

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1066/2016

ATAS/738/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 août 2016

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à VALLEIRY, FRANCE, représenté par B_____ SA recourant

contre

SUVA - CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN intimée

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1962, travaille chez C_____ SA (ci-après : l'employeur) depuis le 1^{er} mars 1989. Il est assuré à ce titre contre les accidents et maladies professionnels, ainsi que contre les accidents non professionnels auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée).
2. Le 7 mars 2009, l'assuré a été victime d'un accident alors qu'il circulait au volant de sa voiture en France voisine. Selon l'avis d'arrêt de travail établi le 26 mars 2009 par le docteur D_____, de l'Hôpital intercommunal Sud-Léman-Valserine, cet événement avait entraîné un traumatisme crânio-facial avec plaie frontale, ainsi qu'une fracture de l'odontoïde non déplacée.
3. Par décision du 9 octobre 2014, la SUVA lui a reconnu le droit à une rente d'invalidité LAA de 30% dès le 1^{er} novembre 2009, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 35%. Dans la mesure où l'assuré était sous l'emprise de l'alcool au moment de l'accident (1.49 ‰ selon le rapport de police), ces prestations ont été réduites chacune de 30%.
4. Un « entretien final » s'est déroulé le 13 novembre 2014 entre l'employeur et la SUVA. Selon l'employeur, l'état de santé de l'assuré n'avait pas évolué. Depuis le 27 janvier 2014, il se trouvait en incapacité totale de travail pour cause de maladie et Axa Winterthur, assureur maladie perte de gain de l'employeur (ci-après : l'assureur perte de gain) versait des indemnités journalières. Par ailleurs, le dossier de l'assuré auprès de l'office de l'assurance-invalidité avait été rouvert et était actuellement en cours d'instruction. Enfin, il était précisé que les prestations de la SUVA « après la clôture » consistaient dans une rente de 30%.
5. Le 8 janvier 2015, l'assureur perte de gain a réclamé à la SUVA le remboursement des indemnités journalières qu'il avait versées du 28 mars 2014 au 30 septembre 2014 et transmis divers certificats d'arrêt de travail attestant d'une incapacité de travail complète pour cause de maladie à partir du 27 janvier 2014. À ces documents s'ajoutaient un rapport du 1^{er} juillet 2014 du docteur E_____, chef de clinique au service de médecine de premier recours des HUG, ainsi qu'un rapport du 29 mars 2014 de la doctoresse F_____, médecin auprès de la clinique de Carouge. De l'avis du Dr E_____, l'assuré souffrait de troubles neuropsychologiques et neurologiques, d'une asthénie chronique, ainsi que d'un état dépressif apparus suite à l'accident de la circulation du 7 mars 2009. Pour sa part, la Dresse F_____ mentionnait la réapparition d'un abcès et d'une réaction allergique à l'aisselle droite qui étaient sans lien avec l'accident.
6. Le 26 mars 2015, l'assureur maladie perte de gain a transmis à la SUVA un avis de son médecin conseil, le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine interne, daté du 17 mars 2015. Selon ce médecin, il n'était pas démontré à ce jour qu'il existait réellement un lien de causalité entre l'événement de 2009 et la symptomatologie rapportée actuellement – évolution catastrophique sur le plan

cognitif, allant s'aggravant, versus évolution favorable sur le plan neurologique, même s'il persistait des céphalées déclarées invalidantes. Se fondant sur cet avis, l'assureur perte de gain a estimé qu'il incombait à la SUVA de trancher la question de l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 7 mars 2009 et les troubles rapportés.

7. Dans une note du 7 mai 2015, le docteur H_____, spécialiste FMH en neurologie et médecin conseil de la SUVA, a examiné les certificats médicaux à sa disposition et en a conclu qu'il ne lui était pas possible, en l'état, de se prononcer sur ce lien de causalité. Il affirmait, en outre, ne pas disposer non plus d'informations permettant une réévaluation du taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) ou de l'exigibilité.
8. Par courrier du 22 mai 2015, la SUVA a informé l'assuré qu'elle maintenait la rente au taux de 30%, considérant que l'aggravation de son état de santé n'était pas liée directement aux séquelles de l'accident.
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.
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.
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 ».
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 doctoresse 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

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.

