

GE_GERICHTE A/3669/2016 vom 22. Juni 2017

GE Cour de justice, 2017-06-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3669_2016

FR: GE_GERICHTE A/3669/2016 du 22 juin 2017

IT: GE_GERICHTE A/3669/2016 del 22 giugno 2017

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à CHÂTELAINÉ, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jacques EMERY recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____, ressortissant congolais né le _____ 1975, a fait le 22 juillet 2004 une chute à vélo qui lui a occasionné une lésion aux lèvres, des fractures de dents, une contusion du poignet gauche et une commotion cérébrale. Il travaillait à cette époque comme ouvrier du bâtiment et était à ce titre assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : la SUVA). Celle-ci a pris en charge le traitement médical et lui a versé des indemnités journalières.![endif]>![if> 2. L'assuré a été examiné le 30 décembre 2004 par le docteur B_____, médecin d'arrondissement de la SUVA : l'assuré se plaignait de douleurs au pied, au genou et au poignet gauches, ainsi qu'à l'épaule droite. Il n'avait plus de plaintes concernant la lésion aux lèvres ou la commotion cérébrale. Dans ce rapport, il était également mentionné qu'un trouble somatoforme douloureux et un épisode dépressif avaient été constatés durant une réhabilitation stationnaire, pour lesquels le médecin d'arrondissement invitait la SUVA à examiner la causalité adéquate sous l'angle juridique. Selon ce médecin, l'assuré était complètement guéri des lésions organiques de cet accident et n'avait plus besoin de traitement.![endif]>![if> 3. Par décision du 3 février 2005, la SUVA a mis fin à ses prestations avec effet au 29 novembre 2004. Faisant siennes les conclusions de son médecin d'arrondissement, elle a considéré qu'il n'y avait plus d'atteinte objectivable et que les troubles résiduels dont se plaignait l'assuré – douleurs du haut du bras et tensions cervicales notamment –, étaient d'ordre psychique, sans relation de causalité adéquate avec l'accident. En effet, cet accident de gravité moyenne n'avait pas été dramatique ou particulièrement impressionnant, et l'assuré n'avait subi ni blessures graves, ni longue incapacité de travail résultant d'atteintes somatiques, ni erreur médicale, ni processus de guérison difficile.![endif]>![if> 4. Saisie d'une opposition de l'assuré, la SUVA l'a rejetée dans une nouvelle décision du 8 septembre 2005. Cette décision n'a pas été attaquée et est entrée en force.![endif]>![if> 5. Également saisie d'une demande de l'assuré, l'Office de l'assurance-invalidité de Zurich l'a rejetée par décision du 18 septembre 2007, tout en admettant une incapacité de travail totale dans l'ancien métier d'ouvrier dans le bâtiment. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 70%. Inférieur à 40%, le degré d'invalidité n'ouvrait pas le droit à une rente.![endif]>![if> 6. Par courrier du 25 avril 2013, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, s'est adressé à la SUVA en lui demandant de réexaminer son cas et de lui allouer une rente d'invalidité entière depuis le 1 er mai 2007, arguant que « cette décision [n'était] plus soutenable au regard de l'évolution des symptômes et surtout de la dépression consécutive à la

