

GE_GERICHTE ATAS/738/2016 vom 30. August 2016

GE Cour de justice, 2016-08-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_738_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/738/2016 du 30 août 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/738/2016 del 30 agosto 2016

Erwägungen

E. 9

Par courriel du 4 juin 2015, l'assureur perte de gain s'est étonné de la prise de position de la SUVA au vu de la note du Dr H_____ du 7 mai 2015.

E. 10

L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a demandé à la SUVA des explications, ce par courriel du 5 juin 2015, puis par courriers des 30 juillet et 31 août 2015.

E. 11

Le 16 septembre 2015, la SUVA a informé l'assuré que compte tenu de la complexité du cas, son dossier était « actuellement en cours ».

E. 12

Le 23 septembre 2015, une réunion tripartite s'est tenue dans les bureaux de l'employeur entre l'assuré, des représentants de l'employeur et de la SUVA. À cette occasion, le dossier a été complété notamment par un rapport d'IRM lombaire du 29 août 2014, un rapport d'IRM cervicale du 6 novembre 2011, un rapport du 11 novembre 2014 des docteurs I_____ et J_____, respectivement médecin interne et médecin adjoint agrégé auprès du service de neurochirurgie des HUG ainsi qu'un certificat du 22 janvier 2015 établi par la docteure K_____, cheffe de clinique auprès du service de médecin de premier recours des HUG et médecin traitant de l'assuré. Selon les observations des Drs I_____ et J_____, l'IRM lombaire du 29 octobre 2014 montrait principalement une discopathie L4-L5 avec rétrolisthèse de 5 mm et remaniement Modic 2 des plateaux vertébraux et une discopathie L5-S1 Pfirmann 5 Modic 3. Quant à l'IRM cervicale du 6 novembre 2014, elle montrait principalement une fracture transversale de la base du processus odontoïde avec minime signe d'inflammation. En conclusion, ces médecins ont estimé, à propos des lombalgies chroniques, qu'au vu des constatations clinico-radiologiques, il n'existait pas d'indication à un traitement neurochirurgical et qu'une prise en charge antalgique par les collègues rhumatologues de l'Hôpital de Beau-Séjour serait préférable au vu du contexte dépressif chronique. Concernant la mise en évidence de la fracture ancienne C2 et pour mieux comprendre l'état médullaire

A/1066/2016 - 4/18 - réel de l'assuré au vu de l'examen clinique qui montrait un syndrome pyramidal, les médecins proposaient de compléter le bilan par des « potentiels évoqués moteurs et des potentiels évoqués sensitifs », ainsi qu'une radiographie de flexion/extension à organiser en salle de scopie. Pour sa part, la Dresse K_____ a certifié qu'à la suite de l'accident de la voie publique du 9 mars (recte : 7 mars) 2009, l'assuré était atteint des affections suivantes : - troubles mnésiques confirmés à plusieurs reprises par des évaluations neuropsychologiques, avec d'importants troubles de la mémoire épisodique et

verbale, de l'attention, des fonctions exécutives ; atteintes également des aptitudes visio-constructives et du calcul ; - céphalées chroniques associées à des cervicalgies en rapport avec une fracture de la deuxième vertèbre cervicale toujours non consolidée lors de la dernière IRM de contrôle réalisée en octobre 2014 ; - lombalgies chroniques dans un contexte de discopathie L4-L5 avec rétrolisthèse de 5 mm et remaniement modic 2 des plateaux vertébraux, discopathie L5-S1, confirmée par une IRM lombaire réalisée également en octobre 2014. Les lombalgies étaient augmentées lors de la position debout et nécessitaient un traitement antalgique de pallier 1-2 de manière chronique ; - hémochromatose hétérozygote, diagnostiquée en septembre 2014.

