Dresse N_____, les conclusions de l'appréciation du Dr G_____ du 10 mars 2017 étaient ainsi toujours valables.
28. Par courrier du 15 mai 2018, l'assuré, sous la plume de son conseil, s'est une nouvelle fois opposé à l'utilisation du résultat des surveillances mises sur pied par l'assurance perte de gain, en invoquant une violation de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH - RS 0.101) et en se référant à un arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme. Il a également rappelé que ses médecins s'accordaient à considérer que l'accident assuré avait entraîné une incapacité totale de travailler, laquelle devait être prise en charge par la SUVA.

29. Par décision du 29 mai 2018, la SUVA a, en se fondant sur l'appréciation du 20 avril 2018, informé l'assuré qu'elle devait clore le cas au 31 mars 2017 en ce qui concernait les suites de l'accident assuré.
30. Par décision du 7 juin 2018, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2017 en raison de son incapacité de travailler dans toute activité depuis le 27 janvier 2016.
31. Le 19 juillet 2018, la SUVA (ci-après : la demanderesse) a saisi la chambre de céans d'une demande de révision de l'arrêt du 23 octobre 2017, sollicitant l'annulation de l'arrêt du 23 octobre 2017 et le rétablissement de la décision sur opposition du 21 juin 2017. À l'appui de sa demande, elle a expliqué que l'appréciation du 20 avril 2018 attestait de faits nouveaux importants, de nature à modifier l'état de fait à la base de l'arrêt du 23 octobre 2017 et était susceptible de conduire à un jugement différent de la chambre de céans s'agissant de la fin des prestations au 31 mars 2017. En effet, l'arrêt du 23 octobre 2017 était fondé sur l'appréciation du Dr J_____ du 17 octobre 2017, lequel n'avait pas connaissance des nouveaux éléments de fait. Par conséquent, si la SUVA avait eu connaissance, antérieurement à l'arrêt du 23 octobre 2017, des éléments d'observation de l'assurance perte de gain, sur la base desquels la Dresse N_____ avait établi son appréciation, elle n'aurait pu que constater l'absence d'incapacité de travail dans la profession habituelle de l'assuré, étant rappelé que l'appréciation du médecin précité venait confirmer une capacité de travail entière de l'assuré dans son activité habituelle.
32. Par décision sur opposition du 24 juillet 2018, la demanderesse a annulé sa décision du 29 mai 2018 compte tenu de la demande de révision déposée le 19 juillet 2018.
33. Le 20 août 2018, l'assuré (ci-après : le défendeur) a répondu à la demande de révision concluant, à la forme, à son irrecevabilité et, au fond, préalablement, à la réalisation d'une expertise et, principalement, au rejet de la demande de révision du 20 juillet 2018, et cela fait, à la confirmation de l'arrêt de la chambre des assurances sociales du 23 octobre 2017 (ATAS/933/2017) et à l'octroi des prestations d'assurance, notamment des indemnités journalières et des frais médicaux à dater du 31 mars 2017, pour une période de temps encore indéterminée, le tout avec suite de frais et dépens.

S'agissant de la recevabilité, le défendeur a considéré que la demande de révision était hors délai. En effet, elle aurait dû être déposée dans les trois mois à compter de la réception du dossier de l'assurance perte de gain, soit en mars 2018. En outre, la demanderesse avait commis un abus de droit en saisissant la chambre de céans d'une demande de révision préalablement à l'annulation, par décision sur opposition du 24 juillet 2018, de sa décision du 29 mai 2018.

Sur le fond, le défendeur a contesté, pour plusieurs raisons, l'utilisation, par la demanderesse, du dossier compilé par l'assurance perte de gain. Cela étant, dans

l'hypothèse où la chambre de céans devrait accepter l'utilisation du dossier précité, il constatait que le choix des séquences d'images présentées n'était pas en contradiction nécessaire avec les faits allégués. En effet, le CRPS entraînait des douleurs qui n'étaient pas constantes. Certains jours, il souffrait plus que d'autres. Les jours de peu de souffrance, il était capable de gestes qui n'étaient pas possibles les jours de fortes douleurs. Au demeurant, ses médecins avaient tous confirmé leurs diagnostics précédents après avoir pris connaissance du dossier de l'assurance perte de gain. Par conséquent, les prétendus faits nouveaux invoqués par la demanderesse n'étaient pas de nature à modifier l'état de fait à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte (ATAS/144/2016 du 22 février 2016).

