RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3702/2021 **ATAS/850/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 septembre 2022

15ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Butrint AJREDINI — recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Division juridique, Fluhmattstrasse 1, LUCERNE — intimée

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1970, travaillait depuis 2012 en qualité de manœuvre du bâtiment pour l'entreprise B_____ Sàrl (ci-après : l'employeur), lorsqu'il a été victime, le 30 novembre 2015, d'un accident de travail. Il est tombé de sa hauteur après avoir reçu des planches en bois sur le membre supérieur droit. À la suite de cet événement, l'assuré présentait une luxation de l'épaule avec fracture de type Bankart, ainsi qu'un traumatisme complexe du poignet droit.

b. Les suites de cet événement ont été prises en charge par la SUVA (ci-après : l'assureur-accidents).

B. **a.** Le 6 juin 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).

b. Par projet de décision du 29 août 2018, l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1er décembre 2016 au 30 septembre 2018, en précisant qu'il ressortait de l'instruction médicale que dans une activité adaptée à son état de santé, la capacité de travail de l'assuré était entière dès le 28 juin 2018. Le revenu susceptible d'être réalisé dans une telle activité (CHF 56'969.-) étant même supérieur à celui obtenu auprès du dernier employeur (CHF 40'083.-), la perte de gain était nulle à l'instar du degré d'invalidité. En conséquence, le droit à la rente prendrait fin le 30 septembre 2018.

c. Par pli du 5 octobre 2018, l'assuré a contesté le projet de décision de l'OAI, en soutenant que le degré d'invalidité était erroné, notamment parce que le revenu sans invalidité retenu (CHF 40'083.-) ne comprenait pas le salaire effectif qu'il aurait dû percevoir en 2015 et 2016 s'il avait été occupé à plein temps comme il en avait été convenu avec l'employeur. En outre, le demandeur avait été rémunéré comme manœuvre par son employeur en 2015, alors qu'il avait exercé plus de trois ans au sein de l'entreprise, en particulier en qualité de carreleur, ce qui lui aurait garanti, en application de la convention collective de travail du second œuvre (ci-après : la CCT du second œuvre), un revenu annuel de CHF 62'950.- (et non de CHF 40'083.-), calculé sur la base d'un horaire de travail de 177.7 heures par mois, au tarif de CHF 27.25/h, et incluant un treizième salaire.

d. Par décision du 7 février 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision. Il a accepté de procéder à un nouveau calcul du degré d'invalidité en procédant à une mise en parallèle des revenus obtenus avant et après invalidité. En application de cette méthode, il convenait de prendre pour base le salaire ressortant de l'enquête suisse sur les salaires (ESS 2016), plus précisément du tableau TA1, tirage_skill_level, lequel prévoyait, pour un homme exerçant une activité correspondant à la ligne 41-43 (construction), un revenu de CHF 5'508.- pour une activité de niveau 1. En tenant compte de la durée normale du travail dans les entreprises (41.7h), il en résultait un revenu de CHF 5'742.- par mois,

respectivement CHF 68'905.- par année, ce qui représentait une différence de CHF 28'822.- (ou 41.8%) par rapport au salaire effectivement perçu (CHF 40'083.-). En déduisant 5% de la différence de 41.8%, la part du revenu sans invalidité à ajouter s'élevait à 36.83% et le salaire sans invalidité déterminant à CHF 63'451.-. En comparant ce revenu au revenu statistique après invalidité (CHF 56'969.-), le degré d'invalidité s'élevait à 10% (soit : [63'451 – 56'969] x 100 / 63'451 = 10.21%, arrondi à 10%), ce qui était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. En ce qui concernait l'abattement à opérer sur le revenu d'invalide, le montant de CHF 56'969.- précité tenait déjà compte d'une réduction de 15% au titre des limitations fonctionnelles. Le faible niveau scolaire et l'absence de formation professionnelle n'étaient pas des circonstances justifiant un abattement supplémentaire. En conclusion, les modifications ainsi apportées par l'OAI au projet de décision du 29 août 2018 ne changeaient rien au principe d'une rente d'invalidité limitée dans le temps, prenant fin le 30 septembre 2018.

e. Par acte du 7 mars 2019, l'assuré a recouru contre cette décision devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre des assurances sociales ou la chambre de céans).

f. Par arrêt du 27 juin 2019 (ATAS/598/2019), la chambre de céans a rejeté le recours de l'assuré.

