



POUVOIR JUDICIAIRE

A/401/2019

ATAS/114/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 février 2020

10^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée c/o Madame B_____, au PETIT-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'Etude de Maître Éric MAUGUE

recourante

contre

SUVA - CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, représentée par sa division juridique, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Jean-Pierre WAVRE et Willy KNÖPFEL, Judges assessesurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après: l'assurée), née le _____ 1989, travaille depuis le 1^{er} septembre 2005 en tant que secrétaire auprès du département de l'instruction publique, culture et sport, État de Genève. À ce titre, elle est assurée contre les accidents – professionnels ou non – auprès de la SUVA - caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).
2. Le 9 février 2016, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation. Alors qu'elle était à l'arrêt à un feu rouge, elle a été impliquée dans une collision en chaîne : son véhicule, heurté par l'arrière, a à son tour heurté la voiture le précédant.
3. Les premiers soins ont été donnés le jour même par les médecins du service des urgences de la clinique de la Colline. Lors de l'examen clinique, lesdits médecins ont constaté une sensibilité paracervicale bilatérale des trapèzes avec une contracture associée. La radiographie de la colonne cervicale avait montré une rectitude du rachis. Forts de ce qui précède, les médecins ont posé le diagnostic de traumatisme d'accélération crano-cervical, traité par minerve et anti-inflammatoire et ont attesté d'une incapacité de travail de 100% du 10 au 12 février 2016, étant précisé que l'assurée n'a pas été hospitalisée (cf. rapport initial établi par les médecins de la clinique de la Colline le 13 mars 2016 et compte-rendu de la radiographie de la colonne cervicale du 9 février 2016).

Les médecins de la clinique de la Colline ont également rempli, le même jour, la fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération crano-cervical. Il en ressort que l'assurée a immédiatement présenté des troubles de la vue et ressenti des céphalées, des douleurs de la nuque et des deux épaules. Dans l'heure, elle a également souffert de vertiges. Conformément à la classification Quebec Task Force, il s'agissait d'un coup du lapin de degré I (douleurs de nuque avec douleurs / raideurs, ou uniquement douleurs, pas de signes somatiques, mobilité normale).

4. La SUVA a pris en charge les suites de cet accident.
5. Dès sa sortie des urgences, l'assurée a été suivie par son médecin traitant, le docteur C_____, médecin généraliste FMH, lequel a fait état d'une importante commotion cérébrale avec coup du lapin et prolongé l'arrêt de travail de l'assurée (cf. rapport du 21 mars 2016 médecin précité).
6. L'IRM cérébrale effectuée le 3 mars 2016 n'a pas décelé d'anomalie significative au niveau de l'encéphale ou des vaisseaux intracrâniens, étant précisé que le statut était inchangé par rapport à 2012.
7. L'IRM de la colonne cervicale, réalisée le 7 mars 2016, a montré un rachis cervical dans les limites de la norme compte tenu de l'âge de l'assurée et une légère cyphose cervicale en décubitus.
8. Dès le 14 mars 2016, l'assurée a pu reprendre son activité professionnelle à 40%.

