

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3229/2013

ATAS/1149/2013

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 20 novembre 2013**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur K \_\_\_\_\_, domicilié à CHÂTELAINÉ, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître EMERY Jacques

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, sis Fluhmattstrasse 1; LUZERN, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître ELSIG Didier

intimée

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---

## EN FAIT

1. Monsieur K \_\_\_\_\_, né en 1975 et originaire de l'Angola, a subi un accident de vélo en date du 22 juillet 2004, provoquant une lésion aux lèvres, des fractures de dents, une contusion du poignet gauche et une commotion cérébrale. Lors de l'examen par le médecin d'arrondissement de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : SUVA), qui a pris en charge les suites de cet accident, l'assuré se plaignait de douleurs au pied, au genou et au poignet gauches, ainsi qu'à l'épaule droite. Il n'avait plus de plaintes concernant la lésion aux lèvres ou la commotion cérébrale. Il était également mentionné dans le rapport d'examen qu'un trouble somatoforme douloureux et un épisode dépressif avaient été constatés durant la réhabilitation stationnaire. Selon le médecin d'arrondissement, l'assuré était complètement guéri des lésions organiques de cet accident et n'avait plus besoin de traitement. Se fondant sur ce rapport, la SUVA a mis fin à ses prestations à compter du 29 novembre 2004, par décision du 3 février 2005, qu'elle a confirmée sur opposition par décision du 8 septembre 2005. Ce faisant, elle a considéré que les troubles psychiques n'étaient pas dans un rapport de causalité avec l'accident.
2. Par décision du 18 septembre 2007, l'Office de l'assurance-invalidité de Zurich a rejeté la demande de prestations de l'assuré, tout en admettant une incapacité de travail totale dans l'ancien métier d'ouvrier dans le bâtiment. Dans une activité adaptée, sa capacité de travail était de 70%. Néanmoins, le degré d'invalidité restait inférieur à 40%, de sorte qu'il n'ouvrait pas le droit à une rente.
3. Par courrier du 25 avril 2013, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a demandé une reconsidération de la décision sur opposition du 8 septembre 2005 de la SUVA, en faisant valoir que « Cette décision n'est plus soutenable au regard de l'évolution des symptômes et surtout de la dépression consécutive à la permanence des douleurs et à l'absence de résultats des nombreux soins dont il a bénéficié ». L'assuré a réclamé l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> mai 2007.
4. A l'appui de ses dires, il a notamment joint copie du rapport du 23 octobre 2012, du Centre multidisciplinaire d'études du traitement de la douleur des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). Les médecins ont posé les diagnostics de cervico-brachialgie chronique avec possible composante irritative C6-C7 droite dans le contexte d'un accident du 22 juillet 2004, et de troubles dégénératifs cervicaux discrets avec hernie discale C6-C7 récessale bilatérale, sténose foraminale modérée et une discrète perte de hauteur du corps vertébral de C6. A cela s'ajoutait un état dépressif sévère probable. Il est fait état de ce que l'assuré présentait un syndrome douloureux chronique se manifestant essentiellement sous forme de cervico-brachialgies bilatérales, réfractaires à tout traitement. Une composante radiculaire à droite n'était pas exclue et pourrait trouver une corrélation radiologique sur l'IRM

récemment effectuée montrant une hernie discale C6-C7, déjà décrite sur l'IRM de 2005.