En annexe figuraient notamment les pièces suivantes :

- Un rapport établi le 6 juin 2018 par la doctoresse O____ et le docteur P____, médecins auprès du département de chirurgie des HUG, dont il ressort que le défendeur se plaignait de douleurs en regard de l'épaule droite irradiant dans le bras, de gonflements au niveau temporal droit et de la main droite associés à une transpiration excessive de ce membre. Ces symptômes étaient extrêmement variables au cours de la journée avec une alternance de périodes asymptomatiques et de moments où la moindre mobilisation lui était impossible. Après avoir examiné le défendeur, les médecins précités avaient conclu à la persistance d'un CRPS de l'épaule, du coude et de la main droits, étant précisé que ce diagnostic décrivait une multitude de conditions douloureuses caractérisées par une douleur continue régionale qui paraissait disproportionnée, en temps et en intensité, avec l'événement déclencheur initial. Souvent associée à des anomalies sensorielles, moteurs, vasomoteurs et eutrophiques, sa programmation dans le temps était extrêmement variable.
 - Un rapport du Dr I_____ du 19 juin 2018, dans lequel ce médecin a retenu, après avoir décrit les symptômes et les constatations cliniques, les diagnostics de tendinopathie de la coiffe des rotateurs à droite, compliquée d'un CRPS chronique du membre supérieur droit avec des composantes musculaires (épicondylite bilatérale, contracture du trapèze). Une des caractéristiques d'une telle atteinte était l'existence d'une symptomatologie en dents de scie, pouvant expliquer une grande variabilité de la fonction au quotidien, selon l'évolution des douleurs présentes. Pour le médecin précité, la symptomatologie restait en outre fortement influencée par un état de stress, aggravée par les litiges asséurologiques au décours.
34. La demanderesse a répliqué par courrier du 15 octobre 2018 et a notamment relevé, s'agissant de l'irrecevabilité de la demande, que conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, un rapport de surveillance ne permettait pas, à lui seul, de juger de l'état de santé et de la capacité de travail d'un assuré. Il devait en effet être renforcé par des données médicales, étant précisé que l'évaluation du matériel d'observation par un médecin pouvait suffire. Partant, le délai légal de trois mois

devait être examiné à compter de l'appréciation de son service médical le 20 avril 2018, de sorte que la demande de révision était recevable.

Pour le surplus, la demanderesse a considéré que la référence du défendeur aux différents avis médicaux était vaine. En effet, le 17 octobre 2017, le Dr J_____ s'était prononcé sur la question de savoir si le CRPS était encore en phase active en mars 2017. Il avait alors confirmé l'absence de nouvel élément médical déterminant justifiant la remise en cause des conclusions du Dr G_____, telles que formulées dans son appréciation du 16 juin 2017. Toutefois, l'avis du Dr I_____ du 28 juin 2017 laissait à penser que les troubles présentés par l'assuré en juin 2017 paraissaient toujours en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 27 janvier 2016. Il s'avérait cependant que les mouvements observés dans les activités déployées par le défendeur à la lumière des enregistrements de vidéosurveillance étaient en contradiction avec les limitations fonctionnelles retenues au dossier. Dans l'appréciation médicale du 20 avril 2018, la Dresse N_____ avait retenu une capacité de travail exigible entière, sans diminution de rendement, dans les activités professionnelles décrites lors de l'enquête du 9 juin 2016. Aussi les conclusions de l'appréciation du Dr G_____ du 10 mars 2017, confirmées le 16 juin 2017, demeuraient parfaitement valables quant à l'estimation de la capacité de travail sur le vu des seuls troubles organiques.

35. Le 8 novembre 2018, le défendeur a sollicité l'audition de sa belle-fille, tout en persistant dans l'ensemble des faits exposés et conclusions du 20 août 2018.
36. Une audience s'est tenue le 26 août 2019.

