

GE_GERICHTE A/1862/2018 vom 25. Juni 2019

GE Cour de justice, 2019-06-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1862_2018

FR: GE_GERICHTE A/1862/2018 du 25 juin 2019

IT: GE_GERICHTE A/1862/2018 del 25 giugno 2019

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE recourant contre MUTUEL ASSURANCES SA, Service juridique, sise rue des Cèdres 5, MARTIGNY intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____, (ci-après : l'assuré), né le _____ 1972, travaille au service technique de la ville D_____ et est à ce titre assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles, selon la loi sur l'assurance-accidents auprès de Mutuel Assurances SA (ci-après : l'assureur). Il est par ailleurs assuré auprès d'Assura assurance-maladie pour le risque maladie non professionnelle. 2. Le 21 février 2017, l'employeur de l'assuré a déclaré que celui-ci avait été victime d'un accident le 10 janvier 2017. Il transportait un sac de 25 kg de sel depuis le pont d'un camion pour ravitailler la saleuse, le sac avait glissé et lorsqu'il avait tenté de le rattraper, il avait senti un craquement dans l'épaule. Le 1^{er} mars 2017, le docteur B_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation FMH, consulté par l'assuré le 28 février 2017, a diagnostiqué : « une contusion épaule gauche, coiffe des rotateurs et bursite sous-acromiale post-traumatique ». Une échographie de l'épaule gauche a été effectuée le 2 mars 2017. 3. Par décision du 27 mars 2017, confirmée sur opposition le 1^{er} juin 2017, l'assureur a refusé la prise en charge de l'événement du 10 janvier 2017, considérant qu'il ne s'agissait ni d'un accident ni d'une lésion assimilée. 4. Par courrier du 31 janvier 2018, l'assuré a demandé à l'assureur de réévaluer son dossier sur la base d'une arthro-IRM qui avait été réalisée le 23 janvier 2018, parce qu'il présentait des douleurs depuis une année. Il a expliqué que « malgré les soins que j'ai reçus, le handicap consécutif à mon accident du 10 janvier 2017 a perduré, raison pour laquelle je suis allé consulter un spécialiste de l'épaule, le docteur C_____. Ce dernier a recommandé une arthro-IRM afin de déterminer une fois pour toute la nature de ma blessure à l'épaule gauche ». Le même jour, le docteur C_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur FMH, a appuyé sa démarche, précisant que selon l'arthro-IRM, l'assuré souffrait d'une lésion quasiment transfixiante du tendon sus-épineux. 5. Par décision du 28 mars 2018, l'assureur a rejeté la demande, au motif que les conditions de la révision n'étaient pas remplies. Il a en effet considéré que l'arthro-IRM du 23 janvier 2018 aurait pu être effectuée avant l'entrée en force de la décision du 27 mars 2017 et ne constituait dès lors pas un nouveau moyen de preuve au sens de l'art. 53 LPG. 6. L'assuré a formé opposition le 23 avril 2018. Il rappelle que « l'arthro-IRM ne s'imposait pas avant l'entrée en force de votre première décision, étant donné que le diagnostic alors posé était erroné. C'est bien en raison de la persistance des douleurs que de nouvelles investigations se sont révélées indispensables pour orienter le traitement et que le nouveau diagnostic a pu être posé (déchirure tendineuse presque totale) ». 7. Par décision du 3 mai 2018, l'assureur a rejeté l'opposition, au motif qu'une nouvelle expertise ou un nouveau rapport médical produit par la partie demanderesse, dont les conclusions

