RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1912/2020 **ATAS/1013/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 septembre 2021

8ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mattia DEBERTI	recourante
contre	
SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Division juridique, Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, Luzern	intimée

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente suppléante; Jean-Pierre WAVRE et Michael RUDERMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née le _____ 1972, a travaillé en dernier lieu pour B_____. À ce titre, elle était assurée auprès de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après: SUVA).

2. Le 3 mars 2014, elle a subi un accident. Dans la déclaration d'accident de l'employeur du 5 mars 2014 est indiqué à titre de blessure "Entorse/torsion" du poignet droit. Cet accident a provoqué une incapacité de travail totale.

3. Les suites de l'accident ont été prises en charge par la SUVA.

4. Dans son rapport du 18 juin 2014, le docteur C_____, chirurgien orthopédiste FMH, a confirmé que l'assurée avait subi une entorse du poignet.

5. Le 4 juillet 2014, le docteur D_____ du département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: HUG) a attesté que l'assurée était suivie pour un complex regional pain syndrom (ci-après: CRPS) et qu'elle avait présenté par la suite des complications psychiatriques avec des idées suicidaires.

6. Lors de l'examen médical du 3 novembre 2014, le docteur E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a notamment fait état de ce que l'accident avait provoqué un écrasement au niveau de la main droite, ainsi qu'au niveau de l'avant-bras. Le bilan radiologique ne mettait pas en évidence de lésion osseuse traumatique.

7. Le 25 juin 2015, l'assurée a été hospitalisée en raison de douleurs de l'avant-bras avec une masse d'origine inconnue, pour une excision de celle-ci. Le diagnostic de pseudo-tumeur d'origine infectieuse ou parasitaire a été posé.

8. Le 4 novembre 2015, une intervention a été réalisée sous anesthésie générale consistant en lavage, parage, examen anatomopathologique, neurolyse du nerf ulnaire et libération de l'artère ulnaire, à cause d'une forte suspicion clinique d'infection par mycobactérie ou processus inflammatoire.

9. Le 1er décembre 2015, l'assurée a subi une intervention d'urgence en raison d'une hémorragie sur section de l'artère radiale droite.

10. Le 16 décembre 2015, un prélèvement bactériologique et tissulaire, ainsi qu'un lavage de l'avant-bras droit ont été réalisés en raison d'une masse bourgeonnante inflammatoire d'origine indéterminée.

11. Le 17 décembre 2015, l'assurée est hospitalisée pour un tentamen médicamenteux. Par la suite, elle a été hospitalisée à l'unité psychiatrie hospitalière adulte des HUG du 24 décembre 2015 au 1er mars 2016. Selon la lettre de sortie relative à cette hospitalisation, des lésions auto-infligées au poignet droit sont suspectées.

12. Dans l'appréciation médicale du 12 décembre 2016, le Dr E_____ a constaté qu'une tuméfaction était apparue secondairement au niveau de l'avant-bras droit et qu'il s'agissait en fait d'une lésion infectieuse ou parasitaire avec un lien de causalité

avec l'accident au mieux possible, dans le cadre d'une suspicion d'auto-entretien des lésions.

13. Dans son rapport du 21 décembre 2016, le docteur F_____ de l'unité de la chirurgie de la main et des nerfs périphériques des HUG, a émis les diagnostics de lésion de l'avant-bras droit et d'une neuropathie du nerf médian.

14. Dans l'appréciation médicale du 27 janvier 2017, le Dr E_____ a considéré que l'accident, qui a consisté en une simple chute mécanique de la hauteur de l'assurée, sans lésion traumatologique sous-jacente, ne jouait plus de rôle dans les symptômes actuels. La reprise du travail était prévue pour le 1er janvier 2017.

15. Par décision du 1er février 2017, la SUVA a relevé qu'aucun lien de causalité certain ou du moins probable n'existait entre l'accident et les troubles de l'avant-bras ayant nécessité les interventions des 25 juin, 4 novembre, 1er et 16 décembre 2015. Partant, elle a refusé de les prendre en charge. Elle mettait en outre fin au paiement des indemnités journalières dès le 16 février 2017, dès lors que les troubles de l'avant-bras subsistants n'étaient plus dus à l'accident et qu'il y avait lieu de reconnaître à l'assurée une pleine capacité de travail dès le 1er janvier 2017, conformément au rapport du Dr F_____.

