

ARRÊT DU 3 JUIN 2026

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

Composition : Candido Prada, président, Frédéric Fellay et Matthieu Sartoretti juges ;
Garance Klay, greffière

en la cause

A. _____, recourant, représenté par Maître Philippe Nordmann, avocat, Lausanne

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA),
Lucerne, intimée, représentée par Maître Radivoje Stamenkovic, avocat, Lausanne

(art. 6 LAA, art. 11 OLAA, art. 53 al. 1 LPGa ; révision procédurale,
rechute, lien de causalité)

Faits

A. A._____, ressortissant portugais né le 6 janvier 1969 et domicilié à Vernayaz, divorcé, père de quatre enfants (1988, 1995, 2000 et 2012), est arrivé en Suisse en 1986. Le 18 février 2010, il a été engagé comme ouvrier et chauffeur-livreur par CCD SA – Concept Consulting & Development SA –, alors à Charrat, entreprise active dans le domaine du matériel agricole (serres, systèmes d'arrosage...).

Le 28 septembre 2010, l'assuré a été victime d'un accident de travail ; sa main droite a été prise dans une machine, avec écrasement du troisième doigt. Il a été opéré le jour même par le Dr B._____ ; le protocole opératoire a mentionné le diagnostic d'amputation distale de la troisième phalange du majeur droit avec arrachement de l'ongle (pièce 13 du dossier CNA).

Sur la déclaration d'accident du 5 octobre 2010, l'employeur a indiqué que son ouvrier s'était coincé un doigt lors du cintrage d'un tube. Sous la rubrique « parties atteintes », il a mentionné les doigts droits et sous celle relative au « type de lésion », une coupure (pièce 1 du dossier CNA).

Le 22 novembre 2010, l'assuré a confirmé à la CNA qu'il s'était coupé le troisième doigt (main droite) (pièce 8 du dossier CNA).

Un traitement de physiothérapie a été mis en œuvre ; en décembre 2010, l'assuré disait avoir toujours de la peine à plier son doigt (pièce 19 du dossier CNA).

Le 26 janvier 2011, le Dr C._____ a attesté une évolution favorable avec persistance de dysesthésies pulpaire nécessitant la poursuite de l'ergothérapie (pièce 23 du dossier CNA).

En date du 14 février 2011, l'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA (MA), le Dr D._____, spécialiste FMH en chirurgie. Dans les antécédents, le MA a noté « Le 28.09.2010, ce chauffeur-manutentionnaire, âgé de 42 ans, s'est coincé les doigts lors du cintrage d'un tube (selon déclaration de sinistre) ». Il a rappelé le traitement mis en œuvre pour traiter l'atteinte au majeur droit. Au surplus, il a relevé que l'assuré avait signalé une douleur et enflure au niveau du quatrième doigt. Le MA a constaté au status une exclusion fonctionnelle des longs doigts III à V à droite ainsi qu'une discrète enflure de l'annulaire au niveau IPD, avec palpation indolore. Les radiographies initiales du 28 septembre 2010 ne montraient pas de lésions particulières ;

une fracture de la houppe ne pouvait être écartée au regard de la qualité des clichés. Le MA a retenu les diagnostics de status après écrasement de la phalange distale du majeur droit traité par plastie pulpaire le 28 septembre 2010 et de status après probable contusion de l'annulaire droit. Un tableau sudeckoïde des troisième et quatrième doigts ne pouvait être formellement écarté. Le problème majeur consistait en l'exclusion fonctionnelle des longs doigts III à V à droite malgré une ergothérapie prolongée. La compliance paraissait malheureusement limitée dans la mesure où tous les conseils quant à l'intégration dans des activités légères s'avéraient inutiles. Pour le MA, il était impératif de mieux réintégrer les deux doigts dans le schéma corporel et de prévoir une réintégration professionnelle rapide (pièce 31 du dossier CNA).

Dans un rapport du 5 mai 2011, le Dr B. _____ a noté une nette amélioration lors de la consultation du 28 avril 2011. Le traitement des suites post-traumatiques du médus droit était terminé. Le patient lui avait alors rapporté de nouveaux troubles sous forme de céphalées associées à des douleurs scapulaires et occipitales du membre supérieur droit. Le Dr B. _____ n'avait toutefois retenu aucun lien entre ces troubles et l'accident du 28 septembre 2010, de sorte qu'il avait adressé l'intéressé à son médecin traitant pour effectuer un bilan de ses céphalées et des douleurs d'origine indéterminées ainsi que pour statuer quant à la reprise du travail pour ce qui avait trait à la nouvelle symptomatologie (pièce 46 du dossier CNA).

Lors d'une conversation téléphonique du 7 juin 2011, l'assuré a rapporté à la CNA qu'il souffrait de son épaule et corrélait cette problématique à la violence du choc lors de son accident ; il estimait que les tendons (de l'épaule) avaient également été touchés. et que son incapacité de travail perdurait. La CNA a alors invité l'assuré à faire corriger la « feuille-accident » (ndr. rapportant les périodes d'incapacité de travail) par son médecin traitant (pièce 43 du dossier CNA).

Dans un rapport du 1^{er} juillet 2011, le Dr E. _____, médecin traitant, a mentionné que, depuis son accident, ce patient se plaignait de cervico-scapulalgies irradiant au membre supérieur droit et décrivait une diminution de la force et des paresthésies le long du bras selon la position. Il a alors précisé que lorsque la main droite de son patient avait été prise dans la machine, il y aurait eu un mécanisme de traction et de torsion du bras droit. Lors de son examen clinique du 3 mai 2011, son patient présentait encore des douleurs à la palpation para-cervicale droite. La rotation de la tête à droite et à gauche était légèrement limitée et douloureuse et le testing des muscles de la coiffe des rotateurs était pathologique. En revanche, il n'avait noté aucun déficit sensitif et la force était grossièrement intacte. Selon le Dr E. _____, la clinique était compatible avec un

syndrome cervico-brachialgique irritatif vraisemblablement d'origine radiculaire associé à une tendinopathie de la coiffe des rotateurs. La radiographie de la colonne cervicale avait montré une cervicarthrose étagée. Son patient avait également souffert d'un lumbago d'évolution favorable avec un traitement conservateur. Le médecin traitant s'est dit frappé par la persistance des douleurs et a retenu qu'il n'y avait probablement plus de corrélation entre la symptomatologie persistante et l'accident, « sauf que c'est l'accident qui a déclenché les douleurs encore présentes à ce jour ». Il avait dès lors prolongé son incapacité de travail, toutefois en la corrélant à une cause malade et non accidentelle (pièce 49 du dossier CNA).