permanence des douleurs et à l'absence de résultats des nombreux soins dont il [avait] bénéficié ». [endif]> [if] 7. À l'appui de sa demande, il a notamment joint : [endif]> [if] - un rapport de l'Hôpital universitaire de Zurich du 17 janvier 2005, diagnostiquant un syndrome douloureux chronique cervico-céphalique, cervico-thoracique, et concluant à une capacité de travail probablement entière dans une activité moyennement lourde, sans que des indications plus précises puissent être données en raison des autolimitations de l'assuré ; [endif]> [if] - un rapport du Service de neurologie des HUG du 24 juillet 2012, concluant à un examen électroneuromyographique normal des membres supérieurs. Au chapitre des renseignements cliniques, il était fait état d'un accident de circulation avec tassement cervical et douleurs neurogènes post-traumatiques au niveau de la nuque et des deux bras. En 2011, des douleurs de type fourmillements avec décharges électriques dans le bras droit étaient apparues, et une IRM cervicale avait mis en évidence une hernie discale récessale bilatérale ; [endif]> [if] - un rapport du 23 octobre 2012 du Centre multidisciplinaire d'études du traitement de la douleur des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), diagnostiquant des cervico-brachialgies chroniques dans le contexte d'un accident le 22 juillet 2004, et des troubles dégénératifs cervicaux discrets avec hernie discale C6-C7 récessale bilatérale. À ces diagnostics s'ajoutait un probable état dépressif sévère. Entre 2004 et 2011, l'assuré avait bénéficié de nombreuses investigations qui convergeaient vers un diagnostic de « syndrome douloureux myofascial dans un contexte de dysbalance musculaire et déconditionnement en l'absence d'éléments radiologiques ou ENMG pour une composante radiculaire ». Actuellement, l'assuré présentait un syndrome douloureux chronique se manifestant essentiellement par des cervico-brachialgies bilatérales, réfractaires aux traitements. Une possible composante radiculaire pouvait trouver une corrélation radiologique sur une IRM de mai 2012, montrant une hernie discale déjà décrite sur une autre IRM en 2005. Sur le plan psychologique, la symptomatologie douloureuse pouvait être amplifiée par le fait que l'assuré exprimait fortement le sentiment d'être une victime et de ne pas être reconnu dans sa souffrance ; [endif]> [if] - un certificat du 31 octobre 2012 de la Dresse C _____, médecin au département de médecine communautaire de premier recours aux HUG, faisant également état de cervico-brachialgies chroniques évoluant depuis 2004 suite à un accident, et d'un épisode dépressif sévère réactionnel à la situation médico-sociale. [endif]> [if] 8. Par lettre du 13 mai 2013, la SUVA a répondu à l'assuré qu'elle ne réexaminerait pas son cas, en le renvoyant à sa décision sur opposition du 8 septembre 2005. [endif]> [if] 9. Par courrier du 19 juillet 2013, l'assuré a réitéré sa demande, alléguant qu'une IRM cervicale pratiquée par les HUG en mai 2012 avait démontré une hernie discale récessale bilatérale, et que son état actuel était en lien de causalité naturelle et adéquate avec son accident du 22 juillet 2004. [endif]> [if] 10. Par pli du 2 septembre 2013, la SUVA a confirmé à l'assuré qu'elle n'entrerait pas en matière sur sa demande de reconsidération et de révision procédurale. [endif]> [if] 11. Le 3 octobre 2013, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un « recours » contre la « décision » du 2 septembre 2013. Il y a notamment fait valoir que la décision du 8 septembre 2005 avait omis de tenir compte d'une hernie discale C6-C7, mise en évidence par une IRM en 2005. Il souffrait par ailleurs depuis 2011 de nouvelles douleurs, de type fourmillement dans le bras droit, en lien de causalité naturelle avec l'accident de juillet 2004. En raison de cervico-brachialgies persistantes, il avait également développé un état dépressif sévère, lui aussi en lien de causalité avec l'accident, ce qui justifiait une « reconsidération » de la décision du 8 septembre 2005. [endif]> [if] 12. Par arrêt du 20 novembre 2013, la

