

S2 24 4

ARRÊT DU 12 SEPTEMBRE 2025

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Christophe Joris, juges ;
Delphine Rey, greffière

en la cause

X _____, recourant

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA),
intimée

(art. 19 al. 1 LAA, art. 53 al. 1 LPGA ; stabilisation de l'état de santé, révision
procédurale)

Faits

A. X _____, né en 1973, travaillait à temps complet comme machiniste-paysagiste depuis le 15 mars 2012 auprès de A _____ Sàrl (pièce 3 CNA). A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA).

Le 12 juillet 2012, il a été victime d'un accident ayant entraîné une fracture ouverte de l'avant-bras gauche Gustilo I (pièce 18 CNA). Le trax qu'il conduisait a soudainement basculé sur la gauche. L'assuré est resté prisonnier de l'engin avec le bras gauche complètement écrasé par une des barres du toit du véhicule de chantier (pièce 49 CNA).

Le même jour, il a subi une intervention chirurgicale pratiquée par le Dr B _____ sous la forme d'une réduction à foyer ouvert et d'une ostéosynthèse du cubitus et du radius à gauche ainsi qu'un parage de plaie en regard de la fracture ouverte (pièce 18 CNA).

Lors de la consultation du 31 juillet 2012, l'assuré présentait toujours des fourmillements au niveau des 1^{er} et 5^{ème} doigts de la main gauche. Le pronostic était bon. L'assuré poursuivait la physiothérapie pour améliorer les amplitudes articulaires du coude (pièce 19 CNA).

Le 11 février 2013, l'assuré a été vu par le Dr C _____. Ce neurologue a noté que l'assuré avait développé des troubles sensitifs sur le dos de la main, le pouce et l'auriculaire qui faisaient suspecter une atteinte des nerfs radial et cubital gauches. L'examen neurologique avait fait ressortir une hypomyotrophie dans le territoire des nerfs radial et cubital gauches, associée à une discrète faiblesse de la musculature intrinsèque de la main innervée par le cubital. Sur le plan électrophysiologique, il a constaté une baisse d'amplitude du potentiel sensitif des nerfs radial et cubital gauches signant une atteinte des axones d'environ 30% pour le nerf cubital et 70% pour le nerf radial. Il a estimé que la situation devait s'améliorer avec la repousse axonale sans que l'on puisse cependant s'attendre à une normalisation (pièce 38 CNA).

Le bilan radiologique effectué en mars 2013 a mis en évidence une pseudarthrose du radius, laquelle pouvait être responsable des douleurs de l'assuré selon le Dr B _____ (pièce 47 CNA).

L'assuré a été adressé en mars 2013 à la Dresse D _____ pour une instabilité radio-cubitale-distale. Un arthro-CT-scan a confirmé la présence d'une lésion du complexe fibro-cartilagineux triangulaire (TFCC) (pièce 82 CNA).

Le 12 avril 2013, l'assuré a subi une cure de pseudarthrose avec prise de greffe au niveau de la styloïde radiale gauche (pièce 52 CNA). Il a ensuite suivi des séances de physiothérapie et d'ergothérapie (pièce 59 CNA).

Le 23 août 2013, l'assuré a subi une arthroscopie radio-carpienne et mi-carpienne ainsi qu'un débridement et une suture semi-ouverte du ligament TFCC à l'insertion du styloïde cubital gauche par la Dresse D _____ (pièce 82 CNA).

Le 24 octobre 2013, l'assuré a subi une deuxième cure de pseudarthrose du radius gauche en raison d'un retard de consolidation sur status post-cure de pseudarthrose du radius diaphysaire gauche et défaut de rotation du radius de 30° environ (pièce 90 CNA).