L'assuré a été réexaminé par un médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr D._____, en date du 11 juillet 2011. Le MA a pris acte que bien que son doigt fût guéri et le traitement y relatif terminé, l'assuré faisait alors valoir une extension de symptômes à l'épaule droite et la nuque au motif que son bras aurait été tourné de force lors de l'accident. Il devait encore consulter le Dr F._____, spécialiste FMH en neurologie en date du 23 août 2011. Lors de son examen clinique, le MA a constaté un comportement douloureux caricatural, une autolimitation du MSD avec une mobilisation passive associée à des résistances musculaires volontaires à partir de l'horizontal. Il atteignait toutefois facilement la position main-nuque, le pouce sur D12 en rotation interne et une abduction de 110°. A l'inspection, la trophicité était strictement normale et symétrique. La palpation de la colonne cervicale, de la musculature para-cervicale et des trapèzes était indolore et sans contracture. La mobilité du coude et du poignet était normale et symétrique. L'enroulement des longs doigts et l'extension était complète et la trophicité de la main était normale. Le MA a dès lors retenu le seul diagnostic de status après écrasement de la phalange distale du majeur droit traité par plastie pulpaire en VY le 28 septembre 2010. Il a également estimé que l'extension annoncée des troubles avec des céphalées associées à des douleurs scapulaires et occipitales du MSD était d'origine indéterminée ; à ce propos, il s'est référé au rapport détaillé du Dr B._____ du 5 mai 2011. Il a confirmé que le médius droit était manifestement guéri et ceci certainement depuis longtemps, étant rappelé que la récupération de la capacité de travail avait été attestée dès le 2 mai 2011. Les autres troubles n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident ; en particulier « la relation de cause des troubles indéterminés de l'épaule jusqu'à la tête avec l'accident en question était invraisemblable ».

Ce même jour, l'assuré a été informé téléphoniquement et par courrier de la CNA qu'il était réputé apte à reprendre le travail, pour les seules suites de l'accident, dès le 2 mai

2011. A partir de cette date, comme il ressortait d'ailleurs du rapport du médecin traitant, l'incapacité de travail relevait de la maladie (pièces 50, 51 et 53 du dossier CNA).

Dans l'anamnèse de son évaluation du 23 août 2011, le Dr F._____ a repris les indications selon lesquelles l'accident aurait également provoqué une torsion forcée de l'épaule, en rotation externe. Le patient lui avait précisé qu'il s'était d'emblée plaint d'intenses douleurs, mais que les médecins avaient gardé leur attention dirigée sur la blessure du troisième doigt, dont l'évolution avait été difficile, avec la notion d'une surinfection depuis lors globalement guérie. Le neurologue a pris acte que les douleurs persistaient essentiellement à l'épaule. Elles pouvaient irradier vers le membre supérieur droit, plutôt de façon postérieure, jusqu'aux doigts III à V. La force était subjectivement diminuée, alors de façon modeste (elle l'était plus au départ selon le patient), notamment pour la flexion du quatrième doigt. La sensibilité était normale ; le patient rapportait en revanche des épisodes récurrents d'engourdissement, dépendant de la position, notamment à la lecture ou lorsqu'il était couché, engourdissements ressentis sur les troisième, quatrième et cinquième doigts. Des paresthésies étaient présentes sur le même territoire, également au coude, voire sur la moitié ulnaire de l'avant-bras, plus discrètes à ce niveau. A la toux, il existait une douleur scapulaire et costosternale, mais pas de brachialgies. Il n'y avait pas de symptômes à gauche ni de troubles sphinctériens. Aux membres inférieurs, le patient faisait état de douleurs lombosciatiques droites préexistantes à l'accident. Par ailleurs, secondairement aux douleurs de l'épaule et de la ceinture scapulaire droite, le patient lui avait indiqué une irradiation rétro-auriculaire droite, voire oculaire, avec des accès de céphalées jusqu'à deux fois par semaine, déclenchées par les mouvements de la nuque. S'agissant des céphalées, le neurologue a pu rapidement rassurer le patient et aucune investigation complémentaire n'a dû être proposée ; il lui a uniquement conseillé de consommer moins d'antalgiques. Pour ce qui était des cervicobrachialgies, le neurologue a d'abord investigué l'hypothèse d'un étirement du plexus brachial inférieur, considérant l'irradiation et la topographie des paresthésies ainsi que l'anamnèse d'un déficit sur les fléchisseurs, en tout cas du quatrième doigt. Il a néanmoins jugé le mécanisme présumé insuffisant et a opté pour le diagnostic différentiel de neuropathie ulnaire, notamment au coude, qui pouvait expliquer les paresthésies et le déficit moteur. Une telle neuropathie avait pu se développer dans le cadre de l'immobilisation ayant fait suite à la blessure surinfectée du troisième doigt. Son examen clinique avait montré des troubles sensitifs difficiles à systématiser à la main droite, avec une hypoesthésie des trois derniers rayons, une hyperalgésie du troisième, une hypoalgésie des deux premiers rayons. Il avait en outre noté un signe de Tinel au coude, sans autre déficit, notamment sur le plan moteur et des réflexes. Avec

la réserve qu'il avait examiné le patient très à distance de l'accident, il n'avait ainsi pas retenu d'argument objectif prouvant une plexopathie brachiale ou une atteinte radiculaire, voire médullaire. De plus, l'examen neurologique et l'électro-neuromyogramme (ENMG) avaient montré un status dans les limites de la norme. Le neurologue a dès lors conclu aux diagnostics suivants : « Probable neuropathie ulnaire droite irritative au coude, au décours. Suspicion non confirmée de plexopathie brachiale. Probables céphalées de tension et médicamenteuses, possible composante cervicogène » (pièce 55 du dossier CNA).

Le cas a dès lors été pris en charge par la CNA jusqu'au 1^{er} mai 2011 y compris. Après cette dernière date, il a été retenu que l'incapacité de travail était due à des problèmes de santé sans lien avec l'accident. Le 7 mai 2012, l'assuré, alors représenté par Me Blaise Marmy, a mis en doute le diagnostic retenu par la CNA et a annoncé qu'il allait prochainement consulter deux spécialistes ; il a requis une copie de son dossier, lequel lui a été transmis le 10 mai suivant (pièce 56 du dossier CNA). Aucun rapport de spécialiste n'a finalement été transmis et la position de la CNA n'a plus été contestée.

B. Le 25 août 2022, les résultats d'une échographie des épaules ont permis d'exclure toute déchirure tendineuse. Du côté droit, on a suspecté une microlame de liquide en périphérie de l'insertion distale du tendon sus-épineux pouvant traduire une lame de bursite sans composante sous-acromiale démontrée. Du côté gauche, il existait une probable calcification au niveau du sous-scapulaire, néanmoins sans déchirure tendineuse ni bursite démontrée (pièce 77 du dossier CNA).

Une IRM de la colonne dorsale du 5 septembre 2022 a montré un status dans la norme hormis une discopathie et une discarthrose protrusive en D11-D12 déjà visible sur des examens de 2016 (pièce 78 du dossier CNA).

Dans un rapport de consultation du 14 janvier 2023, le Dr G._____ spécialiste FMH en neurologie, a posé les diagnostics de : « Cervico-scapulo-brachialgies avec scapula alata - probable séquelle de neuropathie du nerf thoracique long à D post traumatique (forte torsion forcée du bras et l'épaule lors d'un accident avec machine industrielle 2010) ». Dans son anamnèse, il a rapporté : « Monsieur A._____ a accidentellement subi une amputation du troisième doigt lorsque sa main a été prise dans une machine industrielle servant à plier les pièces, ce qui lui a très fortement tordu le bras et l'épaule. Depuis lors, il ressent une faiblesse de l'épaule, des cervicoscapulalgies, irradiant au niveau de la tempe et de l'occiput. Il peut beaucoup moins bouger son épaule et son bras, et ressent des douleurs lors de respiration maximale. Il a également des

fourmillements et engourdissements de la main droite avec faiblesse. Il se sent globalement dans le brouillard, présente un état dépressif dans un contexte social et familial complexe, étant précisé qu'il avait perdu une de ses filles, décédée le 22 décembre 2019. Il bénéficiait d'un suivi psychiatrique chez le Dr H. _____ LIEU_1 ». En sus des examens radiologiques déjà cités, une radiographie du thorax (de face PA, bras le long du corps, puis antépulsion et également cliché AP les bras levés) du 18 janvier 2023 avait montré une asymétrie de hauteur scapulaire en défaveur du côté droit, à mettre en relation avec une scapula alata droite clinique. Le neurologue était d'avis que son patient présentait une scapula alata à droite, qui pouvait être la conséquence d'une ancienne lésion du nerf thoracique long à droite survenue lors du traumatisme de 2010. Une instabilité scapulaire pouvait entraîner, du moins en partie, les symptômes de douleurs, de faiblesse et de dysfonction du membre supérieur droit. Cette problématique nécessitait une prise en charge spécifique et, selon le Dr G. _____, ne semblait pas avoir été identifiée avant son propre examen. Il a dès lors proposé de rouvrir le dossier accident, de reprendre la physiothérapie, et de demander un deuxième avis auprès du Dr I. _____, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive au CHUV afin de déterminer d'éventuelles prises en charge palliatives au stade tardif (pièce 76 du dossier CNA).