C. **a.** Dans le cadre de l'examen de ses prestations, l'assureur-accidents s'est quant à lui adressé, le 18 janvier 2018, à l'employeur pour connaître le revenu qui aurait été celui de l'assuré en 2018. Il rappelait qu'il avait fixé le gain perdu de l'assuré pour 2017 en faisant mention, dans le contrat de travail, d'un revenu horaire de CHF 24.90 pour 40h par semaine, payé sur 52 semaines et, dans la déclaration d'accident, d'un revenu horaire de CHF 25.- pour 40h par semaine, payé sur 52 semaines.

b. Le 24 janvier 2018, l'employeur a répondu à l'assureur-accidents que l'assuré aurait reçu, en 2018, un revenu horaire de CHF 25.- pour 40h par semaine.

c. Par appréciation du 28 juin 2018, le docteur C_____, médecin conseil de l'assureur-accidents, a estimé que l'état de santé de l'assuré était stabilisé. En raison des séquelles de la fracture de l'épiphyse distale du radius et de la lésion ligamentaire au niveau radio-carpien, les activités de force mettant à contribution le membre supérieur droit n'étaient pas exigibles. Il persistait une discrète raideur du poignet de l'ordre de 40% et une diminution de 30%. Les activités tenant compte des limitations fonctionnelles décrites étaient exigibles sans limitation de temps ni de rendement. Le Dr C_____ a également procédé à une estimation de l'atteinte à l'intégrité subie au poignet et fixé cette dernière à 12%, compte tenu de la limitation de la force et de la mobilité, et du fait qu'on pouvait s'attendre à une évolution vers une arthrose moyenne.

d. Par appréciation du 25 septembre 2018, le Dr C_____ a précisé que les limitations fonctionnelles de l'assuré concernaient le travail avec les bras au-dessus du plan des épaules, le port de charges moyennes et les mouvements répétés du poignet droit. Dans ce cadre, l'exigibilité était donnée sans limitation de temps ni de rendement.

e. Par décision du 26 septembre 2018, l'assureur-accidents a refusé à l'assuré une rente d'invalidité et lui a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 12%. Il a constaté qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par le Dr C_____ était exigible durant toute la journée et lui permettrait de réaliser un revenu de CHF 4'831.- par mois (CHF 57'973.40 par année), référence étant faite à la moyenne des revenus découlant de cinq descriptions de poste de travail (DPT) sélectionnées par l'assureur. En comparant ce revenu au gain de CHF 4'333.- par mois (CHF 51'996.- par année) qu'il aurait pu réaliser sans l'accident, il ne subissait pas de perte de gain.

f. Le 26 octobre 2018, l'assuré a formé opposition à la décision de l'assureur-accidents du 26 septembre 2018 et a contesté le calcul du degré d'invalidité en soutenant notamment que lorsque le revenu était inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel dans la branche, le revenu effectivement réalisé était qualifié, par la jurisprudence, de nettement inférieur à la moyenne, ce qui justifiait - comme en l'espèce - qu'il soit procédé à un parallélisme des revenus à comparer. Dans la mesure où la CCT du second œuvre était représentative du salaire usuel précité, il y avait lieu de prendre cette dernière pour base, ce qui impliquait que l'assureur retienne un revenu sans invalidité de CHF 62'950.- (et non de CHF 4'333.- par mois), calculé sur la base d'un horaire de travail de 177.7 heures par mois, au tarif de CHF 27.25/h, et incluant un treizième salaire.

g. Par décision du 9 novembre 2018, l'assureur-accidents a rejeté l'opposition formée le 26 octobre 2018 par l'assuré en faisant valoir que le revenu de CHF 4'333.- par mois correspondait aux informations communiquées par l'ex-employeur. Tabler sur un revenu de cette ampleur était équitable au vu des éléments au dossier. La jurisprudence invoquée par l'assuré (sur la problématique du parallélisme des revenus à comparer) ne lui était d'aucun secours, respectivement ne pouvait pas modifier l'issue de la procédure. Il ne revenait pas à l'assurance-accidents de combler des sources de revenus auxquelles l'assuré n'aurait pas eu droit de toute façon ; il convenait de rappeler qu'au moment de l'accident, l'assuré était sans permis de travail, de sorte qu'il ne pouvait pas se prévaloir du fait qu'il était mal payé ou payé en dessous de la moyenne au moment de l'accident, respectivement prétendre que l'assurance-accidents devrait tenir compte d'une rémunération plus haute que celle versée par l'entreprise qui avait accepté/choisi d'engager l'assuré à ces conditions. Étant donné que la comparaison des gains (CHF 4'831.- versus CHF 4'333.-) ne laissait pas apparaître une perte économique, les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité LAA n'étaient pas réalisées à satisfaction de droit. Pour le surplus,

l'assureur-accidents a confirmé le taux de 12% retenu au titre de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