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

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_____.

14. Par courrier du 28 septembre 2015, l'assuré a sommé la SUVA de rendre une décision formelle.
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.
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.
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.
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.
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 1^{er} novembre 2009 pouvait cependant faire l'objet

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 23 décembre 2015, complétée le 9 février 2016, devait être admise, la décision du 18 décembre 2015 annulée et la SUVA devait reprendre l'instruction du dossier en mettant en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire afin de déterminer s'il convenait de servir des prestations de courte durée et de réviser la rente LAA.

20. Par arrêt du 23 février 2016 (ATAS/140/2016), la chambre de céans a pris acte de la décision rendue par la SUVA le 18 décembre 2015, constaté que le recours pour déni de justice était devenu sans objet et rayé la cause du rôle.
21. Par décision du 19 février 2016, la SUVA a rejeté l'opposition, retiré l'effet suspensif à un éventuel recours et confirmé la décision entreprise. Il convenait de signaler que la SUVA était entrée en matière sur la demande (implicite) de réviser le droit à la rente allouée par décision du 9 octobre 2014. Ce faisant, elle avait requis du Dr H_____ qu'il prenne connaissance des divers rapports médicaux versés au dossier depuis le prononcé du 9 octobre 2014, notamment du certificat du 22 janvier 2015 de la Dresse K_____. Dans son rapport du 27 octobre 2015, le Dr H_____ avait conclu que les documents présentés ne mettaient en évidence aucun fait médical nouveau susceptible de remettre en question les appréciations neurologiques précédentes. Force était également de constater que les rapports produits à l'appui de la demande implicite de révision ne présentaient pas de faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve susceptibles de conduire à une appréciation différente. Ils relataient tout au plus des faits connus pour en tirer simplement des conclusions nouvelles, ce qui ne permettait aucunement de réviser une décision entrée en force. En conséquence, la requête implicite de révision de la

décision du 9 octobre 2014 devait être rejetée. Enfin, la SUVA n'entendait pas entrer en matière sur la demande de reconsidération de cette même décision.

22. Le 8 avril 2016, l'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours contre la décision du 19 février 2016.

Reprenant les arguments développés dans son opposition, il a fait valoir en outre qu'à l'examen de la décision litigieuse, il apparaissait que l'intimée n'avait absolument pas pris position sur l'opportunité de procéder à une révision de la rente pour l'avenir. Pourtant, l'intimée avait initialement abordé cette question dans sa prise de position du 22 mai 2015 mais plus par la suite. Même si la décision du 9 octobre 2014 accordait une rente avec effet au 1^{er} novembre 2009, une demande de révision pour l'avenir n'était de loin pas inopportune. D'ailleurs, lors de l'entretien du 23 septembre 2015, il avait bien été constaté que les troubles de santé du recourant s'étaient aggravés au cours de la dernière, voire des deux dernières années. Dans son rapport du 22 janvier 2015, la Dresse K_____ relevait des troubles mnésiques très importants qui excédaient une atteinte modérée à moyenne au sens de la table 8 SUVA – qui avait conduit à la fixation d'une atteinte à l'intégrité de 35%. Il n'était pas possible de nier l'aggravation de l'état de santé sur la base du dossier en possession de l'intimée. En effet, il manquait notamment toute forme d'appréciation psychiatrique. Enfin, en tant que le Dr H_____ considérait dans son rapport du 27 octobre 2015 qu'il n'existait pas de causalité entre l'aggravation des limitations cognitives avec les suites de l'accident, ce médecin était d'autant moins crédible qu'il motivait son appréciation en évoquant pêle-mêle un éventuel manque de disposition à l'effort, une dépression (non causale ?) et/ou l'abus d'alcool, le tout sans avoir examiné le recourant. En conséquence, ce dernier a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 19 février 2016, à la révision de la rente LAA, ainsi qu'au renvoi de la cause à l'intimée pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

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

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.

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.
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

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 attestent 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.

26. Une copie de ce courrier a été transmise au recourant le 14 juillet 2016 et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} 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, 1^{ère} 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 7^{ème} jour avant Pâques au 7^{ème} 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).

