RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/781/2022 **ATAS/916/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 octobre 2022

15ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael ANDERS — recourant

contre

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

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1974, est directeur de sa propre société de déménagement, B_____, depuis le 1er octobre 2019. Il est à ce titre assuré contre les accidents auprès de la SUVA caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).

b. Le 20 novembre 2019, lors d'un déménagement, l'assuré est tombé avec le meuble qu'il transportait et s'est « déchiré un muscle de l'épaule gauche » à teneur de la déclaration d'accident de l'employeur, datée du 25 novembre 2019.

c. Les premiers soins ont été donnés le même jour à l'hôpital de la Tour où le docteur C_____, spécialiste en médecine générale, a constaté des douleurs à la palpation du tendon deltoïde gauche et évoqué une probable lésion de l'insertion du deltoïde sur humérus gauche. La radiographie n'avait pas montré de fracture et aucun arrêt de travail n'a été délivré. Le traitement était le port d'une attelle (polysling) ; les antalgiques étaient en réserve. Un contrôle devait être fait à une semaine.

d. Le médecin traitant de l'assuré, le docteur D_____, lui a remis des arrêts de travail de 100% dès le 20 novembre 2019 (certificats médicaux successifs).

e. Le 5 décembre 2019, l'assuré a passé un examen par imagerie de résonnance magnétique (IRM) sur demande du Dr D_____, en raison de « douleurs persistantes sans notion de traumatisme ». Les images ne montraient pas d'anomalie significative du signal et de la morphologie de la tête humérale et de la glène, ni d'anomalie apparente des couvertures cartilagineuses gléno-humérales, mais une arthrose acromio-claviculaire modérée avec signes de congestion associée à une bursite sous-acromio-deltoïdienne en regard et un aspect normal du bourrelet glénoïdien. Le tendon sous scapulaire était de morphologie et de signal normaux. Le tendon du supra-épineux présentait une morphologie normale. Il y avait une anomalie de signal dégénérative compliquée d'une rupture partielle non transfixiante intéressant la face bursale du tendon, sans rétraction significative des fibres myotendineuses et des microgéodes dégénératives à l'insertion de ce tendon. Le tendon de l'infra-épineux était de morphologie et de signal normaux. Le tendon teres minor était de morphologie et de signal normaux. Le tendon du long biceps était de morphologie et de signal normaux, correctement centré dans une gouttière bicipitale de morphologie normale, sans épanchement dans sa gaine. L'aspect de l'insertion du triceps était normal, à l'instar de celui du pectoral et du court biceps. Il n'y avait pas d'anomalie dans l'échancrure spino-glénoïdienne ni d'anomalie de la structure des muscles de la coiffe des rotateurs et du deltoïde, pas d'épanchement dans les bourses sous-acromiale et sous-coracoïdienne et pas d'épanchement intra-articulaire. Le médecin l'ayant pratiqué, le docteur E_____, a dès lors conclu à une tendinopathie dégénérative du supra-épineux avec signes de rupture partielle non transfixiante de la face bursale du tendon sans rétraction

significative des fibres myotendineuses et une arthrose acromio-claviculaire modérée avec signes de congestion associée à une bursite sous-acromio-deltoïdienne réactionnelle.

f. Le 22 avril 2020, l'assuré a été entendu par la SUVA. Il avait des douleurs à l'épaule et ne voyait pas d'amélioration. Il parvenait à peine à lever le bras, portait une attèle jour et nuit et prenait des antidouleurs au minimum trois fois par jour. Il devait voir son médecin, le Dr D_____, au mois de mai 2020. Ce dernier préconisait une intervention.