9. Lors d'un entretien au siège de la SUVA à Genève, le 21 juin 2016, l'assurée a notamment évoqué un accident non-professionnel le 7 avril 2012 (choc de la tête contre une porte d'armoire à chaussure avec traumatisme crânien, sans perte de connaissance, ayant nécessité un scanner cérébral le 24 avril 2012 et une IRM le 14 septembre 2012). Au moment de l'accident assuré, elle prenait des antidouleurs contre les maux de tête occasionnels apparus consécutivement à l'accident de 2012 et commençait à se sentir moins fatiguée et à avoir besoin de moins de sommeil. Suite à l'accident du 9 février 2016, elle se sentait à nouveau très fatiguée et devait dormir, en moyenne, 14 à 15 heures par nuit. Elle avait par ailleurs des douleurs aléatoires à la tête, aux cervicales et au haut du dos. Elle ressentait également des vertiges lorsqu'elle manquait de sommeil. Enfin, la lumière blanche (néons par exemple) la gênait beaucoup et elle éprouvait parfois des acouphènes. Sur le plan professionnel, la reprise avait été très difficile, notamment en raison d'une situation de stress (manque de personnel et fin d'année scolaire) qui ne favorisait pas la récupération.
10. La SUVA a soumis le dossier de l'assurée à son médecin d'arrondissement, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel a procédé à une appréciation sur dossier en date du 28 juin 2016. Après avoir retracé l'évolution du cas selon les pièces communiquées, il a proposé, dans le contexte d'une suspicion de « coup du lapin », un *assessment* à la Clinique romande de réadaptation (CRR).
11. Bien qu'initialement convoquée à la CRR le 11 juillet 2016 à 10 heures pour un bilan de deux jours, l'assurée ne s'y est pas rendue.
12. Les 26 juillet, 29 août et 30 septembre 2016, la SUVA a sollicité un rapport intermédiaire du Dr C_____.
13. Le Dr C_____ n'ayant pas donné suite aux courriers précités, la SUVA a, une nouvelle fois, soumis le dossier au Dr D_____.
14. Le 15 novembre 2016, le médecin d'arrondissement précité a procédé à une nouvelle appréciation sur dossier, dont il ressort qu'il ne pouvait retenir un lien de causalité pour le moins probable entre les symptômes encore présentés et l'incapacité de travail. Compte tenu de l'absence d'éléments objectifs pathologiques, il proposait de clôturer le cas, un examen à l'agence n'étant pas nécessaire.
15. Par décision formelle du 21 novembre 2016, la SUVA a mis un terme au versement des prestations d'assurance servies jusqu'ici (indemnités journalières et frais de traitement), avec effet au 30 novembre 2016, relevant que les troubles encore présents n'étaient plus en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 9 février 2016 selon son médecin d'arrondissement.

Cette décision est entrée en force en l'absence d'opposition.

16. Par courrier du 26 mars 2018, l'assurée, sous la plume de sa protection juridique, a informé la SUVA qu'elle était toujours en incapacité de travail suite à l'accident du 9 février 2016 et a sollicité une copie du dossier.
17. Le 1^{er} juin 2018, le Dr C_____ s'est adressé à la SUVA vu l'aggravation de l'état de santé de l'assurée dès le mois de mars 2018 et a officiellement requis la réouverture du cas pour cause de rechute, voire de séquelles tardives. Il a également saisi l'occasion de ce courrier pour préciser que sa patiente et lui-même n'avaient pas refusé une expertise auprès du médecin de la SUVA mais qu'ils avaient uniquement sollicité un nouveau rendez-vous médicalement adapté. Par ailleurs, ils avaient convenu de ne pas recourir contre la décision de la SUVA car l'assurée était très motivée et pensait qu'elle avait les ressources physiques pour dépasser son handicap, ce qui n'était finalement pas le cas.
18. Le 25 juillet 2018, représentée par un conseil, l'assurée, se fondant sur l'avis médical précité, a formellement sollicité la reconsidération de la décision du 21 novembre 2016. En effet, elle n'avait pas pu se rendre à la CRR le 11 juillet 2016 pour des raisons médicales, ce dont elle avait informé la SUVA. Elle avait ainsi été privée d'un examen médical complet. Subsidiairement, elle sollicitait la réouverture du cas en raison d'une rechute ou de séquelles tardives.
19. Par décision du 25 septembre 2018, la SUVA a, préalablement, expliqué qu'elle considérait le courrier du Dr C_____ du 1^{er} juin 2018 comme comprenant simultanément une demande de reconsidération et une demande de révision. Sur le fond, elle a, d'une part, refusé d'entrer en matière sur la demande de reconsidération et, d'autre part, estimé que les conditions d'une révision n'étaient pas remplies.
20. L'assurée, agissant en personne et indiquant ne plus être représentée par le conseil précédemment constitué, a formé opposition à ladite décision, en date du 22 octobre 2018, concluant en substance à l'entrée en matière sur l'opposition, et à l'annulation de la décision. À l'appui de ses conclusions, elle a notamment expliqué que sa mère et son médecin traitant avaient appelé la CRR pour lui demander une modification de l'horaire afin que celui-ci soit plus adapté à son état de santé mais qu'elle n'avait jamais reçu de nouvelle convocation. Par ailleurs, la SUVA avait adressé les courriers destinés à son médecin traitant à la mauvaise adresse. Enfin, elle demandait à pouvoir disposer d'un délai supplémentaire, le temps de consulter un nouveau conseil.
21. Le nouvel avocat de l'assurée a déclaré, par courrier du 30 novembre 2018, persister intégralement dans les termes de l'opposition du 22 octobre 2018.
22. Par décision sur opposition du 13 décembre 2018, la SUVA a confirmé sa décision du 25 septembre 2018, refusant tout d'abord d'entrer en matière sur la demande de reconsidération. S'agissant de la demande de révision, elle a considéré qu'il n'y avait aucun fait nouveau ni aucun nouveau moyen de preuve justifiant la révision de la décision précitée. La demande de révision était par conséquent rejetée pour autant qu'il faille entrer en matière.