D. **a.** Le 12 décembre 2018, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours contre cette décision, concluant principalement à l'annulation de la décision sur opposition du 9 novembre 2018, à l'octroi d'une rente de l'assurance-accidents fondée sur un taux d'invalidité de 50% et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40%.

b. Le 18 mars 2019, l'assuré a formé une demande de révision/reconsidération de la décision sur opposition du 9 novembre 2018 en faisant valoir qu'il existait « des faits nouveaux et des motifs de révision et de reconsidération », à savoir :

- la décision du 7 février 2019 par laquelle l'OAI avait accepté de procéder à un nouveau calcul du degré d'invalidité, en procédant à une mise en parallèle des revenus obtenus avant et après invalidité, et néanmoins maintenu le droit à une rente d'invalidité limitée dans le temps, prenant fin le 30 septembre 2018 ;
- un rapport de consultation ambulatoire de suivi établi le 7 mars 2019 par le département de chirurgie des HUG, indiquant qu'il n'y avait pas d'anomalie morphologique franche en lien avec le status clinique du membre supérieur droit. Les médecins n'expliquaient pas non plus l'intensité élevée des douleurs décrites par l'assuré dont le périmètre d'avant-bras était symétrique des deux côtés ;
- une copie du recours interjeté le 7 mars 2019 par l'assuré contre la décision de l'OAI du 7 février 2019 précitée.

c. Le 23 mars 2019, l'assureur-accidents a accusé réception de la demande de l'assuré, en précisant qu'il se prononcerait sur celle-ci si la chambre des assurances sociales déclarait irrecevable le recours interjeté le 12 décembre 2018.

d. Par arrêt ATAS/402/2019 du 9 mai 2019, la chambre des assurances sociales a déclaré irrecevable le recours formé le 12 décembre 2018 contre la décision du 9 novembre 2018, motif pris que le délai de recours n'avait pas été respecté.

e. Par appréciations des 13 et 16 avril 2021, le Dr C_____ a estimé que le rapport de consultation du 7 mars 2019 n'apportait pas d'éléments médicaux nouveaux et ne rendait pas non plus compte d'une modification même sensible de l'état de santé de l'assuré. Au contraire, celui-ci concordait avec les précédents rapports du service médical de l'assureur-accidents et le rapport de la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 26 octobre 2017 (rendu à l'issue d'un séjour que l'assuré avait effectué dans cet établissement du 12 septembre au 4 octobre 2017). De plus, il confirmait la stabilisation de l'état.

E. **a.** Par décision du 20 avril 2021, l'assureur-accidents a informé l'assuré qu'il ne pouvait pas entrer en matière sur la demande de reconsidération. Conformément à la demande de révision procédurale, l'assureur-accidents avait en revanche procédé à un réexamen du contenu de la décision du 26 septembre 2018 et de la

décision sur opposition du 9 novembre 2018. Compte tenu toutefois de l'appréciation établie par le service médical en date du « 14 avril 2021 » (recte : 13 et 16 avril 2021), aucun nouveau fait ou moyen de preuve n'avait été apporté, permettant de réviser la décision ainsi que la décision sur opposition précitées.

b. Le 20 mai 2021, l'assuré a formé opposition à cette décision, en soutenant que la décision de l'OAI du 7 février 2019, fixant le taux d'invalidité à 10.2%, constituait un fait nouveau qui aurait dû être examiné par l'assureur-accidents. En conséquence, il convenait d'entrer en matière sur la demande de reconsidération et de lui allouer une rente d'invalidité de 10% au moins afin de corriger l'application initiale erronée du droit, de même que la constatation erronée résultant de l'appréciation des faits.

c. Par décision du 23 septembre 2021, l'assureur-accidents a rejeté l'opposition, en faisant valoir que la non-entrée en matière sur une demande de reconsidération n'était pas susceptible d'être attaquée par la voie de l'opposition et qu'en l'espèce, il n'entendait pas entrer en matière sur la demande de reconsidération de sa décision du 9 novembre 2018, entrée en force, constatant le bien-fondé non seulement du refus d'octroi d'une rente d'invalidité, mais aussi de la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à CHF 15'120.-. En outre, les conditions d'une révision de cette même décision n'étaient pas réunies, dans la mesure où la décision de l'OAI du 7 février 2019 ne constituait ni un fait nouveau important ni un nouveau moyen de preuve.