Dans un rapport du 3 février 2014, le Dr E _____, médecin assistant au Service d'orthopédie-traumatologie de F _____, a indiqué que l'assuré présentait toujours des douleurs au niveau du poignet qui irradiaient le long du cubitus avec une force diminuée surtout à la pronation. Il avait été vu par la Dresse D _____ qui avait mis en évidence une différence de longueur avec un cubitus trop long et proposait un raccourcissement. Le Dr E _____ a proposé d'attendre la consolidation du radius avant une éventuelle opération du cubitus (pièce 105 CNA). Le Dr G _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a indiqué que l'assuré se plaignait de douleurs au poignet gauche sur un conflit radio-cubital-distal sur radius long. Il a également proposé d'attendre la guérison de la pseudarthrose du radius avant de prévoir une ostéotomie de raccourcissement du cubitus distal (pièces 106s CNA).

Lors de la consultation du 23 juin 2014, le Dr H _____ du Service d'orthopédie-traumatologie de F _____ a considéré que l'évolution était bonne, qu'à une année de la cure de pseudarthrose la question d'un raccourcissement du cubitus pouvait se poser et que l'assuré pouvait reprendre son activité professionnelle à hauteur de 50% (pièce 119 CNA). Le Dr H _____ a finalement prolongé l'incapacité de travail totale jusqu'au 31 août 2014 (pièce 125 CNA).

En raison d'un conflit cubito-carpien au poignet gauche, l'assuré a subi une ostéotomie de raccourcissement du cubitus gauche et une ablation du matériel d'ostéosynthèse de la plaque du cubitus. Cette intervention a été réalisée par la Dresse D _____ le

29 août 2014 (pièce 135 CNA). L'assuré a ensuite bénéficié de séances de physiothérapie et d'ergothérapie (pièces 143 et 145 CNA).

L'imagerie effectuée le 4 novembre 2014 a montré un status post-ostéosynthèse par plaque vissée de fractures diaphysaires du radius et du cubitus. Le matériel était intègre, sans résorption autour des vis au niveau des deux os. La fracture du radius était bien consolidée et celle du cubitus était encore visible, sans déplacement significatif par rapport aux clichés du 30 septembre 2014 (pièce 164 CNA).

Le 14 avril 2015, l'assuré a subi une scintigraphie osseuse. Cet examen a mis en évidence une pseudarthrose de la fracture de l'ulna gauche, une fracture du radius consolidée et l'absence de signe scintigraphie d'algodystrophie (pièce 168 CNA).

Le Dr C _____ a revu l'assuré le 26 mai 2015. Il a indiqué que l'évolution était marquée par la persistance d'un déficit sensitif sur le pouce et l'auriculaire. Les neurographies sensitives restaient perturbées concernant le radial et le cubital, signant un état séquellaire. Les neurographies motrices étaient, quant à elles, peu modifiées. Trois ans après l'accident, l'état séquellaire pouvait être considéré comme fixé (pièce 172 CNA).

Selon un scanner de l'avant-bras gauche, réalisé le 17 septembre 2015, on retrouve de manière inchangée les deux plaques d'ostéosynthèse aussi bien sur l'ulna que sur le radius, l'absence de déplacement secondaire et de déminéralisation autour des vis d'ostéosynthèse ainsi qu'un trait de fracture non visualisé, d'allure consolidée (pièce 186 CNA).

Dans un rapport du 21 septembre 2015, la Dresse D _____ a indiqué que l'évolution était stable au niveau du poignet et que l'assuré présentait d'éventuelles séquelles comme le manque de force avec des troubles neurogènes et des troubles post-fracture. Elle a préconisé un séjour à la I _____ afin d'évaluer les capacités fonctionnelles de son patient (pièce 181 CNA).

Un examen médical final a eu lieu le 8 octobre 2015 par le médecin d'arrondissement de la CNA. Le Dr J _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a noté que la situation médicale était vraisemblablement stabilisée. Il a toutefois préconisé la réalisation d'une nouvelle scintigraphie (pièce 183 CNA).

Un scanner de l'avant-bras gauche a eu lieu le 30 octobre 2015 afin de contrôler l'ostéotomie correctrice du cubitus (pièce 188 CNA).