23. Les 31 janvier et 1^{er} février 2019, l'assurée (ci-après : la recourante), sous la plume de son conseil, a interjeté recours contre la décision sur opposition du 13 décembre 2018, concluant sous suite de frais et dépens, préalablement à l'ouverture d'enquêtes (audition de ses médecins et expertise médicale) et, principalement, à la constatation qu'elle avait droit aux prestations légales de l'assurance-accidents suite à sa rechute intervenue postérieurement à la décision du 21 novembre 2016 et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimée pour instruction complémentaire, notamment au moyen d'une expertise. À l'appui de ses conclusions, elle a évoqué plusieurs rapports médicaux et notamment un rapport de sa neurologue, daté du 12 décembre 2018. Elle en concluait qu'il existait des indices suffisants pour que des investigations soient entreprises afin de clarifier les aspects médicaux du cas, notamment au moyen d'une expertise.
24. La SUVA (ci-après : l'intimée) a répondu au recours par courrier du 28 mars 2019 et a conclu à son rejet. Après avoir rappelé la teneur des différentes décisions qu'elle avait rendues, elle a relevé que la recourante ne contestait pas explicitement le refus de révision de la décision du 21 novembre 2016, mais qu'elle concentrait son argumentation sur la notion de rechute. S'agissant de ce dernier point, force était de rappeler que les troubles qui subsistaient au-delà du 30 novembre 2016 n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident du 2 février précédent et que, sur ce point, la décision du 21 novembre 2016 était entrée en force. Il n'y avait dès lors pas lieu d'entrer en matière sur la demande d'expertise, pas plus que sur la demande d'audition des médecins traitants, ces mesures d'instruction étant vaines.
25. La recourante a répliqué par courrier du 20 mai 2019, persistant intégralement dans les conclusions de son recours. Elle avait renoncé à recourir contre la décision du 26 novembre 2016, d'entente avec son médecin traitant, tablant sur une évolution favorable vu son âge. Cette amélioration ne s'était pas manifestée, la situation ayant au contraire empiré. Se fondant sur un rapport complémentaire établi conjointement par son médecin généraliste et sa neurologue traitante le 14 février 2019, la recourante a évoqué un fait nouveau sous la forme d'un état dépressif s'étant fortement décompensé à partir du mois de mars 2018.
26. L'intimée a dupliqué par courrier du 17 juin 2019 et a persisté dans ses conclusions tendant au rejet du recours. S'agissant tout d'abord du rapport du 12 décembre 2018 de la neurologue traitante, produit en annexe au recours, il faisait référence à des symptômes (fatigue, céphalées, sensations vertigineuses) ressentis auparavant [avant l'accident de février 2016 et après la décision du 21 novembre 2016]. Il ne s'agissait ainsi pas de faits nouveaux ou de nouveaux moyens. Par ailleurs l'état dépressif, lequel n'avait jamais fait l'objet d'une appréciation par un spécialiste en psychiatrie, était évoqué, pour la première fois, dans le rapport du 14 février 2019. Jusqu'alors, les médecins mentionnaient uniquement des atteintes persistant au-delà (fatigue, céphalées, vertiges) du 30 novembre 2016. Or, par décision du 21 novembre 2016, entrée en force, elle avait constaté que les troubles précités n'étaient plus en lien de causalité pour le moins probables avec l'accident assuré.