F. **a.** Le 25 octobre 2021, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours contre cette décision, concluant à son annulation et à ce qu'il soit ordonné à l'intimée d'entrer en matière sur la demande de reconsidération/révision du 18 mars 2019 de la décision sur opposition du 9 novembre 2018 et d'octroyer au recourant une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 10%, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à celle fixée par l'intimée.

À l'appui de ses conclusions, le recourant a répété les arguments développés dans son opposition du 20 mai 2021.

b. Par réponse du 25 novembre 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours, en réitérant en substance les motifs exposés dans la décision attaquée.

c. Le 29 novembre 2021, la chambre de céans a transmis au recourant une copie de l'écriture de l'intimée tout en lui impartissant un délai pour faire parvenir sa réplique.

d. Par pli du 21 décembre 2021, le recourant a indiqué qu'il persistait dans ses conclusions.

e. Le 23 décembre 2021, une copie de cette écriture a été transmise, pour information, à l'intimée.

f. Sur quoi, 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), 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.

2.1 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.

2.2 La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10).

2.3 Interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) et respectant également les exigences de forme prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi l'art. 89B LPA), le recours est recevable.

3. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à ne pas reconsidérer ou réviser sa décision sur opposition du 9 novembre 2018, entrée en force, niant le droit de l'assuré à une rente d'invalidité pour les suites de l'accident du 30 novembre 2015 et fixant à 12% du gain maximal assuré (soit à CHF 15'120.-) l'indemnité pour atteinte à l'intégrité subie en raison de cet événement.

4. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

5.

5.1 Préalablement, il convient de rappeler que lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation survient après le prononcé d'une décision entrée en force, une adaptation peut le cas échéant être effectuée dans le cadre d'une révision matérielle selon l'art. 17 LPGA. Aux termes de cette disposition, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1); de même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore

supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). L'art. 17 LPGA ne trouve application que dans les cas où l'assuré est au bénéfice d'une rente d'invalidité (al. 1; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_501/2014 du 5 août 2015 consid. 4.1) ou d'autres prestations durables (al. 2). En revanche, si un assuré a vu son cas liquidé par une décision de refus de prestations entrée en force, il a néanmoins toujours la possibilité de demander des prestations pour une rechute ou des séquelles tardives d'un accident assuré (art. 11 OLAA [RS 832.202]) en invoquant la survenance d'une modification dans les circonstances de fait à l'origine de sa demande de prestations. Tant l'art. 17 LPGA que l'art. 11 OLAA ne peuvent trouver application qu'en cas de vrais novas, soit des faits survenus postérieurement à une décision entrée en force – et non de faux novas, soit des faits antérieurs à cette décision mais découverts ultérieurement (arrêt du Tribunal fédéral 8C_709/2020 du 6 septembre 2021 consid. 4.1, 4.2 et 4.3.2 et les références).

5.2 En vertu de l'art. 53 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 (al. 1). 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 (al. 2).

Cette disposition de la LPGA consacrée à la « révision et reconsidération » s'inscrit dans la thématique de la modification des décisions entrées en force de chose décidée, soit celles qui ne sont plus susceptibles d'un recours ordinaire (Margit MOSER-SZELESS, in Commentaire romand, LPGA, 2018, n. 1 et 25 ss ad art. 53 LPGA et les références citées).

Si la révision procédurale et la reconsidération ont pour point commun de remédier à l'inexactitude initiale d'une décision (« anfängliche tatsächliche Unrichtigkeit » ; cf. Ueli KIESER, Gabriela RIEMER-KAFKA, Tafeln zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 5ème éd., 2013, p. 140), la révision est la modification d'une décision correcte au moment où elle a été prise, compte tenu des éléments connus à ce moment, mais qui apparaît ensuite dépassée en raison d'un élément nouveau. En revanche, la reconsidération a pour objet la correction d'une décision qui était déjà erronée, dans la constatation des faits ou dans l'application du droit, au moment où elle a été prise (ATAS/1244/2020 du 10 décembre 2020 consid. 7b ; ATAS/154/2019 du 25 février 2019 consid. 3b ; ATAS/1163/2014 du 12 novembre 2014 consid. 5c ; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 4ème éd. 2020, n. 20 ad art. 17 LPGA).