Un nouvel ENMG a été accompli le 2 février 2023 auprès du Dr G. _____. Dans un rapport adressé le même jour au Dr E. _____, le Dr G. _____ a indiqué que cet examen avait montré des neurographies motrices et sensitives normales du nerf médian et cubital droit et du nerf axillaire. La myographie à l'aiguille du muscle dentelé antérieure avait mis en évidence un tracé appauvri et des potentiels d'unités motrices polyphasiques attestant d'une lésion ancienne. A son avis, de plus en plus d'éléments concordaient pour confirmer une lésion en phase chronique du nerf long thoracique à droite, avec un déséquilibre massif de toute la musculature stabilisatrice de l'épaule, à même d'expliquer une partie des symptômes douloureux et la faiblesse du membre supérieur droit. Sur le plan objectif, cet examen avait apporté les éléments suivants supplémentaires :

- 1) des potentiels d'unités motrices polyphasiques au sein du muscle dentelé antérieur, traduisant une réinnervation partielle après lésion axonale ;
- 2) l'absence de signe d'atteinte du plexus brachial D ;
- 3) l'intégrité fonctionnelle du tendon du muscle sus-épineux, par stimulation directe à l'aiguille intra-musculaire.

Le Dr G._____ a répété qu'il était nécessaire de rouvrir le cas accident (pièce 100 du dossier CNA).

C. Le 1^{er} février 2023, A._____ s'est prévalu auprès de la CNA du fait que son nouveau neurologue avait estimé que ses troubles actuels venaient de l'accident de 2010. Il a souligné qu'il n'avait jamais pu reprendre le travail et émargeait à l'aide sociale. La CNA a considéré cette annonce comme une déclaration de rechute ayant trait à un problème neurologique (cf. la mention du médecin consulté faite sur le formulaire de rechute, à savoir le Dr G._____) et a invité l'assuré à produire un rapport du spécialiste en question (pièces 70 et 72 du dossier CNA).

Dans un rapport du 22 février 2023, le Dr I._____, consulté pour un plan de traitement palliatif (cf. *supra*), a repris les diagnostics posés par le Dr G._____, à savoir : « Cervico-brachialgies D post-traumatiques sur séquelles électriques d'une ancienne lésion du nerf thoracique long » ; il a ajouté une parésie M4+, impact des douleurs sur le sommeil, récemment aussi à G, de névralgies occipito-temporales D>G aggravées par le clignement rapide des yeux et de vision brouillée à D lors des douleurs et de troubles de l'équilibre au réveil. Dans les antécédents, il a notamment relevé la survenance, en 2010, d'un « accident machine pour tordre les tuyaux : rotation externe brutale MSD. Amputation distale D3 ; lambeau Atasoy ; surinfection main D (œdème, main D bleutée, puis desquamation) ». Comme le Dr G._____, il a noté qu'une radiographie du thorax du 18 janvier 2023 avait montré un abaissement de l'épaule D et qu'un ENMG du 1^{er} février 2023 avait mis en évidence des signes d'ancienne atteinte du nerf thoracique long D sans atteinte des nerfs axillaire, médian et ulnaire. Ce patient avait adopté une attitude antalgique chronicisée en position de raccourcissement des nerfs de sorte que toute mise sous tension (compression ou étirement) des nerfs du MSD était devenue douloureuse. Il a conseillé la poursuite de la physiothérapie avec tentative d'acupuncture ou d'autres approches alternatives (pièce 71 du dossier CNA).

Dans un rapport adressé le 30 juin 2023 à l'Office cantonal AI du Valais (OAI), le Dr E._____ a posé les diagnostics de : « trouble anxio-dépressif, retard mental léger, cervico-scapulo-brachialgies avec scapula alata, lombo-sciatalgies récurrentes sur troubles dégénératifs avec hernie discale L5-S1 en contact étroit avec l'émergence de la racine S1 droite, syndrome douloureux chronique » (pièce 112, page 4 de 5, du dossier CNA).

Le 13 juillet 2023, la Prof. J._____, spécialiste en neurochirurgie et médecin d'assurance auprès de la CNA, a pris position comme suit : « Scapula alata avec

faiblesse M serratus selon rapport CHUV Dr I. _____ sans autre parésie. Scapula alata : en retro on pourrait l'accepter sur la base de l'ENMG atteinte ancienne N thoracique. Autres plaintes : IRM cervicale décrite normale (pas au Pacs), IRM dorsale lésions dégénératives avec hernie dorsale à suivre avec IRM de control vu contact avec la moelle (d'origine malade). IRM plexus pas vue, décrit. Pas de symptômes de pont ». Elle a conclu que les douleurs n'étaient pas en lien de causalité avec l'évènement qui datait de plus de 10 ans.

Par courrier du 14 juillet 2023, la CNA a annoncé qu'elle refusait d'allouer des prestations à son assuré au motif qu'il n'y avait pas de lien de causalité certain, ou du moins vraisemblable, entre les troubles déclarés lors de l'annonce de rechute en février 2023 et l'accident du 28 septembre 2010.

L'assuré, par la CAP Protection juridique, a contesté la position de la CNA par écriture du 23 août 2023. Il a mis en doute les conclusions de la Prof. J. _____. Il les jugeait peu claires au motif qu'elle avait nié tout lien de causalité avec l'accident alors même qu'elle semblait avoir admis une scapula alata sur la base de l'ENMG. Il s'est prévalu des avis du Dr G. _____ et a requis que l'instruction médicale soit complétée (pièce 210 du dossier CNA).