La scintigraphie réalisée le 9 novembre 2015 n'a pas montré d'argument pour une neuroalgodystrophie du membre supérieur gauche. Une nette diminution de l'intensité de captation en regard du site d'ostéotomie cubitale gauche avec trait de fracture non visualisé a été mise en évidence (pièce 187 CNA).

Dans une appréciation du 18 décembre 2015, le Dr J _____ a considéré que la situation médicale pouvait être considérée comme stabilisée. Les suites de l'accident nécessitaient un suivi médical à long terme (1-2 consultations par année), la prise ponctuelle d'antalgie et d'anti-inflammatoires et une éventuelle ablation du matériel d'ostéosynthèse en cas de gêne. Il a estimé que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail manuel lourd, pas d'exposition prolongée au froid, pas d'utilisation répétée d'outils vibrants, pas d'activité nécessitant des mouvements répétitifs du poignet ni de serrage en force de la main et pas de port de charges supérieures à 10 kg (pièce 191 CNA). Ce même médecin a retenu un taux d'atteinte à l'intégrité de 10%. Ce taux correspondait par analogie au taux supérieur attribué à une arthrose radio-carpienne moyenne (5-10%) et au taux inférieur attribué à une arthrose radio-carpienne grave (10-25%) selon la table 5 page 5.2 du barème d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité. Ce taux correspondait également au cinquième du taux attribué à une perte totale du membre supérieur (50%) selon la table 1 page 1.2 du barème précité. En tenant compte d'une aggravation prévisible, la situation du patient correspondait à une atteinte d'une telle gravité (pièce 192 CNA).

Le 6 janvier 2016, la CNA a informé l'assuré qu'on ne pouvait plus attendre de la continuation du traitement médical une amélioration notable des suites de son accident et qu'elle devrait ainsi mettre fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 31 décembre 2015. Toutefois, en raison de l'éventuel octroi de mesures de réadaptation professionnelle par l'assurance-invalidité, elle continuait à verser les indemnités journalières (pièce 194).

Le 3 juin 2016, l'assuré a subi une ablation du kyste arthro-synovial du poignet droit (pièce 229 CNA).

Dans un rapport du 21 septembre 2016, la Dresse D _____ a retenu un status post-fracture de deux os de l'avant-bras gauche avec séquelles. Elle a indiqué que la situation médicale était stable et que son patient ne suivait pas de traitement actuellement. Elle a recommandé à l'assuré d'effectuer une reconversion AI/CNA (pièce 235 CNA).

Dans un rapport du 23 mars 2016, le Dr K _____, psychiatre, a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée chez l'assuré (pièce 250 CNA).

Le 26 septembre 2017, la Dresse D _____ a indiqué que la situation au niveau de l'avant-bras gauche était stable, que l'assuré ressentait toutefois toujours des douleurs et des tensions et que des problèmes neurologiques avaient été mis en évidence il y a plusieurs années. L'imagerie du 31 août 2017 avait montré un début d'arthrose radio-ulnaire-distale, laquelle était traitée conservativement avec la prescription de Chondrosulf pour trois mois (pièce 272 CNA).

Dans un rapport du 25 avril 2018, la Dresse L _____ du Centre de traitement de la douleur de F _____ a proposé à l'assuré d'effectuer une perfusion de Kétamine pour tenter d'agir sur la plasticité neuronale et éventuellement des perfusions de Xylocaïne pour la composante neuropathique des douleurs (pièce 308 CNA).

Dans une appréciation du 19 juin 2018, le Dr M _____, psychiatre et médecin d'arrondissement de la CNA, a retenu le diagnostic de trouble dépressif majeur d'intensité modérée. Il a retenu une causalité naturelle pour le moins probable entre ce trouble et l'accident du 12 juillet 2012. Il a nié l'existence d'une incapacité de travail totale en raison de cette affection (pièce 320 CNA).

