



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4660/2019

ATAS/1209/2020

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 15 décembre 2020**

**2<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à SAINT-PIERRE-EN-FAUCIGNY, France, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Manuel MOURO recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée

**Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Anny FAVRE, Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

## **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1980, était assuré auprès de la SUVA, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : l'assureur) lorsqu'il a subi plusieurs accidents consécutifs en date des 29 août 2006, 6 mars 2009, 11 mai 2010, 6 décembre 2010, 16 avril 2012 et 14 ou 15 février 2013.
2. Les accidents des 29 août 2006, 6 mars 2009, 6 décembre 2010 et 16 avril 2012 ont concerné notamment l'épaule droite de l'assuré, laquelle a subi une intervention chirurgicale en dates des 22 novembre 2006 et 29 août 2007.
3. L'assureur a versé, jusqu'au 30 avril 2013, des prestations d'assurance pour les suites des six accidents, soit des indemnités journalières, le remboursement des frais de traitement et une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 10 % pour une perte fonctionnelle de l'épaule droite en raison des séquelles dues à l'accident du 29 août 2006 (décision du 14 janvier 2011).
4. L'assuré a également annoncé un accident qui serait survenu le 29 août 2004. En l'absence des documents médicaux sollicités par l'assureur les 20 janvier, 17 mars et 18 avril 2005, à la doctoresse B\_\_\_\_\_, médecin pratiquant en France, et à l'assuré, l'assureur n'a pas pu se prononcer sur ce cas.
5. L'assuré faisant valoir l'existence d'atteintes à son épaule droite, à la demande de l'assureur, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, a examiné l'assuré le 26 octobre 2015. Par rapport du 11 décembre 2015, ce médecin a estimé que tous les accidents survenus entre le 29 août 2006 et le 15 février 2013 avaient guéri, sans séquelles. Le statu quo sine de chaque accident avait dû être retrouvé en quelques semaines ou au plus tard en quelques mois. Le statu quo sine du dernier accident avait été retrouvé en avril 2013, étant relevé qu'une incapacité de travail avait été attestée jusqu'au 11 avril 2013.

Selon l'expert, un lien de causalité naturelle entre l'état de l'épaule droite et un événement accidentel survenu à compter du 29 août 2006 était hautement invraisemblable. L'assuré présentait certainement un état pathologique préexistant à son épaule droite avant l'événement du 29 août 2006. Il s'agissait d'un état précaire dont la symptomatologie aurait pu débiter n'importe quand, soit par la dynamique des lésions elles-mêmes, soit en réponse à un événement banal de la vie tel qu'un simple effort ou une contusion du membre supérieur.

L'extension théâtrale des plaintes subjectives était parfaitement incohérente avec les constatations objectives, tant à l'examen clinique que radiologique. Si l'épaule droite avait réellement été inutilisable pour des raisons mécaniques, l'assuré n'aurait vraisemblablement pas fait du vélo le 16 avril 2012 et aurait présenté une amyotrophie mesurable au niveau du membre supérieur droit, ce qui n'était pas le

---

cas. « L'intervention de facteurs non somatiques [devenait] dès lors hautement suspecte ».

