RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3100/2021 **ATAS/274/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 mars 2022

6ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Madame B_____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jacques EMERY	recourant
contre	
AXA ASSURANCES SA, sise General Guisan-Strasse 40, WINTERTHUR, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michel BERGMANN	intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE, Juges assesseures

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : le recourant ou l'assuré) est né le _____ 1961. Le 6 juin 2003, dans le cadre de son travail, en essayant de rattraper une assiette ébréchée, il s'est coupé la face palmaire de la base du pouce droit. Il a été opéré des suites de l'accident le 10 juin 2003 par suture du nerf collatéral radial du pouce droit et suture du tendon fléchisseur pollicis longus.

b. Les suites du sinistre ont été prises en charge par WINTERTHUR Assurances, devenue AXA ASSURANCES SA (ci-après : l'intimée ou l'assureur-accidents).

c. Par décision du 22 mars 2005, l'assureur-accidents a mis un terme au versement des indemnités journalières, avec effet au 28 février 2005. Il a également indiqué qu'aucune invalidité ne pouvait être retenue des suites de l'accident du 6 juin 2003, lequel ne donnait pas non plus droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI). Cette décision faisait notamment suite à un séjour effectué du 14 septembre au 16 septembre 2004 à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) en vue de l'évaluation des capacités fonctionnelles de l'assuré, ainsi qu'à un rapport d'expertise du 23 mars 2004 de la doctoresse C_____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Il était ressorti de ces examens que l'assuré pouvait travailler à plein temps avec un rendement proche de 100% dans une activité adaptée, n'impliquant pas l'utilisation d'outils dangereux pour le pouce droit (en raison de la sensibilité altérée), ne requérant pas une activité manuelle à un rythme élevé et imposé (travail à la chaîne) et ne demandant pas une dextérité fine importante.

d. L'assureur-accidents a continué à prendre en charge le traitement médical au-delà du 28 février 2005, soit les consultations auprès du docteur D_____, spécialiste en neurologie, les séances de physiothérapie et d'ergothérapie ainsi que le traitement médicamenteux.

e. En date du 15 octobre 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité, rejetée par décision du 12 mars 2007.

Dans le cadre de l'examen de cette demande, l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) avait notamment fait procéder à un examen clinique en chirurgie de la main, effectué en date du 31 mars 2006 par la doctoresse E_____, spécialiste en chirurgie plastique reconstructive et esthétique, pour le compte du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR). Celle-ci avait posé les diagnostics de séquelles traumatiques discrètes localisées au pouce droit avec légère limitation de la mobilité et discrets troubles sensitifs et de status après suture d'une section du tendon long fléchisseur et du nerf collatéral radio-palmaire du pouce droit le 10 juin 2003. Etaient également mentionnés les diagnostics, sans incidence sur la capacité de travail, de dorsolombalgies et une impotence fonctionnelle et douleurs du membre supérieur droit, sans cause organique. Concernant la capacité de travail, elle était nulle depuis l'accident, ce

jusqu'au 29 août 2003. Depuis lors, elle était de 85% dans l'activité habituelle sous la forme d'une légère diminution du rendement, et de 100% dans une activité adaptée.

f. Le 25 septembre 2007, l'assureur-accidents a confié une nouvelle expertise à la Dresse C_____ relativement à la question de la nécessité de la poursuite du traitement médical.

g. Dans son rapport d'expertise du 20 novembre 2007, la Dresse C_____ a posé les diagnostics suivants : status après section du nerf collatéral radial du pouce droit et section du tendon fléchisseur long du pouce survenues le 6 juin 2003 et suturées ; douleurs résiduelles du pouce d'origine neurale ; douleurs de tout le membre supérieur droit d'origine indéterminée apparues depuis un ou deux ans ; lombalgies basses.

h. Le 26 mai 2008, l'assuré a déposé une demande de révision auprès de l'OAI.

i. Par décision du 1er mars 2010, l'OAI a rejeté la demande de prestations. La capacité de travail demeurait de 85% dans l'activité habituelle et était considérée comme totale dans une activité adaptée.

j. Sur recours, la chambre de céans a confirmé la décision de l'OAI par arrêt du 29 novembre 2011 (ATAS/1169/2011).