E. 13

Dans un rapport daté du 27 octobre 2015, le Dr H_____ a estimé que les documents versés au dossier depuis la note du 7 mai 2015 ne mettaient en évidence aucun fait médical nouveau susceptible de remettre en question ses appréciations neurologiques précédentes des 13 décembre 2013, 25 juin 2014 et 7 mai 2015. D'après les documents disponibles, l'assuré avait subi, à l'occasion de l'accident du 7 mars 2009, des lésions de la boîte crânienne et du massif crânio-facial, ainsi qu'une fracture non disloquée de l'apophyse odontoïde. Une écorchure frontale avait été suturée et les autres blessures traitées de manière conservatrice. Le Dr H_____ a rappelé avoir déjà pris position sur les séquelles neuropsychologiques de la lésion cérébrale d'origine traumatique en estimant que l'atteinte à l'intégrité s'élevait 35%. Il s'était également exprimé sur la question d'une aggravation des limitations cognitives qui, à son sens, ne pouvait être expliquée par l'accident. Le fait que la validité des conclusions neuropsychologiques n'était pas garantie (disposition à l'effort) et que d'autres facteurs étrangers à l'accident tels que la dépression et la consommation d'alcool devaient être pris en compte jouait un rôle important. Quant à l'hémochromatose hétérozygote diagnostiquée en septembre 2014, elle constituait un trouble métabolique génétique qui était de toute évidence étranger à l'accident. Les douleurs lombaires décrites devaient également être considérées comme étant externes, car aucune lésion ou douleur correspondante n'était présente au moment de l'accident. En ce qui concerne la fracture de l'apophyse odontoïde, il ne

A/1066/2016 - 5/18 - s'agissait pas non plus d'un fait nouveau important. D'un point de vue neurochirurgical, aucune opération n'était indiquée et d'après les conclusions citées précédemment, il n'existait aucun signe clinique de lésion médullaire. Il fallait éventuellement tenir compte des résultats des examens demandés aux neurochirurgiens, les Drs J_____ et I_____.

E. 14

Par courrier du 28 septembre 2015, l'assuré a sommé la SUVA de rendre une décision formelle.

E. 15

Sans nouvelles de la SUVA, l'assuré a déposé le 23 novembre 2015 un recours pour déni de justice auprès de la chambre de céans.

E. 16

Par décision du 18 décembre 2015, la SUVA a considéré qu'elle était en présence d'une demande mixte de révision et reconsidération d'une décision entrée en force, soit la décision du 9 octobre 2014 contre laquelle l'assuré n'avait pas formé opposition en temps

utile. Saisie de cette demande, la SUVA avait mis en œuvre des éclaircissements complémentaires en soumettant une nouvelle fois le dossier de l'assuré au Dr H_____ afin qu'il puisse apprécier si de nouveaux faits médicaux avaient été découverts et si ceux-ci étaient en relation causale avec l'accident du 7 mars 2009 au degré de la vraisemblance prépondérante. Après s'être penché une nouvelle fois sur l'ensemble du dossier, le Dr H_____ avait considéré que sur le plan neurologique, les documents présentés après son avis du 7 mai 2015 ne mettaient en évidence aucun fait médical nouveau susceptible de remettre en question ses appréciations neurologiques précédentes. En conséquence, les conditions pour une révision n'étaient pas remplies. Par ailleurs, la SUVA refusait d'entrer en matière sur la demande de reconsidération de la décision du 9 octobre 2014, ajoutant qu'il n'existait pas de possibilité de contester un tel refus d'entrer en matière.

E. 17

Le 23 décembre 2015, l'assuré s'est référé à cette décision et s'est prévalu du fait que cette dernière avait été rendue par un collaborateur de la SUVA qui avait fait l'objet d'une demande formelle de récusation – non traitée à ce jour. Par ailleurs, l'acte litigieux était revêtu de la signature de ce seul collaborateur. Or, à teneur de l'extrait du registre du commerce, cette personne ne faisait pas partie des organes de la SUVA dont les actes nécessitaient, pour le surplus, une signature collective à deux. Ainsi, la SUVA était invitée à notifier une décision de façon régulière.