g. L'assuré a passé une deuxième IRM le 9 mars 2020, pour réévaluer les tendons de la coiffe des rotateurs avec l'IRM précédente ayant mis en évidence une tendinopathie dégénérative et fissuraire partielle non transfixiante intéressant le supra-épineux. Lors de cet examen, l'assuré a reçu une infiltration de cortisone. Sur les clichés réalisés avant injection, aucune anomalie de la structure osseuse était mise en évidence. Il n'y avait pas de calcification visible dans les tissus mous. Comparé à l'examen IRM de l'épaule du 5 décembre 2019, il n'y avait pas d'anomalie significative du signal et de la morphologie de la tête humérale et de la glène hormis des géodes sous-chondrales dégénératives à l'insertion trochitérienne du tendon supra-épineux, ni d'anomalie apparente des couvertures cartilagineuses gléno-humérales. Il existait une arthrose acromio-claviculaire congestive associée à une bursite sous-acromiale. L'aspect du bourrelet glénoïdien était normal. Le tendon du sous-scapulaire était de morphologie et de signal normaux. On retrouvait un aspect inchangé de la tendinopathie mixte dégénérative et traumatique du supra-épineux avec une rupture partielle non transfixiante de la partie bursale du tendon, sans rétraction significative des fibres myotendineuses. Le tendon de l'infra-épineux, le tendon teres minor et le tendon du long biceps étaient tous de morphologie et de signal normaux, ce dernier tendon était correctement centré dans une gouttière bicipitale de morphologie normale, sans épanchement dans sa gaine. Il y avait un aspect normal de l'insertion du triceps, du pectoral et du court biceps, pas d'anomalie dans l'échancrure spino-glénoïdienne, pas d'anomalie de la structure des muscles de la coiffe des rotateurs et du deltoïde, ni d'épanchement dans les bourses sous-acromiale et sous-coracoïdienne. En conclusion, le Dr E_____ notait une tendinopathie mixte dégénérative et traumatique du supra-épineux avec rupture partielle de quelques fibres de la partie bursale du tendon, non transfixiante et une arthrose acromio-claviculaire congestive avec bursite sous-acromio-deltoïdienne réactionnelle.

h. La SUVA a sollicité l'avis du docteur F_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, spécialiste en chirurgie orthopédique. Ce dernier a considéré que l'incapacité de travail n'était plus justifiée, au 4 mai 2020, pour les seules suites accidentelles. Contrairement à l'avis du Dr D_____, l'évènement n'avait pas provoqué de lésion en vraisemblance prépondérante sur cette épaule dégénérative. Selon ce praticien, les séquelles de l'accident avaient pris deux mois après l'événement traumatique.

i. Interrogé le 8 mai 2020 sur l'examen IRM du 9 mars 2020, le Dr F_____ a indiqué que son avis n'était pas divergent de celui du 4 mai 2020. L'IRM précisait clairement l'aspect dégénératif de l'atteinte à l'épaule. Il n'était pas possible de retenir l'aspect mixte dégénératif et traumatique, une interprétation de ce type d'atteinte à l'épaule n'étant ni correcte ni probante « tant l'atteinte non transfixiante du sus-épineux est classique d'une atteinte dégénérative de surcroît ce qui n'est pas indiqué sur une atteinte musculaire de type gouttallier 1 plus voir 2 et non pas de trophicité normale ».

B. **a.** Par courrier du 17 juin 2020, la SUVA a informé l'assuré de ce qu'elle mettait un terme à ses prestations (indemnités journalières) au 28 juin 2020 au soir, les conséquences délétères de l'accident ayant cessé selon les pièces médicales et l'avis du Dr F_____.

b. Par courrier du 7 juillet 2020, l'assuré a écrit à la SUVA un courrier dans lequel il s'opposait à la fin des prestations d'assurance. Il exposait que sa chute avait été violente et qu'il avait toujours mal à l'épaule et une limitation de la mobilité. Sans antécédent à cette épaule, ses problèmes étaient en relation directe avec l'accident. Il devait poursuivre la physiothérapie, car il n'en avait pas assez fait à cause de la pandémie du Covid. La notion de lésion traumatique était documentée par un rapport radiologique du 16 juin 2020, dans lequel le chirurgien orthopédiste, le docteur G_____, évoquait un traumatisme direct sur le lieu de travail. Il souffrait d'une tendinopathie dégénérative et traumatique, documentée par le rapport de radiologie du 3 mars 2020, et avait subi deux infiltrations avec un succès moyen à ce stade. Il devait être vu par des médecins de l'hôpital cantonal, le 24 août 2020. Le traitement était donc bien lié à son accident et se poursuivait.