16. Cette décision est entrée en force, à défaut d'une contestation.

17. Dans son rapport du 3 octobre 2018, la doctoresse G_____, médecin praticien, a informé l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: OAI) qu'il n'était pas possible que l'assurée récupérât les fonctions de sa main droite. Les HUG avaient mis fin aux mesures thérapeutiques par épuisement du potentiel de récupération et en raison de la stabilité du handicap et de la symptomatologie douloureuse. Cette interruption du suivi n'était ainsi pas liée à une guérison ou une amélioration de l'état de santé. En raison de la douleur chronique sans soulagement par des médicaments, l'assurée avait été adressée au Centre suisse de la douleur à Lausanne en novembre 2017. En juin 2018, elle a été soumise à l'implantation d'un neurostimulateur cervical. Le bénéfice de cette mesure était encore difficile à évaluer et l'assurée était toujours sous traitement antalgique. Cela étant, cette médecin ne comprenait pas que l'assurée eût pu être considérée apte à travailler à 100% depuis mai 2017 dans son activité habituelle de nettoyeuse, sans reconnaissance de limitations fonctionnelles pour ce métier et sans mesures professionnelles.

18. Par décision du 14 mars 2019, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière dès juillet 2016 sur la base d'un degré d'invalidité de 94%.

19. Le 11 octobre 2019, l'assurée a demandé, par l'intermédiaire de son conseil, une révision de la décision de la SUVA du 1er février 2017, subsidiairement une reconsidération, au motif que la décision de l'OAI constituait un nouveau moyen de preuve propre à établir son état de santé suite à son accident. Cette décision démontrait également que la décision de la SUVA était manifestement erronée, en ce qu'elle retenait une pleine capacité de travail dès le 1er janvier 2017. L'assurée

s'est également fondée sur le rapport de la Dresse G_____ du 3 octobre 2018, faisant état de douleurs chroniques irréversibles. Partant, il s'avérait que ces douleurs étaient uniquement dues à l'accident et non à un état antérieur étranger à celui-ci. Il en allait de même de toutes les opérations subies, dans la mesure où celles-ci avaient visé la récupération des fonctions de sa main droite. L'assurée a ainsi conclu à la révision de son taux d'incapacité de travail conformément à la décision de l'OAI, à l'allocation d'indemnités journalières rétroactivement au 1er juillet 2016 et à la reconnaissance d'un lien de causalité entre l'accident et les troubles de l'avant-bras ayant conduit aux interventions subies en 2015.

20. Par décision du 5 novembre 2019, la SUVA a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision et de reconsidération, en niant l'existence de faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. En effet, ni la décision de l'OAI ni le rapport de la Dresse G_____ n'établissaient un lien de causalité probable entre l'accident et la lésion infectieuse et parasitaire apparue secondairement au niveau de l'avant-bras droit, ainsi que la neuropathie du nerf médian. Par ailleurs, l'assurée souffrait de troubles psychiques sans relation de causalité adéquate avec l'accident.

21. Par acte du 6 décembre 2019, l'assurée a formé opposition à cette décision en reprenant ses précédentes conclusions. Elle a allégué qu'elle n'avait pas été en mesure de prouver à l'époque son incapacité de travail au-delà du 1er janvier 2017, raison pour laquelle elle n'avait pas contesté la décision de la SUVA. La décision de l'OAI ne constituait en outre pas une simple appréciation différente du même état de fait, mais un moyen de preuve pour établir son état de santé réel. Sur la base du rapport de la Dresse G_____, il y avait également lieu de constater l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les atteintes à la main droite.