À cette occasion, Madame Q_____, belle-fille du défendeur, a expliqué qu'elle était très proche de lui et qu'elle le voyait deux à trois fois par semaine. Elle avait assisté à l'entretien du 11 octobre 2017 avec les experts de l'assurance en question. Elle avait signé le premier compte-rendu mais non le second car elle était en désaccord avec la teneur des propos qui y avaient été consignés. L'entretien en question avait été très traumatisant, les experts de l'assurance les ayant mis particulièrement sous pression, et incitant sinon insistants, pour faire avouer à son beau-père des choses qui n'étaient pas vraies. Par exemple, ils voulaient lui faire dire que les douleurs dont il se plaignait à l'épaule étaient inexistantes et qu'il exagérait dans ses plaintes douloureuses. Son beau-père souffrait de son épaule droite depuis le 27 janvier 2016, soit depuis son accident de travail. Il n'était pas du tout du genre geignard, au contraire. Pour le témoin, depuis son accident, son beau-père n'avait pas vu son état de santé s'améliorer. Il avait toujours des douleurs, de la peine à bouger son bras droit, etc. Son handicap pouvait varier d'un jour à l'autre. Il y avait des jours où son bras droit lui permettait de faire plus d'efforts que d'autres. Lorsqu'il essayait de bouger son bras, il en subissait les conséquences les jours suivants.

Également entendue à cette occasion, la représentante de la demanderesse a expliqué que suite à l'arrêt (de la chambre de céans) du 23 octobre 2017, la

demanderesse avait procédé comme elle le faisait habituellement. Elle avait ainsi pris des renseignements auprès de l'assurance perte de gain pour connaître l'évolution du dossier et l'existence éventuelle de nouvelles pièces médicales. C'était dans ce contexte qu'elle avait appris l'existence du rapport de surveillance. Vu les renseignements obtenus, elle avait entrepris auprès du défendeur les démarches qu'elle estimait justifiées, avant d'aboutir à la demande de révision de l'arrêt du 23 octobre 2017.

Quant au défendeur, il ne remettait pas en cause l'authenticité des constatations résultant du matériel vidéo et photographique réuni par le détective mandaté par l'assurance perte de gain. Il relevait toutefois que cette période coïncidait avec les semaines qui avaient suivi un examen aux HUG, lors duquel les médecins lui avaient recommandé de bouger avec son membre supérieur droit et de faire éventuellement du fitness pour le mobiliser. Il ne contestait donc pas être capable de bouger ce bras, au besoin de porter des charges pas trop lourdes avec le bras droit, ou de tenir des objets avec la main droite. En revanche, il ne pouvait pas travailler. Il avait essayé, mais avait dû arrêter, car en fin de journée, son épaule le faisait souffrir et perturbait son sommeil en raison des irradiations qu'il sentait dans le bras. S'agissant du rendez-vous du 11 octobre 2017, il avait signé le premier procès-verbal et refusé de signer le second, dès lors que les choses s'étaient bien passées dans un premier temps, les représentants de l'assurance perte de gain ayant ensuite été particulièrement agressifs avec lui, à tel point qu'à un moment donné il avait décidé de partir pour fumer une cigarette. Il n'avait jamais soumis à ses médecins traitants le matériel vidéo et photographique, pas plus que le rapport du détective mais leur en avait parlé. Il avait juste montré à son psychiatre certaines photos prises par le détective. Les avis médicaux postérieurs à toute la problématique liée à l'assurance perte de gain étaient ainsi sans relation avec les constatations du détective. Ses médecins n'avaient alors fait que se prononcer sur son état de santé et son évolution.

37. Le 5 septembre 2019, la demanderesse a transmis à la chambre de céans un CD-Rom comportant les vidéos réalisées lors de l'entretien du 11 octobre 2017 ainsi que le « best of » de la société de détectives privés.
38. Sur ce, 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), 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. À 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. La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant 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 litige porte sur la possibilité de réviser l'arrêt du 23 octobre 2017 (ATAS/933/2017) et, singulièrement, sur la recevabilité de la demande de révision et l'existence de faits nouveaux.

5. Selon l'art. 61 let. i LPGA, les jugements des tribunaux cantonaux des assurances sont soumis à révision si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts ou si un crime ou un délit a influencé le jugement. Cette disposition légale fixe les motifs de révision qu'il est possible de faire valoir en procédure cantonale, mais laisse au droit cantonal la compétence de régler la procédure de révision (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 2e éd., n. 134 ad art. 61; cf. aussi ATF 111 V 51). En particulier, la question du délai de révision relève du droit cantonal (arrêt du Tribunal fédéral des assurances sociales I 642/04 du 6 décembre 2005 consid. 1).