c. Dans le rapport précité, le Dr G_____, chef de clinique du service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), indiquait avoir reçu le patient, le 15 juin 2020, concernant la problématique de son épaule gauche. Le patient avait décrit une chute sur cette épaule, le 20 novembre 2019, sur son lieu de travail, avec un traumatisme direct. Depuis lors, il avait des difficultés à mobiliser cette épaule et des douleurs évaluées jusqu'à 10/10. Il avait fait de la physiothérapie avec uniquement une faible amélioration et un SSV à 20%. Il prenait du Dafalgan et de l'Irfen et avait fait une infiltration lors de sa dernière IRM avec un bon effet pendant une durée d'un mois. Au status, au niveau de l'épaule gauche, il n'avait pas de déformation, mais une douleur à la palpation de l'articulation acromio-claviculaire et du sillon du long chef du biceps. L'abduction active était à 90°, l'élévation antérieure active à 100°, passive à 140°, la rotation externe active à 30°, passive à 50° et la rotation interne à D10. Le Hawkins était positif, les tests bicipitaux étaient également positifs. La force était à M5 au niveau de tous les groupes musculaires avec un Jobe tenu mais douloureux. Le score de Constant ajusté à l'âge était à 46%. La dernière IRM du mois de mars 2020 montrait une arthropathie

acromioclaviculaire avec bursite sous-acromiale ainsi qu'une fissuration superficielle, une petite zone du sus-épineux atteignant toutefois moins du quart du tendon. Dans ce contexte, le médecin n'avait actuellement pas d'indication à effectuer une chirurgie au vu du peu de lésion retrouvée sur l'IRM. Il proposait cependant de renouveler l'infiltration en ciblant l'articulation acromio-claviculaire, la gaine du long chef du biceps et la bourse sous-acromiale. Il allait revoir le patient deux mois plus tard pour voir l'effet de ce geste. Si les douleurs ne devaient pas évoluer favorablement, à ce moment-là il discuterait d'une arthroscopie qui serait uniquement un geste d'acromioplastie associé à une résection du cm externe au niveau de cette épaule. L'arthroscopie devait être le geste de dernier recours, ce qu'il avait expliqué à son patient.

d. Interrogé le 17 juillet 2020 sur le rapport du Dr G_____, le Dr F_____ a indiqué qu'il n'apportait pas de renseignements nouveaux qui pourraient remettre en cause son avis du 8 mai 2020. Le Dr G_____ expliquait en outre bien l'aspect arthrosique.

e. Le 29 juillet 2020, la SUVA a notifié une décision à son assuré en maintenant qu'au vu des éléments médicaux au dossier, elle cessait de prester dès le 29 juin 2020.

f. Par courrier du 7 août 2020, l'assuré a fait opposition à cette décision pour les mêmes motifs qu'invoqués antérieurement.

g. La SUVA a, à nouveau, soumis le cas au Dr F_____, lequel a résumé le dossier médical de l'assuré, rappelé les diagnostics de contusion de l'épaule gauche sur tendinopathie dégénérative du tendon sus-épineux et d'arthrose acromio-claviculaire et apprécié le cas comme suit : l'atteinte constatée au niveau de l'épaule gauche n'avait pas pu être créée par l'événement, en vraisemblance prépondérante, car il s'agissait d'une inflammation réactionnelle du tendon, sans signe de rupture transfixiante. Les éléments dits de rupture partielle ne pouvaient pas être rattachés en vraisemblance prépondérante avec l'événement, qui d'ailleurs s'inscrivaient en faux sur l'interprétation de l'arthro-IRM du 9 mars 2020, examen purement radiologique qui attribuait des vertus post-traumatiques à une constatation et une description de tendinopathie. Rien ne permettait à un médecin de retrouver et d'affirmer quelque origine traumatique en vraisemblance prépondérante sur une constatation radiologique. Il s'agissait effectivement, comme l'indiquait le Dr E_____, d'une tendinopathie, atteinte tendineuse réactionnelle à un éventuel traumatisme de façon limitée dans le temps, usuellement deux mois ou un état inflammatoire chronique du tendon. L'existence d'une rupture partielle non transfixiante de quelques fibres de la partie bursale du tendon pouvait être attribuée à un caractère dégénératif, au vu des lésions périphériques l'accompagnant, d'une géode sous-chondrale dégénérative, qui elle de façon certaine se situait à l'insertion trochitérienne du tendon supra-épineux et de l'arthrose acromio-claviculaire. En vraisemblance prépondérante, les atteintes constatées entraient dans le cadre de la décompensation transitoire d'une atteinte

