

200.2019.384.LAA

N° AVS
BCE/REN

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 12 août 2020

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
C. Tissot, juge
C. Wagnon-Berger, greffière

A. _____
représenté par B. _____
recourant

contre

Suva
Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6004 Lucerne
représentée par Me C. _____
intimée

relatif à une décision sur opposition rendue par cette dernière le 1^{er} avril
2019



En fait:

A.

Par déclaration de sinistre du 10 juin 2014, l'employeur de A. _____ (entreprise spécialisée dans les stores) a annoncé à son assureur-accidents, la Suva, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: l'intimée), que son ouvrier, né en 1967 et engagé depuis le 9 juillet 2012, avait été victime d'un accident de travail le 28 mai 2014 lui ayant occasionné une entorse/compression (Stauchung) de la colonne vertébrale. Il était mentionné que l'assuré s'affairait au montage d'un grand store de véranda lorsque l'échelle s'est enfoncée dans le sol et que, par voie de conséquence, il avait été contraint de supporter l'ensemble du poids, ce après quoi il n'avait plus pu marcher correctement. Une incapacité de travail à 100% a été attestée dès le 29 mai 2014. La Suva a pris le cas en charge (prestations de soins et indemnités journalières). Par décision du 8 octobre 2014 (traduite en italien le 10 octobre 2014 sur demande de l'assuré), la Suva a mis fin aux prestations d'assurance avec effet au 30 septembre 2014 considérant que les troubles persistants n'étaient plus, avec une vraisemblance prépondérante, en relation de causalité avec l'accident du 28 mai 2014. En dépit de l'opposition de l'assuré, formulée par son avocat le 5 février 2014, la Suva a confirmé le contenu de sa décision dans une décision sur opposition du 1^{er} mai 2015, laquelle n'a pas été contestée par l'assuré.

B.

Le 17 octobre 2018, l'assuré, représenté par un nouveau mandataire, estimant que la situation devait être définitivement éclaircie au vu de nouveaux éléments médicaux, a adressé à la Suva une demande formelle de reconsidération ou révision afin que l'assureur-accidents puisse s'impliquer dans l'organisation de l'expertise multidisciplinaire envisagée par l'assurance-invalidité (AI). L'assuré s'appuyait essentiellement sur un compte-rendu de contrôle post-opératoire daté du 8 janvier 2018 lequel se réfère lui-même à un examen par imagerie à résonance magnétique

(IRM) réalisé le 17 juin 2014. Par courrier du 29 novembre 2018, l'intimée a indiqué à l'assuré qu'elle n'entendait pas entrer en matière sur la demande de reconsidération et l'a renseigné quant aux conditions à remplir s'agissant d'une demande de révision. L'assuré ayant requis par courrier du 16 janvier 2019 une décision formelle, la Suva a rendu une telle décision le 1^{er} février 2019, confirmant qu'elle n'entendait pas entrer en matière quant à la demande de reconsidération et mentionnant les conditions légales qu'une demande de révision devrait respecter. Par décision sur opposition du 1^{er} avril 2019, l'intimée a rejeté l'opposition du 11 mars 2019 de l'assuré en confirmant ne pas vouloir entrer en matière sur la demande de reconsidération et en niant que la demande de révision remplisse les conditions légales auxquelles une telle demande est soumise.

C.