B. Par décision du 2 août 2018, la CNA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité LAA. Elle a également nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychogènes de l'assuré et l'accident du 12 juillet 2012. En revanche, elle lui a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% (pièce 325 CNA). L'assuré s'est opposé à cette décision le 28 août 2018 (pièce 328 CNA). Il a complété son opposition le 26 septembre suivant (pièce 350 CNA).

Dans un rapport du 21 septembre 2018, le Dr K _____ a indiqué suivre l'assuré depuis le 14 mars 2016. Il a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée consécutif à des douleurs récidivantes post-traumatiques, rebelles à tout traitement. L'existence d'une colite ulcéreuse inflammatoire aiguë avec traitement de corticoïdes à hautes doses avait été découverte récemment. La dépression était actuellement moyenne avec une incapacité totale de travail et une majoration du traitement (pièce 348 CNA).

Le 16 novembre 2018, la Dresse D _____ a rappelé que l'assuré présentait des troubles neurologiques persistants au niveau de son avant-bras gauche. Il avait une

force limitée et ne pouvait plus faire de mouvements répétitifs au niveau de son poignet gauche. Elle a précisé que sa capacité de travail en tant que chauffeur était limitée à 50% étant donné qu'il se fatiguait vite au niveau musculaire (pièce 360 CNA).

C. Par décision sur opposition du 21 février 2019, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 2 août précédent. Elle a nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 12 juillet 2012 et les troubles psychiques de l'assuré. Concernant les troubles somatiques, après avoir procédé à une comparaison entre le salaire annuel exigible et le grain présumable perdu, elle a refusé d'octroyer à l'assuré une rente d'invalidité LAA en raison de l'absence de perte de gain (pièce 361 CNA). Non contestée, cette décision est entrée en force.

Le 3 juin 2019, l'assuré a bénéficié d'une perfusion de Kétamine (pièce 461 CNA).

Une scintigraphie osseuse et un scanner de l'avant-bras gauche ont été effectués le 28 juin 2019. Ces examens ont montré un status post mise en place de matériel d'ostéosynthèse sous forme de plaques vissées radio-cubitales pour fracture sans signe de descellement, une consolidation complète et une arthrose radio-cubital distal (pièces 367, 368 CNA).

Dans un rapport du 30 décembre 2019, le Dr N _____ du Service de chirurgie plastique et de la main du O _____ a considéré que compte tenu d'un arrêt de travail depuis 7 ans et du fait que les fractures avaient parfaitement consolidées, il n'y avait pas d'indication chirurgicale (pièce 369 CNA).

Dans un rapport du 10 mars 2020, la Dresse D _____ a indiqué que l'assuré présentait une arthrose radio-cubitale distale à gauche et que l'évolution était défavorable (pièce 375 CNA).

La radiographie du poignet gauche du 24 avril 2020 a montré une stabilité de l'arthrose radio-ulnaire distale (pièce 376 CNA).

Le 14 août 2020, l'assuré a subi une intervention de Sauvé-Kapandja du cubitus du poignet gauche par la Dresse D _____ (pièce 390 CNA). Une ablation du matériel d'ostéosynthèse a eu lieu le 11 septembre suivant (pièce 391 CNA). Un CT-scan du poignet gauche a montré le 8 octobre 2020 une arthrodèse chirurgicale radio-cubitale en place et sans signe de descellement ainsi qu'une ostéotomie de la diaphyse cubitale distale (pièce 397 CNA).

Le 11 mars 2021, la Dresse D _____ a indiqué que l'évolution était favorable, que la mobilité restait la même avec une flexion/extension de 80-80 avec une force avant l'intervention d'environ 24 kg au Jumar et qui était augmentée à 36 kg ainsi qu'une disparition totale des douleurs au niveau de l'articulation radio-cubito-carpienne (pièce 392 CNA).

