RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3578/2006 **ATAS/207/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 27 février 2007

En la cause

Monsieur S_____, domicilié LE LIGNON - GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Gilbert BRATSCHI	recourant

contre

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

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Julian BALDE et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Monsieur S_____, né en 1968 et originaire du Kosovo, a bénéficié dès le 6 janvier 1997 d'une occupation temporaire dans le cadre de l'assurance-chômage en tant qu'ouvrier jardinier au Département de l'économie publique de l'État de Genève. À ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, ci-après : SUVA).

2. Le 25 février 1997, alors qu'il était occupé à couper un arbre au moyen d'une tronçonneuse, une partie du tronc s'est cassée et est tombée sur son membre inférieur droit. Il a alors chuté en arrière et a heurté un autre tronc avec le bas du dos. Après avoir été libéré de cette position par un collègue de travail, il a été conduit en moto à la Permanence de Carouge puis, lors du trajet, a perdu connaissance durant quelques secondes et a chuté de la moto. Il a alors poursuivi son chemin en voiture avec un collègue de travail.

3. Dans un rapport du 14 octobre 1997, la Dresse A_____, chirurgienne orthopédiste, a indiqué qu'elle avait examiné le patient pour la première fois, le 28 février 1997, mais que, le 25 février 1997, il avait été vu au service d'urgence de Carouge et qu'un diagnostic de fracture de la base du cinquième métatarsien droit avait alors été posé. Elle a précisé que, le 28 février 1997, elle avait constaté un oedème et un hématome important du tiers distal de la jambe ainsi que de tout le coup de pied, des orteils et de la face latérale de la cuisse. Elle a exposé que, lors de son examen du 8 avril 1997, elle avait noté des douleurs persistantes à la palpation de la base des troisième, quatrième et cinquième métatarsiens, alors que le pied était encore un peu enflé. Elle a ajouté que le patient n'avait jamais signalé de douleurs lombaires en cours de traitement.

4. Les radiographies de la colonne lombaire effectuées le 18 mars 1997 n'ont pas montré de tassement vertébral ni de fracture des apophyses transverses.

5. Le 24 mars 1997, la SUVA a accepté de prendre en charge les suites de l'accident.

6. Dans un rapport du 22 août 1997, la Dresse B_____, généraliste, a diagnostiqué des lombalgies aiguës post-traumatiques sur entorse contusion au niveau de la colonne lombaire, des gonalgies aiguës post-traumatiques, une fracture de la base du cinquième métatarsien droit, des céphalées chroniques et un état d'angoisse post-traumatique. Elle a indiqué que, malgré le traitement médicamenteux et la physiothérapie, le patient se plaignait, au niveau du rachis lombaire, d'une persistance de douleurs, au niveau du membre inférieur droit, de blocages et de troubles neurologiques, enfin, de maux de tête. Elle a fait état d'une amélioration de la thymie.

7. Lors de l'examen du 11 novembre 1997 par le Dr C_____, médecin d'arrondissement de la SUVA et chirurgien-orthopédiste, l'assuré s'est plaint de céphalées diffuses accompagnées parfois de vertiges, de troubles de la vue, d'une hypoacousie gauche, de lombalgies continuelles mais fluctuantes, de douleurs continuelles au genou droit exacerbées par la marche à plat, enfin, de douleurs continuelles au niveau de tout le pied remontant jusqu'à la cheville avec parfois apparition de fourmillements. Ce médecin a constaté, d'une part, que le patient paraissait à certains moments très abattu et à d'autres relativement logorrhéique, d'autre part, une exagération des plaintes et une boiterie lors de la marche. Dans son rapport du même jour, le Dr C_____ a considéré que, compte tenu de ses constatations "établissement hospitalier2s et à moins d'éléments nouveaux probants, l'accident n'avait entraîné aucune lésion traumatique objective et qu'il n'avait plus d'action délétère. En conséquence, il a admis que le statu quo sine pouvait être considéré comme atteint. Il a toutefois proposé un séjour à la "établissement hospitalier2 de Bellikon afin, notamment, de faire préciser, parmi les troubles persistants, lesquels étaient en rapport avec l'accident.