27. Par courrier du 1^{er} juillet 2019, la recourante a contesté les développements contenus dans le mémoire de duplique de l'intimée et a intégralement persisté dans ses conclusions.
28. 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 - 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le 1^{er} 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 de la recourante 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.
4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
5. A titre liminaire, il convient de déterminer l'objet du litige.
 - a. L'art. 52 al. 1 LPGA prévoit que les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure. Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). La procédure d'opposition est obligatoire et constitue une condition formelle de validité de la procédure de recours de droit

administratif subséquente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 279/03 du 30 septembre 2005 consid. 2.2.2, in SVR 2006 ALV n° 13 p. 43 ; cf. aussi ATF 130 V 388).

L'opposition est un moyen de droit permettant au destinataire d'une décision d'en obtenir le réexamen par l'autorité administrative, avant qu'un juge ne soit éventuellement saisi (ATF 125 V 118 consid. 2a p. 121; Grisel, *Traité de droit administratif*, vol. II, p. 939). La procédure d'opposition porte sur les rapports juridiques qui, d'une part, font l'objet de la décision initiale de l'autorité et à propos desquels, d'autre part, l'opposant manifeste son désaccord, implicitement ou explicitement (ATF 119 V 350 consid. 1b et les références). L'autorité valablement saisie d'une opposition devra se prononcer une seconde fois sur tous les aspects du rapport juridique ayant fait l'objet de sa décision initiale, quand bien même la motivation de la nouvelle décision portera principalement sur les points critiqués par l'opposant. La décision sur opposition remplace la décision initiale et devient, en cas de recours à un juge, l'objet de la contestation de la procédure judiciaire (ATF 125 V 415 consid. 2; MEYER-BLASER, *Der Streitgegenstand im Streit - Erläuterungen zu BGE 125 V 413*, in *Aktuelle Rechtsfragen der Sozialversicherungspraxis*, 2001, n° 17 p. 19; MEYER/VON ZWEHL, *L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral*, in *Mélanges Pierre MOOR*, 2005, p. 435 ss; Seiler, *Rechtsfragen des Einspracheverfahrens in der Sozialversicherung [Art. 52 ATSG]*, in *Sozialversicherungsrechtstagung 2007*, n° 10.5 p. 99 sv.).

b/aa. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaquée (ATF 131 V 164 consid. 2.1 p. 164; 125 V 413 consid. 1b et 2 p. 414). Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1A, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

b/bb. Selon l'art. 61 let. b LPGA, l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions ; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté. Cette disposition découle du principe de l'interdiction du formalisme excessif et constitue l'expression du principe de la simplicité de la procédure qui gouverne le droit des assurances sociales. C'est pourquoi le juge saisi d'un recours dans ce domaine ne doit pas se montrer trop strict lorsqu'il s'agit d'apprécier la forme et le contenu de l'acte de recours (arrêt du Tribunal fédéral 8C_828/2009 du 8 septembre 2010, consid. 6.2).