Le 3 septembre 2021, la Dresse D _____ a indiqué que l'évolution suite à l'opération du 14 août 2020 avait été favorable, que son patient lui avait indiqué que la CNA prenait en charge les frais médicaux liés à l'opération mais pas la perte de gain et qu'en raison de la persistance des douleurs au niveau du radius, l'assuré souhaitait être vu par le médecin d'arrondissement (pièce 465 CNA).

Dans un avis du 14 septembre 2021, le Dr P _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement, a considéré que l'intervention du 14 août 2020 ne modifiait pas les limitations fonctionnelles définies en 2015, ni l'IPAI. Il a précisé qu'en tenant compte uniquement de la dernière intervention, l'IPAI devait être de 5%. Un nouvel examen à l'agence était ainsi inutile (pièce 417 CNA).

A la demande de la Dresse D _____, le Dr P _____ a indiqué le 19 novembre 2021 qu'une attelle de poignet ainsi que des infiltrations et de la physiothérapie pouvaient être pris en charge par la CNA. Quant à une éventuelle opération, il a demandé de quel type d'intervention il s'agirait (pièces 419s CNA).

D. Le 24 mars 2023, l'assuré a subi une excision du névrome avec microchirurgie des nerfs médian et radial, une neurotomie sélective du poignet et une extraction du matériel d'ostéosynthèse du radius et du cubitus à gauche par le Dr Q _____ au Portugal (pièce 439 CNA).

Dans un rapport du 27 juillet (*recte* : juin) 2023, le Dr Q _____ a indiqué que l'assuré souffrait depuis 2013 de douleurs neuropathiques dues à une lésion des nerfs sensitifs médian et radial et que son incapacité de travail était totale. Suite à l'opération du 24 mars précédent, l'assuré n'avait plus de douleurs et présentait une récupération motrice de l'éminence thénar et de la sensibilité du territoire du nerf médian de la main gauche. Il a encore noté que l'assuré ne prenait pas de médicament pour la douleur neuropathique (pièce 449 CNA).

E. Par courrier du 20 juillet 2023, l'assuré, représenté par Me Marie Franzetti, a requis de la CNA une révision procédurale. Il a fait valoir que le rapport du Dr Q _____,

qui attestait l'existence d'une pathologie qui méritait d'être soignée, était un fait propre à modifier celui à la base du jugement et à entraîner un jugement différent fruit d'une appréciation juridique correcte. Il a relevé que le rapport médical du 27 juillet (*recte* : juin) 2023 précisait qu'il était en incapacité de travail totale. Il a aussi souligné que l'opération concernait l'avant-bras gauche et que la pathologie douloureuse du poignet gauche nécessitait encore de plus amples analyses (pièce 452 CNA).

Par décision du 24 août 2023, la CNA a rejeté la demande de révision de l'assuré. Elle a expliqué qu'elle avait accepté de prendre en charge les frais de l'opération du mois de mars 2023 au titre de rechute et que, même si cette intervention avait été un succès, on ne pouvait pas considérer que l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé au 2 août 2018. Il ne se justifiait ainsi pas de verser des indemnités journalières à titre rétroactif (pièce 455 CNA).

Le 25 septembre 2023, l'assuré, toujours représenté par Me Franzetti, a contesté la décision de la CNA. Il a notamment produit un rapport d'expertise du Dr R _____, chirurgien orthopédiste, du 4 août 2023, et un complément d'expertise du 16 septembre suivant. En substance, il a contesté la stabilisation de son état de santé au 2 août 2018. Il a allégué que le Dr R _____ avait retenu une incapacité partielle permanente de 46% et une incapacité permanente absolue d'exercer toute profession nécessitant la dextérité et la stabilité au niveau du poignet gauche. Il a fait valoir qu'une IPAI plus importante aurait dû lui être versée. A titre subsidiaire, il a requis la mise en œuvre d'une expertise indépendante (pièce 458 CNA).

Dans un rapport du 10 octobre 2023, la Dresse S _____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que les douleurs au niveau de l'avant-bras gauche avaient disparu mais que celles du poignet gauche persistaient. Le traitement actuel consistait en des séances de physiothérapie et d'ergothérapie et en la prise d'antalgiques (pièce 471 CNA).