Sur le plan somatique, elle a retenu que le 31 mars 2006, le Dr E_____ avait constaté des séquelles objectives discrètes de l'accident du 6 juin 2003, sous la forme d'une légère diminution de la mobilité du pouce et de troubles sensitifs discrets. L'examen rhumato-psychiatrique du 11 août 2006 avait permis de confirmer l'absence d'atteinte à la santé incapacitante notamment dans le domaine somatique. De plus la Dresse C_____ s'était étonnée qu'un membre supérieur droit, aussi passif que démontré lors de la consultation, n'avait pas d'atrophie musculaire ni au niveau de l'épaule, ni au niveau du bras, ni au niveau de l'avant-bras et a relevé qu'en 2004, lors de la première expertise médicale, les périmètres étaient superposables à ceux présents le 20 novembre 2007 alors que le patient déclarait utiliser moins sa main et avoir plus de douleurs dans l'ensemble du membre. Enfin, le Dr D_____ avait indiqué, dans un rapport du 8 octobre 2010, que le recourant présentait des douleurs neurogènes du pouce droit, des douleurs avec limitation de l'épaule droite, des douleurs à la nuque, une raideur lombaire et des séquelles orthopédiques du membre inférieur gauche, mais, lors de son audition ultérieure, il avait relevé que le recourant était en bonne santé et que s'il se trouvait dans une situation régulière, il aurait de bonnes chances de réinsertion car il disposait d'importantes ressources. De plus, au sujet de la capacité de travail du recourant, le Dr D_____ avait précisé que dans une activité adaptée telle qu'un travail de bureau, la capacité de travail du recourant serait de l'ordre de 85%, et ce depuis environ deux ans et actuellement. En outre, sur le plan strictement neurologique et toujours dans une activité adaptée, sa capacité de travail pourrait être de 100%.

k. Dans un rapport du 15 novembre 2016 à l'attention de l'assureur-accidents, le Dr D_____ a fait état de lésions neurogènes pouce-index de la main droite avec difficulté de préhension fine et douleurs neurogènes. L'assuré souffrait également de fourmillements et de douleurs sur le membre supérieur droit. Le patient faisait également état d'une difficulté à porter les charges, d'une diminution de l'amplitude de mobilité et d'une fatigabilité du membre supérieur droit. Ces atteintes étaient consécutives à l'accident exclusivement. Elles étaient traitées, à raison de deux prises quotidiennes de 1'000 milligrammes de Kepra et par des séances de physiothérapie. Les séquelles étaient cependant définitives.

l. Le 13 août 2020, le Dr D_____ a adressé un nouveau rapport à l'assureur-accidents. Les restrictions découlaient toujours des lésions neurogènes pouce-index de la main droite, avec difficulté de préhension fine et douleurs neurogènes. S'agissant d'une lésion séquellaire définitive, le traitement médical, identique à celui décrit en 2016, ne visait pas une amélioration mais le maintien de l'utilisation autonome et active du membre supérieur droit.

m. Par décision du 23 novembre 2020, l'assureur-accidents a interrompu le droit à des prestations pour soins et au remboursement des frais médicaux, l'état médical final étant atteint et aucun traitement supplémentaire n'étant à même d'apporter une amélioration notable.

n. L'assuré a formé opposition contre cette décision en date du 7 janvier 2021.

o. Par courrier du 9 mars 2021, il a retiré son opposition et sollicité l'ouverture d'une procédure de révision et reconsidération au motif que la lésion nerveuse à la main droite entrainait une douleur neurogène persistante du membre supérieur droit gagnant progressivement tout le membre supérieur et l'épaule homolatérale.