chambre de céans a déclaré le recours irrecevable, au motif que le refus de la SUVA d'entrer en matière sur une demande de reconsidération ne pouvait être attaqué par l'assuré par une voie de droit ordinaire.![endif]>![if> 13. Par arrêt du 6 novembre 2014, le Tribunal fédéral a réformé le jugement attaqué, en ce sens que le recours était déclaré irrecevable et l'écriture du 3 octobre 2013 transmise à la SUVA pour qu'elle se prononce sur la demande de révision. Selon la Haute-Cour, même si l'assuré faisait usage du terme « reconsidération », il ressortait de l'argumentation développée dans son recours cantonal qu'il se prévalait d'un motif de révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA et contestait le refus d'entrer en matière que la SUVA lui avait opposé. En revanche, on ne pouvait admettre que sa demande visait implicitement une révision au sens de l'art. 17 LPGA, disposition qui lui était quoi qu'il en soit inapplicable puisqu'elle réglait la modification du taux d'invalidité des bénéficiaires de rente. Si le recourant estimait que son état de santé s'était modifié depuis la décision de suppression des prestations de la SUVA, il lui était loisible de faire valoir une rechute. En définitive, même si la juridiction cantonale était fondée à déclarer son recours irrecevable vu l'absence de décision attaquable devant un tribunal des assurances, elle aurait dû transmettre son recours à la SUVA en l'invitant à rendre une décision sur la demande de révision conformément à l'art. 49 LPGA.![endif]>![if> 14. Par décision du 3 octobre 2013, la SUVA a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision, au motif qu'il n'existait ni fait, ni moyen de preuve nouveau.![endif]>![if> 15. Le 9 novembre 2015, l'assuré s'est opposé à cette décision, arguant que sa demande reposait bel et bien sur des faits nouveaux importants et des nouveaux moyens de preuve, lesquels étaient propres à remettre en cause la décision du 3 février 2005 puisqu'il en ressortait que des atteintes avaient persisté au-delà du 29 novembre 2004. À l'appui de son opposition, il a joint une nouvelle copie des rapports des HUG des 24 juillet et 23 octobre 2012, qu'il avait déjà transmis à l'appui de son courrier du 25 avril 2013.![endif]>![if> 16. Par décision du 23 septembre 2016, la SUVA a rejeté l'opposition. La question de la causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques était une question de droit qu'il n'appartenait pas au médecin de trancher, de sorte que l'assuré ne pouvait se prévaloir d'une révision procédurale, ce d'autant moins que, s'il entendait contester la décision sur opposition de 2005, il aurait dû le faire dans les trente jours plutôt que sept ans plus tard. Par ailleurs, les examens somatiques pratiqués depuis mai 2012 n'avaient pas montré de fait nouveau : la hernie discale était connue depuis 2005, tout comme le syndrome douloureux myofascial évoqué dans le rapport de l'Hôpital de Zurich du 17 janvier 2005. En outre, la demande de révision du 25 avril 2013 était tardive, car, selon la loi, elle devait être déposée dans les 90 jours suivant la découverte du motif de révision. Par ailleurs, la SUVA n'entendait pas entrer en matière sur une éventuelle demande de reconsidération. Enfin, la symptomatologie alléguée ne pouvait être qualifiée de séquelle tardive, car elle était déjà présente lorsqu'il avait été mis fin aux prestations.![endif]>![if> 17. Le 26 octobre 2016, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours, concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision du 23 septembre 2016, à la révision de la décision du 3 février 2005 en tant qu'elle mettait un terme aux prestations, et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il ressortait des pièces produites à l'appui de sa demande de révision du 25 avril 2013 et notamment d'une IRM de 2012 – dont il n'avait eu connaissance qu'en janvier 2013 – qu'il souffrait d'intenses douleurs et demeurait incapable de travailler depuis douze ans, de sorte qu'il convenait d'admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre ses troubles psychiques, singulièrement son état dépressif sévère, et l'accident de juillet 2004. Il découlait également de ces pièces que

son hernie discale, considérée possible en 2005, était jugée certaine depuis 2012 et qu'il souffrait depuis 2011 de nouveaux symptômes, soit de fourmillements dans le bras droit et d'une perte de force des membres supérieurs. Enfin, il se prévalait à titre subsidiaire d'une rechute ou de séquelles tardives, arguant que les « séquelles » apparues en 2011 étaient en lien avec son hernie discale. 18. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 10 janvier 2017, a conclu au rejet du recours, en reprenant l'argumentation développée dans sa décision du 23 septembre 2016. 19. Le recourant a répliqué le 6 mars 2017, en concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, et en persistant pour le surplus dans les conclusions de son recours. Il a répété avoir souffert de séquelles tardives – hernie discale, cervico-brachialgies et syndrome douloureux myofascial – apparues rapidement après la décision sur opposition du 8 septembre 2005, lesquelles l'empêchaient totalement de travailler et ce, de manière permanente. En effet, une possible radiculalgie liée à une hernie discale lui avait été diagnostiquée en novembre 2005, puis, en mai 2012, une IRM avait confirmé une hernie discale et une rupture d'allure ancienne du ligament longitudinal C6-C7. Enfin, il ressortait des rapports des HUG d'octobre 2012 qu'il souffrait de cervico-brachialgies et d'un état dépressif réactionnel. Vu l'évolution de son état de santé et plus particulièrement son état dépressif sévère, ses douleurs intenses et sa totale incapacité de travail depuis le 22 juillet 2004, il y avait désormais lieu d'admettre que son état dépressif était en lien de causalité adéquate avec l'accident. 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) 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10). 3. Sont litigieuses les questions de savoir si l'assuré peut prétendre à une révision procédurale de la décision du 8 septembre 2005 et subsidiairement, s'il peut se prévaloir d'une rechute ou de séquelles tardives de l'accident du 22 juillet 2004. 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 naturel 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. En présence d'affections psychiques, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat des troubles psychiques consécutifs à un accident. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 139 consid. 6, 407 s. consid. 5). En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants: - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; - la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs physiques persistantes; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; - les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Dans l'éventualité d'un accident de gravité moyenne, le juge des assurances ne peut admettre la causalité adéquate que si l'un des critères retenus s'est manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident, ou si ces critères déterminants se trouvent soit cumulés, soit réunis d'une façon frappante (arrêt du Tribunal fédéral U 53/01 du 16 octobre 2001, consid. 4). Sont seules déterminantes pour apprécier le degré de gravité d'un accident les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.3.1. et les références). 5. 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. 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. 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. 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 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).