Aux termes de l'art. 80 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE - E 5 10), il y a lieu à révision lorsque, dans une affaire réglée par une décision définitive, il apparaît qu'un crime ou un délit, établi par une procédure pénale ou d'une autre manière, a influencé la décision (let. a); que des faits ou des moyens de preuve nouveaux et importants existent, que le demandeur ne pouvait connaître ou invoquer dans la procédure précédente (let. b); que, par inadvertance, la décision ne tient pas compte de faits invoqués et établis par pièce (let. c); que la juridiction n'a pas statué sur certaines conclusions des parties de manière à commettre un déni de justice formel (let. d); que la juridiction qui a statué n'était pas composée comme la loi l'ordonne ou que les dispositions sur la récusation ont été violées (let. e).

Selon l'art. 81 LPA-GE, la demande de révision doit être adressée par écrit à la juridiction qui a rendu la décision dans les trois mois dès la découverte du motif de révision (al. 1), mais au plus tard dans les dix ans (al. 2). Elle doit en particulier

indiquer le motif de révision et contenir les conclusions du requérant pour le cas où la révision serait admise et une nouvelle décision prise.

À teneur de l'art. 17 LPA-GE, les délais commencent à courir le lendemain de leur communication ou de l'événement qui les déclenche (al. 1). Le délai fixé par semaines, par mois ou par années expire le jour qui correspond par son nom ou son quantième à celui duquel il court; s'il n'y a pas de jour correspondant dans le dernier mois, le délai expire le dernier jour dudit mois (al. 2).

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 (ATF 137 I 327 consid. 7.1 ; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2017 consid. 4.3.1, 9C_342/2017 du 29 janvier 2018 consid. 5 et 9C_25 2015 du 1^{er} mai 2015 consid. 4.1). Les rapports d'observation basés essentiellement sur des photographies ou des vidéos peuvent permettre au médecin de porter un jugement sur la répercussion des affections somatiques sur la capacité de travail de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2017 consid. 4.3.1 et 9C_342/2017 du 29 janvier 2018 consid. 5).

6. En l'espèce, le défendeur considère que la demanderesse aurait dû saisir la chambre de céans dans les trois mois suivant la réception du dossier, le 15 novembre 2017.

C'est le lieu de relever que conformément à la jurisprudence susmentionnée, un rapport de surveillance ne permettait pas, à lui seul, de se prononcer sur l'état de santé du défendeur. À réception du dossier, la demanderesse n'était donc pas en mesure de se déterminer sur l'existence d'un fait nouveau. Elle a donc soumis le rapport de surveillance à son médecin d'arrondissement, lequel s'est prononcé le 20 avril 2018. Ce n'est donc qu'à la réception de l'appréciation de son médecin d'arrondissement que la demanderesse a pu se déterminer sur l'existence d'un fait nouveau. Le délai de trois mois a donc commencé à courir dès cette date.

Dans la mesure où la demande de révision a été reçue par la chambre de céans le 20 juillet 2018, le délai de trois mois a été sauvegardé.

La demande de révision est par conséquent recevable.

7. a. La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110). Sont « nouveaux » au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte (ATF 134 III 669 consid. 2.2). Les preuves, quant à

elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Il faut des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs (ATF 127 V 358 consid. 5 b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_422/2011 du 5 juin 2012 consid. 4).

b. La révision, voie de droit extraordinaire, se distingue de l'appel. Elle vise à empêcher que le tribunal fonde sa conviction sur un état de fait incomplet et ignore des éléments déterminants qui résultent des pièces du dossier; elle n'a pas pour but de permettre un réexamen de la solution juridique retenue par l'arrêt dont la révision est demandée (arrêts du Tribunal fédéral 1F_12/2015 du 27 avril 2015 consid. 3 et 2A.287/2001 du 2 juillet 2001 consid. 1b; ATAS/82/2018 du 30 juin 2018 consid. 5b).