Représenté par le même mandataire, l'assuré a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) le 16 mai 2019, date à laquelle il a également déposé une requête d'assistance judiciaire. Dans son recours, l'assuré a conclu à l'annulation de la décision sur opposition précitée, au renvoi du dossier à l'intimée pour nouvelle décision au sens des considérants ainsi qu'à la mise en place d'une expertise visant à établir le lien de causalité entre l'événement du 28 mai 2014 et son état de santé actuel, le tout sous suite de frais et dépens. Après avoir été interpellé par la juge instructrice dans une ordonnance du 21 mai 2019 quant au principe de la gratuité en procédure d'assurance-accidents ainsi que sur le fait que seuls les avocats inscrits au barreau peuvent être désignés avocats d'office, le recourant a retiré sa requête d'assistance judiciaire dans un courrier du 11 juin 2019. Celle-ci a été rayée du rôle par ordonnance du 24 juin 2019. Dans son mémoire de réponse du 13 septembre 2019 (et après avoir obtenu une prolongation de délai), l'intimée, représentée par un mandataire professionnel, a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. Le recourant n'a pas fait usage de son droit de répliquer.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 1^{er} avril 2019 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et rejette l'opposition formée contre la décision du 1^{er} février 2019, qui confirmait que la Suva n'entend pas entrer en matière sur la demande de reconsidération du 17 octobre 2018 et refusait de procéder à une révision procédurale de la décision sur opposition du 1^{er} mai 2015. L'objet du litige porte sur l'annulation de la décision sur opposition du 1^{er} avril 2019 et au renvoi de la cause à la Suva en vue d'une nouvelle décision (au fond, sur révision) après expertise devant déterminer le lien de causalité entre l'accident et les séquelles actuelles dont souffre le recourant. Sont en particulier litigieuses les questions de l'existence de faits ou moyens de preuve nouveaux ainsi que le respect du délai légal pour invoquer les motifs de révision. A raison, le recourant ne conteste plus, dans le cadre de son recours, le refus de l'intimée d'entrer en matière sur sa demande de reconsidération. En effet, il y a lieu de rappeler que selon la jurisprudence, l'administration ne peut être contrainte à une reconsidération ni par le juge ni par la personne concernée. Partant, il n'existe aucun droit à une reconsidération susceptible d'être porté en justice. Une communication selon laquelle l'administration refuse d'entrer en matière sur une demande de reconsidération ne peut être portée en justice, quand bien même elle serait pourvue d'une indication de voies de droit. L'assuré se doit donc de défendre ses droits par le biais des voies ordinaires de recours contre la décision initiale (ATF 133 V 50 c. 4.2.1 et 4.2.2; SVR 2018 IV n° 33 c. 5.4, 2014 IV n° 7 c. 3.3). Il en découle que le refus d'entrer en matière de l'intimée sur la demande de reconsidération ne peut faire l'objet d'un contrôle juridictionnel et ne sera dès lors pas traité dans le cadre de la présente procédure. S'agissant de la demande de révision procédurale, vu le refus d'y procéder de la Suva, les limites posées par le prononcé contesté (objet de la contestation) ont pour conséquence qu'en tant qu'il conclut à ce que le TA, dans l'hypothèse d'un renvoi, donne des directives à l'intimée sur la façon d'apprécier les questions de fond (lien de causalité), le recours est irrecevable (au sujet

des limites de l'objet de la contestation: ATF 131 V 164 c. 2.1; SVR 2011 UV n° 4 c. 2.1).

1.2 Interjeté auprès de l'autorité compétente, dans le délai et les formes prescrits, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], qui s'applique par renvoi de l'art. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA, RS 832.20]; art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le recours étant manifestement infondé, la Cour des affaires de langue française du TA statue dans une composition de deux juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 3 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le TA examine librement la décision sur opposition contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 Dans un premier grief de nature formelle, le recourant se plaint d'une violation du droit d'être entendu en reprochant à la Suva d'avoir insuffisamment motivé les raisons pour lesquelles elle n'a pas retenu l'existence de faits nouveaux, en dépit des documents médicaux produits par l'assuré, qui auraient tout au moins dû susciter des mesures d'instruction et une appréciation circonstanciée.