8. L'assuré a séjourné à la "établissement hospitalier2 de Bellikon du 3 décembre 1997 au 14 janvier 1998. Durant ce séjour, les radiographies de contrôle effectuées le 10 février 1998 ont montré une consolidation de la fracture non déplacée de la base du cinquième métatarsien droit. Dans le rapport de sortie du 24 mars 1998, la Dresse D_____, spécialiste en médecine physique, a diagnostiqué une périarthropathie de l'articulation tibio-tarsale droit sans signe d'algodystrophie consécutive à une fracture de la base du cinquième métatarsien droit, une périarthropathie du genou droit sans signe inflammatoire consécutive à une contusion du genou, un syndrome myofascial de la ceinture pelvienne plus marqué à gauche sans symptomatologie de l'articulation sacro-iliaque consécutive à une contusion du rachis et du bassin, une symptomatologie de surcharge du rachis cervical consécutive à une contusion crânienne, enfin, des symptômes dépressifs dans le cadre d'un trouble de l'adaptation. Elle a précisé que, lors du consilium psychosomatique, le patient se faisait remarquer par son indifférence, son manque d'entrain, sa mauvaise hygiène corporelle et sa déconcentration. Elle a expliqué que les symptômes étaient apparus seulement après une latence de quelques mois et avaient augmenté progressivement ce qui ne militait pas en faveur d'un trouble cérébral organique de sorte qu'on avait très probablement à faire à des symptômes dépressifs dans le cadre d'un trouble de l'adaptation. Elle a indiqué qu'à la sortie, le patient était toujours limité à la marche sur un terrain accidenté et qu'il présentait une très importante attitude de ménagement sous forme d'une limitation prononcée du déroulement du pied droit ainsi qu'une forte boiterie, enfin, que la tolérance à l'effort et pour la station debout ainsi que pour la marche était limitée à quelques heures isolées au cours de la journée. Elle a estimé que les handicaps existants et l'autolimitation rendaient la reprise du travail d'aide-jardinier irréaliste et que les symptômes dépressifs étaient les premiers responsables de l'absence d'amélioration

"établissement hospitalier2. Enfin, elle a exposé qu'une thérapie médicamenteuse antidépressive avait été instaurée mais qu'elle n'avait pas encore produit ses effets à la sortie. Elle a préconisé la poursuite à court terme d'une physiothérapie ambulatoire en tant que mesure d'accompagnement temporaire en attendant que le traitement antidépresseur produisît ses effets.

9. Lors d'un nouvel examen par le Dr C_____, le 24 août 1998, l'assuré s'est plaint notamment d'une persistance de douleurs continuelles à l'arrière de la tête irradiant dans toute la tête et la colonne cervicale surtout à gauche et d'une persistance d'acouphènes au niveau de l'oreille gauche apparus environ deux à trois semaines après l'accident. Dans son rapport du 25 août 1998, le Dr C_____ a fait état de la persistance de douleurs diffuses ainsi que d'un oedème au pied droit et à la partie distale de la jambe droite, de la persistance d'un syndrome hyperalgique douloureux partiellement en discrépance avec les constatations "établissement hospitalier2s observées, d'une exagération des plaintes pratiquement certaine même si inconsciente, enfin d'un état fluctuant mais stationnaire. Il a préconisé un nouveau séjour à Bellikon.

10. L'assuré a séjourné à la "établissement hospitalier2 de Bellikon du 16 septembre au 4 novembre 1998. Dans le rapport de sortie du 16 novembre 1998, le Dr C_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a diagnostiqué un syndrome douloureux touchant le pied droit et la jambe droite avec tuméfaction considérable de tout le pied et de la jambe droite ainsi qu'une algodystrophie encore active en scintigraphie dans le contexte d'une fracture guérie et non déplacée de la base du cinquième métatarsien avec écrasement du pied droit. Il a précisé qu'une seconde appréciation psychiatrique avait de nouveau retrouvé des symptômes dépressifs dans le cadre d'un trouble de l'adaptation et qu'outre ces problématiques psychiatriques et somatiques préexistantes, les choses étaient encore compliquées par l'environnement psychosocial du patient (chômage depuis 1995 et problèmes relationnels). Il a ajouté que le patient était toujours limité pour marcher sur terrain plat, qu'il présentait une très importante attitude de ménagement, qui n'était guère capable de prendre des positions forcées, alors que la tolérance à la charge pour marcher et rester debout était toujours limitée à quelques heures par jour. Il a préconisé de laisser évoluer spontanément l'algodystrophie, mais qu'il y avait lieu de penser que la situation psychosociale du patient allait continuer à s'aggraver. Enfin, il a considéré que le patient restait totalement inapte au travail.

11. Dans un rapport du 23 avril 1999, le Dr E_____, rhumatologue, a indiqué qu'un rapport de scintigraphie osseuse pratiquée le 14 avril 1999 avait montré une hypercaptation du tarse droit. Il a estimé qu'au regard de l'hypercaptation constatée et de la lente évolution "établissement hospitalier2, il existait un espoir d'amélioration, mais qu'il était difficile d'imaginer une issue médico-socio-professionnelle avec reprise du travail.

12. Le 3 juin 1999, l'assuré a été auditionné par un inspecteur de la SUVA auquel il a précisé que, lors de l'accident, il avait perdu connaissance quelques instants et qu'un collège lui avait raconté lui avoir donné de petites tapes sur la joue pour le réveiller.