Les conclusions permettent au juge de déterminer comment le recourant souhaite que la décision querellée soit modifiée. Les conclusions n'ont pas à être formulées expressément mais elles peuvent également ressortir de la motivation du recourant. S'agissant de la motivation, celle-ci doit permettre au destinataire du recours de comprendre en quoi l'état de fait retenu ou les conséquences juridiques qui y sont attachées sont erronés (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 46-47 ad art. 61).

6. En l'espèce, par décision du 21 novembre 2016, l'intimée a mis un terme à ses prestations avec effet au 30 novembre 2016, les troubles subsistant au-delà de cette date n'étant plus en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident assuré. Faute d'opposition, cette décision est entrée en force.

Le 11 juillet 2018, le Dr C_____ a évoqué une rechute, voire des séquelles tardives.

Par courrier du 25 juillet 2018, la recourante, sous la plume d'un premier conseil, a sollicité la reconsidération de la décision du 21 novembre 2016, expliquant qu'elle n'avait pu se rendre à la CRR le 11 juillet 2016 pour des raisons médicales, ce dont elle avait informé l'intimée. Elle avait ainsi été privée d'un examen médical complet. Subsidiairement, elle sollicitait la réouverture du cas en raison d'une rechute ou de séquelles tardives.

Par décision du 25 septembre 2018, l'intimée a informé la recourante qu'elle considérait le courrier du Dr C_____ du 11 juillet 2018 simultanément comme une demande de reconsidération et une demande en révision. Sur le fond, elle refusait d'entrer en matière sur la demande de reconsidération. En outre, les conditions de la révision n'étaient pas remplies.

Cette décision a été confirmée, sur opposition, le 12 décembre 2018.

En d'autres termes, l'objet de la décision sur opposition du 12 décembre 2018, attaquée par-devant la chambre de céans, est le refus d'entrer en matière sur la demande de reconsidération et le rejet de la demande de révision dans la mesure de sa recevabilité.

Par acte du 31 janvier 2019, la recourante a interjeté recours contre la décision sur opposition du 12 décembre 2018, concluant à ce qu'il plaise à la chambre de céans de « dire et constater [qu'elle] a droit aux prestations légales de l'assurance-accident suite à sa rechute intervenue postérieurement à la décision de la SUVA du 21 novembre 2016, condamner la SUVA à prester en conséquence ».

Force est de constater que l'acte de recours ne comporte aucune critique à l'encontre du refus d'entrer en matière sur la demande de reconsidération ou du rejet de la demande de révision, la recourante se contentant de relever qu'en refusant d'entrer en matière au motif qu'il n'existerait pas de faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, l'intimée méconnaissait la notion de rechute ou de

séquelles tardives. Bien plus, elle ne conclut à aucun moment à l'annulation de la décision sur opposition du 12 décembre 2018 et elle ne conteste pas non plus la fin des prestations au 30 novembre 2016. Elle invoque en réalité explicitement une « rechute survenue postérieurement à la décision de la SUVA du 21 novembre 2016 ». La réplique du 20 mai 2019 ne porte également que sur la rechute (« (...) il convient dès lors d'examiner si la résurgence sous forme d'aggravation des symptômes constitue un cas de rechute »).

Or, la question de la rechute ne fait pas l'objet de la décision sur opposition querellée. Au vu des pièces du dossier et des écritures de l'intimée, il semble même que cette problématique n'ait encore fait l'objet d'aucune décision - initiale ou sur opposition.

Partant, dans ces circonstances, en tant qu'il porte sur la prise en charge d'une rechute, voire de séquelles tardives, le recours des 31 janvier et 1^{er} février 2019 est prématuré et, par voie de conséquence, irrecevable.

Ledit recours est toutefois transmis à l'intimée à charge pour cette dernière de statuer après éventuelle instruction complémentaire, par le biais d'une décision formelle sujette à opposition, sur la question de la prise en charge des suites d'une rechute ou de séquelles tardives.

7. Au vu de ce qui précède, le recours est irrecevable.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

1. Déclare le recours irrecevable.
2. Le transmet à l'intimée, dans le sens des considérants.
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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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