5.3 Aux termes de l'art. 55 al. 1 LPGA, les points de procédure qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 LPGA ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA; RS 172.021). Selon l'art. 67 al. 1 PA, la demande de révision

doit être adressée par écrit à l'autorité qui a rendu la décision dans les 90 jours dès la découverte du motif de révision, mais au plus tard dans les dix ans dès la notification de la décision. La jurisprudence considère que les règles sur les délais prévues à l'art. 67 PA s'appliquent, en vertu de l'art. 55 al. 1 LPGA, à la révision procédurale d'une décision administrative selon l'art. 53 al. 1 LPGA (ATF U 561/06 du 28 mai 2007 consid. 4).

5.4 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. La révision suppose ainsi la réalisation de cinq conditions: 1° le requérant invoque un ou des faits; 2° ce ou ces faits sont « pertinents », dans le sens d'importants (« erhebliche »), c'est-à-dire qu'ils sont de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de la décision et à conduire à une décision différente en fonction d'une appréciation juridique correcte; 3° ces faits existaient déjà lorsque la décision a été rendue: il s'agit de pseudo-nova (unechte Noven), c'est-à-dire de faits antérieurs à la décision ou, plus précisément, de faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables; 4° ces faits ont été découverts après coup (nachträglich), soit postérieurement à la décision, ou, plus précisément, après l'ultime moment auquel ils pouvaient encore être utilement invoqués dans la procédure principale; 5° le requérant n'a pas pu, malgré toute sa diligence, invoquer ces faits dans la procédure précédente (ATF 143 III 272 consid. 2.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_562/2020 du 14 avril 2020 consid. 3.2).

Quant aux preuves, elles supposent en bref aussi la réunion de cinq conditions : 1° elles doivent porter sur des faits antérieurs (pseudo-nova); 2° elles doivent être concluantes, c'est-à-dire propres à entraîner une modification de la décision dans un sens favorable au requérant; 3° elles doivent avoir déjà existé lorsque la décision a été rendue (plus précisément jusqu'au dernier moment où elles pouvaient encore être introduites dans la procédure principale); 4° elles doivent avoir été découverts seulement après coup; 5° le requérant n'a pas pu les invoquer, sans faute de sa part, dans la procédure précédente (ATF 143 III 272 consid. 2.2). 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'un nouveau rapport médical 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 le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment de la décision principale, 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 décision 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_562/2020 du 14 avril 2021 consid. 3.3 et les arrêts cités). En d'autres termes, un motif de révision n'est pas donné si l'administration ou le tribunal a éventuellement apprécié de manière incorrecte des faits déjà connus dans la procédure principale. Il faut au contraire que l'appréciation erronée ait été faite parce que des faits essentiels pour la décision n'étaient pas connus ou n'ont pas été prouvés (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 146/04 du 25 octobre 2004 consid. 3.1 et les arrêts cités).

5.5 Pour ce qui est de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), 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 manifestement erronée et que sa rectification revête une importance notable. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_495/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.2). Un refus d'entrer en matière sur une demande de reconsidération n'est pas susceptible de faire l'objet d'un recours devant le juge des assurances sociales. Cependant, lorsque l'administration entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions d'une reconsidération sont remplies, avant de statuer au fond par une nouvelle décision de refus, celle-ci est susceptible d'être déférée en justice (cf. ATF 133 V 50 consid. 4; ATF 119 V 475 consid. 1b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_495/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.2).

6.

6.1 En l'occurrence, le recourant invoque à titre de faits/moyens de preuve nouveaux la décision de l'OAI du 7 février 2019, dans laquelle il discerne un motif de révision/reconsidération de la décision sur opposition du 9 novembre 2018, entrée en force.