13. L'assuré a effectué un nouveau séjour à la "établissement hospitalier2 de Bellikon du 14 juillet au 25 août 1999. Dans le rapport de sortie du 15 septembre 1999, le Dr C_____ a diagnostiqué des douleurs au pied droit et à la jambe droite avec algo-neurodystrophie du pied droit confirmée par scintigraphie, une anosmie consécutive à un léger traumatisme crânien cérébral et un status après symptômes dépressifs dans le cadre de troubles de l'adaptation actuellement plus perceptibles. Il a indiqué que, lors du consilium neurologique du 22 juillet 1999, le Dr ZANGGER, neurologue, avait estimé que l'accident du 25 février 1997 avait provoqué, au moins, une légère lésion cérébrale post-traumatique confirmée par la courte amnésie et la perte de conscience ainsi que par l'anosmie complète découverte seulement dernièrement. Il en a déduit l'existence de troubles neuropsychologiques notables qui nécessitaient des examens complémentaires. Il a précisé que l'anosmie devait être considérée comme définitive. Il a également fait état d'un consilium psychosomatique du 3 août 1999 qui ne montrait plus aucun argument psychopathologique ayant valeur de maladie. Il a ajouté qu'il persistait une problématique de maladie de Südeck chronique et résistante à toute thérapie au pied droit ainsi qu'à la jambe droite avec limitation de la capacité de marche et de charges. Il a estimé qu'une liquidation du cas était prématurée et que, sur la base des empêchements et des dérangements consécutifs à l'accident, aucune capacité de travail ne pouvait être attestée.

14. Sur demande de la SUVA, le patient a été examiné par la Dresse F_____ de la "établissement hospitalier2 d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital cantonal de Bâle. Dans son rapport du 9 mars 2000, la Dresse F_____ a considéré que, sur la base des résultats de son examen psychométrique, il était très possible qu'il existât une anosmie bilatérale et que le rapport avec l'accident de 1997 était vraisemblable.

15. Dans une notice médicale du 30 juin 2000, le Dr G_____, chirurgien et médecin de la SUVA, a exposé qu'il existait une anosmie bilatérale et, "établissement hospitalier2ment, une légère lésion cérébrale. Il a précisé que les troubles fonctionnels neuropsychologiques devaient être considérés comme modérés. Il a ajouté que les troubles (coopération indécise, inconsistance dans les diverses performances des tests, maux de dos et de tête) ne pouvaient toutefois pas être rattachés avec une vraisemblance suffisante à une lésion cérébrale traumatique et que, pour les neuropsychologues, un trouble de l'adaptation était avant tout en discussion comme origine de cette déficience neuropsychologique. Il a également estimé que, bientôt une année après la dernière hospitalisation, il était indiqué que le médecin d'arrondissement examinât le patient et constatât les séquelles de l'accident concernant la maladie de Südeck. Il a précisé que, lors de cet examen, le

médecin d'arrondissement devait également faire certaines réflexions sur la symptomatologie douloureuse totale. Il a ajouté que le traumatisme crânien cérébral était minime et que l'anosmie n'influençait pas la capacité de travail. Il a expliqué que si, initialement, il pouvait comprendre le comportement du patient ayant un trouble de l'adaptation, toutefois, après la disparition de ce trouble et la négation d'un diagnostic psychiatrique ayant valeur de maladie, se posait maintenant la question de savoir à quel point le patient était conscient ou inconscient de sa surcharge psychogène.

16. Le 24 juillet 2000, le Dr H_____, chirurgien orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné le patient afin de déterminer si la maladie de Südeck était encore présente. Lors de l'examen, le patient a indiqué que les vertiges avaient cessé, que les céphalées avaient diminué et qu'elles étaient devenues supportables. Il s'est plaint d'une persistance des lombalgies aussi bien en position assise qu'à la marche, d'une boiterie à la marche et de douleurs continuelles au pied droit. Ce médecin a fait procéder à des radiographies du pied droit et à une résonance magnétique, le 11 septembre 2000, qui n'ont montré aucune anomalie de la densité osseuse et aucun argument en faveur d'une algodystrophie. Dans son complément du 28 septembre 2000, le Dr H_____ a conclu à la parfaite guérison de la fracture du cinquième métatarsien, à l'absence d'anomalie de guérison à ce niveau et à l'absence de signe "établissement hospitalier2 ou radiologique d'une algo-neurodystrophie du pied droit.

17. Par décision du 21 novembre 2000, la SUVA a mis un terme au versement de l'indemnité journalière dès le 27 novembre 2000 considérant que, selon l'avis de son service médical, l'assuré était en mesure de reprendre totalement son activité professionnelle de jardinier. En outre, elle lui a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 14'580 fr. en raison de l'anosmie.

18. Le 8 mai 2001, l'assuré a indiqué à la SUVA qu'il avait pris acte que la décision du 21 novembre 2000 était entrée en force et que, selon l'évolution de sa capacité de travail, il se réservait le droit de présenter une éventuelle requête en reconsidération.

19. Dans son rapport du 17 janvier 2002, le Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (COPAI) a estimé qu'un rendement de 65% au minimum était escompté et devrait pouvoir être augmenté rapidement dans un métier comme monteur à l'établi ou servant de machine.