En annexe à sa demande, il a produit une attestation du 1er décembre 2020 du Dr D_____ confirmant ses déclarations et précisant que les limitations fonctionnelles de l'épaule et du bras droit dont il souffrait étaient persistantes et définitives. Il a également produit un rapport du 17 novembre 2020 de Madame F_____, physiothérapeute, qui lui avait prodigué sept séances entre le 27 octobre et le 16 novembre 2020. Elle faisait état d'une mobilité articulaire réduite au niveau de la gléno-humérale. Le patient se plaignait de douleurs dont l'intensité et la localisation variaient, mais qui étaient plus persistantes dans les zones de la loge thénar et les loges supra et infra épineuses de l'omoplate.

p. Par décision du 5 mai 2021, l'assureur-accidents a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision et de reconsidération de l'assuré. Premièrement, celle-ci était doublement tardive car elle avait été déposée plus de 90 jours après la découverte du motif de révision et plus de dix ans après la notification de la décision administrative initiale du 22 mars 2005. Deuxièmement, elle ne faisait apparaitre aucun fait nouveau, la situation décrite étant comparable à celle prévalant depuis de nombreuses années. Troisièmement, la décision initiale n'était entachée d'aucune erreur, encore moins manifeste. En résumé, la demande

était tardive et ne remplissait ni les conditions matérielles d'une révision, ni celles d'une reconsidération.

q. Le 4 juin 2021, l'assuré a formé opposition à cette décision. La lésion était évolutive de sorte que l'annonce n'était pas tardive. Quant au délai de dix ans mentionné par l'assureur-accidents, il n'était pas non plus dépassé, s'agissant d'un délai de prescription, interrompu par le paiement régulier des frais médicaux de 2003 à 2021. À l'appui de son opposition, l'assuré a produit un certificat du Dr D_____ du 31 mai 2021, attestant notamment que la persistance des douleurs avait conduit à ce que cette affection prenne un caractère évolutif. Le fait que le patient soit incapable d'exercer une préhension adéquate de cette main avait eu pour conséquence, une irradiation insidieuse sur la partie proximale du bras puis de l'épaule droite, de la nuque et plus récemment de la région lombaire. L'évolution et les douleurs continuaient à nécessiter une approche antalgique multiple avec des séances de physiothérapie et d'ergothérapie.

r. Par décision sur opposition du 29 juillet 2021, l'assureur-accidents a rejeté la demande de révision, ce pour autant qu'elle fut recevable et a refusé d'entrer en matière sur la demande de reconsidération. En sus des arguments développés dans sa décision du 5 mai 2021, il a rappelé que les seuls symptômes consécutifs à l'accident se situaient au niveau de la main, ceux présentés au niveau du bras et de l'épaule gauche ne se trouvant pas dans un rapport de causalité adéquate avec l'accident du 6 juin 2003. Comme relevé par les différents médecins, ces symptômes représentaient la conséquence du comportement de l'assuré.

B. **a.** L'assuré à interjeté recours contre cette décision le 14 septembre 2021, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour mise en place d'une expertise et évaluation de l'invalidité. Il a précisé ne pas faire valoir un motif de révision, mais un motif de reconsidération, reposant sur des vrais nova, à savoir l'évolution de l'affection et des douleurs, telle qu'attestée par le Dr D_____ dans son rapport du 31 mai 2021. Dans ces circonstances, le délai de 90 jours ne lui était pas opposable.

b. L'intimée a répondu au recours le 15 décembre 2021, concluant à son rejet et à la confirmation de la décision sur opposition du 29 juillet 2021. Il n'y avait pas de fait nouveau pertinent depuis la décision du 22 mars 2005. Les problèmes de préhension avaient déjà été relevés dans un rapport d'ergothérapie du 16 septembre 2004. Les douleurs à l'épaule et à la nuque étaient mentionnées dans l'expertise de la Dresse C_____ du 20 novembre 2007, dont les périmètres étaient décrits par son auteure comme superposables à ceux de l'expertise de 2004. Quant aux lombalgies, à teneur des déclarations du recourant faites dans le cadre de l'expertise du 20 novembre 2007 précitée, elles étaient déjà présentes lorsque le recourant travaillait encore, soit avant l'accident. Il n'y avait donc aucun motif de révision. Même s'il devait en exister un, il ne serait pas recevable, tous les certificats médicaux produits ne l'ayant pas été dans les 90 jours suivant

leur établissement. Enfin, la prescription absolue de dix ans était acquise. La demande de révision était ainsi irrecevable et prescrite.