22. Par décision du 27 mai 2020, la SUVA a rejeté l'opposition. Il ressortait de la lettre de sortie du 1er mars 2016 des HUG que l'assurée avait été hospitalisée en unité psychiatrique du 24 décembre 2015 au 1er mars 2016 dans le contexte d'un état dépressif et d'un trouble de la personnalité, avec suspicion de lésions auto-infligées au niveau du bras et menaces suicidaires. Aucun diagnostic n'avait pu être clairement posé pour les masses atypiques qu'elle avait présentées à l'avant-bras. Hospitalisée en raison d'un écoulement au niveau de la peau, elle avait présenté une évolution défavorable, consécutive à de très probables automutilations, compte tenu des lacérations inexpliquées, des lésions atypiques et de souillure du pansement. C'était en raison de l'échec de la prise en charge sur le plan chirurgical et d'un risque majeur de complications (amputation ou sepsis sévère), dans le contexte d'une décompensation psychique, qu'elle avait été transféré dans l'unité de psychiatrie des HUG. Quant au rapport de la Dresse G_____, elle avait uniquement établi un inventaire des troubles sans distinguer entre les séquelles accidentelles et les autres symptômes de l'assurée. Enfin, les critères jurisprudentiels n'étaient pas remplis pour admettre une causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques.

23. Par acte déposé le 29 juin 2020 dans un automate "MyPost 24", l'assurée a recouru contre cette décision, en concluant à son annulation et, implicitement, à la révision de la décision du 1er février 2017 de l'intimée, au réexamen du droit à une rente, à l'octroi d'indemnités journalières avec effet rétroactif au 1er juillet 2016 et à la prise en charge des interventions des 25 juin, 4 novembre, 1er et 16 décembre 2015, sous suite de dépens. Elle a allégué que la décision de l'OAI du 14 mars 2019, fondée sur le rapport de la Dresse G_____, constituait un nouveau moyen de preuve pour déterminer sa totale incapacité de travail depuis son accident du 3 mars 2014. En effet, lorsque l'intimée avait rendu le 1er février 2017 sa décision, la recourante n'avait pas été en mesure de prouver son incapacité de travail, si bien qu'elle n'avait pas contesté cette décision. Par ailleurs, les lésions de son bras et les troubles psychiques étaient dans un rapport de causalité adéquate avec l'accident, s'agissant d'un accident de gravité moyenne survenu dans des circonstances particulièrement dramatiques et choquantes et suivi d'un traitement médical long et douloureux.

24. Après que les parties se soient déterminées sur la recevabilité du recours, 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. 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.

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

   Comme relevé à juste titre par la recourante, le dépôt d'un recours dans un automate "MyPost 24" est assimilé à un bureau de poste suisse (arrêt du Tribunal fédéral 5A_972/2018 du 5 février 2019 consid. 4.2). Partant, le recours déposé dans cet automate le 29 juin 2020 respecte le délai de 30 jours à compter de la date de réception de la décision litigieuse du 28 mai 2020.

   Le recours respectant également la forme prévue par la loi, il est recevable.

4. Est litigieuse en l'occurrence si le refus d'entrer en matière sur la demande de révision procédurale de la décision du 1er février 2017 est fondé.

   En effet, la décision attaquée porte uniquement sur cette question.

Par conséquent, en concluant au réexamen du droit à une rente, à l'octroi d'indemnités journalières avec effet rétroactif au 1er juillet 2016 et à la prise en charge des interventions des 25 juin, 4 novembre, 1er et 16 décembre 2015, la recourante a pris des conclusions excédant l'objet du litige tel que défini par la décision querellée. Partant, elles sont irrecevables.

Enfin, dans le cadre de son recours, la recourante ne conteste pas, à juste titre, le refus de l'intimée d'entrer en matière sur sa demande de reconsidération. En effet, une telle décision ne peut pas faire l'objet d'un contrôle en justice (ATF 133 V 50 consid. 4.1).

5. a. Aux termes de l'art. 53 al. 1 LPGA, 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.

b. Sont «nouveaux» au sens de cette disposition, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. 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 (arrêt du Tribunal fédéral du 19 mai 2014 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 175/0 du 29 novembre 2005 consid. 2.2 ; Margit MOSER-SZELESS, in Commentaire romand de la Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 45 ad art. 53 LPGA et la référence). Partant, un fait nouveau permettant la révision procédurale d'une décision entrée en force doit exister au moment où cette décision a été rendue, mais être découvert après coup (arrêt du Tribunal fédéral 9C_328/2014 du 6 août 2014 consid. 6.1). Un moyen de preuve qui n'existait pas encore dans la première procédure, soit une preuve effectivement nouvelle, comme un rapport médical établi postérieurement à la décision de l'assureur social, peut entrer en considération aux fins de la révision procédurale, pour autant qu'elle se rapporte aux faits existants à l'époque et sur lesquels se fondait la décision initiale et qu'elle établisse de manière indiscutable que l'état de fait retenu était erroné (Margit MOSER-SZELESS, op. cit., n. 47 ad art. 53 LPGA). Le nouveau 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_368/2013 du 25 février 2014 consid. 5.1 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 183/04 du 28 avril 2005 consid. 2.2 ; Margit MOSER-SZELESS, op. cit., n. 48 ad art. 53