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 étroite 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 27 octobre 2015, sur laquelle se fonde la décision querellée, que ce médecin a été

recontacté par la SUVA en vue « d’apprécier si de nouveaux faits médicaux ont été découverts et s’ils sont en relation causale avec l’accident survenu en 2009 au degré de la vraisemblance prépondérante » et qu’il est parvenu à la conclusion que « les documents présentés ce jour ne [mettaient] en évidence aucun fait médical nouveau susceptible de remettre en question les appréciations neurologiques précédentes » (cf. pièce 205 p. 1 et 4 intimée). Dans la mesure où les documents soumis au Dr H_____ sont datés du 1^{er} septembre 2014 au 23 septembre 2015, la situation – caractérisée par l’absence de fait nouveau aux dires de ce médecin – vaut non seulement pour l’époque de la décision du 9 octobre 2014, mais aussi pour la période subséquente. Il existe partant un état de fait commun aux deux types de révision. On relève par ailleurs que l’intimée s’est prononcée sur une éventuelle révision au sens de l’art. 17 al. 1 LPGA à deux reprises au cours de la procédure (réponse 3 mai 2016 et duplique du 13 juillet 2016) et qu’il ressort des écritures du recourant que celui-ci invite la chambre de céans à analyser le cas principalement sous l’angle de cette dernière disposition légale nonobstant l’absence de décision formelle préalable. Dans ces circonstances, il convient, pour des motifs d’économie de procédure, d’élargir l’objet de la contestation à une éventuelle révision au sens de l’art. 17 al. 1 LPGA.

En conséquence, le litige porte sur le point de savoir si le recourant peut prétendre à la révision (au sens des art. 17 al. 1 ou 53 al. 1 LPGA) des prestations allouées par l’intimée par décision du 9 octobre 2014, entrée en force (rente d’invalidité fondée sur une incapacité de gain de 30% et indemnité pour atteinte à l’intégrité fondée sur un taux de 35%).

5. a. La rente d’invalidité (art. 18 al. 1 LAA) peut être révisée à la suite d’une modification notable du taux d’invalidité (art. 17 al. 1 LPGA). Cette modification peut concerner aussi bien l’état de santé que les conséquences économiques d’un état de santé demeuré en soi inchangé (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Pour être prise en considération, une péjoration de l’état de santé doit être en relation de causalité avec l’événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_803/2012 du 15 octobre 2013 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 66/94 du 4 novembre 1994 consid. 3b).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d’invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Le point de savoir si un tel changement s’est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu’ils se présentaient au moment où la dernière décision après un examen matériel des conditions du droit à la rente a été rendue et les circonstances au moment de la décision de révision (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

En outre, la révision de l’indemnité pour atteinte à l’intégrité n’est possible qu’exceptionnellement, si l’aggravation est importante et n’était pas prévisible (art. 36 al. 4, 2^{ème} phrase, OLAA).

b. Par ailleurs, les décisions et les décisions sur opposition 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 (art. 53 al. 1 LPGA). En outre, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (art. 53 al. 2 LPGA).

- 6 a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

b/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances

sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

b/bb. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

c. Selon la jurisprudence, il importe, dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, que toute appréciation médicale qui diverge des avis médicaux précédents indique de manière suffisamment claire dans quelle mesure une modification de l'état de santé s'est produite depuis la dernière décision. La valeur probante d'un rapport médical produit en vue d'une révision du droit aux prestations dépend essentiellement du point de savoir s'il se rapporte de manière suffisamment étroite à l'objet de la preuve, soit l'existence d'une modification significative de l'état de fait. Lorsqu'une telle modification n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 177 consid. 3.1), le principe du fardeau de la preuve commande de s'en tenir au statu quo (arrêt du Tribunal fédéral 8C_481/2013 du 7 novembre 2013 consid. 2.3 et 2.4, et les arrêts cités).

7. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 p. 185 et les références).