20. Par décision du 24 février 2003, l'office cantonal de l'assurance invalidité (OCAI) a admis une invalidité de 48% depuis le 25 février 1998 et a accordé à l'assuré un quart de rente d'invalidité dès le 1er février 1998, puis, par décision du 17 mars 2004, une demi-rente pour cas pénible dès le 1er décembre 2003.

21. Par courrier des 23 juin 2003, l'assuré a demandé à l'OCAI de procéder à une révision de son droit à la rente en raison d'une aggravation de son état de santé.

22. Par décision du 5 septembre 2003, l'OCAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision tendant à augmenter le droit à la rente d'invalidité de l'assuré.

23. L'OCAI a, par décision du 29 mars 2004, rejeté l'opposition formée par l'assuré le 8 octobre 2003. Il est entré en matière sur la demande, mais a estimé que l'aggravation alléguée n'était pas établie et que toute activité adaptée restait raisonnablement exigible à un taux d'activité de 50%.

24. Le 29 avril 2004, l'assuré a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales contre ladite décision sur opposition. Il a notamment soutenu que le processus douloureux dû aux dorso-lombalgies permanentes, céphalées ainsi que troubles statiques et dynamiques avait induit une surconsommation d'analgésiques qui commençait à avoir des conséquences au plan psychologique, raison pour laquelle, le Dr I_____, généraliste, l'avait orienté vers un psychiatre.

25. Par arrêt du 24 août 2004, le Tribunal de céans a rejeté le recours. Il a considéré que le rapport du Dr I_____ du 18 octobre 2003 relatif à l'examen de la colonne lombaire ne permettait pas de déduire une aggravation de l'état de santé du recourant ayant une incidence sur sa capacité de travail.

26. Le 27 septembre 2004, l'assuré a interjeté un recours de droit administratif auprès du Tribunal fédéral des assurances sociales contre l'arrêt précité.

27. Dans son arrêt du 23 mai 2005, le Tribunal fédéral des assurances sociales a confirmé le bien-fondé du refus d'augmenter le droit à la rente. Il a considéré que le rapport établi le 3 juillet 2004 par le Dr J_____, psychiatre, retenait un diagnostic de trouble somatoforme indifférencié, posé par exclusion et en l'absence de tout trouble de la personnalité ou d'un autre trouble psychiatrique actif. En outre, il a confirmé que les pièces produites par le Dr I_____ ne permettaient pas de déduire que l'état de santé de l'assuré se serait aggravé sur le plan somatique. Il a conclu que, depuis la décision d'octroi de rente, l'état de santé de l'assuré ne s'était pas modifié de manière à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente.

28. Le 28 septembre 2005, la Dresse K_____ a demandé au Dr H_____ de réouvrir le dossier de l'assuré dès lors que sa pathologie psychiatrique actuelle était une conséquence de l'accident du 23 février 1997. Elle a expliqué qu'en janvier 1998, lors du séjour à Bellikon, les médecins avaient diagnostiqué une réaction dépressive prolongée, puis, lors du séjour d'août 1999, avaient confirmé ce même diagnostic de façon incorrecte puisqu'il ne pouvait plus être posé après une période de deux ans. Elle a ajouté que, compte tenu de la symptomatologie caractéristique et floride déjà présente anamnestiquement, une observation "établissement hospitalier2 plus fouillée aurait permis de poser le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique. Elle a expliqué que l'événement traumatisant était hors du commun, qu'il avait effectivement mis la vie du patient ainsi que son intégrité physique en danger, qu'il était constamment revécu sous forme de flash-back et

que, dans ces moments-là, l'assuré était très angoissé, vivait des instants de terreur et ressentait une détresse intense. Elle a indiqué que les multiples facteurs déclenchant ces états de menaces imminentes résidaient en des incidents banals de la vie quotidienne et que l'assuré évitait les stimuli associés au traumatisme ce qui provoquait une lente atteinte majeure de mémoire dans tous les secteurs de la vie. Elle a également fait état de la présence, depuis le printemps 1997, de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative tels que troubles du sommeil avec réveils multiples, irritation, perte de la capacité de se concentrer, sursauts excessifs à toute une série de bruits brusques, installation progressive d'un état d'hypervigilance. Elle a exposé que cette perturbation entraînait une souffrance "établissement hospitalier2ment significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. Elle a précisé que la narration de cette situation et les réponses à ces questions avaient entraîné chez l'assuré un mal de tête de sorte que, pour cette raison, il était contre-indiqué qu'un expert soit mandaté pour évaluer son état "établissement hospitalier2 et pour trancher la question.

29. Par courrier du 3 novembre 2005, la SUVA a répondu à la Dresse K_____ que la relation de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident n'avait pas été reconnue de sorte que sa responsabilité n'était pas engagée, respectivement, qu'elle ne pouvait pas entrer en matière sur sa demande.

30. Le 2 février 2006, l'assuré a requis la SUVA de réexaminer sa position dès lors que tant le rapport de causalité naturelle que celui de causalité adéquate étaient réalisés.