2.2 Les décisions doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties (art. 49 al. 3 LPGA). L'obligation de motiver représente une part importante du droit d'être entendu au sens de l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 (Cst., RS 101) Elle doit empêcher que l'autorité se laisse guider par des motifs partiels et permettre le cas échéant aux intéressés de contester la décision de façon

adéquate. Cela n'est possible que si la personne concernée et l'autorité de recours peuvent se faire une idée de la portée de la décision. En ce sens, les réflexions qui ont guidé l'autorité et sur lesquelles se fonde la décision doivent au moins être brièvement mentionnées. Il n'est toutefois pas nécessaire que tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties soient expressément exposés et discutés. Il suffit plutôt que les points importants en vue du jugement figurent dans la décision (ATF 136 I 229 c. 5.2, 124 V 180 c. 1a; SVR 2017 KV n° 6 c. 5).

2.3 En l'occurrence, dans la décision sur opposition contestée, la Suva a exposé, même si elle l'a fait de manière succincte, les motifs pour lesquels elle considère que les éléments apportés par le recourant dans sa demande de révision ne constituent pas des faits ou moyens de preuve nouveaux et les raisons justifiant qu'il ne lui incombe pas de procéder d'office à des mesures d'instruction. Quant à savoir si les explications de l'intimée valent est une question de fond, examinée ci-après. Enfin, ainsi que le démontre la motivation détaillée du recours, le contenu de la décision sur opposition du 1^{er} avril 2019 a permis au recourant de se faire une idée de sa portée. Il n'a au demeurant pas estimé nécessaire de réagir aux compléments d'information figurant dans la réponse de l'intimée. La décision litigieuse comporte donc une motivation suffisante et le droit d'être entendu du recourant n'a, par conséquent, pas été violé (ATF 136 I 229 c. 5.2, 124 V 180 c. 1a).

3.

3.1 Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquentement des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits avant (art. 53 al. 1 LPG) et qui sont aptes à conduire à une autre motivation juridique (ATF 127 V 466 c. 2c). Il faut que le moyen de preuve n'apporte pas uniquement une nouvelle appréciation de l'état de fait, mais qu'il serve à la détermination de cet état de fait. Il doit donc s'agir d'un élément de fait qui fasse paraître les

bases de la décision comme objectivement insuffisantes (ATF 138 V 324 c. 3.2).

3.2 Conformément à l'art. 55 al. 1 LPGA, la révision procédurale n'est admissible que dans les délais prévus à l'art. 67 al. 1 PA. Selon l'al. 1 de cette disposition, la demande 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 (ATF 143 V 105 c. 2.1; SVR 2012 UV n° 17 c. 3). En principe, le moment à partir duquel une partie aurait pu découvrir le motif de révision invoqué se détermine selon le principe de la bonne foi. D'après la pratique, le délai de révision relatif de 90 jours commence à courir dès que l'intéressé a une connaissance sûre des faits nouveaux importants ou que les preuves déterminantes sont disponibles (ATF 143 V 105 c. 2.4).

3.3 Sont "nouveaux" les faits qui se sont produits avant le prononcé de la décision ou de la décision sur opposition formellement passée en force et dont le requérant n'avait pas connaissance, malgré toute sa diligence. 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 dont la révision est demandée et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte (ATF 144 V 245 c. 5.2). Les moyens de preuve, quant à eux, 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 procédure précédente. Un moyen de preuve est considéré comme concluant lorsqu'il faut admettre qu'il aurait conduit l'autorité (administrative ou judiciaire) à statuer autrement si elle 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 la constatation de ces derniers. Ainsi, il ne suffit par exemple 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 que l'expert tire ultérieurement d'autres conclusions que l'administration ou le juge en se fondant sur des faits connus déjà au moment où la décision à réviser a été rendue. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'autorité paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision. Le moyen de preuve doit se rapporter à un fait qui fonde cas échéant la décision à revoir (ATF 143 V 105 c. 2.3, 110 V 138 c. 2; SVR 2010 UV n° 22 c. 5.2).

4.