Dans des rapports adressés le 22 juillet 2023 au Dr E. _____ et le 3 août 2023 au médecin de l'AI, le Dr G. _____ a confirmé ses diagnostics et constatations. Il a néanmoins admis que la situation était défavorable en raison de la présence d'autres comorbidités, notamment des douleurs rachidiennes et des troubles de l'humeur, questions à aborder avec le médecin traitant et le Dr H. _____ (pièce 108 du dossier CNA)

Dans un rapport du 22 septembre 2023, le Dr K. _____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (SOC_A) auquel l'intéressé avait été adressé par le Dr G. _____, a rappelé que l'assuré avait subi en 2010 un traumatisme par traction du membre supérieur droit. Son bras s'était alors coincé dans une machine et avait été tiré brusquement vers l'avant. Depuis lors, malgré des examens approfondis et des mesures thérapeutiques, le patient décrivait des douleurs persistantes irradiant de la nuque jusqu'aux doigts. Des douleurs thoraciques du côté droit persistaient également, tant au niveau ventral (surtout caudal du grand pectoral) que péri-scapulaire. Le Dr K. _____ a posé les diagnostics suivants : au membre supérieur droit, traumatisme par traction en 2010 et, lors de son examen, une cervicobrachialgie chronique en cas de lésion post-traumatique du nerf thoracique long avec scapula alata médiale avec

réponse modérée au SAT et une composante myofasciale marquée des symptômes (dans le texte : « Hauptdiagnosen Rechte obere Extremität: St. n. Traktionstrauma 2010 ; Aktuell: Chronische Zervikobrachialgie bei posttraumatischer Läsion des Nervus thoracicus longus mit scapula alata medial mit moderatem Ansprechen auf den SAT ; deutliche myofasziale Beschwerdekomponekte »). Il a relevé qu'une IRM cervicale et du plexus du 1^{er} septembre 2023, avait montré une déformation scoliotique prononcée convexe vers la droite de la colonne cervicale, des modifications dégénératives de la partie supérieure de la colonne cervicale, accentuées à gauche, ainsi que dans le segment C5/C6, accentuées à droite, un rétrécissement neuroforaminal consécutif avec déviation de la racine nerveuse C5 à gauche et C6 à droite. Il n'y avait pas de sténose du canal rachidien, ni de signe de myélopathie. Existait également une configuration légèrement différente du muscle serratus anterior entre les deux côtés, avec une partie atrophique à droite et une distance réduite entre l'omoplate et le thorax costal ainsi qu'une bursite scapulothoracique associée. Il n'y avait pas de signe de dénervation œdémateuse au sein du muscle serratus anterior, ni de signe de rétrécissement structurel causal du plexus brachial ou du nerf thoracique long. A encore été relevé un trophisme symétrique des autres muscles de la ceinture scapulaire (y compris les muscles supra et infrapinatus et sous-scapulaire). Le Dr K._____ a conclu qu'on observait un tableau clinique complexe au niveau du membre supérieur droit par suite d'un traumatisme par traction 13 ans plus tôt, avec des douleurs chroniques qui, à son avis, étaient au moins en partie liées à l'accident. Compte tenu des symptômes décrits, avec des irradiations de la nuque jusqu'à la main ainsi que des périscapulaires et pectorales, il existait une composante douloureuse neurogène. Les examens diagnostiques approfondis avaient finalement révélé une lésion chronique du nerf thoracique long et une instabilité de l'omoplate qui y était associée, ce qui pouvait également être confirmé cliniquement. À cela s'ajoutait une composante myofasciale avec des points trigger très sensibles dans la région du cou et de la ceinture scapulaire. Le Dr K._____ avait toutefois l'impression que les douleurs n'étaient pas uniquement causées par l'instabilité de l'omoplate et que celles-ci ne pouvaient expliquer que partiellement les douleurs irradiant dans la main et sous le pectoral. Il a rappelé que des mesures supplémentaires de soutien, telles qu'un suivi psychiatrique, étaient déjà en cours (pièce 108, page 22 de 23)

Un nouveau rapport a été rendu le 9 novembre 2023 par la Prof. J._____. La MA a rappelé la teneur des avis médicaux versés au dossier. Elle a notamment pris position sur les récents avis des Drs G._____ et I._____ et les dernières investigations radiologiques. Elle a également rappelé que l'assuré, chauffeur manutentionnaire âgé

de 42 ans lors de l'événement initial du 28 septembre 2010, s'était coincé le doigt lors du cintrage d'un tube. Selon le bilan détaillé du Dr D._____, qui avait procédé à un examen clinique en février 2011, l'assuré avait subi un écrasement de la phalange distale du majeur droit traitée par plastie pulpaire en VY le 28 septembre 2010. Il avait également constaté une probable contusion de l'annulaire droit. Dans son rapport du 11 juillet 2011, le Dr D._____ avait décrit une extension des plaintes concernant un syndrome cervico-brachial avec une radiographie montrant une cervicarthrose étagée, un lumbago et des douleurs scapulaires. Elle a rappelé la normalité de l'examen accompli à l'époque. On n'avait alors pas diagnostiqué de scapula alata. A teneur du rapport d'examen neurologique du 23 août 2011 et son ENMG, le status était alors dans les normes, toujours sans scapula alata. Selon la Prof. J._____, en l'absence de symptômes de pont à 13 ans de l'accident, à l'aune des résultats des deux examens accomplis par le médecin spécialisé en chirurgie qui avait alors examiné le patient à deux reprises et au vu de l'examen neurologique avec électro-neuro-myogramme effectué en 2012, une lésion initiale ne pouvait être tenue pour établie au degré de la vraisemblance prépondérante. A son avis, les troubles cervico-dorsaux et lombaires et les céphalées n'étaient pas expliqués par l'événement initial qui concernait clairement un écrasement des doigts, étant souligné qu'il n'y avait aucune relation anatomique entre un coincement des doigts et la colonne lombaire. Elle a finalement rappelé qu'à l'époque, le neurologue avait jugé l'événement trop faible pour avoir pu provoquer une lésion du plexus.

Un avis quant au traitement à mettre en œuvre avait également été requis auprès des Dresses L._____ et M._____, spécialistes en neurologie auprès de la SOC_A à Zurich. Dans leur anamnèse du 16 novembre 2023, elles sont également parties du présumé que le bras avait été tiré brusquement vers l'avant. Selon ces neurologues, le patient souffrait d'un syndrome douloureux cervico-brachial chronique par suite d'un traumatisme par traction en 2010. Malgré une lésion post-traumatique du nerf thoracique long avec omoplate droite, les troubles résiduels étaient néanmoins en grande partie d'origine myofasciale avec propagation des symptômes. Après discussion des risques, il avait été renoncé à mettre en œuvre une électromyographie. Compte tenu du caractère chronique des douleurs, un traitement antidépresseur à visée antalgique a été préconisé et elles n'avaient pas prévu de revoir ce patient (pièce 108 du dossier CNA).

Dans un rapport adressé le 2 décembre 2023 à la CAP Protection juridique, le Dr G._____ a relevé que tant lui-même que les spécialistes de la SOC_A, avaient retenu une atteinte post-traumatique du nerf thoracique long avec une scapula alata

(décollement de l'omoplate), laquelle était passée inaperçue lors des évaluations ultérieures à l'accident de 2010. Il estimait que cette omission avait empêché une appréciation correcte des douleurs et de la faiblesse, la plupart des examens effectués par les experts ayant conclu à l'absence de lésion expliquant ses douleurs. Il a précisé les conséquences possibles d'une lésion du nerf thoracique long. Selon le Dr G._____, une prise en charge médicale et asséculoologique correcte dès le départ aurait permis une tout autre trajectoire au cours des 13 dernières années (pièce 108 du dossier CNA).

Dans un rapport du 22 janvier 2024 adressé à la CAP Protection juridique, le Dr E._____ a confirmé qu'une incapacité de travail avait perduré depuis un accident survenu le 28 septembre 2010. Il a ajouté que la main droite de son patient avait été prise dans une machine qui avait entraîné un écrasement du majeur avec une torsion forcée de l'épaule en rotation externe (pièce 112, page 2 de 5 du dossier CNA).