8. a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées 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 LPG; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

b/aa. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur

l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «*post hoc, ergo propter hoc*»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

b/bb Les notions de syndrome douloureux régional complexe (CRPS - Complex regional pain syndrome en anglais), algodystrophie ou maladie de Sudeck désignent, en médecine, un état maladif post-traumatique, qui est causé par un traumatisme bénin, qui se transforme rapidement en des douleurs importantes et individualisées avec des sensations de cuisson, qui s'accompagnent de limitations fonctionnelles de type moteur, trophique ou sensori-moteur. Toute une extrémité ou une grande partie d'une zone du corps est touchée. Les causes peuvent non seulement être une distorsion d'une articulation mais aussi, par exemple, un infarctus. La discordance entre le traumatisme à l'origine, qui peut en réalité être qualifié de bagatelle, et les conséquences est importante. L'étiologie et la pathogenèse de ce syndrome ne sont pas claires. C'est pourquoi, selon la jurisprudence, pour qu'un tel syndrome puisse constituer la conséquence d'un accident, les trois critères suivants doivent être réalisés. a) la preuve d'une lésion physique (comme par exemple un hématome ou une contusion) après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident; b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (comme par exemple : état après infarctus du myocarde, après apoplexie, après ou lors de l'ingestion de barbituriques, lors de tumeurs, de grossesses; etc.) et une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (arrêts du Tribunal fédéral 8C_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2 et 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1 in SVR 2010 UV n° 18 p. 69). Lors des investigations relatives à un CRPS et notamment du diagnostic, la réalisation de radiographies, scintigraphie, test à la ninhydrine ou encore thermographie peut s'avérer nécessaire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_705/2017 du 13 mars 2018 consid. 5.28 et C_955/2008 du 29 avril 2009 consid. 7.1)

Le syndrome douloureux régional complexe (CRPS) appartient aux maladies neurologiques, orthopédiques et traumatologiques et constitue ainsi une atteinte à la santé physique, respectivement corporelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_955/2008 du 29 avril 2009 consid. 6).

c. Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de

celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

9. a. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances 8C_441/2007 du 6 mai 2008 consid. 4.2 et I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

b. Par ailleurs, 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). 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).

10. a. En l'espèce, la demanderesse demande la révision de l'arrêt du 23 octobre 2017, dont il ressort qu'elle s'engageait à prester au-delà du 31 mars 2017. A l'appui de sa demande, elle invoque une appréciation établie le 20 avril 2018 par son médecin d'arrondissement, la Dresse N_____, fondée sur un rapport de surveillance, montrant le défendeur en train d'effectuer des mouvements en contradiction avec les limitations fonctionnelles retenues. Pour le médecin d'arrondissement précité, la capacité de travail était ainsi entière, sans diminution de rendement, dans les activités décrites le 9 juin 2016, étant précisé que ces activités devaient toutefois respecter un certain nombre de limitations fonctionnelles qu'elle a précisées.

En d'autres termes, la demanderesse invoque un fait nouveau, sous la forme d'une capacité de travail entière du défendeur et ce déjà en date du 31 mars 2017.

Il s'agit donc d'examiner si ces éléments peuvent être qualifiés de faits nouveaux ou de preuves nouvelles et, dans l'affirmative, s'ils sont susceptibles de modifier l'état de fait à la base de l'arrêt du 23 octobre 2017 et de conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte.

b. Préalablement, il convient de rappeler les faits ayant conduit à l'arrêt du 23 octobre 2017.

b/aa. Le défendeur a séjourné à la CRR du 21 décembre 2016 au 24 janvier 2017.

Lors de son admission, il se plaignait de douleurs, sous la forme de brûlures, fourmillements et « coups de poignard », partant depuis l'épaule droite, irradiant proximatement jusqu'à l'hémicrâne droit et distalement jusqu'à la main droite.

Dans son rapport du 24 janvier 2017, le Dr F_____ a considéré que le comportement douloureux du défendeur n'était plus lié à la tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Quant aux médecins de la CRR, ils étaient d'avis, dans leur rapport du 16 février 2017, que les troubles et symptômes du CRPS étaient légers et que le trouble psychique rendait mieux compte des plaintes et limitations du défendeur. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de trois mois.