Quant à la demande de reconsidération, elle était mal fondée, la décision du 22 mars 2005 n'étant entachée d'aucune erreur, a fortiori aucune erreur manifeste.

c. Par réplique du 20 janvier 2022, le recourant a persisté dans les termes et conclusions de son recours, précisant que, malgré sa mauvaise formulation initiale, c'était bien la révision de la décision du 22 mars 2005 qu'il souhaitait et non pas sa reconsidération. Le délai de 90 jours était respecté et la demande était recevable, le certificat médical du Dr D_____ du 31 mai 2021 ayant été produit le 4 juin 2021 et constituant le fait nouveau déterminant. Les conséquences des douleurs engendrées par l'accident avaient provoqué un déséquilibre de l'utilisation de ses membres et cette évolution justifiait désormais la reprise des traitements et séances de physiothérapie et d'ergothérapie en alternance. C'était l'effet du temps qui avait accentué les douleurs et non pas son comportement. L'appréciation de son état de santé faisait en outre l'objet d'une contradiction manifeste puisque certains certificats médicaux mettaient en lumière un état évolutif alors que des expertises médicales affirmaient que l'état de santé n'avait connu aucune évolution. Il se justifiait donc d'ordonner une expertise judiciaire en orthopédie afin de déterminer si les douleurs de Monsieur A_____ provenaient d'un état évolutif et constituaient en conséquence un fait nouveau justifiant une révision.

d. Par duplique du 28 février 2022, l'intimé a persisté dans les termes et conclusions de son mémoire de réponse.

e. 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.

3. Interjeté dans les forme et délai légaux, vu la suspension des délais du 15 juillet au 15 août inclus, le recours est recevable (art. 60 et 38 al. 4 let. c LPGA).

4. Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimée d'entrer en matière sur la demande de révision et de reconsidération du recourant.

5. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle : une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA [RS 830.11]. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b).

5.1 Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions 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.

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

derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs (arrêt du Tribunal fédéral 8C_368/2013 du 25 février 2014 consid. 5.1 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 183/04 du 28 avril 2005 consid. 2.2 ; Margit MOSER-SZELESS, op. cit., n. 48 ad art. 53 LPGA et la référence). Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure (Margit MOSER-SZELESS, op. cit., n. 54 ad art. 53 LPGA). La nouvelle preuve doit établir de manière indiscutable (« eindeutig ») que l'état de fait retenu précédemment était erroné (Margit MOSER-SZELESS, op. cit., n. 52 ad art. 53 LPGA). Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que l'administration ou le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'administration ou le tribunal parait avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_365/2015 du 6 janvier 2016 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_589/2013 du 2 mai 2014 consid. 4.2 et les références ; Margit MOSER-SZELESS, op. cit., n. 48, 50 et 52 ad art. 53 LPGA).

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 de recours dans les 90 jours qui suivent la découverte du motif de révision, mais au plus tard dix ans après la notification de la décision sur recours. La jurisprudence considère que les règles sur les délais prévus 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 (arrêt du Tribunal fédéral U.561/06 du 28 mai 2007 consid. 4 et la référence).

5.2 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 peut l'y contraindre. 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 (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). Lorsque l'administration ou l'assureur n'entre pas en matière sur une demande de reconsidération, il n'y a de place ni pour une procédure d'opposition (art. 52 LPGA), ni – a fortiori – pour un recours devant la chambre de céans, car une éventuelle reconsidération relève de l'appréciation de l'administration ou assureur (ATF 133 V 50 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_121/2009 du 26 juin 2009 consid. 3.6).

Le Tribunal qui est saisi d'un recours contre une décision d'un assureur refusant d'entrer en matière sur une demande de reconsidération doit le déclarer irrecevable. Une telle manière de procéder a été jugée compatible avec la garantie d'un droit à un recours effectif devant une autorité judiciaire, les personnes concernées ayant eu la possibilité d'attaquer la décision initiale de l'assureur social devant le tribunal cantonal des assurances compétent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_866/2009 du 27 avril 2010).

5.3 Enfin, l'art. 17 al. 1er LPGA dispose que 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. Une révision au sens de l'art. 17 LPGA ne peut donc porter que sur des rentes en cours.