E. 18

Le 5 janvier 2016, la SUVA a fait savoir à l'assuré que la décision du 18 décembre 2015 était valable et qu'en conséquence, elle ne lui notifierait pas de nouvelle décision. Elle considérait que le courrier du 23 décembre 2015 valait opposition. Si l'assuré confirmait cette dernière, il était invité à motiver sa position et à prendre des conclusions.

E. 19

Le 9 février 2016, l'assuré a complété son opposition du 23 décembre 2015. Quand bien même cela aurait été souhaitable, il était incontestable que la SUVA ne pouvait être contrainte à reconsidérer sa décision du 9 octobre 2014. La rente LAA de 30% octroyée à partir du 1er novembre 2009 pouvait cependant faire l'objet

A/1066/2016 - 6/18 - d'une révision pour l'avenir et éventuellement pour le passé, soit sur la base de faits qui s'étaient produits jusqu'au moment de la décision du 9 octobre 2014. Dans le cas particulier, les taux d'invalidité et d'IPAI, respectivement de 30 et 35% reposaient pour l'essentiel sur des constatations médicales, incomplètes et anciennes, car effectuées en 2013. Par ailleurs, la SUVA avait eu connaissance d'une incapacité de travail entière attestée à partir du début de l'année 2014. Quand bien même la raison invoquée sur ces certificats était la maladie, il n'avait pas échappé à la SUVA que certaines de ces attestations émanaient de services de psychiatrie. Or, aucun rapport médical n'avait été sollicité, alors même que les troubles psychiques – indéniables au vu de la teneur des pièces médicales provenant des HUG – ne pouvaient, dans le présent cas, être dissociés des lésions organiques et qu'une évaluation médicale pluridisciplinaire aurait été nécessaire avant de statuer sur le droit aux prestations légales. On ne trouvait donc aucune appréciation médicale suffisamment probante susceptible de permettre de statuer sur les droits de l'assuré. Finalement, lors de son dernier avis avant la décision du 9 octobre 2014 (rapport du 7 juillet 2014), le Dr H_____ semblait ignorer la pleine incapacité de travail qui frappait l'assuré depuis le 27 janvier 2014. De plus, ce médecin indiquait qu'on ne pouvait

répondre de manière claire à la question de savoir si l'état de santé de l'assuré était médicalement stabilisé au moment où l'assuré avait repris son activité professionnelle le 17 novembre 2009. En conclusion, l'opposition du

E. 23

Le 3 mai 2016, l'intimée a constaté que le recourant lui reprochait essentiellement de ne pas avoir instruit d'office le point de savoir si son état de santé avait subi, depuis la décision de rente du 9 octobre 2014, une modification justifiant une augmentation de sa rente d'invalidité pour l'avenir. Si du point de vue du recourant, plusieurs pièces du dossier établissaient que les atteintes accidentelles à sa santé s'étaient depuis lors aggravées, cette position apparaissait erronée. En effet, il appartenait à l'assuré de rendre plausible qu'une modification significative s'était produite depuis la notification de la décision dont la révision était demandée. En l'espèce, après avoir recueilli de nombreux avis médicaux concernant les volets neuropsychologique, psychiatrique, neurologique et orthopédique notamment, l'intimée avait considéré, dans sa décision du 9 octobre 2014, que malgré les séquelles consécutives à l'accident du 7 mars 2009, le recourant restait capable de travailler avec un rendement réduit dans des activités légères permettant des changements de position. Dans le contexte d'une révision de la rente pour l'avenir, il s'agissait d'examiner si les circonstances survenues depuis la décision du