5. L'assuré a également joint à sa missive à la SUVA le rapport du 24 juillet 2012 relatif à un examen électroneuromyographique (ENMG) des membres supérieurs, lequel s'est avéré normal. Dans les renseignements cliniques, il est fait état d'un accident de circulation avec tassement cervical et douleurs neurogènes post-traumatiques au niveau de la nuque et des deux bras, surtout à gauche. En 2011, des douleurs de type fourmillements avec décharges électriques dans le bras droit sont apparues et une IRM cervicale a mis en évidence une hernie discale récessale bilatérale.
6. Dans le certificat médical du 31 octobre 2012 de la Dresse L\_\_\_\_\_, médecin au département de médecine communautaire de premier recours aux HUG, que l'assuré a transmis avec son courrier précité, des cervico-brachialgies chroniques évoluant depuis 2004 suite à un accident, avec possible composante irritative au niveau de C7 à droite, sont mentionnées. Cependant, en l'absence de corrélation entre l'imagerie et la clinique, le diagnostic de syndrome douloureux myofascial sur dysbalance musculaire a été posé. L'assuré souffrait par ailleurs d'un épisode dépressif sévère, en réaction à sa situation médico-sociale.
7. Par courrier du 13 mai 2013, la SUVA a fait savoir au recourant qu'elle ne pouvait procéder à une nouvelle appréciation.
8. Par courrier du 19 juillet 2013, le recourant a réitéré sa demande de reconsidération, en mentionnant notamment une IRM cervicale pratiquée le 20 mai 2012 aux HUG qui avait démontré une hernie discale récessale bilatérale. Son état actuel était en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 22 juillet 2004, plus précisément avec l'impact sur la tête et la commotion subis.
9. Par courrier du 22 juillet 2013, la SUVA a communiqué à l'assuré qu'il ne pouvait entrer en matière sur sa demande de reconsidération et de révision procédurale.
10. Du 3 octobre 2013, l'assuré a recouru contre cette décision, en concluant à son annulation et à l'octroi, sur reconsidération, des prestations de l'assureur-accidents sous suite de dépens. Préalablement, il a demandé la mise en œuvre de mesures d'instructions, notamment d'une expertise pluridisciplinaire. Outre les éléments relevés précédemment, il a fait valoir que la décision du 8 septembre 2005 de la SUVA n'avait pas pris en considération la hernie C6-C7 mise en évidence par une IRM en 2005. Il souffrait par ailleurs de douleurs nouvelles, de type fourmillement dans tout le bras droit, en lien de causalité naturelle avec l'accident de juillet 2004. L'état dépressif sévère consécutif à la persistance des cervico-brachialgies bilatérales, réfractaires à tout traitement, justifiait également une reconsidération, ce trouble psychique étant en rapport de causalité avec l'accident survenu.

11. Dans sa réponse du 29 octobre 2013, l'intimée a conclu à l'irrecevabilité du recours, une décision de refus de considération ne pouvant être attaquée en justice. En effet, ni l'assuré, ni le juge ne pouvait contraindre l'administration à une reconsidération.
12. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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. a) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, qui formalise un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 133 V 50 consid. 4.1).

Toutefois, l'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peut l'y contraindre. Le corollaire en est que les décisions portant sur un refus d'entrer en matière sur une demande de reconsidération ne peuvent pas faire l'objet d'un contrôle en justice (ATF 133 V 50 consid. 4.1; ATF 119 V 475 consid. 1b/cc; ATF 117 V 8 consid. 2a; ATF non publié 8C\_866/2009 du 27 avril 2010 consid. 2.2;). Une administration refuse d'entrer en matière sur une demande de reconsidération lorsqu'elle se borne à procéder à un examen sommaire de la requête et répète les motifs invoqués dans la décision initiale (ATF 117 V 8 consid. 2b/aa).

b) Il résulte de ce qui précède qu'un refus de reconsidération ne peut être contesté en justice, de sorte que le présent recours est irrecevable, en ce qu'il demande la reconsidération de la décision sur opposition du 8 septembre 2005.

3. Il ne peut par ailleurs pas être considéré que le recourant ait implicitement demandé une révision procédurale de la décision du 8 septembre 2005, sur la base d'un fait nouveau, inconnu lors de la première procédure (art. 53 al. 1 LPGA), et/ou une révision matérielle, fondée sur une aggravation de son état de santé (art. 17 al. 1 LPGA). En effet, il est représenté par un avocat, de sorte qu'il est à supposer que celui-ci aurait fait valoir ces moyens, si telle avait été sa volonté, et que c'est à bon

escient qu'il s'est abstenu de le faire, ceci d'autant plus que les demandes de révision n'auraient de toute évidence pas été fondées.

En tout état de cause, le recours n'aurait pas non plus été recevable dans cette hypothèse, dans la mesure où seules les décisions sur opposition peuvent être déférées devant la chambre des assurances sociales de la Cour (art. 56 al. 1 LPGA). Cependant, le recours aurait alors dû être interprété comme une opposition adressée à l'autorité incompétente, et la cause être renvoyée à l'intimée afin qu'elle statue sur opposition à sa missive du 22 juillet 2013.

4. Cela étant, le recours sera déclaré irrecevable.
5. La procédure est gratuite.

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

**Statuant**

1. Déclare le recours irrecevable.
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

Diana ZIERI

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