Dans un rapport du 25 janvier 2024, le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'assurance de la CNA, a exprimé que, selon le rapport de la consultation d'orthopédie de la SOC_A, il n'y avait pas de cause orthopédique consécutive à une lésion structurelle de l'épaule pouvant être responsable de la scapula alata (pièce 111 du dossier CNA).

Sur mandat de l'OAI concernant l'appréciation de la capacité de travail résiduelle de l'assuré, la SOC_B par les Drs O._____ P._____, FMH en rhumatologie et Q._____ R._____, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise en date du 28 mai 2024 (pièce 126 du dossier CNA). Les experts ont résumé les rapports médicaux versés au dossier de l'OAI. Ils ont notamment rappelé que le Dr G._____ avait remis en cause tous les avis antérieurs des experts, du SMR ainsi que des médecins de la CNA, en posant, dans son rapport médical du 2 décembre 2023, le diagnostic d'une lésion du nerf thoracique long, initialement non diagnostiquée et qui, de l'avis de ce médecin, était la raison de l'impotence ultérieure. Il a été souligné que, dans l'axe somatique, la situation avait fait l'objet d'une discussion en permanence le 13 décembre 2023 avec le Dr S._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation auprès du SMR, discussion de laquelle la SOC_B avait déduit les éléments suivants : « Les investigations menées dans le cadre de la SOC_A ont confirmé que l'assuré présentait une instabilité de l'omoplate dans le contexte d'une lésion du nerf long thoracique mais que les douleurs qu'il présentait n'étaient pas complètement expliquées par cette instabilité. Aucune sanction chirurgicale n'a été retenue par les chirurgiens spécialistes de l'épaule. Les neurologues ont renoncé à pratiquer des investigations complémentaires et recommandé une réévaluation du traitement antalgique avec

instauration d'un traitement antidépresseur dans ce contexte de syndrome douloureux chronique ». Dans ce cadre, les experts la SOC_B avaient confirmé la nécessité de mettre en œuvre une évaluation somatique de l'appareil locomoteur. Dans le résumé de l'évolution de la maladie, il a notamment été relevé qu'en septembre 2010, le majeur droit de l'expertisé avait été pris dans une machine qui pliait des arceaux métalliques ; il avait été opéré et la phalange ainsi que l'ongle avaient pu être sauvés. L'expertisé avait aussi l'impression que le bras avait été étiré. Depuis lors, il se plaignait de douleurs. Celles-ci concernaient le membre supérieur droit, l'épaule droite ainsi que le thorax. Par la suite, étaient encore apparues des cervicalgies, qui irradiaient plus ou moins dans les membres, ainsi que des lombalgies accompagnées parfois d'irradiations dans les membres inférieurs. L'expertisé s'était également plaint de céphalées et du sentiment qu'il ne parvenait pas à respirer profondément. Au terme de plusieurs investigations, de nombreux diagnostics avaient été posés. Les investigations concernant l'épaule droite faisaient état d'une tendinopathie du sus-épineux avec une possible bursite. Lors de l'examen à la SOC_B, les experts ont été confrontés à un homme de 55 ans au comportement en partie démonstratif et majorant, avec une collaboration parfois déficiente. En particulier, la mobilisation passive de l'épaule droite n'avait pas permis d'obtenir une mobilité complète car on avait observé des contre-pulsions. Selon les experts, cela ne pouvait pas s'expliquer par une plexopathie brachiale par suite d'un étirement en 2010. En effet, dans ces situations, la mobilité passive était conservée à moins de la survenue d'une capsulite rétractile, laquelle n'avait jamais été évoquée dans le cas présent. Depuis l'expertise de 2020, il n'y avait pas eu d'élément nouveau. Les spécialistes de la SOC_B ont rappelé que l'hypothèse d'une plexopathie par suite d'un étirement en 2010 avait déjà été évoquée précédemment ; c'était un des diagnostics différentiels envisagés en 2012. L'ENMG de l'époque s'était néanmoins révélé normal et, sur la base de son examen, le neurologue avait clairement écarté ce diagnostic. Par la suite, l'expertisé avait consulté plusieurs autres neurologues et neurochirurgiens, lesquels n'avaient pas repris cette hypothèse diagnostique jusqu'en 2023. Il a encore été rappelé qu'en 2016, même le médecin traitant avait considéré que le problème était d'ordre psychosomatique et qu'il fallait retenir une pathologie psychiatrique. Les différents médecins qui avaient examiné l'intéressé avaient parfois décrit un status ostéo-articulaire et neurologique normal, d'autres fois une scapula alata ou une discrète amyotrophie. Selon les experts de la SOC_B, s'il y avait eu une lésion neurologique conséquente en 2010, de clairs signes pathologiques objectifs seraient certainement apparu au cours du temps ; à leur avis, les légères divergences ressortant des rapports médicaux relevaient vraisemblablement d'une certaine variabilité inter-observateurs mais aussi, en partie, du comportement de l'expertisé, qui était plus ou moins

collaborant. En conclusion, il n'était pas apparu de différence significative depuis l'appréciation émise lors de l'expertise de 2020 (cf. pp. 7 et 8 de l'expertise) et aucun nouveau diagnostic n'a ainsi été posé sur le plan somatique. Les divers rapports rendus sur le plan psychiatrique ont également été rappelés. Les diagnostics retenus en 2020 ont ainsi été confirmés (p. 9 de l'expertise). Les évaluations préalables des Drs P._____ et R._____ ont été jointes à l'expertise globale et consensuelle de ces deux experts. Les experts de la SOC_B ont retenus les diagnostics suivants :

- Majoration de plaintes psychiques pour des raisons psychologiques (F68.0), diagnostic retenu au regard de l'évolution somatique, des discrédances entre les plaintes et les examens cliniques, les incohérences de l'assuré qui se plaint de tristesse permanente, avant d'affirmer que ce sont ses problèmes physiques qui l'empêchent d'envisager toute activité professionnelle (non incapacitant).
- Syndrome douloureux chronique d'origine indéterminée.
- Cervicalgies chroniques sur discopathie C5-C6.
- Dorso-lombalgies chroniques sur discopathie en D11-D12 et hernie discale L5-S1 gauche.
- Excès pondéral.
- Méningiome frontal dès 2015.
- Syndrome des apnées du sommeil de degré modéré dès 2016.
- Status après accident du majeur droit le 28.09.2010.
- Status après phlegmon D11 droit le 18.08.2021.
- Status après cure de hernie inguinale gauche en 1995.
- Status après infection au Covid en avril 2021.

Le 30 mai 2024, la Prof. J._____ a indiqué que les nouveaux éléments produits ne modifiaient pas son appréciation pour les motifs suivants : « IRM lombaire 2019 : Par rapport à l'examen de 2017 : Régression subtotale de la hernie discale en L5-S1 avec actuellement persistance d'un discret débord médio-bilatéral. En plus à dispo 2023 : d'origine dégénérative. Discopathie protrusive aussi D11/D12 en contact avec la moelle sans hypersignal. ENMG : en faveur d'une lésion nerf long thoracique D-scapula alata : je recommande pour ce diagnostic un avis spécialisé ortho » (pièce 118 du dossier CNA).

Par décision du 27 juin 2024, la CNA a considéré qu'il ne ressortait pas des pièces médicales un lien de causalité certain, ou du moins vraisemblable, entre l'événement du

28 septembre 2010 et les troubles annoncés lors de la déclaration de rechute de février 2023 (pièce 122, page 2 de 3 du dossier CNA).