A/1066/2016 - 8/18 - 9 octobre 2014 exigeaient l'adaptation des prestations allouées. Rien en l'occurrence n'évoquait une quelconque évolution de l'état de santé du recourant. Même si depuis octobre 2014, plusieurs médecins avaient attesté d'une incapacité de travail complète et que l'employeur avait indiqué qu'il n'était plus en mesure de mettre à profit une quelconque capacité de travail du recourant dans son emploi actuel, il ressortait du dossier qu'il s'agissait là d'un état de fait antérieur à la décision de rente litigieuse, le recourant ayant cessé de travailler depuis février 2014 (recte : depuis le 27 janvier 2014). Ces aspects ne traduisaient ainsi pas une modification des circonstances, préalable indispensable pour qu'une rente fût modifiée pour l'avenir. Pour le surplus, il ressortait notamment de l'appréciation du Dr H_____ du 27 octobre 2015 qu'aucun des médecins consultés par le recourant n'avait évoqué d'aggravation depuis 2014 des troubles occasionnés par l'accident assuré. Dans ces circonstances, on ne pouvait reprocher à l'intimée ni d'avoir renoncé à la révision des prestations pour l'avenir, ni d'avoir insuffisamment instruit l'existence d'une aggravation de l'état de santé du recourant. Le recourant ne pouvait pas non plus prétendre à la révision procédurale de la décision du 9 octobre 2014 sur la base de faits ou de moyens de preuve nouveaux qui n'avaient pas pu être produits à cette époque. En l'occurrence, l'intimée voyait mal quels faits ou moyens de preuve nouveaux étaient susceptibles de justifier une telle révision. Sous réserve de l'hémochromatose évoquée en janvier 2015 par la Dresse K_____, qui ne constituait pas une conséquence de l'accident, les atteintes dont souffrait le recourant avaient toujours été connues, tant par celui-ci que par l'intimée lorsqu'elle avait statué sur le droit aux prestations. S'il était certes possible que cette dernière autorité ait mésestimé l'effet incapacitant de ces atteintes, méconnu leur origine accidentelle ou encore qu'elle les ait à tort considérées comme étant stabilisées, il s'agissait là de questions d'appréciation qui ne pouvaient faire l'objet d'une révision procédurale. En synthèse, une révision de la décision du 9 octobre 2014 n'était possible ni sous l'angle d'une révision procédurale ni pour l'avenir. En conséquence, l'intimée a conclu à ce que le recourant soit débouté de toutes ses conclusions.

E. 24

Par réplique du 20 juin 2016, le recourant a reproché à l'intimée de se fonder sur l'appréciation du Dr H_____ du 27 octobre 2015 pour justifier l'absence d'une péjoration cause de son état de santé. Or, au vu de la complexité du cas, au demeurant non contestée par l'intimée, cette appréciation était clairement insuffisante pour pouvoir valablement se prononcer sur l'affaire. En tenant compte des lésions accidentelles subies, une expertise médicale pluridisciplinaire aurait de toute manière été indiquée. En toute hypothèse, une instruction complémentaire s'avérait nécessaire. Du reste, l'office AI avait ordonné, en date du 3 mai 2016, une expertise médicale psychiatrique intégrant un bilan neuropsychologique.

E. 25

Par duplique du 13 juillet 2016, l'intimée a fait valoir que le litige ne concernait pas le bienfondé de la décision de rente du 9 octobre 2014, mais portait exclusivement sur le point de savoir si elle avait valablement refusé de réviser cette décision. Or, il

A/1066/2016 - 9/18 - n'existait ni circonstances inconnues à l'époque de cette décision ni modifications significatives intervenues depuis lors. En effet, le recourant présentait, en janvier 2014, une incapacité de travail complète pour des atteintes d'origine tant malade qu'accidentelle. Cette situation était restée inchangée à ce jour. En attestaient les documents médicaux ultérieurs à la décision du 9 octobre 2014. Pour le surplus, l'intimée ne voyait pas quels faits antérieurs à cette décision étaient inconnus du recourant.