4.1 Dans sa décision sur opposition contestée, la Suva a considéré que le recourant ne faisait valoir aucuns faits ou moyens de preuves qui n'auraient pu être produits à l'époque. Après avoir relevé que le compte-rendu de contrôle post-opératoire du 8 janvier 2018 sur lequel l'assuré fonde principalement sa demande de révision n'a pas été produit par l'assuré, la Suva a retenu qu'un avis médical déduisant de faits, connus au moment de la décision, des conclusions différentes ne constitue pas une nouvelle preuve propre à motiver une révision. Par ailleurs, elle a estimé qu'il ne lui incombe pas de rechercher de nouveaux moyens de preuve mais qu'il appartient à celui qui conclut à la révision procédurale de fournir les éléments utiles. Dans son mémoire de réponse du 13 septembre 2019, la Suva a en substance maintenu sa position tout en ajoutant qu'en tout état de cause le recourant n'avait pas respecté le délai de 90 jours dès la connaissance des prétendus motifs de révision.

4.2 Se fondant sur deux rapports médicaux (datés du 8 janvier 2018 et 2 mai 2019), le recourant a fait valoir qu'il existe de nouveaux avis médicaux démontrant, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'une hernie discale en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'événement du 28 mai 2014. En outre, il a reproché à l'intimée de ne pas avoir participé à l'expertise diligentée par l'Office de l'assurance-invalidité (AI) Berne, ce qui aurait pourtant contribué, selon lui, à établir le lien de causalité contesté. Après avoir été interpellé sur ce point

par la juge instructrice, le recourant a indiqué avoir respecté le délai de 90 jours pour déposer les prétendus nouveaux moyens de preuve dans la mesure où son mandataire n'a pris connaissance du compte-rendu médical du 8 janvier 2018 qu'à fin août-début septembre 2018 pour les besoins de la procédure AI.

5.

5.1 Dans sa décision sur opposition initiale du 1^{er} mai 2015, la Suva s'est fondée principalement sur l'avis de son médecin d'arrondissement du 9 mars 2015 (dossier [dos.] intimée 62) s'appuyant lui-même sur un rapport du 16 juillet 2014 après IRM du 17 juin 2014 (dos. intimée 11), ainsi que sur les constats d'atteintes uniquement dégénératives (notamment du segment L4-S1) rapportées par le médecin ayant pratiqué la première opération (dos. intimée 12, 26/2 et 30/2). Dans son rapport, le médecin en charge de l'examen a mis en évidence un canal rachidien osseux normal préexistant et a observé que les vertèbres lombaires étaient préservées d'un point de vue de leur forme et leur hauteur. En conclusion, le praticien a retenu des modifications dégénératives de la colonne lombaire avec les principales constatations aux niveaux L4/5 et L5/S1 sans signe positif d'atteintes nerveuses (dos. intimée 11). Sur cette base, le médecin d'arrondissement a considéré que l'événement du 28 mai 2014 a entraîné un traumatisme temporaire des structures musculaires et déclenché une douleur lombaire. Dans ce contexte, il a jugé que le statu quo sine est en général atteint trois mois après l'accident (dos. intimée 62/2).

5.2 A l'appui de sa "demande de reconsidération – révision", le recourant a invoqué un compte-rendu post-opératoire du 8 janvier 2018 lisant l'IRM du 17 juin 2014 en en déduisant la présence d'une contusion osseuse issue d'un choc traumatique. Il a joint à sa demande un rapport de suivi daté du 12 septembre 2018 qui a été rédigé par le spécialiste en neurochirurgie l'ayant opéré en novembre 2017 (3^{ème} intervention depuis octobre 2014), lequel a attesté d'une incapacité de travail du 1^{er} avril au 31 décembre 2018. Tout en mettant en lumière une situation qualifiée de stable au vu des radiographies, le médecin mentionnait qu'il ne voyait

aucun motif pour réaliser une nouvelle opération puisqu'aucune amélioration significative ne pouvait, selon lui, être attendue. Par ailleurs, il relevait qu'il lui semblait peu probable que l'assuré puisse reprendre son ancienne activité professionnelle et qu'une activité professionnelle dans un autre domaine était impossible en raison des problèmes de dos (dos. intimée 71/6).