D. L'assuré, représenté par la CAP Protection juridique, a formé opposition en date du 2 septembre 2024. Il a exprimé que, dans son appréciation du 10 novembre 2023, la Prof. J._____ avait ramené à tort le sinistre du 28 septembre 2010 au seul écrasement des doigts alors qu'il y avait également eu une torsion brutale forcée en rotation externe du membre supérieur droit et de l'épaule droite. Il a répété que plusieurs médecins avaient rapporté une lésion n'ayant pas été identifiée lors des examens de 2012 et étant, selon un degré de vraisemblance prépondérant, en lien de causalité avec l'accident ; à ce titre, il s'est prévalu des avis des Drs G._____ du 14 janvier et 2 février 2023, I._____ du 22 février 2023, K._____ du 22 septembre 2023 et L._____ et M._____ du 14 novembre 2023. L'assuré estimait que les médecins d'assurance n'avaient pas suffisamment pris position sur ces avis divergents. Il a finalement mis en doute la valeur probante de l'expertise de la SOC_B au motif que le diagnostic de neuropathie du nerf thoracique long avait été insuffisamment pris en compte. Il a conclu à l'annulation de la décision entreprise et à l'allocation de prestations LAA ; subsidiairement, il a requis l'aménagement d'une expertise indépendante.

Dans une nouvelle évaluation du 7 janvier 2025, la Prof. J._____ a confirmé que les lésions actuelles ne pouvaient être mises sur le compte de l'accident du 28 septembre 2010. Elle a rappelé que, dans son bilan du 11 juillet 2011, le Dr D._____ avait déjà rapporté une extension des plaintes concernant un syndrome cervico-brachial avec une radiographie qui avait décrit une cervicarthrose étagée ; avaient également été notés un lumbago et des douleurs scapulaires. Au status, il avait aussi examiné l'épaule et avait alors décrit une abduction de 110°, une trophicité strictement normale et symétrique avec description de la palpation de la colonne cervicale et une musculature para-cervicale et trapèze indolore et sans contracture. Sur la base de ces éléments, il n'existait alors pas de scapula alata. Les autres examens de 2011-2012, notamment l'ENMG avaient également permis d'exclure une atteinte. De plus, à l'époque, le neurologue avait jugé l'événement trop faible pour provoquer une lésion du plexus, lésion qui n'était en outre alors pas probable compte tenu de l'absence de brachialgies lors de l'examen du spécialiste. Malgré les investigations neurologiques approfondies mises en œuvre, aucun argument en faveur d'une atteinte au niveau du nerf thoracique long pouvant être considérée comme la suite de l'événement initial du 28 septembre 2010 n'avait été trouvé (cf. le bilan neurologique et électrophysiologique du 23 août 2011). Le bilan qui avait été accompli à cette époque par le médecin d'arrondissement n'avait également

pas plaidé en faveur d'une atteinte du nerf thoracique long. La Prof. J. _____ a une nouvelle fois souligné qu'il n'y avait pas eu de symptômes de pont durant les 13 années ayant suivi l'accident. A l'aune de ces éléments, elle estimait qu'une lésion initiale était ainsi peu probable et non établie au degré de la vraisemblance prépondérante (pièce 134 du dossier CNA).

La CNA a confirmé sa position par décision sur opposition du 30 janvier 2025. Elle s'est surtout appuyée sur les conclusions de la Prof. J. _____ et du Dr N. _____, corroborées par l'avis du Dr P. _____ (SOC_B). Par ailleurs, s'agissant de l'état de fait relatif à l'accident, elle a rappelé que la torsion du bras invoquée par l'assuré ne ressortait pas de sa déclaration d'accident du 5 octobre 2010. En outre, la CNA a estimé que les avis médicaux sur lesquels s'appuyaient l'assuré se fondaient sur les propres déclarations du recourant et non sur des éléments objectifs, notamment sur les pièces médicales datant de 2010 ou 2011. La nécessité d'aménager une expertise externe a été niée (pièce 135 du dossier CNA).

E. L'assuré, représenté par Me Philippe Nordmann, a interjeté recours céans en date du 3 mars 2025. En substance, il a avancé que l'expertise de la SOC_B était insuffisante et non convaincante, tant sur le plan psychiatrique que rhumatologique ; en outre, il manquait une évaluation neurologique et orthopédique. Il estimait que les diagnostics de SDRC/CRPS, d'atteinte du nerf thoracique long, de scapula alata, ainsi que le diagnostic psychiatrique de stress post-traumatique auraient dû être retenus. Le recourant a principalement conclu à l'octroi de prestations LAA médicales et financières (à préciser en cours d'instance) ; subsidiairement, il a requis l'annulation de la décision attaquée et l'aménagement d'une expertise judiciaire.

La CNA, représentée par Me Radivoje Stamenkovic, a conclu au rejet du recours par mémoire-réponse du 7 avril 2025. Elle a déposé son dossier complet. L'intimée, se référant à la prise de position de la Prof. J. _____, dont la valeur probante a été soulignée, a une nouvelle fois rappelé que l'extension des suites de l'accident à des symptômes concernant la nuque et l'épaule droite avait déjà été dûment investiguée en 2011 et que le lien de causalité avec l'accident avait été nié. L'intimée a finalement souligné que les troubles psychiatriques du recourant n'avaient jamais été invoqués comme étant en lien avec l'événement du 28 septembre 2010 ; la déclaration de rechute n'avait d'ailleurs porté que sur l'aspect neurologique. Tout lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles psychiatriques et l'accident a dès lors également été écarté.

Le recourant a maintenu ses griefs et conclusions dans une réplique du 20 mai 2025. Il s'est en outre alors brièvement référé aux règles sur la révision, la reconsidération et, en particulier la révision procédurale du droit aux prestations en se référant à un arrêt du Tribunal fédéral 8C_562/2019 du 16 juin 2020. Selon le recourant, l'hypothèse diagnostique évoquée et écartée par le Dr F._____ avait finalement, 13 ans après l'accident, été étayée par le Dr G._____ en date du 2 février 2023 et justifiait une révision de son cas. Le recourant a joint un rapport médical émis le 24 mars 2025 au terme d'un séjour auprès de la Clinique genevoise de Crans-Montana.

L'intimée a maintenu sa position par duplique du 25 juin 2025. Elle a répété que, par le passé – et même dans son annonce de rechute – le recourant n'avait jamais revendiqué des prestations LAA en raison de séquelles psychiques. En outre, elle a rappelé que, contrairement à l'avis du Dr H._____, aucun diagnostic psychiatrique incapacitant n'avait été retenu en 2017 ou 2020, notamment par le Dr T._____ ou au terme de l'expertise de la SOC_B. De plus, aucun des spécialistes n'avait considéré que le recourant souffrait de troubles psychiques en lien avec l'événement du 28 septembre 2010. En toute hypothèse, les critères permettant de retenir un lien de causalité avec les troubles psychiques n'étaient en l'occurrence pas remplis.

L'échange d'écritures a été clos le 26 juin 2025.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

Posté le 3 mars 2025, le recours contre la décision sur opposition du 30 janvier précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 38 al. 3 et 60 LPGA), devant le tribunal compétent (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 de la loi cantonale du 6 octobre 1976 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA]). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

2.

2.1 L'intimée a considéré l'annonce du 1^{er} février 2023 comme une annonce de rechute (cf. *infra*). Le recourant a toutefois, dans sa réplique, brièvement évoqué les dispositions relatives à la révision/reconsidération et, en particulier, se référant à un arrêt du Tribunal fédéral 8C_562/2019 du 16 juin 2020, à la révision procédurale. Il sied dès lors préalablement d'examiner si les nouveaux éléments apportés par le recourant en février 2023 auraient pu et dû justifier la mise en œuvre d'une procédure de révision procédurale.