6. Le 31 mars 2016, par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré a contesté les conclusions de l'expertise concernant notamment l'absence de lien de causalité entre l'état de son épaule droite et les accidents survenus à compter du 29 août 2006. Selon l'assuré, il n'était pas démontré qu'il présentait un état pathologique préexistant. Une nouvelle expertise devait être diligentée vu les constatations médicales incomplètes et erronées du Dr C\_\_\_\_\_.
7. Le 11 octobre 2016, le docteur D\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a estimé que l'expert avait, à juste titre, conclu que les lésions constatées à l'épaule droite, de type dégénératif, étaient certainement antérieures à 2006 car l'examen IRM réalisé une dizaine de jours après l'événement initial du 29 août 2006 confirmait bien une lésion dégénérative ancienne sous-chondrale. On ne retrouvait pas de signe de fracture récente.
8. Par décision du 13 octobre 2016, l'assureur a mis fin aux prestations au 30 avril 2013, au motif que selon le Dr C\_\_\_\_\_, les troubles qui subsistaient à l'épaule droite et au poignet gauche n'étaient plus dus aux accidents annoncés. L'état de santé de l'assuré, tel qu'il aurait été sans ces accidents, avait été retrouvé après quelques semaines ou au plus tard après quelques mois. La prise en charge de l'incapacité de travail et celle du traitement médical ne relevaient plus de la compétence de l'assureur, mais de celle de l'assurance-maladie. Enfin, l'assureur renonçait à demander la restitution des prestations déjà versées.

L'assuré n'ayant pas fait opposition à cette décision, celle-ci est entrée en force.

9. Le 2 août 2019, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a requis la reconsidération de cette décision, en se fondant sur un rapport (« rapport d'expertise ») établi le 15 mai 2019 par le docteur E\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique pratiquant en France. Selon l'assuré, à la lecture de ce rapport, il apparaissait que la décision du 13 octobre 2016, qui se fondait sur l'hypothèse non vérifiée qu'il aurait subi des lésions antérieures aux accidents, était manifestement infondée et insoutenable. Le Dr E\_\_\_\_\_ était en effet d'avis que les accidents survenus en 2004, 2006 et 2009 expliquaient les lésions à son épaule droite. Ce médecin excluait que des lésions dégénératives puissent être à l'origine de ses difficultés. Une nouvelle instruction devait être mise en œuvre pour déterminer son droit à une IPAI et à une rente d'invalidité.

À l'appui de sa demande, l'assuré a transmis le rapport du 15 mai 2019 au terme duquel le Dr E\_\_\_\_\_ estimait que les lésions à l'épaule droite de l'assuré étaient en rapport certain, direct et exclusif avec les différents accidents de travail dont il avait été victime les 29 août 2004, 29 août 2006 et 6 mars 2009.

10. Le 28 août 2019, le docteur F\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué qu'il n'y avait pas de nouvel élément sur le plan médical dans le rapport du Dr E\_\_\_\_\_.

11. Par décision du 9 septembre 2019, l'assureur a refusé d'entrer en matière sur la demande de reconsidération. Il a également refusé de procéder à la révision procédurale de sa décision du 13 octobre 2016, étant donné que les éléments communiqués par le Dr E\_\_\_\_\_ n'étaient pas des éléments médicaux nouveaux.
12. Le 11 octobre 2019, l'assuré a formé opposition à cette décision et sollicité un délai pour compléter son écriture. L'expertise du Dr E\_\_\_\_\_ constituait un moyen de preuve nouveau qui devait amener l'assureur à entrer en matière sur un réexamen de son cas. L'assuré sollicitait la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.
13. Le 21 octobre 2019, l'assureur a accordé à l'assuré un délai de 30 jours dès la date de son opposition pour compléter celle-ci.
14. L'assuré n'ayant pas agi dans le délai, l'assureur a rendu, le 15 novembre 2019, une décision rejetant son opposition et confirmant son refus d'entrer en matière quant à une éventuelle demande de reconsidération de sa décision du 13 octobre 2016. Par ailleurs, le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ ne mettait pas en évidence de faits nouveaux, voire en tout cas pas de faits nouveaux qui étaient demeurés inconnus. Par conséquent, il ne constituait pas un nouveau moyen de preuve propre à motiver une demande de révision. Enfin, il n'incombait pas à l'assureur de mettre en œuvre une nouvelle expertise pour rechercher des motifs de révision de la décision du 13 octobre 2016.
15. Par acte du 16 décembre 2019, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre cette décision, concluant, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, et principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité de 30 % et d'une IPAI de CHF 45'000.-, sous réserve d'une éventuelle majoration des conclusions.