LPGA et la référence). Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure (Margit MOSER-SZELESS, op. cit., n. 54 ad art. 53 LPGA). La nouvelle preuve doit établir de manière indiscutable (« eindeutig ») que l'état de fait retenu précédemment était erroné (Margit MOSER-SZELESS, op. cit., n. 52 ad art. 53 LPGA). Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_589/2013 du 2 mai 2014 consid. 4.2 et les références ; Margit MOSER-SZELESS, op. cit., n. 48, 50 et 52 ad art. 53 LPGA).

c. La révision procédurale est soumise aux délais prévus par l'art. 67 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021), applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 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. Il appartient à la partie qui présente une requête de révision de rendre vraisemblable l'existence de faits ou moyens de preuve nouveaux (ATF 127 V 353 consid. 5b). Si elle n'y parvient pas, la demande de révision doit être rejetée par l'assureur social (arrêt du Tribunal fédéral 8C_797/2011 du 15 février 2012 consid. 5.2). En particulier, celui-ci n'est pas tenu d'établir à nouveau les faits de manière complète au sens de l'art. 43 LPGA et de rechercher de manière active des nouveaux faits ou moyens de preuve (arrêt du Tribunal fédéral 9C_955/2012 du 13 février 2013 consid. 3.2). Lorsque c'est la personne assurée qui invoque un motif de révision pour obtenir la modification en sa faveur d'une décision et que les conditions n'en sont pas établies, elle supporte les conséquences du défaut de preuve et doit se laisser opposer le rejet de sa demande de révision (Margit MOSER-SZELESS, op. cit., n. 64 ad art. 53 LPGA).

7. En l'occurrence, la recourante considère que la décision du 14 mars 2019 de l'OAI lui octroyant une rente d'invalidité entière sur la base d'un degré d'invalidité de 94%, constitue un moyen de preuve nouveau.

   Or, la recourante n'a demandé la révision de la décision du 1er février 2017 de l'intimée qu'en date du 11 octobre 2019.

Ainsi, sa demande de révision est manifestement tardive, dès lors qu'elle ne respecte pas le délai de nonante jours dès la découverte du motif de révision, à savoir la décision de l'OAI du 14 mars 2019, prescrit à l'art. 67 LPA. Partant, le refus d'entrée en matière de l'intimée est fondé.

8. Quoi qu'il en soit, la décision du 14 mars de l'OAI ne pourrait être considérée comme un moyen de preuve nouveau. En effet, l'OAI ne se prononce pas sur la question de la causalité naturelle et adéquate entre l'invalidité de 94 % et l'accident. Or, si l'intimée a mis fin à ses prestations, c'est précisément parce qu'elle a nié un tel lien de causalité.

   Il est vrai que l'intimée a considéré, dans sa décision du 1er février 2017 que la recourante disposait d'une pleine capacité de travail dès le 1er janvier 2017, ce qui est inexact. Ce faisant, l'intimée a cependant uniquement refusé de reconnaître que les troubles invalidants dont la recourante continuait à souffrir, étaient dans un rapport de causalité avec l'accident. Elle n'a ainsi pas pris position sur sa capacité de travail en rapport avec des atteintes, notamment psychiques, sans lien de causalité avec cet évènement.

   La prise en charge des interventions des 25 juin, 4 novembre, 1er et 16 décembre 2015 a également été refusée en l'absence du lien de causalité avec l'accident, ce qui n'est pas contredit par la décision de l'OAI en cause.

9. Cela étant, le recours sera rejeté.

10. La procédure est gratuite.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

1. Rejette le recours dans la mesure où il est recevable.

2. Dit que la procédure est gratuite.

3. 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 suppléante
Adriana MALANGA	Maya CRAMER

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