Dans le cadre de l'application de l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur dispose d'une grande latitude pour déterminer quels moyens doivent être mis en œuvre pour déterminer les faits pertinents. L'objet de la preuve dépend de la situation concrète en fait et en droit. Le principe inquisitoire commande ainsi de déterminer l'état de fait pertinent dans la mesure où cela s'avère nécessaire pour pouvoir se prononcer, au degré de la vraisemblance prépondérante, sur le droit aux prestations (arrêt du Tribunal fédéral 8C_815/2012 consid. 3.2.1). Si une révision des prestations a été demandée en application de l'art. 17 al. 1 LPGA, cela implique que l'assureur se penche sur l'évolution de l'état de santé jusqu'à la prise d'une décision sur opposition. Il incombe ainsi à l'assureur de procéder aux investigations nécessaires pour la période concernée (cf. Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3^{ème} éd. 2015 ad art. 43 LPGA, p. 572 n. 21 et la référence à un arrêt cantonal publié in SVR 2006

IV n° 17 dans lequel les juges avaient estimé que le principe inquisitoire avait été violé en tant que l'office de l'assurance invalidité s'était fondé sur une expertise vieille de 15 ans malgré la mise en évidence d'un substrat médical nouveau par le médecin traitant généraliste de l'assuré).

8. En l'espèce, le recourant soutient qu'une demande de révision en 2015 sous l'angle de l'art. 17 LPGA n'est de loin pas inopportune. À l'appui de cette assertion, il se réfère à l'entretien du 23 septembre 2015 lors duquel la représentante de l'employeur avait déclaré que de l'avis du corps médical des HUG, les troubles consécutifs à l'accident – troubles mnésiques, céphalées, cervicalgies et lombalgies – s'étaient progressivement amplifiés pour se dégrader depuis environ une, voire deux années. Il ajoute que le status neurologique établi par la Dresse K_____ le 22 janvier 2015 relèverait des troubles mnésiques très importants qui excèderaient une atteinte modérée à moyenne au sens de la table 8 SUVA et qu'il manquerait notamment toute forme d'appréciation psychiatrique, d'où la nécessité de mettre sur pied une évaluation médicale pluridisciplinaire afin de déterminer si une révision sous forme d'une augmentation de la rente LAA est indiquée.

Le raisonnement du recourant ne saurait être suivi. À l'examen des rapports médicaux censés corroborer l'aggravation alléguée, aucun de ceux-ci n'indique en effet que les conséquences de l'accident du 7 mars 2009 auraient empiré, ni même qu'une aggravation de l'état de santé se serait produite depuis la décision du 9 octobre 2014.

Dans ses certificats du 22 janvier 2015 et 20 mars 2015, rigoureusement identiques au demeurant (pièces 158 et 198 intimée), la Dresse K_____ indique qu'à la suite de l'accident du 9 mars (recte : 7 mars) 2009, le recourant souffre de troubles mnésiques, de céphalées chroniques, de cervicalgies de lombalgies et d'une hémochromatose hétérozygote. Or, force est de constater que les affections en question faisaient déjà partie du tableau clinique pris en compte au moment de la décision du 9 octobre 2014 (cf. bilan neuropsychologique de la doctoresse M_____ du 30 septembre 2013 et expertise neurologique des docteurs N_____ et O_____ du 16 octobre 2013 ; pièces 111 et 114 intimée) à l'exception de la dernière pathologie citée par la Dresse K_____. Ce médecin traitant n'indique toutefois pas en quoi les quatre premiers troubles qu'elle cite auraient évolué depuis le 9 octobre 2014. Quant à l'hémochromatose, le Dr H_____ souligne clairement dans son appréciation du 27 octobre 2015 qu'il s'agit d'un trouble métabolique général qui est de toute évidence étranger à l'accident. Ainsi, la seule atteinte nouvelle mentionnée par le médecin traitant n'est pas pertinente, car dépourvue de lien de causalité avec l'accident.

On mentionnera également que les Drs I_____ et J_____ ne font pas non plus état d'une éventuelle aggravation des troubles constatés, ni de faits nouveaux dans leur rapport du 11 novembre 2014 (cf. rapport d'expertise neurologique du 16

octobre 2013 ; pièce 114, p. 3 intimée ainsi que l'appréciation du Dr H_____ du 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),

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 1^{er} 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.

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).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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