Le recourant a fait valoir qu'une révision s'imposait au regard de l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_. En effet, le Dr C\_\_\_\_\_ n'avait pas pris en compte l'accident survenu en 2004, alors que le Dr E\_\_\_\_\_ l'avait fait, ce qui permettait de comprendre la détérioration de l'état de son épaule comme étant le résultat des accidents subis.

Par ailleurs, selon le Dr C\_\_\_\_\_, l'état de l'épaule droite serait revenu au statu quo sine. Or, le Dr E\_\_\_\_\_ avait constaté que son examen clinique faisait ressortir des limitations importantes de la mobilité et l'apparition de douleurs à la résistance, en lien de causalité certain avec les accidents subis. Par conséquent, il y avait lieu de procéder à une révision liée à l'aggravation de son état de santé. Une nouvelle expertise judiciaire permettrait d'appréhender l'impact des accidents subis sur sa capacité de gain.

Enfin, le recourant prenait note que l'intimée n'était pas disposée à reconsidérer sa décision du 13 octobre 2016, malgré le fait qu'elle soit erronée.

16. Par réponse du 13 février 2020, l'intimée a conclu au rejet des conclusions du recourant, pour autant qu'elles soient recevables. Dès lors que le litige portait sur le point de savoir si le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ justifiait une reconsidération,

respectivement une révision de sa décision du 13 octobre 2016, les conclusions du recourant tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité étaient irrecevables. Par ailleurs, l'intimée n'entendait pas entrer en matière quant à une éventuelle demande de reconsidération. En outre, le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ ne mettait pas en évidence de faits nouveaux, ou des faits nouveaux qui étaient demeurés inconnus, et ne saurait constituer un nouveau moyen de preuve. Partant, c'était à bon droit qu'elle avait refusé de procéder à la révision procédurale de la décision du 13 octobre 2016.

17. Par réplique du 16 mars 2020, le recourant a fait valoir qu'en présence de deux expertises contradictoires, il convenait de mettre en œuvre une expertise judiciaire. Le Dr E\_\_\_\_\_ avait procédé à un examen complet du dossier pour parvenir à la conclusion que les lésions à l'épaule étaient en rapport certain, direct et exclusif avec les différents accidents de travail. Il serait inéquitable que le recourant se voie privé du droit à établir de manière neutre la cause des lésions aux épaules dont il souffrait.
18. Par duplique du 30 avril 2020, l'intimée a persisté dans ses conclusions.
19. Le 5 juin 2020, le recourant a fait remarquer qu'il avait apporté la preuve que ses limitations physiques étaient en lien avec les différents accidents subis, ce qui permettait de rouvrir l'instruction de son dossier.
20. 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).

Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse (art. 58 al. 2 1<sup>ère</sup> phrase LPGA).

Bien que le recourant ne soit pas domicilié dans le canton de Genève au moment du dépôt du recours, les pièces du dossier montrent qu'il n'a pas eu d'autres emplois en Suisse, dès 2006, que celui auprès d'une société de travail intérimaire sise à Genève.

La compétence de la chambre de céans 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.

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable en vertu des art. 56 ss LPGA.
4. Il convient au préalable de déterminer l'objet du litige.
5. a. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 414 consid. 1a; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). Toutefois, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503 ; ATF 122 V 36 consid. 2a et les références).

b. En l'espèce, la décision attaquée confirme la décision du 9 septembre 2019 par laquelle l'intimée a refusé d'entrer en matière sur la demande de reconsidération de la décision du 13 octobre 2016 et de procéder à une révision procédurale de celle-ci. Ainsi, les décisions litigieuses ne portent pas sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurance.

Or, en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une IPAI, ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise, le recourant a pris des conclusions excédant l'objet du litige tel que défini par les décisions querellées et rappelé ci-dessus. Partant, elles sont irrecevables.