dégénérative, compte tenu de ces éléments et de la contusion du membre supérieur gauche. Sur le plan médico-assécurologique, sept mois après l'événement, celui-ci avait cessé ses effets en vraisemblance prépondérante. Les traitements prescrits, en particulier celui du Dr G_____, visaient à calmer l'articulation acromioclaviculaire, dont on savait clairement qu'elle était dégénérative. D'ailleurs, le geste proposé était essentiellement ciblé sur l'acromion afin de traiter la pathologie dégénérative; le Dr G_____ validant ainsi l'inexistence d'une atteinte de la coiffe des rotateurs pouvant possiblement nécessiter une chirurgie, mais validant au contraire une atteinte dégénérative pouvant être traitée valablement par arthroscopie si elle devenait trop gênante. C'est pourquoi, dans les suites de l'événement déclaré, il maintenait que la situation avait cessé ses effets à la date du 28 juin 2020 en causalité naturelle prépondérante.

h. Le 24 septembre 2020, le gestionnaire du cas à la SUVA a informé l'assuré de ce que la SUVA maintenait sa décision. Ce dernier a indiqué vouloir faire recours.

i. Par décision sur opposition du 2 octobre 2020, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré en se fondant sur l'avis du Dr F_____ notamment.

j. Le 22 octobre 2020, le Dr D_____ a demandé à la SUVA une copie par courriel de la décision, laquelle lui a été adressée. La SUVA a également reçu, le 8 novembre 2020, une prescription de neuf séances de physiothérapie destinée à l'assuré, du docteur H_____.

C. **a.** Par pli du 1er juin 2021, l'assuré, sous la plume d'un conseil constitué pour la défense de ses intérêts depuis le 11 novembre 2020 (procuration), a sollicité la réouverture de son dossier. Selon un courrier du 18 décembre 2020, il apparaissait qu'une intervention subie le 9 octobre 2020 avait bien pour cause un accident. Le traitement était encore en cours, ce qui était démontré par un rapport du 14 avril 2021 et des convocations des 8, 14 avril et 10 mai 2021. Selon le rapport de consultation des HUG du 14 avril 2021, l'état de son épaule ne lui permettait pas encore de reprendre un travail de force, tel que déménageur.

En annexe, figuraient un compte-rendu opératoire du 12 octobre 2020, un courrier du 18 décembre 2020 du chef de clinique ayant pratiqué l'intervention médicale du 9 octobre 2020, un rapport de consultation ambulatoire du 14 avril 2021 et une convocation du 10 mai 2021 pour un contrôle de réadaptation.

Le compte-rendu opératoire du 12 octobre 2020 mentionnait à titre de diagnostic, une tendinopathie du long chef du biceps, une arthropathie acromio-claviculaire, une rupture du sus-épineux (petite lésion profonde) et une rupture du sous-scapulaire (rupture haute du sous-scapulaire classée Lafosse I). Dans son courrier du 18 décembre 2020, le médecin répondait au conseil de l'assuré, au sujet des lésions mentionnées dans le compte-rendu opératoire du 12 octobre 2020, qu'il y avait une possible coïncidence entre celles-ci et l'accident du 20 novembre 2019.