5.3 Dans le cadre de son recours, l'assuré a produit un rapport établi le 2 mai 2019 par un spécialiste en neurochirurgie qu'il a consulté dans son pays d'origine. Ce médecin a retenu le diagnostic de lombalgie avec irradiation bilatérale des membres inférieurs tout en relevant que le patient avait subi par le passé plusieurs interventions chirurgicales pour une hernie discale L5/S1 post-traumatique en raison d'un traumatisme en mai 2014 (confirmé selon lui par l'IRM lombaire montrant un œdème sous-chondral).

6.

6.1 Est contestée entre les parties la question de l'existence de faits ou moyens de preuves "nouveaux" au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA.

6.2 D'emblée, il convient de constater que le compte-rendu de contrôle post-opératoire du 8 janvier 2018, qui a fondé la "demande de reconsidération – révision" de l'assuré n'a jamais été produit par ce dernier (ni dans son opposition du 11 mars 2019, ni dans son recours devant le TA), pas plus qu'il ne ressort du dossier de l'intimée. Quoi qu'il en soit, la prétendue nouvelle interprétation de l'IRM du 17 juin 2014 par un spécialiste en neurochirurgie, dans ledit rapport du 8 janvier 2018, ne saurait être considérée comme un fait ou moyen de preuve nouveau. En effet, il est indéniable qu'une telle interprétation de l'IRM aurait pu être recueillie par le recourant, qui était du reste déjà représenté par un mandataire professionnel, lors de la première procédure et avant la décision sur opposition du 1^{er} mai 2015 (voir c. 3.3 ci-dessus). A ce titre, il y a lieu de souligner que, dans le cadre de son opposition du 5 février 2015 relative à la précédente procédure, le recourant s'était appuyé sur un rapport médical du 28 octobre 2014 constatant que les douleurs existaient depuis l'événement du 28 mai 2014, pour démontrer, selon lui, que le statu

quo sine n'était pas atteint (dos. intimée 43 et 59/1). Ainsi, ce point avait été précisément discuté dans la décision sur opposition du 1^{er} mai 2015 (dos. intimée 64/6-7). Partant, l'appréciation médicale du spécialiste en neurochirurgie telle que rapportée dans l'écrit du 8 janvier 2018 aurait pu être alléguée dans la précédente procédure, au même titre que l'appréciation contenue dans le rapport du 28 octobre 2014.

6.3 En tout état de cause et comme mentionné par l'intimée dans la décision sur opposition contestée, un avis médical qui déduit de faits connus au moment de la décision des conclusions différentes n'est pas une nouvelle preuve propre à motiver la révision. En d'autres termes, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à la constatation de ces derniers (voir c. 3.3 ci-dessus et les références citées). En l'occurrence l'IRM du 17 juin 2014 (dos. intimée 11) a mis en évidence des modifications dégénératives sans atteintes nerveuses (voir ci-dessus c. 5.1). Cet état de fait n'est pas contesté par les parties. Seule l'interprétation donnée à ces renseignements médicaux est litigieuse, puisque le médecin d'arrondissement, lors de la précédente procédure, a considéré que le traumatisme qui a résulté de l'événement du 28 mai 2014 n'était que temporaire et que le statu quo sine était atteint trois mois après l'accident (dos. intimée 62/2). De son côté, le recourant a prétendu, en se fondant sur les rapports des 8 janvier, 12 septembre 2018 et 2 mai 2019 de deux spécialistes en neurochirurgie, qu'il souffre toujours des séquelles de l'accident (voir recours p. 6). Lesdits spécialistes ont donc tiré ultérieurement des conclusions différentes de faits qui étaient pourtant connus lors de la précédente procédure, en 2014. Il y a ainsi lieu de se rallier à la position de l'intimée selon laquelle le recourant n'a pas fait valoir de moyens de preuves nouveaux.