6. 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). 7. En l'espèce, le Tribunal fédéral a interprété les écritures de l'assuré des 25 avril, 19 juillet et 3 octobre 2013 dans le sens d'une demande de révision procédurale de la décision du 8 septembre 2005, qu'il a transmise à la SUVA pour qu'elle statue. Dans la décision attaquée, la SUVA a refusé d'entrer en matière sur cette demande, qu'elle a jugée tardive. En outre, elle a considéré que l'assuré ne pouvait prétendre à des prestations LAA en lien avec une rechute ou des séquelles tardives de l'accident du 22 juillet 2004. 8. À titre subsidiaire, il se prévaut d'une rechute ou de séquelles tardives, en invoquant l'apparition, postérieurement à la décision précitée, de nouveaux symptômes liés à l'accident. 8. À titre liminaire, il sied de rappeler que l'assuré a fondé sa demande de révision procédurale, déposée le 25 avril 2013, sur les pièces suivantes : - un rapport de l'Hôpital universitaire de Zurich du 17 janvier 2005, diagnostiquant un syndrome douloureux chronique cervico-céphalique, cervico-thoracique, et concluant à une capacité de travail probablement entière dans une activité moyennement lourde ; - un rapport du Service de neurologie des HUG du 24 juillet 2012, concluant à un examen électroneuromyographique normal et mentionnant, au chapitre des renseignements cliniques, un tassement cervical, des douleurs neurogènes post-traumatiques de la nuque et des deux bras, et l'apparition, en 2011, de fourmillements dans le bras droit ; - un rapport du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG du 23 octobre 2012, diagnostiquant des cervico-brachialgies chroniques dans le contexte d'un accident, des troubles dégénératifs cervicaux discrets, une hernie discale C6-C7 bilatérale et un probable état dépressif sévère. Le syndrome douloureux chronique se manifestait essentiellement par des cervico-brachialgies bilatérales, réfractaires aux traitements. Une possible composante radiculaire pouvait trouver une corrélation radiologique sur une IRM de mai 2012, montrant une hernie discale déjà décrite sur une autre IRM en 2005. Sur le plan psychologique, la symptomatologie douloureuse pouvait être amplifiée par le fait que l'assuré exprimait fortement le sentiment d'être une victime et de ne pas être reconnu dans sa souffrance ; - un certificat du 31 octobre 2012 par la Dre C_____, médecin aux HUG, faisant également état de cervico-brachialgies chroniques évoluant depuis 2004 suite à un accident, et d'un épisode dépressif sévère réactionnel à la situation médico-sociale. 9. La chambre de céans constate que l'assuré a déposé sa demande de révision procédurale le 25 avril 2013, et qu'il l'a fondée sur des rapports remontant pour les plus récents à octobre 2012, de sorte que sa demande est manifestement tardive, étant rappelé que le justiciable ne dispose que d'un délai de nonante jours à compter de la découverte du motif de révision invoqué pour faire sa demande. C'est en vain que le recourant affirme, dans le but de démontrer qu'il a agi en temps utile, n'avoir eu connaissance qu'en janvier 2013 d'une IRM établie en mai 2012, et sur laquelle apparaissait son hernie discale. En effet, cette atteinte est également discutée dans les autres rapports qu'il a produits, notamment celui du 23 octobre

2012, qui lui a été transmis par courrier et dont rien ne permet de supposer qu'il en aurait pris connaissance tardivement. Partant, le délai de nonante jours applicable à la demande de révision a commencé à courir au plus tard au mois d'octobre 2012 et pris fin au mois de janvier 2013. C'est ainsi à bon droit que l'intimée a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision procédurale, que le recourant était forclos à requérir.!