Enfin, dans le cadre de son recours, le recourant ne conteste pas, à juste titre, le refus de l'intimée d'entrer en matière sur sa demande de reconsidération. En effet, une telle décision ne peut pas faire l'objet d'un contrôle en justice (ATF 133 V 50 consid. 4.1).

Le litige porte donc sur la question de savoir si les conditions posées pour la révision procédurale d'une décision passée en force sont réalisées.

6. a. Aux termes de l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquentement des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.
- b. Sont «nouveaux» au sens de cette disposition, 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. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_226/2014 du 19 mai 2014 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 175/0 du 29 novembre 2005 consid. 2.2 ; Margit MOSER-SZELESS, in Commentaire romand de la Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 45 ad art. 53 LPGA et la référence). Partant, un fait nouveau permettant la révision procédurale d'une décision entrée en force doit exister au moment où cette décision a été rendue, mais être découvert après coup (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_328/2014 du 6 août 2014 consid. 6.1). Un moyen de preuve qui n'existait pas encore dans la première procédure, soit une preuve effectivement nouvelle, comme un rapport médical établi postérieurement à la décision de l'assureur social, peut entrer en considération aux fins de la révision procédurale, pour autant qu'elle se rapporte aux faits existants à l'époque et sur lesquels se fondait la décision initiale et qu'elle établisse de manière indiscutable que l'état de fait retenu était erroné (Margit MOSER-SZELESS, op. cit., n. 47 ad art. 53 LPGA). Le nouveau moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_368/2013 du 25 février 2014 consid. 5.1 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 183/04 du 28 avril 2005 consid. 2.2 ; Margit MOSER-SZELESS, op. cit., n. 48 ad art. 53 LPGA et la référence). Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure (Margit MOSER-SZELESS, op. cit., n. 54 ad art. 53 LPGA). La nouvelle preuve doit établir de manière indiscutable (« eindeutig ») que l'état de fait retenu précédemment était erroné (Margit MOSER-SZELESS, op. cit., n. 52 ad art. 53 LPGA). Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que l'administration ou le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_365/2015 du 6 janvier 2016 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal

---

fédéral 9C\_589/2013 du 2 mai 2014 consid. 4.2 et les références ; Margit MOSER-SZELESS, op. cit., n. 48, 50 et 52 ad art. 53 LPGA).

c. La révision procédurale est soumise aux délais prévus par l'art. 67 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021), applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA, à savoir un délai relatif de nonante jours dès la découverte du motif de révision et un délai absolu de dix ans qui commence à courir avec la notification de la décision (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 528/06 du 3 août 2007 consid. 4.2 et les références).

7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Il appartient à la partie qui présente une requête de révision de rendre vraisemblable l'existence de faits ou moyens de preuve nouveaux (ATF 127 V 353 consid. 5b). Si elle n'y parvient pas, la demande de révision doit être rejetée par l'assureur social (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_797/2011 du 15 février 2012 consid. 5.2). En particulier, celui-ci n'est pas tenu d'établir à nouveau les faits de manière complète au sens de l'art. 43 LPGA et de rechercher de manière active des nouveaux faits ou moyens de preuve (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_955/2012 du 13 février 2013 consid. 3.2). Lorsque c'est la personne assurée qui invoque un motif de révision pour obtenir la modification en sa faveur d'une décision et que les conditions n'en sont pas établies, elle supporte les conséquences du défaut de preuve et doit se laisser opposer le rejet de sa demande de révision (Margit MOSER-SZELESS, op. cit., n. 64 ad art. 53 LPGA).