6.4 Pour excuser l'impossibilité à produire la nouvelle lecture de l'IRM du 17 juin 2014 au cours de la procédure d'opposition ou lors d'une éventuelle procédure de recours contre la décision sur opposition du 1^{er} mai 2015, le recourant invoque une situation financière précaire. Un tel argument ne saurait être retenu. En effet, comme mentionné ci-dessus (voir c. 6.2 ci-dessus), lors de la procédure d'opposition, le recourant était représenté par un mandataire professionnel et avait invoqué un rapport

médical du 28 octobre 2014 pour contrer l'appréciation du médecin d'arrondissement, de sorte qu'il aurait été en mesure d'apporter un second avis médical pour étayer son opposition sans péjorer sa situation financière. Quant à une éventuelle procédure de recours contre la décision sur opposition du 1^{er} mai 2015, force est de constater que le mandataire professionnel qui le représentait alors aurait pu déposer une requête d'assistance judiciaire ou du moins renseigner l'assuré quant au principe de la gratuité dans le domaine de l'assurance-accidents (voir art. 61 let. a LPG). Par conséquent, l'argument du recourant sur ce point tombe à faux.

6.5 Quant au grief du recourant reprochant à l'intimée de ne pas s'être impliquée dans l'expertise diligentée par l'Office AI Berne qui aurait pourtant permis, selon lui, d'établir le lien de causalité entre les troubles à la santé dont il souffre et l'événement du 28 mai 2014, il ne résiste pas non plus à l'examen. En effet, selon la jurisprudence, il appartient à la partie qui présente une requête de révision de prouver l'existence de faits ou moyens de preuve nouveaux. Si elle ne parvient pas à démontrer, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence de tels faits ou moyens de preuve nouveaux, la demande de révision doit être rejetée par l'assureur social. En particulier, l'assureur-accidents, puis le tribunal saisi, ne sont pas tenus d'établir à nouveau les faits de manière complète au sens de l'art. 43 LPG et de rechercher de manière active des nouveaux faits ou moyens de preuve (TF 9C_955/2012 du 13 février 2013 c. 3.2). En l'occurrence et comme l'a justement mentionnée l'intimée dans sa décision sur opposition litigieuse, celle-ci n'avait aucune obligation de se joindre à une expertise menée par l'Office AI Berne dans la mesure où elle avait mis un terme à ses prestations par décision sur opposition du 1^{er} mai 2015 et clos son dossier. En outre, en vue d'obtenir l'ouverture d'une procédure de révision, le recourant ne pouvait se contenter de requérir de la Suva qu'elle participe à l'expertise mise en place par l'Office AI Berne dans le but de prouver un prétendu lien de causalité, mais il lui revenait de découvrir des faits ou de trouver des moyens de preuve nouveaux en démontrant qu'il n'aurait pas pu les produire dans la précédente procédure et que ces facteurs étaient aptes à fonder un motif de révision. En effet, la partie qui requiert une révision doit établir la pertinence du motif de révision au degré de la vraisemblance prépondérante sur la seule base d'allégués de partie ou

d'éléments ressortant du dossier, sans s'appuyer sur le devoir d'instruction d'office de l'autorité, à défaut de quoi, la demande doit être rejetée (TF 8C_797/2011 du 15 février 2012 c. 5.2 et références). A cet égard, il sied donc de refuser toute nouvelle mesure d'instruction. La réquisition de preuve tendant à l'organisation d'une expertise doit être rejetée dans la mesure où elle est recevable (voir c. 1.1 ci-dessus).

6.6 Au vu de ce qui précède, les constatations médicales rapportées dans les écrits des deux spécialistes, en tant qu'elles concernent une nouvelle interprétation d'une IRM réalisée antérieurement à la décision sur opposition du 1^{er} mai 2015, ne constituent pas des faits ou moyens de preuve nouveaux au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA susceptibles de conduire à une révision procédurale.