Par appréciation du 10 mars 2017, se fondant exclusivement sur le rapport du Dr F_____ du 24 janvier 2017 et celui de la CRR du 16 février 2017, le Dr G_____, médecin de la demanderesse, a considéré que :

- Les troubles de l'épaule droite et la complication sous la forme d'un CRPS de type I étaient certes en lien de causalité avec l'accident assuré mais qu'ils n'étaient plus à l'origine des plaintes du défendeur et, partant, de l'incapacité de travail y consécutive.
- Les troubles de l'atteinte myélinique du nerf médian sans traduction clinique, l'uncodiscarthrose C3-C4 et C4-C5 sans signe de conflit discoradiculaire, l'hypertension artérielle et le tabagisme actif, n'étaient pas à la charge de la SUVA.
- En résumé, sur le plan orthopédique, il n'y avait aucune atteinte en lien de causalité avec l'accident assuré justifiant une incapacité de travail.

Compte tenu des conclusions du Dr G_____, la demanderesse a considéré, par décision du 20 mars 2017, que les troubles dont souffrait encore le défendeur n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident assuré, raison pour laquelle elle mettait un terme à ses prestations (prise en charge du traitement médical et versement d'indemnités journalières) avec effet au 31 mars 2017.

b/bb. Par décision sur opposition du 21 juin 2017, la demanderesse a confirmé sa décision du 20 mars 2017 de mettre fin aux prestations avec effet au 31 mars 2017, considérant que le lien de causalité adéquate entre l'accident assuré, de peu de gravité, et les troubles psychiques ainsi que les troubles ne pouvant s'expliquer d'un point de vue organique, devait être nié. En outre, pour les seules suites de l'accident, la capacité de travail était totale dans l'ancienne activité telle que décrite dans le rapport d'entretien du 9 juin 2016, étant précisé que les troubles de l'atteinte myélinique du nerf médian et l'uncodiscarthrose C3-C4 et C4-C5 sans signe de conflit discoradiculaire, l'hypertension artérielle et le tabagisme n'étaient pas à la charge de l'assurance-accidents.

Au stade de la décision sur opposition, la situation était donc la suivante du point de vue de la demanderesse :

- Les troubles de l'atteinte myélinique du nerf médian sans traduction clinique, l'uncodiscarthrose C3-C4 et C4-C5 sans signe de conflit discoradiculaire, l'hypertension artérielle et le tabagisme actif, ne sont pas à la charge de la SUVA.
- Les troubles psychiques et les troubles qui ne pouvaient s'expliquer d'un point de vue organique, dont la nature n'a pas été précisée, n'étaient plus en lien de causalité adéquate avec l'accident assuré.
- Les troubles somatiques en lien avec l'accident assuré ne justifiaient plus d'incapacité de travail.

b/cc. Le défendeur a recouru auprès de la chambre de céans en date du 22 août 2017 et a produit plusieurs pièces, que la demanderesse a soumises à son médecin-conseil, le Dr J_____, lequel s'est essentiellement prononcé sur le CRPS.

À teneur de l'appréciation du 17 octobre 2017 du médecin précité :

- Un CRPS de type I comporte trois phases : une phase aiguë (la phase chaude), une phase de résolution (la phase froide), laquelle pouvait durer jusqu'à deux ans, et une phase de stabilisation.
- Les médecins de la CRR avaient retenu, dans leur rapport du 21 décembre 2016, quelques symptômes et signes compatibles avec un CRPS. Lesdits signes étant légers, les médecins avaient considéré que la situation devait être stabilisée trois mois plus tard, soit en mars 2017.
- C'était sur cette base que le Dr G_____ avait établi son appréciation du 10 mars 2017.
- Les rapports médicaux subséquents n'apportaient aucun élément nouveau, ni aucun argument ou explication permettant de considérer que la symptomatologie était encore liée à l'accident.
- La scintigraphie du 18 mai 2017 ne permettait pas non plus de déterminer la phase dans laquelle se trouvait le CRPS.
- Dans ces conditions, le Dr G_____ ne disposait d'aucun élément pour revenir, dans son appréciation du 16 juin 2017, sur ses conclusions du 17 mars 2017.
- Ce n'était en réalité que le rapport du Dr I_____ du 28 juin 2017 qui permettait de considérer que le CRPS se trouvait toujours en phase froide. En d'autres termes, en juin 2017, le trouble précité n'était pas encore en phase de stabilisation. C'est pourquoi, le Dr J_____ a considéré qu'en date du 28 juin 2017, le CRPS était probablement toujours en phase froide, soit en phase active. Partant, dans ces circonstances, l'accident assuré jouait encore un rôle dans les troubles présentés par le défendeur en date du 31 mars 2017.