Dans sa décision sur opposition du 29 novembre 2023, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 24 août précédent. En substance, elle a retenu que les rapports des Drs Q _____ et R _____ ne permettaient pas de remettre en cause le fait que la stabilisation médicale était considérée comme acquise chez l'assuré, au plus tard en 2018, non seulement par le Dr J _____ mais aussi par la Dresse D _____, laquelle avait fait état, les 21 septembre 2016 et 26 septembre 2017 d'une situation stable au niveau de l'avant-bras gauche. D'ailleurs seules des thérapies conservatrices et antalgiques avaient alors cours. Les Drs Q _____ et R _____ n'avaient pas

fait état d'atteintes à la santé qui auraient été méconnues et dont la prise en charge aurait été négligée. La CNA a ajouté que les médecins portugais ne faisaient aucune distinction entre l'exercice de l'activité de machiniste et l'accomplissement d'une activité adaptée, qu'ils ne décrivaient pas les limitations fonctionnelles et qu'ils n'expliquaient l'incapacité de travail totale que sur la base des plaintes exprimées ou déjà prises en considération par le Dr J _____.

F. X _____, non représenté, a recouru céans le 15 janvier 2024 contre la décision sur opposition du 29 novembre précédent. En substance, il a contesté avoir bénéficié d'un traitement dans les règles de l'art. Il a allégué que l'opération réalisée au Portugal et qui avait été très profitable au niveau de l'avant-bras gauche aurait pu avoir eu lieu en Suisse. Il s'agirait ainsi de faits/moyens de preuve nouveaux. Une rente entière d'invalidité aurait dû lui être versée sur la base des rapports des médecins portugais. Quant à l'IPAI, il s'est référé à la table 1 du barème d'indemnisation pour soutenir qu'elle devait être d'au moins 30% (perte des deux fonctions de l'avant-bras et arthrodèse au poignet).

Le 7 février 2024, la CNA a renoncé à se déterminer, indiquant que le recourant n'apportait aucun élément nouveau.

En l'absence d'observations du recourant dans le délai imparti, l'échange d'écritures a été clos le 25 mars 2024.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 de la LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

Remis à la poste le 15 janvier 2024, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 29 novembre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours, compte tenu des fêtes judiciaires (art. 38 al. 4 let. c et 60 LPGA) et devant la Cour de céans, compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le bien-fondé du rejet, par la CNA, de la demande de révision procédurale de la décision du 2 août 2018, confirmée sur opposition le 21 février 2019, entrée en force.

3. Selon l'article 53 alinéa 1 LPGa, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

3.1 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.

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 de la personne qui requiert la révision de la décision.

Le qualificatif « nouveaux » se rapporte donc exclusivement à la découverte après coup de faits ou moyens de preuve et non pas de leur existence. Les faits ou moyens de preuve postérieurs à la décision administrative sont en principe exclus. La jurisprudence admet toutefois qu'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.

Le nouveau moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Ainsi, pour justifier la révision procédurale d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du prononcé initial, d'autres conclusions que l'administration. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'assureur social paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (MOSER-SZELESS/CASTELLA, Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2025, n° 44 à 48 ad 53 et les références citées).

3.2 La LPGA ne comprend pas de règles de procédure concernant la révision procédurale ; elle ne prévoit en particulier pas de délais dans lesquels la requête de révision devrait être présentée. La jurisprudence a posé des règles à ce sujet : en vertu du renvoi de l'article 55 alinéa 1 LPGA, sont déterminants les délais applicables à la révision de décisions rendues sur recours par une autorité soumise à la PA (art. 67 al. 1 et 2 PA), cette réglementation constituant au demeurant un principe général. Conformément à l'article 67 alinéa 1 PA, la demande de révision doit être adressée par écrit à l'autorité qui a pris la décision dont le requérant souhaite la révision dans les 90 jours qui suivent la découverte du motif de révision (délai relatif), mais au plus tard dix ans après la notification de la décision administrative ou de la décision sur opposition (délai absolu) (MOSER-SZELESS/ CASTELLA, Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2025, n° 60 ad 53 et les références citées).