2.2 La CNA a mis un terme aux prestations LAA de l'assuré en lien avec son accident du 28 septembre 2010 par courrier simple du 11 juillet 2011 (notifié le 13 juillet 2011 selon le courrier de Me Marmy du 7 mai 2012).

On rappellera à titre préalable qu'aux termes de l'article 51 alinéa 1 LPGA, les prestations, créances ou injonctions qui ne sont pas visées à l'article 49 alinéa 1 LPGA peuvent être traitées selon une procédure simplifiée. Les indemnités journalières de l'assurance-accidents peuvent faire l'objet d'une telle procédure simplifiée, de même que le traitement médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_113/2010 du 7 juillet 2010 consid. 5.1.2). Une communication effectuée conformément au droit dans la forme simplifiée prévue à l'article 51 alinéa 1 LPGA peut produire les mêmes effets qu'une décision entrée en force si l'assuré n'a pas, dans un délai d'examen et de réflexion convenable - qui, selon les circonstances, peut être supérieur au délai légal de 30 jours mais qui ne saurait cependant dépasser plusieurs mois - manifesté son désaccord avec la solution adoptée par l'assureur et exprimé sa volonté que celui-ci statue sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours (ATF 134 V 145 consid. 5.2 et 5.3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_340/2018 du 16 mai 2019 consid. 4.2).

En l'occurrence, bien qu'ayant annoncé en mai 2022 qu'il allait prochainement consulter deux spécialistes car il doutait du diagnostic retenu par la CNA (cf. le courrier de Me Marmy du 7 mai 2012), l'assuré n'a produit aucun nouvel avis médical et, en particulier, n'a pas requis de décision formelle sujette à recours dans les mois ayant suivi. Partant, faute de contestation dans un délai raisonnable, notamment par une demande de décision formelle sujette à recours, la position de la CNA de juillet 2011 mettant fin au droit à des prestations LAA, faute de lien de causalité entre l'accident du 28 septembre 2010 et les troubles ayant persisté au-delà du 2 mai 2011 (cf. *supra*), est entrée en force.

2.3 Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquentement des faits

nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits avant (art. 53 al. 1 LPGa) et qui sont aptes à conduire à une autre motivation juridique (ATF 127 V 466 c. 2c). Il faut que le moyen de preuve n'apporte pas uniquement une nouvelle appréciation de l'état de fait, mais qu'il serve à la détermination de cet état de fait. Il doit donc s'agir d'un élément de fait qui fasse paraître les bases de la décision comme objectivement insuffisantes (ATF 138 V 324 consid. 3.2).

Conformément à l'article 55 alinéa 1 LPGa, la révision procédurale n'est toutefois admissible que dans les délais prévus à l'article 67 alinéa 1 PA. Selon l'alinéa 1 de cette disposition, la demande 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 dont la révision est requise (ATF 143 V 105 c. 2.1 ; SVR 2012 UV n° 17 c. 3 ; MOSER-SZELESS/CASTELLA, Commentaire romand LPGa 2025, n° 60 ad art. 53 et les réf.). La jurisprudence a précisé que ce délai absolu de dix ans est aussi applicable lorsque la révision procédurale porte sur une décision de l'administration. Après dix ans, la révision ne peut être demandée qu'en vertu de l'article 66 alinéa 1 PA, à savoir lorsqu'un crime ou un délit l'a influencée (art. 67 al. 2 PA ; ATF 140 V 514 consid. 3.3). L'introduction du délai absolu de 10 ans de l'article 67 alinéa 2 PA a pour double finalité de garantir la sécurité juridique et de faciliter le bon fonctionnement de l'administration, en stabilisant définitivement des rapports de droit après l'écoulement d'un certain temps, sans que cette durée ne puisse être prolongée (ATF 140 V 514 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_457/2022 du 3 avril 2023 consid. 4 ; 8C_377/2017 du 28 février 2018 consid. 7.2 et la réf.).

2.4 En l'occurrence, le recourant a manifestement agi tardivement dans l'hypothèse où, par sa requête du 1^{er} février 2023, il entendait non pas annoncer une rechute de la seule pathologie prise en charge à la suite de son accident – une atteinte aux troisième et quatrième doigts de sa main droite –, mais demander la correction des diagnostics retenus à l'époque par le biais d'une révision formelle de la décision rendue en juillet 2011, soit plus de 12 ans auparavant. Il ne prétend par ailleurs pas qu'un crime ou un délit aurait influencé cette décision (révision « *propter falsa* », au sens de l'art. 66 al. 1 PA). Le Tribunal doit dès lors constater qu'une demande de révision procédurale était dès lors en toute hypothèse tardive. Par voie de conséquence, les éléments retenus en 2011/2012, en particulier le fait que l'intimée se soit fondée sur les avis de spécialistes ayant alors exclu notamment une plexopathie brachiale consécutive à un étirement, ou une autre atteinte radiculaire voire médullaire et, en particulier, ait nié la vraisemblance

d'un lien de causalité entre de telles atteintes et l'accident du 28 septembre 2010, ne pouvait plus être revu.

2.5 A titre superfétatoire, quand bien même la demande de révision n'aurait pas été tardive, on relèvera que la jurisprudence citée par le recourant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_562/2019 du 16 juin 2020) n'est en toute hypothèse pas similaire au présent cas. En effet, dans cet arrêt, il s'agissait de prendre en compte le fait qu'une lésion n'avait pas pu être détectée par une échographie et n'avait pu être mise en évidence que par le biais d'une arthro-IRM accomplie sept mois après la notification de la décision sur opposition dont la révision était requise. Tel n'est en l'occurrence pas le cas ; en effet, en sus de l'important laps de temps écoulé entre les examens médicaux (12 ans), un examen neurologique avec ENMG avait bel et bien déjà été accompli en 2011 par le Dr F._____. Partant, s'il y a certes eu des interprétations médicales divergentes, il n'y a pas eu de véritable fait nouveau au sens requis par la jurisprudence, ce qui aurait en toute hypothèse justifié le rejet d'une demande de révision formulée avant l'échéance du délai de 10 ans.

2.6 S'agissant de la possibilité de requérir une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) de la part de l'intimée, reconsidération qui n'a d'ailleurs pas été expressément invoquée par le recourant, le Tribunal se limitera à rappeler que, selon la jurisprudence, l'administration n'est pas tenue d'y donner suite ; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peuvent l'y contraindre (ATF 133 V 50 consid. 4.1 ; 119 V 475 consid. 1b/cc ; 117 V 8 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_866/2009 du 27 avril 2010 consid. 2.2).

3. Il reste dès lors à examiner si l'intimée aurait dû considérer que les troubles annoncés en 2023 justifiaient l'allocation de prestations LAA en raison d'une rechute des lésions occasionnées par l'accident du 28 septembre 2010.

3.1 Selon l'article 6 alinéa 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle.

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon 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 affection 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 144 V 245 consid. 6.1 ; 123 V 137 consid. 3a et 118 V 293 consid. 2c).