31. Par décision du 6 février 2006, l'OCAI a refusé la demande d'augmentation de rente formulée par l'assuré à la suite du rapport de la Dresse K_____ reçu le 5 octobre 2005 et faisant état d'un syndrome de stress post-traumatique. Il a motivé sa position en expliquant que le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique ne pouvait pas être retenu car il ne correspondait pas à la définition de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM 10).

32. Par décision du 27 février 2006, la SUVA a constaté que les conditions matérielles d'une révision n'étaient pas réalisées et a refusé de réviser la décision du 21 novembre 2000. À l'appui de sa position, elle a estimé qu'on ne pouvait pas parler d'éléments de faits nouveaux ou de nouvelles preuves dès lors que l'existence de troubles d'ordre psychique avait été signalée pour le moins déjà le 22 août 1997 par la Dresse B_____. Elle a considéré que le rapport de la Dresse K_____ du 28 septembre 2005 ne faisait qu'apporter une nouvelle appréciation diagnostique à une situation déjà connue. En outre, elle a confirmé qu'un lien de causalité adéquate faisait défaut car l'accident ne pouvait pas être considéré au seul plan objectif comme étant particulièrement impressionnant, que les lésions n'étaient pas de nature à provoquer des troubles psychogènes, que le

traitement n'avait pas été anormalement long, qu'aucune erreur de traitement, ni complications importantes n'étaient à déplorer et que l'incapacité de travail s'était surtout prolongée en raison des investigations médicales mises en œuvre.

33. Le 13 mars 2006, l'assuré a formé opposition à la décision de l'OCAI du 6 février 2006.

34. Le 30 mars 2006, l'assuré a également contesté la décision de la SUVA du 27 février 2006. Il a soutenu que la décision du 21 novembre 2000 mettant un terme au versement de l'indemnité journalière concernait exclusivement les séquelles purement somatiques de l'accident et qu'elle ne traitait absolument pas les atteintes neuropsychologiques et psychiques. En outre, il a prétendu que la SUVA n'avait pas du tout examiné l'aspect psychique et neuropsychologique dès lors que la décision du 21 novembre 2000 n'y faisait même pas allusion. Il a estimé qu'il était conforme au cours ordinaire des choses qu'après un accident aussi violent et impressionnant, il ait conservé des troubles importants sur le plan neuropsychologique et psychique en général de sorte qu'il n'était pas étonnant que, cinq ans après la liquidation hâtive du cas, les troubles neuropsychologiques ainsi que psychiques se soient aggravés très sensiblement. Se référant au rapport de la Dresse K_____ du 28 septembre 2005, il s'étonnait que la SUVA ait contesté l'existence de faits nouveaux importants. En outre, il a considéré que la causalité adéquate entre les troubles neuropsychologiques ainsi que psychiques d'une part et l'accident du 25 février 1997 d'autre part n'était pas contestable dès lors qu'il s'agissait d'un accident de gravité moyenne à la limite des accidents graves, avec plusieurs facteurs concomitants, en particulier le caractère dramatique impressionnant de l'accident, les souffrances qu'il avait engendrées, la longue période de traitement et d'incapacité de travail. Il a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité pour les troubles psychiques en précisant qu'il était disposé à se soumettre à toute expertise médicale.

35. Par décision du 29 mai 2006, la SUVA a rejeté l'opposition en invoquant les mêmes motifs que dans sa décision.

36. Par décision sur opposition du 29 juin 2006, l'OCAI a considéré qu'il n'était nullement établi de manière suffisamment probante que l'état de santé de l'assuré se serait modifié brusquement de manière à influencer son droit à la rente postérieurement aux décisions entrées en force ni que l'état d'angoisse post-traumatique aurait été ignoré à l'époque. En conséquence, il a rejeté l'opposition. Cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours de sorte qu'elle est entrée en force.

37. Par acte du 2 octobre 2006, l'assuré a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales contre la décision sur opposition de la SUVA du 29 mai 2006. Il conclut, sous suite de dépens, d'une part, à la prise en charge par l'intimée des suites de l'accident du 25 février 1997, notamment sous forme d'une rente d'invalidité, d'autre part, à ce qui lui soit donné acte de son accord à se soumettre à

une expertise médicale et à une comparution personnelle. Il prétend que, dans sa décision de cessation du versement de ses prestations, l'intimée n'a pris en compte que la seule guérison de la fracture du cinquième métatarsien à l'exclusion des troubles neuropsychologiques et des troubles psychiques. En se référant à la notice médicale du Dr C_____ du 3 novembre 1999, il soutient qu'il n'est guère admissible de considérer la demande de révision de la Dresse K_____ du 28 septembre 2005 comme une nouvelle appréciation diagnostique. Enfin, il considère qu'il s'agit d'un accident d'importance moyenne, mais à la limite supérieure de la catégorie des accidents graves, accompagné de plusieurs facteurs concomitants importants de sorte que le lien de causalité adéquate est établi.