Conformément à la pratique, le délai relatif de 90 jours commence à courir dès le moment où le demandeur dispose d'une connaissance suffisamment sûre des pseudo-nova qu'il invoque (« sobald bei der Partei eine sichere Kenntnis über die neue erhebliche Tatsache [...] vorhanden ist ») et non pas à partir du moment où il est en mesure d'en apporter la preuve certaine. De simples suppositions ou des rumeurs ne suffisent pas et ne sont pas susceptibles de faire débiter le délai (ATF 143 V 105 consid. 2.4, arrêt du Tribunal fédéral 9C_2/2018 du 1^{er} mars 2018 consid. 4).

4. En l'espèce, il convient d'abord d'examiner si les conditions de recevabilité de la demande de révision procédurale de la décision sur opposition du 21 février 2019 sont réunies, en particulier si le délai de 90 jours dès la découverte du motif de révision a été respecté.

Le recourant se prévaut, comme motif de révision, de la teneur du rapport du 27 juin 2023 du Dr Q _____. En requérant la révision de son cas par courrier du 20 juillet 2023, il a estimé que les délais avaient été respectés. Se pose toutefois la question de savoir si le recourant n'avait pas déjà connaissance de l'amélioration de la situation de son avant-bras gauche avec disparition des douleurs et récupération de la motricité et de la sensibilité au niveau de la main lors du contrôle du 31 mars 2023. Cette question peut toutefois demeurer ouverte dans la mesure où, comme nous le verrons ci-après, la demande de révision procédurale doit en toute hypothèse être rejetée.

5. Il convient ensuite d'examiner s'il existe un motif de révision de la décision du 21 février 2019. Il s'agit ainsi de déterminer si cette décision était erronée, en particulier si des faits existants à cette époque auraient dû être pris en considération et ne l'ont pas

été, soit parce qu'ils n'étaient pas connus, soit parce qu'ils ne pouvaient alors pas être prouvés.

5.1 On rappellera que, selon l'article 19 alinéa 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (première phrase); le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (seconde phrase). Il appartient ainsi à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières, et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1 et les références citées).

L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident. L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical, ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures - comme une cure thermale - ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective et non sur la base de constatations rétrospectives (arrêts du Tribunal fédéral 8C_176/2023 du 6 décembre 2023 consid. 3 et les arrêts cités; 8C_219/2022 du 2 juin 2022 consid. 4.1 et 8C_682/2021 du 13 avril 2022 consid. 5.1).

5.2 Pour rendre sa décision du 21 février 2019, la CNA s'est fondée avant tout sur l'appréciation du Dr J _____ du 18 décembre 2015, complémentaire au bilan final du 8 octobre 2015, et a retenu une pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail manuel lourd, pas d'exposition prolongée au froid, pas d'utilisation répétée d'outils vibrants, pas d'activité nécessitant des mouvements répétitifs du poignet ni de serrage en force de la main et pas de port de charges supérieures à 10 kg. L'état de santé du recourant était ainsi stabilisé. La Dresse D _____ a également retenu une stabilisation de l'état de santé de son patient. En effet, elle a indiqué dans son rapport du 21 septembre 2015 que l'évolution était stable au niveau du poignet gauche et que les capacités fonctionnelles et professionnelles pouvaient être évaluées. Le 16 septembre 2017, la Dresse D _____ a indiqué que la situation au niveau de

l'avant-bras gauche était stable. Elle a expliqué que le début d'arthrose radio-ulnaire-distale était traité conservativement. Elle a en outre rappelé que son patient présentait des problèmes neurologiques depuis plusieurs années. Le neurologue, le Dr C _____, a noté lors de son examen du 26 mai 2015, que l'état séquellaire pouvait être considéré comme stabilisé malgré la persistance d'un déficit sensitif au niveau du pouce et de l'auriculaire.