Force est cependant de constater que l'assuré a déjà, dans son opposition du 26 octobre 2018, fait valoir ses arguments afin d'obtenir de la part de l'intimée la mise en œuvre du parallélisme des revenus dans le cadre du calcul du degré d'invalidité (cf. notamment, à ce sujet, l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_557/2012 du 25 juin 2013). L'intimée n'ayant pas accepté de procéder ainsi, le recourant a tenté à nouveau de faire valoir le même moyen dans sa demande de révision et reconsidération le 18 mars 2019, malgré l'entrée en force de la décision sur opposition du 9 novembre 2018. À l'examen de la décision du 7 février 2019 de l'OAI produite à l'appui de cette demande, il n'existe aucun élément démontrant que le revenu qui aurait effectivement été versé par l'employeur en 2018 aurait été supérieur à celui communiqué le 24 janvier 2018 à l'intimée (revenu horaire de CHF 25.- pour 40h par semaine, payé sur 52 semaines). Il n'existe par conséquent pas de fait nouveau, mais tout au plus une appréciation nouvelle de la part de l'OAI, consistant à écarter au profit de l'ESS le revenu annoncé par l'employeur,

alors que ce dernier était déjà connu de l'intimée et non contesté en tant que tel au moment de la décision sur opposition du 9 novembre 2018. Ainsi, le fait que l'OAI ait mis en œuvre le parallélisme des revenus après cette décision n'apporte pas d'élément nouveau pertinent au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. Le recourant tente en définitive de revenir sur le fond du litige dans sa demande de révision et reconsidération, alors que la décision est entrée en force à l'issue d'une procédure dans laquelle il avait d'ailleurs déjà fait valoir les mêmes moyens de droit.

Dès lors, c'est à juste titre qu'à défaut de faits nouveaux et de nouveaux moyens de preuve restés inconnus du recourant sans faute de sa part, l'intimée a considéré que les conditions d'une révision procédurale n'étaient pas remplies.

6.2 S'il est vrai que le point de savoir si l'intimée a apprécié de manière incorrecte des faits déjà connus dans la procédure principale est exorbitant du cadre de la révision procédurale (cf. ci-dessus : consid. 5.4 *in fine*), il n'en reste pas moins à examiner si cette situation, soit le caractère, cas échéant, erroné de la décision sur opposition du 9 novembre 2018, est néanmoins pertinente du point de vue d'une éventuelle reconsidération de cet acte entré en force. Il convient de répondre par la négative à cette question. La chambre de céans ne saurait imposer à l'intimée de reconsidérer sa décision du 9 novembre 2018 alors qu'elle n'entend pas le faire ; son refus d'entrer en matière – déjà annoncé dans la décision du 20 avril 2021, et confirmé dans la décision attaquée – n'est en effet pas susceptible de faire l'objet d'un recours devant le juge des assurances sociales (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_778/2021 du 1er juillet 2021 consid. 4.2.1 et les arrêts cités).

6.3 Le recourant conclut également à l'octroi d'une « indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à celle fixée par l'autorité inférieure », sans toutefois expliquer sur quel élément nouveau il fonde cette demande. Le rapport de consultation ambulatoire de suivi daté du 7 mars 2019 produit par le recourant ne contient pas d'élément nouveau. L'intimée l'a néanmoins soumis au Dr C_____ qui a confirmé dans une appréciation du 16 avril 2021, laquelle n'a pas été remise en doute par d'autre praticien, que les nouveaux documents versés au dossier n'apportaient pas, sur le plan médical, d'éléments nouveaux susceptibles de modifier ses précédentes appréciations « et par conséquent, [de] modifier les décisions rendues précédemment » (cf. doc. 268 intimée, p. 6). Il s'ensuit qu'à défaut d'éléments de fait nouveaux (pseudo-nova), l'intimée était également fondée à ne pas procéder à une révision procédurale de la décision sur opposition du 9 novembre 2018 en tant que celle-ci fixait l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 12%. La chambre de céans ne peut pas davantage imposer à l'intimée de reconsidérer sa décision (ci-dessus : consid. 6.2). L'on constate enfin que si le recourant avait l'intention, par la production de nouveaux rapports médicaux, de faire valoir que son état de santé s'était modifié depuis la décision sur opposition du 9 novembre 2018 (vrais nova), il lui aurait incombé d'annoncer une rechute à l'assureur (art. 11 OLAA ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_21/2014 du 6 novembre 2014 consid. 5).

7. Compte tenu de ce qui précède, le recours est rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

*****

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	Marine WYSSENBACH

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