38. Dans sa réponse du 14 novembre 2006, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a exposé que, dans son appréciation du 28 septembre 2005, la Dresse K_____ requalifiait en état de stress post-traumatique le diagnostic psychique posé à la "établissement hospitalier2 de Bellikon qui avait été retenu à l'époque où la décision de mettre fin aux prestations avait été prise. En outre, elle a considéré qu'il s'agissait d'une nouvelle qualification médicale de troubles psychiques déjà connus lors de la décision du 21 juillet 2000 et, en aucun cas, d'un fait nouveau ou d'une preuve nouvelle de sorte qu'il n'y avait pas de motif de révision. Dans l'hypothèse où un motif de révision serait retenu, elle a estimé que celui-ci ne justifierait pas l'annulation de la décision entreprise dès lors qu'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident ne pouvait pas être retenu.

39. Le 16 novembre 2006, le Tribunal a communiqué cette écriture au recourant et a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents et en matière de procédure. Selon la jurisprudence, les dispositions générales de procédure de la LPGA (art. 27 à 62 LPGA) sont, en principe, applicables dès le jour de leur entrée en vigueur, le 1er janvier 2003 (ATF 130 V 4 consid. 3.2 et les références; ATFA non publié du 28 février 2005, U 144/04, consid. 2). En l'espèce, la demande de révision du 28 septembre 2005 est postérieure au 1er janvier 2003 de sorte que la LPGA s'applique.

4. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Toutefois, en dérogation à la LPGA, l'art. 106 LAA prévoit un délai de recours de trois mois. Selon l'art. 89C let. b de la loi cantonale genevoise sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA; E 5 10), les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement. Cette réglementation cantonale est semblable à celle qui est prévue à l'art. 38 al. 4 LPGA, de sorte que cette disposition du droit cantonal demeure applicable sans réserve à la procédure de recours formé devant le Tribunal cantonal des assurances sociales du canton de Genève contre des décisions sur opposition portant sur des prestations de l'assurance-accidents (ATF 130 V 320 consid. 2.1, ATFA non publié du 20 octobre 2005, U 127/04, consid. 5.5).

   Dans un premier temps, à partir du jour de la communication de la décision sur opposition, il faut déterminer la fin du délai de recours, soit en l'espèce, le 30 août 2006 puisque le recourant a reçu la décision sur opposition le 30 mai 2006. On ajoute ensuite le nombre de jours de suspension écoulés, soit 32 jours (du 15 juillet au 15 août inclusivement), ce qui reporte l'expiration du délai au dimanche 1er octobre 2006 (cf. ATF 125 V 39 consid. 4a; ATFA non publié du 26 août 2005, U 268/03, consid. 4.6). Celle-ci doit encore être reportée au premier jour utile (cf. art. 38 al. 3 LPGA; art. 17 al. 3 en liaison avec les art. 1er et 6 al. 1 let. b LPA), ce qui amène au lundi 2 octobre 2006. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

5. Le litige porte sur le droit du recourant d'obtenir la révision de la décision de la SUVA du 21 novembre 2000, subsidiairement, sur sa reconsidération

6. 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. 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. 49 et 52 al. 2 LPGA), de révision

d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'article 137 lettre b OJ.

b) 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. 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. 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.

c) 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. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'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, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que 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 le jugement (ATF 127 V 358 consid. 5b et les références).

7. a) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, 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. Selon la jurisprudence, 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 peuvent l'y contraindre. Le contrôle juridictionnel dans la procédure de recours subséquente se limite alors au point de savoir si les conditions d'une reconsidération (inexactitude manifeste de la décision initiale et importance notable de la rectification) sont réunies (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références).

b) Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où la décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références).

c) Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 n° 28 p. 158 consid. 3c). A l'inverse, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (ATFA non publié du 17 août 2005, I 545/02, consid. 1.2). Un tel jugement ne saurait être qualifié de manifestement erroné que si les investigations médicales dans les différents domaines concernés n'ont pas été entreprises ou qu'elles ne l'ont pas été avec le soin nécessaire (RAMA 1998 n° K 990 p. 251; RCC 1980 p. 496; ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 3.3, ATFA non publié du 23 février 2005, I 632/04).

8. Comme fait nouveau justifiant une révision de la décision de l'assureur-accidents, le recourant invoque un syndrome de stress post traumatique existant depuis 1999, mais qui n'a été diagnostiqué qu'en septembre 2005, à la suite du suivi médical par la Dresse K_____. Il prétend que, lorsque la SUVA a mis un terme au versement de ses prestations en novembre 2000, elle a exclusivement tenu compte des séquelles purement somatiques, sans se pencher sur la question des atteintes neuropsychologiques et psychiques. Il expose qu'en août 1999, les médecins de la "établissement hospitalier2 de Bellikon avaient établi un diagnostic erroné dès lors que, selon la CIM 10 (F 43.23), le diagnostic de réaction dépressive prolongée ne peut être posé que lorsque l'état dépressif léger ne persiste pas au-delà de deux ans. Il soutient que, compte tenu de la symptomatologie caractéristique et floride déjà présente anamnestiquement, une observation "établissement hospitalier2 plus approfondie aurait permis de mettre en évidence les critères nécessaires pour diagnostiquer un syndrome de stress post-traumatique. En outre, il fait également état d'une aggravation de ses troubles psychiques depuis la fin de l'année 2004.