différent de celles sur lesquelles s'est fondé l'assureur, n'est pas un fait nouveau, mais une appréciation ou une interprétation nouvelle des mêmes faits. De même, un examen IRM pratiqué postérieurement à l'entrée en force de la décision n'est pas un moyen de preuve nouveau, étant donné que la technique était déjà connue depuis plusieurs années et que l'examen aurait pu être effectué avant l'entrée en force de la décision. 8. L'assuré a interjeté recours le 30 mai 2018 contre ladite décision. Il répète que le nouveau diagnostic mis en évidence par l'arthro-IRM du 23 janvier 2018 constitue un fait nouveau important au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA et souligne que « la lésion quasi transfixiante du tendon sus-épineux clairement établie entre indubitablement dans la catégorie des atteintes à la santé relevant d'un accident au sens de la LAA ». Il considère que l'arthro-IRM du 23 janvier 2018 ne peut être considérée comme un nouveau moyen de preuve qu'il aurait dû produire auparavant, dès lors que cet examen ne s'imposait pas avant l'entrée en force de la première décision. Il répète que ce n'est qu'en raison de la persistance des douleurs que de nouvelles investigations s'étaient révélées indispensables pour orienter le traitement et que le nouveau diagnostic avait pu être posé. L'assuré conclut à ce que l'assureur soit condamné à prendre en charge son cas à titre rétroactif dès le 10 janvier 2017. 9. Dans sa réponse du 10 août 2018, l'assureur a proposé le rejet du recours. 10. Dans sa réplique du 12 septembre 2018, l'assuré a persisté dans ses conclusions et relevé que l'échographie du 2 mars 2017 était insuffisante pour mettre en évidence la déchirure dont il souffrait. Il produit à cet égard un rapport du Dr B_____, daté du 10 septembre 2018, aux termes duquel « Il avait été réalisé dans les semaines suivantes une échographie de cette épaule gauche qui avait montré des signes échographiques hétérogènes dans le tendon du supra-spinatus, dans sa région pré-insertionnelle, interprétée par le radiologue comme une tendinopathie, avec un aspect irrégulier du tendon, quelques petites calcifications internes et une érosion du foot print. Le radiologue précise bien qu'il n'y avait aucun signe d'une déchirure transfixiante à l'examen échographique du 2 mars 2017. Devant l'évolution relativement mauvaise de cette épaule, avec en particulier la persistance d'une douleur récurrente et de limitations fonctionnelles dans certaines amplitudes et certaines activités, le patient est allé voir, sur ma demande, le Docteur C_____, qui avait fait pratiquer une arthro IRM de l'épaule gauche en janvier 2018, cette dernière ayant démontré une lésion tendineuse partielle, sur le versant profond, soit articulaire, du tendon sus épineux, avec passage de produit de contraste dans les fissurations le long de l'interface entre le tendon et son foot print, sans caractère transfixiant. (...) Nous nous trouvons donc bel et bien devant une lésion partielle, traumatique, de la profonde du tendon du sus-épineux, parfaitement compatible avec le mécanisme de l'accident. Le fait que l'échographie de mars 2017 n'ait pas fait état de ce type de déchirure n'est absolument pas étonnant, puisqu'il s'agit d'une déchirure du versant profond, soit articulaire du tendon, qui bien entendu ne peut pas être visualisée par une échographie faite depuis l'extérieur de l'épaule, soit le versant superficiel et bursal du tendon. Il est bien connu que la mise en évidence de ces lésions tendineuses partielles, intratendineuses, non transfixiantes, ne peuvent être faites que par l'arthro-IRM, examen de référence qui a finalement été pratiqué début 2018 en raison de la mauvaise évolution clinique de l'assuré ». 11. Dans sa duplique du 4 octobre 2018, l'assureur a déclaré maintenir sa position. S'il admet que l'arthro-IRM du 23 janvier 2018 atteste la présence d'une lésion tendineuse, il soutient que rien ne permet de prouver que cette lésion est due à l'événement du 10 janvier 2017 et rappelle qu'il a refusé la prise en charge de l'événement survenu le 10 janvier 2017, ce par décision du 27 mars 2017, confirmée sur opposition le 1^{er} juin 2018 et entrée en force. 12. Ces écritures ont été transmises à l'assuré et la cause

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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 3. Le litige porte sur le droit de l'assuré d'obtenir la révision de la décision sur opposition rendue par l'assureur le 1^{er} juin 2017. 4. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). b. 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). c. L'exigence du lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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. d. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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 129 V 177 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1). e. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, selon sa nouvelle teneur entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, « l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : a. les fractures; b. les déboîtements

d'articulations; c. les déchirures du ménisque; d. les déchirures de muscles; e. les élongations de muscles; f. les déchirures de tendons; g. les lésions de ligaments; h. les lésions du tympan ». La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1; ATF 129 V 466 ; ATF 123 V 43 consid. 2b). Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffit que l'événement assuré soit en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Un état dégénératif ou morbide antérieur n'exclut pas l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, lorsque celle-ci est causée ou aggravée par un événement accidentel (voir ATF 123 V 43 consid. 2b; ATF 116 V 145 consid. 6c; ATF 114 V 301 consid. 3c). Les lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (arrêts du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2; 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2). 5. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 6. Selon l'art. 53 al. 1 LPG, 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. 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 (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zurich 2003, n. 13 ad art. 53). 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. 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. 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. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical 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. 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). 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'ancien art. 137 lettre b OJ (ATFA non publié C 175/04 consid. 2.2 du 29 novembre 2005). La révision procédurale est soumise aux délais prévus par l'art. 67 de la loi fédérale sur la procédure administrative (PA), applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 er 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. a. 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). b. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI

