



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3578/2023

ATAS/837/2024

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 28 octobre 2024**

**Chambre 6**

En la cause

A \_\_\_\_\_

recourant

représenté par Me Hassan BARBIR, avocat

contre

**AXA ASSURANCES SA**

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE, juges assesseures.**

---

**EN FAIT**

- A.**   **a.** Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : 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'assureur-accidents).
- B.**   **a.** 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 docteure B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH 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.
- b.** L'assureur-accidents a continué à prendre en charge le traitement médical au-delà du 28 février 2005, soit les consultations auprès du docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, les séances de physiothérapie et d'ergothérapie ainsi que le traitement médicamenteux.
- c.** 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 docteure D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie plastique reconstructive et esthétique, pour le compte du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : 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. Étaient 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.

**d.** Le 25 septembre 2007, l'assureur-accidents a confié une nouvelle expertise à la Dre B\_\_\_\_\_ relativement à la question de la nécessité de la poursuite du traitement médical.

**e.** Dans son rapport d'expertise du 20 novembre 2007, la Dre B\_\_\_\_\_ 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.

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

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

**h.** 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 D\_\_\_\_\_ 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 Dre B\_\_\_\_\_ 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 C\_\_\_\_\_ 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 C\_\_\_\_\_ 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%.

**i.** Dans un rapport du 15 novembre 2016 à l'attention de l'assureur-accidents, le Dr C\_\_\_\_\_ 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.

**j.** Le 13 août 2020, le Dr C\_\_\_\_\_ 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.

**k.** Par décision du 23 novembre 2020, l'assureur-accidents a interrompu le droit de l'assuré 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.

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

**m.** 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 entraînait 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 1<sup>er</sup> décembre 2020 du Dr C\_\_\_\_\_, 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 E\_\_\_\_\_, 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. L'assuré 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.

**n.** 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 tardive. Deuxièmement, elle ne faisait apparaître 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.

**o.** 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. Il a produit un certificat du Dr C\_\_\_\_\_ 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 l'assuré 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.

**p.** 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.

**q.** L'assuré a 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 C\_\_\_\_\_ dans son rapport du 31 mai 2021. Dans ces circonstances, le délai de 90 jours ne lui était pas opposable.

**r.** 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 Dre B\_\_\_\_\_ 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.

**s.** 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. 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 provenaient d'un état évolutif et constituaient en conséquence un fait nouveau justifiant une révision.

**t.** Par arrêt du 21 mars 2022 (ATAS/274/2022), la chambre de céans a partiellement admis le recours, annulé la décision litigieuse et renvoyé la cause à l'intimée pour instruire le cas sous l'angle d'une annonce de rechute ou séquelle tardive.

**u.** Le 29 juin 2022, l'assureur-accidents a imparti à l'assuré un délai pour rendre plausible la rechute ou les séquelles tardives de l'accident du 6 juin 2003.

**v.** Le 2 août 2022, l'assuré a transmis à l'assureur-accidents le certificat du Dr C\_\_\_\_\_ du 31 mai 2021 et le 22 août 2022, l'assureur-accidents a fixé un nouveau délai à l'assuré, en constatant que le certificat précité avait déjà été produit.

**w.** Le 26 septembre 2022, l'assuré a transmis un certificat du Dr C\_\_\_\_\_ du 19 septembre 2022, identique à celui du 31 mai 2021 et qui mentionnait en sus une incapacité de travail depuis le 6 juin 2003. L'assuré a considéré qu'il présentait des séquelles tardives. Le 28 octobre 2022, l'assureur-accidents a fixé un ultime délai à l'assuré pour rendre plausible la rechute ou les séquelles tardives de l'accident du 6 juin 2003.

**x.** Par décision du 27 décembre 2022, l'assureur-accidents a clos l'instruction du cas et refusé d'entrer en matière, en relevant que les certificats du Dr C\_\_\_\_\_ n'étaient pas suffisants pour rendre plausible une rechute ou des séquelles tardives.

**y.** Le 30 janvier 2023, l'assuré a fait opposition à cette décision, en transmettant un certificat du Dr C\_\_\_\_\_ du 25 janvier 2023, attestant de séquelles tardives de l'accident du 6 juin 2003.

**z.** Par décision du 28 septembre 2023, l'assureur-accidents a rejeté l'opposition, au motif que le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 25 janvier 2023 n'émettait qu'une hypothèse sur la cause des troubles et ne permettait pas d'établir un lien de causalité entre les plaintes et l'accident. Il s'est rallié à un avis du docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, du 14 août 2023 (appréciation neurologique sur pièces).