   Une modification de l'état de santé du recourant survenue postérieurement à la décision dont la révision est demandée ne constitue pas un fait nouveau au sens où l'entend l'art. 53 al. 1 LPGA (cf. ATFA non publié du 25 octobre 2006, U 256/05, consid 2.2). Dans la mesure où le recourant invoque une aggravation de son état de santé depuis fin 2004, les conditions d'une révision ne sont, pour cette raison déjà, pas réalisées. De plus, les troubles psychiques avaient déjà été constatés au plus tard par les médecins de la "établissement hospitalier2 de Bellikon en janvier 1998 et en juillet 1999 de sorte qu'ils étaient connus du recourant avant que la SUVA ne rende sa décision du 21 novembre 2000 et ne peuvent donc pas être considérés comme des faits nouvellement établis. En outre, lors du dernier séjour à la

"établissement hospitalier2 de Bellikon, dans le cadre du consilium des 22 et 28 juillet 1999, le Dr L_____, psychiatre et psychothérapeute, avait considéré qu'il ne s'agissait plus de troubles psychiques ayant valeur de maladie, mais de simples traits de personnalité, car les symptômes dépressifs avaient tellement régressé qu'il n'était plus possible de parler d'un trouble de l'adaptation. A cet égard, on peut sérieusement se poser la question de l'identité entre les troubles psychiques diagnostiqués par la Dresse K_____ en septembre 2005 et les traits de personnalité diagnostiqués en juillet 1999 par le Dr L_____. Toutefois, cette question peut rester non résolue puisque, dans un cas comme dans l'autre, il s'agit, soit de faits déjà connus, soit de faits postérieurs à la décision de la SUVA de novembre 2000, à savoir, dans les deux cas, de faits qui ne sont pas nouveaux au sens de l'art. 53 LPGA. Quant au diagnostic erroné que les médecins de la clinque de Bellikon auraient posé, il n'a pas trait à des faits nouveaux puisqu'il concerne, au contraire, des faits existants depuis 1998 déjà.

Enfin, bien que le rapport de la Dresse K_____ date du 28 septembre 2005, il ne s'agit pas d'un moyen nouveau de preuve puisque le nouveau diagnostic de syndrome de stress post-traumatique ne permet pas d'établir nouvellement l'existence d'un fait déjà connu, mais repose uniquement sur une nouvelle qualification d'un état de fait médical déjà constaté antérieurement ou d'un fait survenu postérieurement à la décision de novembre 2000, ce qui ne constitue pas un motif de révision.

En définitive, l'éventualité d'une révision procédurale n'entre pas en ligne de compte puisqu'il n'existe aucun fait nouveau ou moyen de preuve nouveau qui serait susceptible de conduire à une appréciation juridique différente du cas d'espèce.

9. Il reste à examiner l'éventualité d'une reconsidération.

Même si le recourant ne requiert pas formellement une reconsidération de la décision de novembre 2000, il prétend implicitement que cette décision était erronée car des faits qui existaient déjà au moment de la décision, à savoir des troubles psychiques, auraient été mal appréciés par la SUVA et que les médecins de Bellikon auraient posé à l'époque un diagnostic erroné, ce qui constituerait un motif de reconsidération.

Dans le cadre du dernier séjour du recourant à la "établissement hospitalier2 de Bellikon du 14 juillet au 25 août 1999, le Dr L_____ a considéré que les symptômes psychopathologiques ayant valeur de maladie n'étaient plus décelables et que le trouble de l'adaptation diagnostiqué auparavant avait disparu. Il a précisé que les symptômes dépressifs avaient distinctement régressé dès lors que le patient parlait spontanément et avec vivacité. En outre, il a exposé que le patient lui-même se sentait moins dépressif et que sa famille ainsi que son ex-amie et mère de son fils

l'avaient beaucoup aidé à accepter dans une certaine mesure sa situation. Il a conclu que les symptômes dépressifs du patient (humeur abaissée et activité réduite) s'étaient tellement résorbés qu'on ne pouvait plus parler d'un trouble de l'adaptation. Il a ajouté qu'ils persistaient toujours, mais qu'ils étaient presque insensibles et étaient nettement moins marqués que lors du premier consilium. Il a estimé qu'ils étaient probablement également en relation avec le contexte de vie ainsi que de migration du patient et qu'ils devaient être considérés comme des traits de personnalité.