10. Même en admettant que la demande ait été déposée en temps utile, force serait de constater que l'assuré ne se prévaut pas de faits « nouveaux » au sens de la jurisprudence, soit de faits antérieurs à la décision entrée en force du 8 septembre 2005, mais dont il n'aurait pas eu connaissance à l'époque, malgré toute sa diligence. En effet, cette décision retenait qu'à compter du 29 novembre 2004, l'assuré ne présentait plus de séquelle organique d'origine accidentelle, et que les douleurs résiduelles dont il se plaignait, notamment au niveau cervical, étaient conditionnées par ses troubles psychiques (psychische Fehlverarbeitung ; Schmerzverarbeitungsstörung ; reaktive Depression), sans lien de causalité adéquate avec l'accident de vélo subi en juillet 2004. Or, les rapports auxquels le recourant se réfère se limitent pour l'essentiel à faire état de la même symptomatologie douloureuse et dépressive, dont la décision de 2005 a précisément retenu qu'elle n'était pas en relation de causalité avec l'accident. Pour le reste, ces documents font état d'une hernie discale qui semble lui avoir été diagnostiquée en novembre 2005, donc postérieurement à la décision précitée (cf. rapport du 23 octobre 2012). Au demeurant, aucun médecin ne suggère que cette hernie discale serait en lien de causalité avec l'accident. Partant, les rapports produits à l'appui de la demande de révision ne témoignent d'aucun fait « nouveau » important au sens de la jurisprudence, susceptible de remettre en question la décision entrée en force de 2005. !

Ces rapports ne contiennent pas non plus de constatation déterminante qui justifierait de trancher la question d'ordre juridique de la causalité adéquate d'une manière différente par rapport à la décision de 2005 : contrairement à ce que prétend le recourant, ils n'attestent ni d'une incapacité de travail durable, ni de douleurs physiques persistantes, étant rappelé que celles-ci sont de nature psychogène. En conséquence, même si la demande de révision avait été déposée dans le délai légal, elle aurait dû être rejetée.

11. a. La décision attaquée nie également le droit du recourant à des prestations en lien avec une rechute ou des séquelles tardives de l'accident du 22 juillet 2004, ce que ce dernier conteste, en alléguant que « postérieurement à l'entrée en force de la décision, de nouveaux symptômes sont apparus en corrélation avec l'accident, à savoir la présence d'une hernie discale de plus en plus handicapante, [de] cervico-brachialgies et [d]'un syndrome douloureux myofascial sur dysbalance musculaire (...) ».

b. 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 (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Cette manière de procéder correspond à la demande nouvelle en matière d'assurance-invalidité (RAMA 1994 n° U 189 p. 139). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123

V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 8C_102/2008 du 16 septembre 2008 consid. 2.2). c. En l'espèce, sous l'angle d'une éventuelle rechute ou de séquelles tardives, la chambre de céans rappelle que la chute à vélo qu'a subie le recourant le 22 juillet 2004 ne lui a occasionné qu'une lésion aux lèvres, des fractures de dents, une contusion du poignet gauche et une commotion cérébrale (cf. décision sur opposition du 8 septembre 2005). Or, les rapports qu'il invoque dans le cadre de la présente procédure ne démontrent aucune recrudescence des atteintes précitées, et ils ne contiennent aucune indication motivée qui permettrait de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident de 2004 et la symptomatologie – état dépressif, syndrome douloureux myofascial, fourmillements du bras, cervico-brachialgies et hernie discale – dont il se plaint treize ans plus tard, ce qui suffit à exclure une rechute ou des séquelles tardives dont l'intimé aurait à répondre en vertu de l'art. 11 OLAA. En particulier, ses douleurs persistantes, que tous les rapports corrélatent à ses troubles psychiques, sont sans lien de causalité adéquate avec l'accident, comme l'a retenu à juste titre l'intimée sa décision entrée en force de 2005. 12. Enfin, le recourant requiert qu'une expertise pluridisciplinaire soit mise en œuvre afin de déterminer les répercussions de son état dépressif, de ses cervico-brachialgies et de son hernie discale sur sa capacité de travail. Faute de lien de causalité avec l'accident, ces atteintes ne sont toutefois pas à charge de l'intimée, indépendamment de la question de sa capacité de travail, qu'il est partant inutile d'instruire. Aussi, la conclusion tendant à la mise en œuvre d'une expertise doit-elle être rejetée, par appréciation anticipée des preuves. 13. Mal fondé, le recours est rejeté. 14. La procédure est gratuite (art. 89H al. 4 LPA). 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.