Faisant suite à l'appréciation du Dr J_____ du 17 octobre 2017, la demanderesse a partiellement acquiescé au recours et a accepté de prester au-delà du 31 mars 2017.

Au vu de ce qui précède, la situation peut être résumée de la manière suivante :

- Quand bien même la tendinopathie est en lien de causalité tant naturelle qu'adéquate avec l'accident assuré, elle n'entraîne plus d'incapacité de travail. Par ailleurs, l'atteinte myélinique du nerf médian et l'uncodiscarthrose C3-C4 et C4-C5 sans signe de conflit radiculaire ne sont pas à la charge de la demanderesse.

Les constatations précitées ne sont pas contestées par le défendeur.

- En date du 28 juin 2017, le CRPS de type I, en lien de causalité avec l'intervention chirurgicale du 14 juin 2016, était toujours en phase active. Par conséquent, à la fin du mois de juin et a fortiori au 31 mars 2017, les douleurs, les limitations fonctionnelles et l'incapacité de travail étaient encore directement en lien avec l'accident.
- En acquiesçant partiellement au recours et en admettant de devoir continuer de prester au-delà du 31 mars 2017, la demanderesse a admis que le CRPS, en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré, était toujours actif et qu'il entraînait encore une incapacité de travail en date du 31 mars 2017.

c. La question qui se pose est dès lors celle de savoir si l'appréciation du 20 avril 2018 de la Dresse N_____ et le rapport de surveillance attestent de faits nouveaux, à savoir de faits s'étant produits avant que l'arrêt du 23 octobre 2017 ne soit rendu. Dans l'affirmative, lesdits faits doivent également être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de faits à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte.

Or, force est de constater que le rapport de surveillance atteste de mouvements que le défendeur était capable d'effectuer en septembre 2017. Dans son rapport du 20 avril 2018, dont la valeur probante n'a pas besoin d'être examinée en l'espèce, la Dresse N_____ se prononce sur une capacité de travail en septembre 2017. Si ces faits sont certes antérieurs à l'arrêt du 23 octobre 2017 et qu'ils peuvent être considérés comme nouveaux, compte tenu de la définition jurisprudentielle susmentionnée, ils ne sauraient être qualifiés d'importants. En effet, la chambre de céans devait se prononcer sur le droit de la demanderesse à supprimer ses prestations avec effet au 31 mars 2017. Or, comme cela a été relevé ci-dessus, à cette date, le CRPS était toujours actif et entraînait les troubles dont souffrait le défendeur, à l'origine d'une incapacité de travail dans l'activité habituelle.

Certes, la Dresse N_____ considère que ses conclusions sont superposables à celles du Dr G_____ du 10 mars 2017. C'est le lieu cependant de rappeler que le Dr G_____ avait alors nié toute incapacité de travail en raison de la stabilisation du CRPS et, par conséquent, du fait que selon les médecins de la CRR, les troubles

étaient à mettre en lien avec l'atteinte psychique et des éléments contextuels et non pas avec l'atteinte physique. Or, dans son appréciation du 17 octobre 2017, non remise en question par la Dresse N_____, le Dr J_____ a justement considéré que le CRPS n'était pas stabilisé au 31 mars 2017 et qu'il expliquait les troubles alors invoqués par le défendeur, ce qui infirmait par conséquent les conclusions du Dr G_____.

Dans de telles circonstances, l'appréciation de la Dresse N_____ du 20 avril 2018 et le rapport de surveillance ne sauraient attester de faits nouveaux susceptibles de remettre en question l'arrêt du 23 octobre 2017.

11. La demande de révision du 19 juillet 2018 doit donc être rejetée.

Le défendeur, représenté par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est octroyée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande en révision recevable.

Au fond :

2. La rejette.
3. Condamne la SUVA à verser au défendeur une indemnité de CHF 2'000.- à titre de 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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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