On relèvera qu'il n'appartient pas à la Cour d'examiner si la décision du 21 février 2019 était correcte ou non, étant donné qu'une demande de révision procédurale ne saurait suppléer à l'absence de recours interjeté dans le délai légal. La Cour doit se limiter à examiner si l'assuré a déposé, à l'appui de sa demande, des faits nouveaux importants ou de nouveaux moyens de preuve, au sens de la jurisprudence, qui ne pouvaient être produits auparavant.

A cet égard, force est de constater, avec l'intimée, que les rapports des Drs Q _____ et R _____ ne referment effectivement ni faits, ni moyens de preuve nouveaux importants au sens où l'entend la jurisprudence susmentionnée (cf. *supra* consid. 3.1). Ces praticiens n'ont posé aucun diagnostic nouveau par rapport à ce qui avait été relevé antérieurement à la décision de février 2019. Le Dr Q _____ a indiqué que le recourant souffrait de douleurs neuropathiques dues à une atteinte des nerfs sensitifs médian et radial. Le Dr C _____ avait procédé en 2015 à des neurographies de ces nerfs ainsi que du nerf cubital. Quant au Dr R _____, il a en outre mentionné une arthropathie dégénérative du poignet gauche, laquelle avait déjà été diagnostiquée et pour laquelle la CNA a alloué au recourant une indemnité pour atteinte à l'intégrité. On rappellera que les troubles anxieux et dépressifs ne sont pas en lien de causalité adéquate avec l'accident du 12 juillet 2012. Bien que le Dr Q _____ ait procédé à une intervention chirurgicale (excision du névrome avec microchirurgie du nerf médian et du nerf radial, neurotomie sélective du poignet et extraction du matériel cubitus gauche), qui a entraîné une diminution voire une disparition des douleurs ainsi qu'une récupération motrice de l'éminence thénar et de la sensibilité du territoire du nerf médian, cela ne remet pas en doute la stabilisation de l'état de santé de l'assuré. En effet, comme l'a relevé l'intimée, divers traitements notamment chirurgicaux ainsi que de nombreuses investigations sur les plans radiologique, orthopédique et neurologique avaient été menées antérieurement à la décision du 21 février 2019. Par ailleurs, si l'opération du 24 mars 2023 a entraîné une amélioration des plaintes au niveau de l'avant-bras gauche, les douleurs au niveau du poignet sont toutefois toujours présentes. Comme mentionné ci-dessus, l'amélioration de l'état de santé se détermine aussi en fonction de

l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident. Or, on constate que le Dr R _____ a considéré que la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle de machiniste-paysagiste était toujours nulle, même après l'opération du mois de mars 2023. Elle était également nulle pour toute activité nécessitant de la dextérité et de la stabilité au niveau du poignet gauche. Il a en outre retenu une incapacité permanente partielle de 46% dans une autre activité. Ce taux a été établi selon des critères différents de ceux relatifs au calcul du taux d'invalidité en Suisse et le Dr R _____ n'a pas mentionné les limitations fonctionnelles.

Il s'ensuit que les rapports des Drs Q _____ et R _____ ne permettent pas d'établir un élément de fait nouveau, déterminant sur le plan juridique, dont il résulterait que les bases de la décision du 21 février 2019 comportait des défauts objectifs. Partant, les conditions de l'article 53 alinéa 1 LPGA ne sont pas réalisées.

Mal fondé, le recours est rejeté et la décision sur opposition du 29 novembre 2023 est confirmée.

6. Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. f^{bis} LPGA), la loi spéciale, en l'occurrence la LAA ne contenant pas de disposition spéciale prévoyant le prélèvement de frais judiciaires, ni alloué de dépens (art. 61 let. g *a contrario* LPGA).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 12 septembre 2025