8. a. En l'occurrence, par sa décision du 13 octobre 2016, entrée en force, l'intimée a mis fin, au 30 avril 2013, à la prise en charge des suites des six accidents survenus à compter du 29 août 2006, au motif que le recourant ne souffrait plus de troubles en relation avec ceux-ci. Elle s'est fondée pour cela sur le rapport du Dr C\_\_\_\_\_, du 11 décembre 2015, selon lequel un lien de causalité naturelle entre l'état de l'épaule droite du recourant et un accident survenu à compter du 29 août 2006 était hautement invraisemblable. Le recourant présentait certainement un état pathologique préexistant à son épaule droite avant l'événement du 29 août 2006. Toutes les suites des accidents, survenus entre le 29 août 2006 et le 15 février 2013, avaient guéri sans séquelles.

Le recourant se fonde sur le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ établi le 15 mai 2019 pour requérir une révision de la décision du 13 octobre 2016. Le recourant relève que ce médecin a pris en considération, dans son analyse, l'accident qu'il avait subi le 29 août 2004, ce qui permettait d'expliquer l'état de son épaule droite comme étant le résultat des accidents assurés.

b. Selon le Dr E\_\_\_\_\_, la description du traumatisme du 29 août 2004 donnée par le recourant, soit le fait d'avoir retenu un collègue qui était tombé d'un échafaudage en l'attrapant par le bras, était typiquement le traumatisme évoqué comme pouvant être à l'origine du développement d'une lésion SLAP. Selon les explications que lui avait fournies le recourant, l'accident avait entraîné un arrêt d'un mois environ et il n'y avait pas eu d'examen à cette époque.

On relèvera que si, contrairement au Dr C\_\_\_\_\_, le Dr E\_\_\_\_\_ a certes pris en considération, dans son analyse, un événement traumatique qui serait survenu le 29 août 2004, il n'en demeure pas moins que cet événement ne saurait être qualifié de fait « nouveau » au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, soit un fait qui aurait été découvert par le recourant postérieurement au 13 octobre 2016 et qui n'aurait pas été connu de l'intéressé lors de la procédure précédente.

Au surplus, s'il apparaît, à la lecture des pièces versées au dossier, que l'intimée n'avait pas connaissance, au moment de rendre sa décision du 13 octobre 2016, de l'existence alléguée d'une atteinte à l'épaule droite du recourant en raison d'un événement qui serait survenu le 29 août 2004, il n'en demeure pas moins que le recourant avait lui-même connaissance de ce fait, de sorte qu'il ne tenait qu'à lui d'en tirer argument en temps utile, en l'invoquant par le biais d'une opposition à cette décision. On relèvera que le recourant aurait également pu l'invoquer dans le cadre des contestations qu'il a émises le 31 mars 2016 à l'encontre de l'expertise (pièce 166 dossier n° 11.36858.06.4) ou lorsqu'il a pris connaissance de l'état de fait que l'intimée entendait transmettre à l'expert (courrier du 25 février 2015 de l'intimée et son annexe ; pièces 141 et 142 dossier n° 11.36858.06.4 de l'intimée), ce qu'il n'a pas fait. Par ailleurs, le recourant aurait également pu en informer le Dr C\_\_\_\_\_. Or, au contraire, le recourant a exposé qu'il n'avait pas le souvenir de plaintes au niveau de ses deux épaules avant l'accident « actuel », malgré ses nombreuses activités sportives anciennes (boxe, rugby) et professionnelles (manutentions lourdes) et a poursuivi en décrivant l'accident du 29 août 2006 (rapport d'expertise du 11 décembre 2015 p. 6).

Partant, l'éventuel événement survenu le 29 août 2004 n'est pas un fait nouveau au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA.

c. Par ailleurs, en tant que nouveau moyen de preuve, l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_ n'apporte aucun élément de fait nouveau permettant de considérer que la décision du 13 octobre 2016 contient des défauts objectifs, telle que, par exemple, la mise en évidence d'une nouvelle atteinte à l'épaule qui aurait pu avoir été causée par un des accidents assurés. En effet, le Dr E\_\_\_\_\_ est d'avis que le traumatisme du 29 août