6. Lorsque le cas d'un assuré a été liquidé par une décision de refus de prestations entrée en force, celui-ci peut toujours invoquer la survenance d'une modification dans les circonstances de fait à l'origine de sa demande de prestations (cf. RAMA 1994 n° U 189 p. 138). Alors que dans le domaine de l'assurance-invalidité, cette situation est réglée par le biais de la nouvelle demande de prestations, l'assurance-accidents prévoit la possibilité pour l'assuré d'annoncer en tout temps une rechute ou des suites tardives d'un accident assuré (voir arrêts du Tribunal fédéral 8C_501/2014 consid. 4.3 et 8C_207/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.1). Dans cette hypothèse, un nouvel examen illimité ne peut pas être effectué. Il faut bien plutôt partir de la décision entrée en force et l'admission d'une rechute ou de séquelles tardives suppose une modification de l'état de fait déterminant sous l'angle du droit à la prestation (arrêt du Tribunal fédéral 8C_148/2018 du 6 juillet 2018 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 55/07 du 13 novembre 2007 consid. 4.1).

6.1 Selon l'art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives. Conformément à la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte

apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naitre une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références ; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

6.2 Il appartient à la personne assurée de rendre plausible une telle rechute ou séquelle tardive, sans quoi l'assureur-accidents peut rendre une décision de refus d'entrer en matière (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], applicable par analogie en assurance-accidents selon l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_263/2012 du 31 août 2012 consid. 3.3 et l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 55/07 du 13 novembre 2007 consid. 4.1).

Il incombe également à l'assuré d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références ; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (SVR 2016 n° UV p. 55 consid. 2.2.2 ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 17 du 3 mai 2018 consid. 4.2).

7. Conformément à l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3).

Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être

constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (arrêt du Tribunal fédéral 8C_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1).

Lorsque le Tribunal cantonal des assurances (respectivement le Tribunal administratif fédéral) constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4). Un renvoi reste possible notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4).

8. Le principe de la bonne foi s'applique en matière d'assurances sociales. Le législateur en a ancré certaines de ses prémisses dans la LPGA et les lois spécifiques, à savoir le devoir de renseigner. Selon l'art. 27 LPGA, dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1), chacun ayant au surplus le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations, par les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (al. 2) ; si un assureur constate qu'un assuré ou ses proches ont droit à des prestations d'autres assurances sociales, il les en informe sans retard (al. 3).

Le but du conseil visé à l'art. 27 al. 2 LPGA est de permettre à la personne intéressée d'adopter un comportement dont les effets juridiques cadrent avec les exigences posées par le législateur pour que se réalise le droit à la prestation (Jacques-André SCHNEIDER, Informations et conseils à l'assuré dans les assurances sociales : le tournant de la LPGA, in Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle, organe pour les publications officielles de la Conférence des autorités cantonales de surveillance LPP, 2007, p. 80 ; ATAS/648/2017 du 18 juillet 2017 consid. 5b/bb ; ATAS/573/2016 du 12 juillet 2016 consid. 6c). Le devoir de conseil de l'assureur social au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA comprend l'obligation d'attirer l'attention de la personne intéressée sur le fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 131 V 472 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_66/2009 du 7 septembre 2009 consid. 8.3 non publié in ATF 135 V 339 ; ATAS/1120/2014 du 4 novembre 2014 consid. 6d).

9. En l'espèce, dans ses écritures successives, tant durant la phase administrative que dans le cadre du présent recours, le recourant présente une argumentation confuse sur les notions de révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA), de révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, de reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) et de rechute et séquelles tardives (art. 11 OLAA).

9.1 On peut d'emblée relever que l'art. 17 al. 1 LPGA n'entre pas en ligne de compte dans le cas particulier. En effet, cette disposition règle la modification du taux d'invalidité des bénéficiaires de rentes et le recourant n'a pas été mis au bénéfice d'une rente par l'intimée.

9.2 Une reconsidération est également exclue, l'administration ayant simplement la faculté et non l'obligation d'y procéder. Dans le cas d'espèce, l'intimée a refusé d'entrer en matière sur cet aspect de la demande. L'assuré ou le juge ne pouvant l'y contraindre, la demande de reconsidération est irrecevable.