E. 26

septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). 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 en Suisse (art. 58 al. 2, 1ère phrase, LPGA). Bien que le recourant ne soit pas domicilié dans le canton de Genève au moment du dépôt du recours, le siège de son dernier employeur se trouve dans le canton de Genève. La chambre de céans est ainsi compétente à raison de la matière et du lieu pour juger du cas d'espèce. 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. Selon l'art. 38 al. 4 let. a LPGA, applicable via par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA, les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7ème jour avant Pâques au 7ème jour après Pâques inclusivement. Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour qui suit. Le droit cantonal déterminant est celui du canton ou la partie ou son mandataire a son domicile ou son siège (art. 38 al. 3 LPGA).

A/1066/2016 - 10/18 - Suite à la notification de la décision querellée le 24 février 2016, le délai de recours a commencé à courir le lendemain (art. 38 al. 1 LPGA). Suspendu du 20

mars au 3 avril 2016, il est arrivé à échéance le samedi 16 avril 2016. Posté le 8 avril 2016, le recours a été interjeté en temps utile. Respectant également les formes prescrites par la loi, il est recevable (art. 56 à 61 LPGA). 4. À titre préliminaire, il y a lieu de déterminer l'objet du litige.

a. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références citées). Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroit entre les points non contestés et l'objet du litige (arrêt du Tribunal fédéral 9C_197/2007 du 27 mars 2008 consid. 1.2 et les références).

b. Toujours selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, 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 122 V 36 consid. 2a et les références). En outre, la question qui excède l'objet de la contestation doit être en état d'être jugée et le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force. Enfin, il faut que tous les droits procéduraux des parties soient respectés (Ulrich MEYER, Isabel VON ZWEHL, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in Mélanges Pierre Moor, p. 446).

c. En l'espèce, la décision querellée aborde la révision des prestations allouées au recourant uniquement sous l'angle de la révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA) et de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) de la décision du 9 octobre 2014. L'intimée a certes pris position au sujet d'une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA avant les décisions du 18 décembre 2015 et du 19 février 2016, mais c'était de manière informelle en date du 22 mai 2015. Il n'existe donc pas à ce jour de décision formelle (art. 49 LPGA) se prononçant sur la question d'une révision des prestations pour l'avenir. Il ressort toutefois de l'appréciation du Dr H_____ du

E. 27

octobre 2015).

Le recourant ne saurait non plus être suivi en tant qu'il reproche l'absence de toute appréciation psychiatrique à l'intimée. Il ressort au contraire des pièces que le dossier comporte une telle appréciation remontant au 12 juin 2013, dans laquelle le docteur L_____, psychiatre conseil de l'intimée, considère en substance que la situation n'a pas évolué par rapport à sa précédente appréciation du 7 octobre 2009 dans laquelle il faisait état d'un trouble de l'adaptation avec des caractéristiques émotionnelles mixtes anxieuses et dépressives, soit « relativement peu de choses sur le plan psychiatrique », le tableau

clinique étant surtout marqué par une atteinte neuropsychologique majeure pour laquelle « il serait peut-être utile de demander un avis spécialisé au neurologue de la SUVA » (pièce 95 intimée). En outre, le recourant ne produit aucun rapport médical attestant d'une quelconque aggravation de la situation sur le plan psychiatrique.

On relèvera en dernier lieu qu'en envisageant le cas sous l'angle des conséquences économiques d'un état de santé demeuré en soi inchangé, il n'existe pas non plus de modification significative depuis la décision du 9 octobre 2014 puisque l'arrêt de travail à 100% dans la profession habituelle remonte déjà au 27 janvier 2014. Le fait que l'intimée ne l'ait appris qu'en date du 13 novembre 2014 n'est pas pertinent sous l'angle de l'art. 17 al. 1 LPGA dès lors que cette modification de la capacité de gain existait déjà au moment de ladite décision. En revanche, la prise de connaissance a posteriori de cette modification préexistante doit être examinée sous l'angle de l'art. 53 al. 1 LPGA (cf. Ueli KIESER, op. cit. n. 23 ad art. 53 LPGA et ci-dessous : consid. 9 et 10).