2006 a pu entraîner le développement d'une lésion SLAP. Or, on relèvera que cette atteinte avait déjà été diagnostiquée par le Dr G\_\_\_\_\_ le 2 novembre 2006 et qu'elle a été prise en compte par le Dr C\_\_\_\_\_ dans le cadre de son expertise (rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 2 novembre 2006 et p. 8 du rapport d'expertise du 11 décembre 2015 du Dr C\_\_\_\_\_ ; pièces 14 et 161 du dossier n° 11.36858.06.4 de l'intimée). Le Dr E\_\_\_\_\_ est également d'avis que l'événement du 6 mars 2009 pouvait tout à fait expliquer les lésions décrites sur l'IRM du 9 avril 2009, soit les lésions de Bankart et de Hill-Sachs. Or, la chambre de céans constate que ces deux atteintes figuraient déjà dans le rapport établi le 20 avril 2009 par le docteur H\_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en radiologie), dont les conclusions ont aussi été prises en compte par le Dr C\_\_\_\_\_ (p. 12 du rapport d'expertise du 11 décembre 2015).

Par ailleurs, en tant que le Dr E\_\_\_\_\_ discute l'appréciation radiographique du Dr D\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> octobre 2016, en effectuant sa propre analyse des IRM figurant au dossier, le Dr E\_\_\_\_\_ n'apporte aucun fait nouveau important, mais apprécie uniquement, de manière différente, des faits déjà connus au moment de la procédure précédente.

Enfin, le Dr E\_\_\_\_\_ conclut son rapport en estimant que les lésions à l'épaule que présente le recourant sont en rapport certain, direct et exclusif avec les différents accidents de travail dont il avait été victime. Cela étant, quand bien même le Dr E\_\_\_\_\_ est parvenu à une autre conclusion que celle du Dr C\_\_\_\_\_ quant au lien de causalité naturelle entre les atteintes à l'épaule droite et les événements assurés, sa détermination ne procède toutefois que d'une appréciation différente des mêmes faits, sans éléments de faits nouveaux, ce qui ne justifie en aucun cas une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA.

Pour l'ensemble des motifs qui précèdent, force est de retenir que le rapport invoqué par le recourant à l'appui de sa demande de réexamen du 2 août 2019 n'apporte pas la preuve d'un fait nouveau, dont l'existence n'avait pas pu être prouvée au moment de la décision de l'intimée du 13 octobre 2016, et qui permettrait d'admettre que les bases de cette décision comportaient des défauts objectifs.

Les conditions d'une révision procédurale ne sont manifestement pas données.

Compte tenu de ces éléments, c'est à juste titre que l'intimée n'est pas entrée en matière sur la demande de révision déposée par le recourant.

9. Enfin, le recourant sollicite, dans son recours, une révision en raison de l'aggravation de son état de santé en lien avec son épaule droite.

Si la situation se modifie après la clôture du cas, une révision au sens de l'art. 17 LPGA n'est pas possible, dès lors que cette disposition ne peut porter que sur des rentes en cours. La modification de la situation, en lien de causalité avec l'accident, peut être invoquée en faisant valoir une rechute ou des séquelles tardives de l'événement accidentel ayant force de chose jugée. Cette manière de procéder

correspond à la demande nouvelle en matière d'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_501/2014 du 5 août 2015 consid. 4.3 ; RAMA 1994 n° U 189 p. 139).

Le recourant faisant valoir une aggravation de l'état de son épaule droite, il convient dès lors d'inviter l'intimée à statuer sur l'existence d'une éventuelle rechute ou séquelle tardive, dont elle aurait à répondre en vertu de l'art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA – RS 832.202).

10. Eu égard à ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté.
11. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. G LPGA).
12. 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. Le rejette.
3. Invite l'intimée à statuer sur l'existence éventuelle d'une rechute ou d'une séquelle tardive à l'épaule droite du recourant.
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

Sylvie CARDINAUX

Blaise PAGAN

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