Le rapport de consultation du 14 avril 2021 du Dr G_____ indiquait que l'évolution de l'état de santé de l'assuré était favorable. Il ne pensait cependant

pas que l'état de son épaule ne permettait à ce stade de reprendre un travail de force, tel que déménageur, mais cela devait être examiné en fin de mois.

b. Le 23 juin 2021, la SUVA a contacté le conseil de l'assuré pour lui indiquer que la décision du 2 octobre 2020 était entrée en force et lui demander de préciser le sens de son courrier du 1er juin 2021. Ce dernier a indiqué vouloir une révision ou une reconsidération.

D. **a.** Par lettre du 8 juillet 2021, la SUVA a informé le conseil de l'assuré qu'elle refusait la demande de révision de la procédure et n'entrait pas en matière sur la reconsidération.

b. Le conseil de l'assuré a sollicité une décision sujette à recours le 16 novembre 2021.

c. Le 16 décembre 2021, la SUVA a statué sur la demande de révision et de reconsidération. Les conditions de la reconsidération n'étaient pas remplies, de sorte que la SUVA n'entrait pas en matière. En outre, le délai pour demander la révision ayant été dépassé, la SUVA rejetait la demande.

d. Par courrier du 31 janvier 2022, l'assuré a fait opposition à cette décision. Le fait nouveau était la déchirure du tendon sous-scapulaire mise en évidence lors de l'intervention du 9 octobre 2020. Le conseil citait le chirurgien orthopédique comme suit : « le patient m'a consulté suite à un traumatisme mentionné le 20 novembre 2019, raison pour laquelle je considère la prise en charge comme accident. En effet, les lésions visualisées à l'intervention chirurgicale peuvent coïncider avec cet accident ». Enfin, le conseil évoquait l'imagerie et le contrôle post-op à six mois du 13 avril 2021 révélant une évolution favorable des conséquences de l'accident, mais réservant une reprise du travail.

e. Par décision du 7 février 2022, la SUVA a rejeté l'opposition.

E. **a.** Par acte du 10 mars 2022, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre de céans ou chambre des assurances sociales) d'un recours contre cette décision, dont il sollicitait l'annulation et le renvoi de la cause à la SUVA pour instruction sur la révision et la reconsidération.

b. Par mémoire du 25 mars 2022, la SUVA a conclu au rejet du recours. Le fait nouveau sur lequel se fondait l'assuré avait été découvert lors de l'intervention du 9 octobre 2020, soit dans le délai de recours, de sorte que l'assuré aurait dû recourir contre la décision dans le délai idoine. Il ne pouvait agir en révision. Par ailleurs, en déposant sa demande le 1er juin 2021, il avait largement dépassé le délai de révision de 90 jours depuis la connaissance du fait allégué à titre de motif de révision. S'agissant de la reconsidération, le refus d'entrer en matière n'était pas sujet à recours.

c. La réponse a été adressée à l'assuré, lequel a, le 14 avril 2022, indiqué avoir respecté le délai de 90 jours depuis qu'il avait connaissance du moyen de preuve

nouveau, soit le rapport du 14 avril 2021 qui indiquait, selon lui, que l'évolution de sa situation était favorable, mais que la reprise du travail était impossible.

d. La cause a été gardée à juger à la suite des échanges d'écriture.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 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.

1.3 Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

2. Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimée d'entrer en matière sur la demande de révision et de reconsidération du recourant.

3.

3.1 Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

3.2 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 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 parait 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).

3.3 Aux termes de l'art. 55 al. 1 LPGA, les points de procédure qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 LPGA ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA - RS 172.021). Selon l'art. 67 al. 1 PA, la demande de révision doit être adressée par écrit à l'autorité de recours dans les 90 jours qui suivent la découverte du motif de révision, mais au plus tard dix ans après la notification de la décision sur recours. La jurisprudence considère que les règles sur les délais prévus à l'art. 67 PA s'appliquent, en vertu de l'art. 55 al. 1 LPGA, à la révision

procédurale d'une décision administrative selon l'art. 53 al. 1 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral U.561/06 du 28 mai 2007 consid. 4 et la référence).