Contrairement à ce que prétend la Dresse K_____, le Dr L_____ n'a pas posé le diagnostic de trouble de l'adaptation plus de deux ans après le début de l'état dépressif léger puisqu'au contraire, en juillet 1999, il a estimé qu' il n'y avait plus de symptômes dépressifs suffisants pour poser un diagnostic de trouble de l'adaptation et que les légers symptômes persistants constituaient des traits de la personnalité au demeurant influencés par le contexte de vie ainsi que de migration du patient. En conséquence, le Tribunal de céans ne voit pas en quoi un tel diagnostic était erroné d'autant plus que, lors de ce séjour à la "établissement hospitalier2 de Bellikon, le recourant avait lui-même admis qu'il se sentait moins dépressif et que le soutien de ses proches l'avait beaucoup aidé. Par ailleurs, les troubles de la thymie ont été constatés pour la première fois le 24 août 1997, de sorte que, lors du consilium psychosomatique des 22 et 28 juillet 1999, ces troubles existaient depuis moins deux ans et non pas depuis plus de deux ans comme rapporté à tort par la Dresse K_____.

Dès lors, au regard de l'évolution des troubles psychiques ainsi que de l'absence d'aggravation établie médicalement entre le dernier séjour à Bellikon et la décision mettant un terme aux prestations dès le 27 novembre 2000, il n'existait aucun élément justifiant que la SUVA procédât à une instruction plus approfondie de la question des troubles psychiques, contrairement à ce que prétend le recourant. De plus, en allouant au recourant une indemnité pour atteinte à l'intégrité en suite de l'anosmie, la décision du 21 novembre 2000 ne s'est pas bornée à examiner la situation juridique sous l'angle des seules séquelles organiques, mais a également indemnisé les troubles psycho-organiques provoqués par l'accident du 25 février 1997. Par ailleurs, dans sa notice médicale du 30 juin 2000, le Dr G_____ a clairement indiqué que les troubles neuropsychologiques devaient être considérés comme modérés et qu'ils ne pouvaient pas être rapportés avec une vraisemblance suffisante à une lésion cérébrale traumatique. En conséquence, l'affirmation du recourant selon laquelle la SUVA n'avait pas du tout examiné l'aspect psychique et neuropsychologique de ses séquelles n'est pas confirmée par l'étude du dossier.

De plus, il convient de relever que, pour sa part, le Dr J_____ a diagnostiqué, en juillet 2004, un trouble somatoforme indifférencié en précisant qu'il avait posé ce diagnostic par exclusion, en raison de l'absence de tout trouble de la personnalité et de tout autre trouble psychiatrique actif. En outre, dans son premier recours

cantonal d'avril 2004, le recourant lui-même a prétendu que c'était la surconsommation d'analgésiques qui commençait à avoir des incidences au plan psychologique. Ces éléments établissent qu'en juillet 2004, soit, il n'existait aucun syndrome de stress post-traumatique puisqu'il n'avait pas été diagnostiqué par le Dr J_____ et donc qu'il est apparu postérieurement à la décision de novembre 2000, soit que l'appréciation de la Dresse K_____ est contestée par le Dr J_____ ce qui confirme qu'il s'agit d'une appréciation divergente de celle des autres psychiatres qui ne permet pas de retenir l'existence d'une inexactitude manifeste. Enfin, dans le rapport de sortie de la "établissement hospitalier2 de Bellikon du 24 mars 1998, la Dresse D_____ a précisé que les symptômes psychiques étaient apparus seulement après une latence de quelques mois ce qui contredit la thèse de la Dresse K_____ d'un syndrome non différé. Dès lors, le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique non différé posé par la Dresse K_____ doit être considéré comme une nouvelle appréciation médicale ultérieure divergente, ce qui ne suffit pas pour faire apparaître comme manifestement erronée la décision initiale ou pour ordonner une nouvelle expertise (ATFA non publié du 25 octobre 2006, U 256/05) car, de simples différences d'appréciation, telles qu'elles peuvent exister dans le cadre de l'exercice du pouvoir d'appréciation, ne constituent pas un motif de reconsidération. En effet, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (ATFA non publié du 14 avril 2005, I 12/04, consid. 3.1, ATFA non publié du 19 décembre 2002, I 222/02, consid. 3.2).

Au demeurant, d'après un principe général du droit administratif, il importe d'éviter qu'une demande de reconsidération ne serve à remettre continuellement en question les décisions administratives ou surtout à éluder les dispositions légales sur les délais de recours (cf. ATF 100 1b 371). A cet égard, il y a lieu de relever que le recourant était déjà représenté à l'époque par un avocat. Aussi, si le recourant n'était pas d'accord avec la décision mettant un terme au versement de l'indemnité journalière, il devait saisir les Tribunaux à ce moment-là et non pas attendre le résultat d'une nouvelle appréciation médicale pour, ultérieurement, utiliser la voie de la révision, respectivement de la reconsidération.

10. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, est rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A 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); 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 :

Marie-Louise QUELOZ — Doris WANGELER

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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