Cela étant, il convient, sans qu'il soit nécessaire d'ordonner une instruction complémentaire – comme le demande le recourant – de se fonder sur les conclusions dûment motivées du Dr H_____. Bien que celui-ci ait considéré dans un premier temps, soit le 7 mai 2015, qu'il ne lui était pas possible de se prononcer sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 7 mars 2009 et les troubles rapportés, ce médecin a ensuite exposé clairement que les rapports versés au dossier depuis le 7 mai 2015 n'attestaient d'aucun fait nouveau important en relation de causalité avec l'accident du 7 mars 2009. Ainsi, l'existence d'une aggravation de l'incapacité de travail – ou de gain – découlant d'une atteinte à la santé en relation avec cet accident doit être niée. Partant, il n'y a pas non plus matière à réviser l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, étant rappelé que la révision de cette indemnité n'est possible que si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36 al. 4, 2ème phrase, OLAA). 9. Reste à examiner s'il y a lieu de procéder à une révision (procédurale) de la décision du 9 octobre 2014.

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),

A/1066/2016 - 16/18 - 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 LTF (arrêt du Tribunal fédéral 8C_868/2010 du 6 septembre 2011 consid. 3.2). 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 et les références). 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. 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. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas qu'un médecin ou un expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal (arrêt du Tribunal fédéral 8C_368/2013 du 25

février 2014 consid. 5.1 et les références citées). 10. En l'espèce, dans la mesure où les rapports médicaux postérieurs à la décision du 9 octobre 2014 (rapports des Drs K_____, d'une part, I_____ et J_____, d'autre part) n'attestent, au vu de ce qui précède, aucune aggravation de l'état de santé du recourant qui soit en relation de causalité avec l'accident, les avis de ces médecins ne contiennent aucun fait nouveau de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de cette décision (pour un cas et un raisonnement similaire : cf. l'arrêt 8C_368/2013 précité consid. 5.2). Quant au rapport du Dr E_____ du 1er juillet 2014, lequel mentionne que le recourant souffre de troubles neuropsychologiques et neurologiques, d'une asthénie chronique ainsi que d'un état dépressif apparus suite à l'accident de la voie publique du 7 mars 2009, il ne fait état d'aucun fait nouveau inconnu du recourant ou de l'intimé au moment de la décision du 9 octobre 2014, pas plus qu'il n'apporte la preuve d'un fait dont l'existence n'avait pu être prouvée à cette époque. En effet, les troubles mentionnés par le Dr E_____ ressortent déjà des divers rapports sur lesquels la décision du 9 octobre 2014 se fonde. Par ailleurs, en tant que certains médecins – notamment les Drs E_____ et K_____ (pièce 156 p. 4-22 intimée) – attestent d'une incapacité de travail totale depuis le 27 janvier 2014, ils donnent une appréciation différente de la capacité de travail du recourant, ce qui ne suffit pas cependant pour justifier la révision de la décision d'octroi de la rente et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité en vertu de l'art. 53 al. 1 LPGA.

A/1066/2016 - 17/18 - On signalera en dernier lieu que même si l'intimée n'avait éventuellement pas connaissance de la diminution de la capacité de gain du recourant au moment de la décision du 9 octobre 2014, le recourant avait lui-même connaissance de ce fait depuis le 27 janvier 2014, de sorte qu'il ne tenait qu'à lui d'en tirer argument en temps utile. Enfin, les divers avis médicaux produits par le recourant à l'appui de sa demande de révision/reconsidération ne font pas non plus apparaître la décision du 9 octobre 2014 comme manifestement erronée au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA. Quoi qu'il en soit, la chambre de céans ne saurait contraindre l'intimée à reconsidérer cette décision (arrêt du Tribunal fédéral 9C_901/2007 du 8 octobre 2008 consid. 3 non publié à l'ATF 134 V 401). 11. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/1066/2016 - 18/18 - 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.