- C.**
- a.** Le 30 octobre 2023, l'assuré a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision précitée, en concluant à son annulation, à l'ordonnance d'une expertise pluridisciplinaire et à ce qu'il soit retenu qu'il était en incapacité de travail totale dès le 15 novembre 2016. Le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ était incomplet et le Dr C\_\_\_\_\_ attestait de conséquences et modifications sur le long terme liées à la lésion initiale. Il a joint un rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 29 octobre 2023, selon lequel l'appréciation d'une détérioration de l'état de santé changeait selon que l'on s'attachait à décrire la lésion ou les conséquences et modifications sur le long terme liées à cette lésion. Il proposait de contester l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ et de demander une expertise pluridisciplinaire avec un volet psychiatrique, un spécialiste de la douleur, un neurologue et éventuellement un rhumatologue, voire aussi une évaluation par un ergothérapeute.
  - b.** Le 29 novembre 2023, l'intimée a conclu au rejet du recours, en se ralliant à l'avis du Dr F\_\_\_\_\_ et au rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 29 octobre 2023, confirmant qu'il n'était pas possible de déterminer le lien de causalité.
  - c.** Le 21 décembre 2023, le recourant a répliqué, en persistant dans ses conclusions.
  - d.** Le 21 février 2024, l'intimée a dupliqué, en persistant dans ses conclusions.
  - e.** Le 15 juillet 2024, le Dr C\_\_\_\_\_ a attesté que les douleurs neuropathiques du recourant constituaient une séquelle tardive découlant de l'accident du 6 juin 2003, alors que la dysfonction gléno-humérale droite ainsi que la modification du schéma corporel liées aux douleurs neuropathiques s'étaient développées au fil du temps et de manière progressive. Pour se déterminer sur l'existence de séquelles tardives, le recourant devait être examiné sur l'intensité des douleurs neuropathiques et sur l'amplitude des limitations de la mobilité de l'épaule droite.
  - f.** Le 30 juillet 2024, le recourant a estimé que le Dr C\_\_\_\_\_ avait diagnostiqué, à fin 2020, une nouvelle pathologie, qu'il relevait que la dysfonction gléno-humérale était en lien de causalité avec l'accident et qu'il sollicitait une expertise médicale.
  - g.** Le 14 août 2024, la docteure G\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecine intensive, et médecin-conseil de l'assureur-accidents, a rendu un avis médical, selon lequel la neuropathie du pouce droit était cohérente avec la lésion nerveuse initiale mais ni l'exclusion fonctionnelle de la main, ni l'exclusion de tout le membre supérieur droit ne l'étaient. Les plaintes actuelles étaient inexplicables.

**h.** Le 22 août 2024, l'intimée a confirmé ses précédentes conclusions, en se ralliant à l'avis de la Dre G\_\_\_\_\_.

## **EN DROIT**

### **1.**

**1.1** 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.

**1.2** 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).

**2.** Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée niant chez le recourant la présence de séquelles tardives de l'accident du 6 juin 2003.

### **3.**

**3.1** 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 (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 (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).

**3.2** 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 ; 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 naître 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).

**3.3** 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).

**3.4** Conformément à la jurisprudence, il appartient donc au recourant de rendre plausible la rechute ou les séquelles tardives, tout comme il lui appartient d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante qu'elles se trouvaient bien dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident.

- 4.** En l'occurrence, le recourant fait valoir des séquelles tardives de son accident, en se fondant sur les avis du Dr C\_\_\_\_\_ produits au dossier. Quant à l'intimée, elle conteste la survenance de séquelles tardives, en se ralliant à l'avis de ses médecins-conseils, les Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_.

**4.1** La chambre de céans constate que, même si dans ses rapports des 31 mai 2021, 19 septembre 2022 et 25 janvier 2023, le Dr C\_\_\_\_\_ lie la survenance d'une irradiation insidieuse sur la partie proximale du bras et de l'épaule droits, ainsi que de la nuque et de la région lombaire, à la persistance des douleurs neuropathiques de la main droite et à la difficulté de préhension de celle-ci, soit aux lésions en lien avec l'accident, cette causalité est clairement nuancée dans ses

rapports subséquents des 29 octobre 2023 et 15 juillet 2024. En effet, le Dr C\_\_\_\_\_ précise qu'il n'exclut pas l'influence d'un facteur extérieur de type psychosocial dans la symptomatologie d'épargne de tout le membre supérieur et estime qu'une expertise pluridisciplinaire est nécessaire (avis du 29 octobre 2023). Il relève aussi que si les douleurs neuropathiques de la main droite du recourant constituent clairement une séquelle tardive de l'accident du 6 juin 2003, en revanche, la dysfonction gléno-humérale droite ainsi que la modification du schéma corporel liées aux douleurs neuropathiques se sont développées au fil du temps, de manière progressive, sans qu'il ne les qualifie de séquelles tardives (avis du 15 juillet 2024). Dans ces conditions, les rapports du Dr C\_\_\_\_\_ sont insuffisants pour établir la présence d'une séquelle tardive, dans le sens requis par le recourant.

Par ailleurs, les douleurs neurogènes qualifiées par le Dr C\_\_\_\_\_ de séquelles tardives ont été prises en compte dans l'expertise de la Dre B\_\_\_\_\_ du 20 novembre 2007, dès lors que les diagnostics retiennent des douleurs résiduelles du pouce d'origine neurale, étant relevé que même les douleurs étendues au membre supérieur droit du recourant étaient déjà présentes et ont été analysées par l'experte, laquelle a estimé qu'elles n'étaient pas en lien avec l'accident (rapport d'expertise de la Dre B\_\_\_\_\_ du 20 novembre 2007 pp. 13-14).

**4.2** Au vu de ce qui précède et vu le fardeau de la preuve qui incombe au recourant, force est de constater que celui-ci n'a pas établi, par le biais des avis du Dr C\_\_\_\_\_ et au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence de séquelles tardives en lien avec l'accident du 6 juin 2003.

**5.** Partant, le recours ne peut qu'être rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f<sup>bis</sup> 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

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