1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). c. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). 8. En l'espèce, l'assuré a déposé le 31 janvier 2018 une demande auprès de l'assureur visant à la révision de la décision sur opposition du 1^{er} juin 2017. Par cette décision, l'assureur avait refusé la prise en charge de l'événement du 10 janvier 2017, considérant qu'il ne s'agissait ni d'un accident ni d'une lésion assimilée. 9. L'assuré fonde sa demande sur un nouveau diagnostic mis en évidence par l'arthro-IRM réalisée le 23 janvier 2018, soit après l'entrée en force de la décision du 1^{er} juin 2017. La chambre de céans constate que l'assuré a déposé sa demande de révision dans les trois mois après l'arthro-IRM, soit en temps utile (art. 81 al. 1 LPA). 10. Cette arthro-IRM a révélé que l'assuré souffrait d'une lésion du tendon sus-épineux. Le Dr B_____, dans son rapport du 10 septembre 2018, a précisé que l'assuré présentait « une lésion tendineuse partielle, sur le versant profond, soit articulaire, du tendon sus-épineux, avec passage de produit de contraste dans les fissurations le long de l'interface entre le tendon et son foot print, sans caractère transfixiant ». L'assureur ne conteste pas le diagnostic posé. Il a toutefois considéré qu'un examen IRM, pratiqué postérieurement à l'entrée en force de la décision, n'est pas un moyen de preuve nouveau, étant donné que la technique est déjà connue depuis plusieurs années et qu'il aurait pu être effectué avant l'entrée en force de la décision. Il va de soi que l'arthro-IRM est une technique connue et qu'elle existait déjà en janvier 2017, date à laquelle l'événement concerné s'est produit. Il s'agit toutefois plutôt d'examiner la question de savoir si un tel examen aurait pu et dû être effectué à ce moment-là. L'assuré a à cet égard expliqué que c'est en raison de la persistance de douleurs que son médecin avait procédé à de telles investigations. Le Dr B_____ a confirmé qu'il avait adressé l'assuré au Dr C_____ devant « la persistance d'une douleur récurrente ». Il n'y avait ainsi aucune raison de soumettre l'assuré à une arthro-IRM avant la décision du 27 mars 2017. Il y a, partant, lieu d'admettre que l'arthro-IRM du 23 janvier 2018 est un moyen de preuve nouveau réalisé postérieurement à la décision du 27 mars 2017 qui ne pouvait être produit auparavant et qui met en évidence un nouveau diagnostic. 11. Encore faut-il que ce diagnostic porte sur un fait antérieur à ladite décision. L'assureur considère que tel n'est pas le cas, dès lors qu'au moment de la décision du 27 mars 2017, une échographie confirmait l'absence de lésion transfixiante du sus-épineux. Il n'est ainsi pas établi selon lui que la lésion du sus-épineux révélée en janvier 2018, soit une année après l'accident, était déjà présente à ce moment-là. Le Dr B_____ a toutefois expliqué que « le fait que l'échographie de mars 2017 n'ait pas fait état de ce type de déchirure n'est absolument pas étonnant, puisqu'il s'agit d'une déchirure du versant profond, soit articulaire du tendon, qui bien entendu ne peut pas être

visualisée par une échographie faite depuis l'extérieur de l'épaule, soit le versant superficiel et bursal du tendon. Il est bien connu que la mise en évidence de ces lésions tendineuses partielles, intratendineuses, non transfixiantes, ne peuvent être faites que par l'arthro-IRM, examen de référence qui a finalement été pratiqué début 2018 en raison de la mauvaise évolution clinique de l'assuré ». Il apparaît ainsi vraisemblable, au degré requis par la jurisprudence, que la lésion mise en évidence par l'arthro-IRM ne pouvant être décelée par l'échographie, existait alors déjà. 12. Reste à déterminer si le nouveau moyen de preuve apporte des éléments de fait nouveau permettant de considérer que la décision sur opposition du 1^{er} juin 2017 contient des défauts objectifs, ou si au contraire il se borne à donner une appréciation différente des faits déjà connus. Il y a lieu de constater qu'il ne saurait être question d'une nouvelle appréciation de faits médicaux déjà constatés lorsqu'un nouveau diagnostic, tel que celui d'une lésion tendineuse, est posé grâce à l'examen IRM. Il convient à ce stade de déterminer si ce diagnostic est un fait nouveau important au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. Ce n'est qu'après avoir pris connaissance des résultats de l'arthro-IRM que l'assuré a su qu'il présentait une lésion du tendon sus-épineux. Aussi ce diagnostic n'était-il pas connu avant que l'assureur ne rende sa décision le 27 mars 2017 et sa décision sur opposition le 1^{er} juin 2017. Il peut donc être qualifié de fait nouveau. Le fait nouveau doit en outre être important, c'est-à-dire qu'il doit 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. L'arthro-IRM est susceptible de modifier l'état de fait à la base de la décision de l'assureur, en ce qui concerne la nature de l'atteinte subie par l'assuré à l'épaule gauche. Il est désormais établi que celle-ci a consisté en une lésion du tendon sus-épineux, laquelle pourrait être assimilée à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 let. f LAA. Reste à examiner si cette lésion est en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'événement du 10 janvier 2017. Il est vrai que selon le Dr B_____, « nous nous trouvons donc bel et bien devant une lésion partielle, traumatique, de la profonde du tendon du sus-épineux, parfaitement compatible avec le mécanisme de l'accident ». Cette affirmation n'apparaît toutefois pas suffisante pour retenir l'existence d'un lien de causalité naturelle. La chambre de céans constate ainsi qu'elle ne dispose pas des éléments médicaux nécessaires et probants pour statuer sur la question du lien de causalité entre l'accident du 10 janvier 2017 et la lésion du tendon sus-épineux. Il y a lieu, au vu de ce qui précède, d'admettre le recours, en ce sens qu'une révision procédurale est fondée, d'annuler la décision du 28 mars 2018 et celle sur opposition du 3 mai 2018, et de renvoyer la cause à l'assureur pour instruction complémentaire et nouvelle décision. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :**

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.