3.4 En l'espèce, le recourant sollicite la révision de la décision du 2 octobre 2020. Il se fonde sur l'opération du 9 octobre 2020, dans la mesure où elle aurait permis de détecter une déchirure du tendon sous-scapulaire qui serait passée inaperçue sur l'arthro-IRM du 9 mars 2020, mais qui serait en lien de causalité avec l'accident du 20 novembre 2019, alors que l'intimée avait estimé que l'accident avait cessé de produire ses effets sept mois après l'accident et que l'atteinte au membre supérieur gauche était pour le surplus dégénérative.

Pour démontrer l'existence de ce fait, le recourant a produit à titre de nouveaux moyens de preuve, le compte-rendu opératoire du 12 octobre 2020, un écrit du chef de clinique ayant pratiqué l'intervention médicale du 9 octobre 2020 daté du 18 décembre 2020, un rapport de consultation ambulatoire du 14 avril 2021 et une convocation du 10 mai 2021 pour un contrôle de réadaptation.

Le compte-rendu opératoire du 12 octobre mentionne à titre de diagnostic, une tendinopathie du long chef du biceps, une arthropathie acromio-claviculaire, une rupture du sus-épineux (petite lésion profonde) et une rupture du sous-scapulaire (rupture haute du sous-scapulaire classée Lafosse I). Le médecin se réfère, dans son écrit du 18 décembre 2020, à ces lésions et évoque une possible coïncidence entre celles-ci et l'accident du 20 novembre 2019. Les éléments postérieurs ne nous apprennent rien de plus sur le fait nouveau, s'il en est un, ou sur les preuves dudit fait, celles-ci ressortant du compte-rendu opératoire et du courrier du chirurgien.

Force est ainsi de constater qu'au plus tard le 18 décembre 2020, l'assuré, soit pour lui son conseil, avait connaissance du motif de révision sur lequel il a fondé sa requête du 1er juin 2021.

En agissant au-delà du délai de 90 jours suivant la découverte du motif dont il entendait se prévaloir pour demander la révision de la décision du 2 octobre 2020, l'assuré a agi tardivement. C'est dès lors à bon droit que l'intimée a refusé d'entrer en matière sur la révision et a rejeté l'opposition du recourant par décision du 7 février 2022.

3.5 Pour ce qui est de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), l'administration peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit manifestement erronée et que sa rectification revête une importance notable. L'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées ; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peut l'y contraindre. Cependant, lorsque l'administration entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions d'une reconsidération sont remplies, avant de statuer au fond par une nouvelle décision de refus, celle-ci est susceptible d'être déférée en justice (ATF 133 V 50

consid. 4 ; ATF 119 V 475 consid. 1b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_495/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.2). Lorsque l'administration ou l'assureur n'entre pas en matière sur une demande de reconsidération, il n'y a de place ni pour une procédure d'opposition (art. 52 LPGA), ni – a fortiori – pour un recours devant la chambre de céans, car une éventuelle reconsidération relève de l'appréciation de l'administration ou assureur (ATF 133 V 50 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_121/2009 du 26 juin 2009 consid. 3.6).

3.6 Le Tribunal qui est saisi d'un recours contre une décision d'un assureur refusant d'entrer en matière sur une demande de reconsidération doit le déclarer irrecevable. Une telle manière de procéder a été jugée compatible avec la garantie d'un droit à un recours effectif devant une autorité judiciaire, les personnes concernées ayant eu la possibilité d'attaquer la décision initiale de l'assureur social devant le tribunal cantonal des assurances compétent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_866/2009 du 27 avril 2010).

3.7 Une reconsidération est, dans ce cas d'espèce, exclue, l'administration ayant simplement la faculté et non l'obligation d'y procéder. Dans le cas d'espèce, l'intimée a refusé d'entrer en matière sur cet aspect de la demande. L'assuré ou le juge ne pouvant l'y contraindre, la demande de reconsidération est irrecevable.

Pour ces motifs, le recours ne peut qu'être rejeté.

4. La procédure est gratuite (art. 61 LPGA et 89H al. 1 LPA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Nathalie LOCHER	Marine WYSSENBACH

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