9.3 Enfin, les conditions d'une révision procédurale ne sont manifestement pas réalisées. Les faits nouveaux allégués, soit l'évolution des douleurs, notamment au niveau du membre supérieur droit, sont largement postérieurs à la décision du 22 mars 2005. Le recourant se prévaut d'ailleurs explicitement de leur caractère récent et revendique également qu'il s'agirait de vrais nova, par définition exclus d'une révision au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. Quant à l'appréciation prétendument contradictoire entre l'expertise médicale de 2004 (antérieure à la décision initiale) et certains rapports médicaux subséquents produits, elle n'est pas non plus pertinente dans la mesure où, précisément, elle concerne non pas l'établissement des faits jusqu'au 22 mars 2005, mais uniquement leur appréciation rétrospective au vu de l'évolution médicale postérieure alléguée.

10. Reste à examiner, par substitution de motifs, si la demande du recourant du 9 mars 2021 n'était pas admissible en tant qu'annonce de rechute ou de séquelles tardives au sens de l'art. 11 OLAA.

En effet, quand bien même celui-ci mentionne l'art. 53 LPGA et les termes de révision et de reconsidération, il y fait surtout état d'une dégradation de son état de santé. Il indique, certificat médical à l'appui, qu'il résulte de la lésion nerveuse de la main, « des douleurs nociceptives et neurogènes persistantes du membre supérieur droit, gagnant progressivement tout le membre supérieur et l'épaule homolatérale ». Dans l'opposition du 4 juin 2021, le recourant insiste encore sur le fait que son état de santé s'est aggravé, vu qu'il est désormais incapable d'exercer une préhension adéquate de la main droite avec, pour conséquence, une irradiation insidieuse sur la partie proximale du bras, puis de l'épaule droite, de la nuque et de la région lombaire. Ces troubles n'étaient selon lui pas encore présents dans le rapport du Dr D_____ du 15 novembre 2016. Ils étaient donc nouveaux et entrainaient une invalidité fonctionnelle justifiant désormais une rente LAA.

11. Ainsi, indépendamment de sa qualification par le recourant, sa demande du 9 mars 2021 devait être considérée et traitée comme une annonce de rechute ou de séquelles tardives au sens de l'art. 11 OLAA.

11.1 Conformément à la jurisprudence, il appartenait donc au recourant de rendre plausibles la rechute ou les séquelles tardives, tout comme il lui appartenait d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante qu'elles se trouvaient bien dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident. A première vue, les rapports médicaux produits sont insuffisants pour atteindre les seuils requis, notamment pour ce qui est de la question de la causalité naturelle, laquelle doit être examinée d'autant plus strictement que l'accident est, en l'espèce, ancien.

12. Il n'en demeure pas moins que l'intimée ne pouvait purement et simplement passer sous silence cette problématique et rejeter la demande au motif que les conditions légales d'une révision ou d'une reconsidération n'étaient manifestement pas réalisées. Vu le contenu de la demande et de l'opposition et le devoir de l'assureur de conseiller et de renseigner ses assurés, il lui appartenait d'attirer l'attention du recourant sur son obligation de rendre plausible une rechute ou une séquelle tardive et sur le fait qu'à défaut, elle n'entrerait pas en matière sur la demande. Il appartenait ensuite à l'intimée de décider d'instruire ou de refuser d'entrer en matière, en fonction des déterminations et des documents complémentaires produits ou non par le recourant.

13. En conclusion, le recours doit être partiellement admis, en ce sens que la décision entreprise doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour qu'elle considère, par substitution de motifs, la demande du 9 mars 2021 comme une annonce de rechute ou de séquelles tardives au sens de l'art. 11 OLAA. Il lui appartiendra, avant de décider si elle entend ou non entrer en matière sur celle-ci, d'attirer l'attention du recourant sur ses devoirs, à savoir rendre plausibles la rechute ou les séquelles tardives et établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, le rapport de causalité naturelle avec l'accident. Elle devra lui octroyer un délai suffisant pour compléter sa demande à cet égard.

14. Étant donné que le recourant obtient partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 – RFPA ; RS E 5 10.03).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 LPGA et 89H al. 1 LPA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimée du 29 juillet 2021.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Alloue au recourant, à charge de l'intimée, une indemnité de CHF 2'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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
Adriana MALANGA	Valérie MONTANI

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