7.

7.1 Quand bien même un motif de révision pourrait-il être déduit de la demande du recourant, se poserait encore la question du délai dans lequel la demande de révision doit être déposée.

7.2 Comme cela ressort des considérants qui précèdent (voir c. 3.2 ci-dessus), la demande de révision doit être adressée par écrit à l'autorité de recours dans les 90 jours qui suivent la découverte d'un motif de révision. En l'espèce, à l'appui de sa "demande de reconsidération – révision" du 17 octobre 2018, le recourant s'est fondé sur un rapport post-opératoire daté du 8 janvier 2018 (l'avis encore requis subséquentement, établi le 2 mai 2019 par un autre spécialiste, ne faisant que reprendre sur ce point l'appréciation déjà formulée le 8 janvier 2018). Pour justifier la date de sa demande de révision, le recourant fait valoir dans son complément au recours du 11 juin 2019 que lui-même n'avait pas les capacités lui permettant de saisir l'importance des documents médicaux en sa possession (de surcroît rédigés en allemand), que son mandataire a eu connaissance de ce rapport au plus tôt à la fin août 2018 et que ce dernier a d'abord espéré que l'Office AI prendrait aussi en compte les questions relatives à la causalité, qu'il avait posées, pour l'expertise alors envisagée. Cette argumentation tombe à faux dans la mesure où le délai relatif de

90 jours commence à courir dès le moment où la partie, ici le recourant, aurait pu, selon le principe de la bonne foi, découvrir le motif de révision et non lors de sa connaissance effective par la partie en question ou son mandataire. Or, il ressort clairement des précisions apportées au recours que le recourant était en possession - et donc était censé avoir connaissance du document du 8 janvier 2018 - avant son mandataire. Le fait qu'il ne comprenne pas l'allemand et vive dans une situation de solitude, soutenu par les services sociaux, n'est pas déterminant quant à la connaissance du document qu'il doit se laisser opposer. Du reste, selon la procuration au dossier, le recourant s'est fait assister par son mandataire actuel depuis le 10 mai 2017 (dos. intimée 67/3, voir également la demande de consultation du dossier de l'intimée du 16 mai 2017 [dos. intimée 67/2]). Cela démontre que le mandataire a pris en main tant la procédure AI que la problématique du terme mis aux prestations de l'assurance-accidents dès la fin mai 2017 (voir aussi note téléphonique du 1^{er} juin 2017 [dos. intimée 69]). Depuis la consultation qui a donné lieu au rapport du 8 janvier 2018, le recourant devait se préoccuper d'obtenir et transmettre à son mandataire le plus rapidement possible le compte-rendu de ce contrôle post-opératoire, qui lui était accessible, et cela, pas seulement dans l'intérêt de la procédure AI, mais également en vue d'une éventuelle révision du prononcé entré en force qui avait clos le dossier de l'assureur-accidents. Il est dès lors évident, compte tenu de la date du rapport de ce contrôle post-opératoire (8 janvier 2018), que la "demande de reconsidération – révision" du 17 octobre 2018 n'a pas été déposée dans les 90 jours qui suivent la découverte du motif de révision au sens de l'art. 67 al. 1 PA et, qu'avec l'intimée, il faut la qualifier de tardive.

8.

8.1 Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité.

8.2 Bien que le recours et son maintien, sous certains aspects, témoignent d'une certaine légèreté, il est renoncé à percevoir des frais de procédure (art. 61 let. a LPGA).

8.3 Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, ni au recourant qui n'obtient pas gain de cause, ni à l'intimée, bien qu'elle soit représentée par un avocat (art. 61 let. a et g LPG; ATF 127 V 205 c. 3a).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant, par son mandataire,
 - à l'intimée, par son mandataire,
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

La présidente:

La greffière:

e.r. J. Desy, greffier

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).