Les rechutes et séquelles tardives 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 293 consid. 2c et les réf. ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_421/2018 du 28 août 2018 consid. 3.1, in SVR 2019 n° 9 p. 26). A cet égard, la jurisprudence considère que 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_115/2019 du 20 novembre 2019 consid. 3 ; 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2 avec les réf. [in SVR 2017 UV n° 19 p. 63] et 8C_331/2015 du 21 août 2015 consid. 2.2.2 [in SVR 2016 UV n° 18 p. 55]).

3.2 De manière générale, l'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la *conditio sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les réf.). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 123 V 102 ; 122 V 417 ; 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb).

En vertu de l'article 36 alinéa 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les réf.).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_335/2018 du 7 mai 2019 consid. 5). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.3).

3.3 Dans le domaine des assurances sociales, l'autorité fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 135 V 39 consid. 6.1). Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au

détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a).

L'autorité compétente doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 8C_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-1472/2012 du 24 mars 2014 consid. 7.1.1 et C-6844/2011 du 5 juin 2013 consid. 7.1). Elle peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (ATF 130 III 321 consid. 3.2 ; SVR 2007 IV n° 31 p. 111 [I 455/06] consid. 4.1). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C_106/2011 précité consid. 3.3). En particulier, une expertise sera mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5618/2012 précité consid. 7). Le cas échéant, l'autorité peut par ailleurs renoncer à l'administration d'une preuve, si elle acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (ATF 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc).

Il ne se justifie pas d'écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 4A_172/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 3.5 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-4232/2011 du 17 juillet 2012 consid. 5 et C-3456/2010 du 23 janvier 2012 consid. 8). S'il existe des avis contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les réf.).

En ce qui concerne en particulier les documents produits par le service médical de l'assureur, le Tribunal fédéral n'exclut pas que ce dernier ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci (ATF 122 V 157 consid. 1d). Cependant, lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'article 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les réf.).

Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète et approfondie, elle ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_543/2011 du 19 janvier 2012 consid. 2.3.1). De plus, on rappellera que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (arrêts du Tribunal fédéral 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2 ; 8C_46/2019 du 10 mai 2019 consid. 3.2.1 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345). Enfin, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Une telle expertise ne sera ordonnée que si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 145 V 97 consid. 8.5, 142 V 58 consid. 5.1, 139 V 225 consid. 5.2 et 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_108/2011 du 24 octobre 2011 consid. 2.2).

4.

4.1 En l'occurrence, la CNA a considéré que les douleurs alléguées lors de la déclaration de rechute, relatives notamment au bras et à l'épaule droites ainsi qu'à des céphalées, n'étaient pas dans une relation de causalité avec son accident du 28 septembre 2010

et, en particulier, ne constituaient pas des suites des troubles pris en charge jusqu'à sa décision informelle de juillet 2011. Pour ce faire, elle s'est surtout fondée sur l'appréciation médicale de son médecin d'assurance, la Prof. J._____, laquelle s'est principalement référée aux rapports émis en 2011 par les Drs D._____ et F._____ et aux avis des Drs N._____ (médecin d'assurance) et P._____ (SOC_B).

Le recourant met en doute l'évaluation de la Prof. J._____.

4.2 Le Tribunal constate que cette dernière, spécialiste en neurochirurgie et médecin d'assurance d'une compétence reconnue, a rendu ses évaluations en date des 9 novembre 2023 et 30 mai 2024 après avoir pris connaissance de l'ensemble des pièces médicales versées au dossier, y compris radiologiques, en connaissance de l'anamnèse, et, surtout, en ayant tenu compte des récents avis des Drs G._____ et K._____. Elle a notamment expliqué pour quels motifs médicaux elle s'écarterait des conclusions de ces derniers relatives au lien de causalité naturelle entre les plaintes actuelles de l'assuré et l'accident de 2010. A titre de motivation, elle a rappelé que selon les rapports du Dr D._____, chirurgien ayant traité l'assuré dans les suites directes de son accident, l'intéressé avait subi un écrasement de la phalange distale du majeur droit et souffrait probablement d'une contusion de l'annuaire droit. Elle a également relevé que, dans son rapport du 11 juillet 2011, le Dr D._____ avait pris acte d'une extension des plaintes avec l'apparition d'un syndrome cervico-brachial ; cette plainte avait été corrélée à une radiographie montrant une cervicarthrose étagée, soit un trouble dégénératif sans lien avec l'accident. Il avait également rapporté un lumbago (également sans lien avéré avec l'accident) et des douleurs scapulaires. S'agissant de ces dernières, dont semble ici plus particulièrement se prévaloir le recourant, le Dr D._____ avait expliqué que les examens avaient montré un status normal (abduction de 110°, trophicité strictement normale et symétrique, palpation de la colonne cervicale, de la musculature para-cervicale et des trapèzes indolore et sans contracture, mobilité du coude et du poignet normale et symétrique, enroulement des longs doigts et l'extension complète...), de sorte qu'aucune atteinte n'avait pu être objectivée en lien avec l'accident. Le médecin d'assurance a par ailleurs rappelé, à juste titre, qu'au terme de ses examens, le Dr F._____, neurologue, avait aussi expressément écarté l'hypothèse d'un étirement du plexus brachial inférieur, au motif que l'événement initial avait été insuffisant pour provoquer une telle lésion. On soulignera que le neurologue avait alors également pu exclure toute cause grave à l'origine des céphalées, qualifiées de tensionnelles et médicamenteuses.

Selon la Prof. U._____, ces constats établis à l'époque de manière concordante et étayée attestaient l'absence d'une atteinte avérée au niveau scapulaire dans les suites de l'accident, notamment d'une scapula alata. C'est ainsi de manière motivée et convaincante que la Prof. J._____ a considéré que ces éléments, cumulés au fait que l'intéressé n'avait pas connu de symptômes de pont à 13 ans de l'accident, constituaient la preuve qu'un lien de causalité entre l'événement du 28 septembre 2010 et les troubles cervico-dorsaux et lombaires ainsi que les céphalées, allégués en 2023, soit plus de dix ans après l'accident, n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante.

Il est encore rappelé que, selon les règles applicables dans le cadre d'une annonce de rechute - à différencier d'une procédure de révision procédurale (cf. *supra*) -, il faut que ce soit la même affection que celle qui a été prise en charge à l'époque, et qui était en apparence guérie, qui se manifeste à nouveau. Or, comme déjà mentionné, les troubles ayant été pris en charge à l'époque portaient exclusivement sur les troisième et quatrième doigts, avec exclusion de l'extension des plaintes aux troubles cervico-dorsaux, lombaires et aux céphalées.

4.3 Le recourant se prévaut pour sa part des avis des Drs G._____ et K._____. Il sied dès lors d'examiner si les éléments apportés dans les documents émis par ces derniers, ou d'autres éléments versés au dossier, permettent de mettre en doute la valeur probante des conclusions du médecin d'assurance, en exposant pour quels motifs elles seraient erronées ou lacunaires.

Dans son rapport du 2 décembre 2023, le Dr G._____ a avancé le diagnostic d'atteinte post-traumatique du nerf thoracique long avec une scapula alata qui serait passé inaperçue lors de toutes les évaluations ultérieures à l'accident de 2010. Il estime en substance que cette atteinte serait à l'origine de tous les troubles du recourant. Comme déjà mentionné, de tels arguments, tendant à requérir un réexamen de la décision rendue en 2011 et non une rechute des seuls diagnostics relatifs aux doigts retenus à l'époque, auraient toutefois dû être articulés dans le délai absolu de dix ans. Ils ne sont dès lors pas susceptibles de mettre en doute l'appréciation de la Dresse V._____ sous l'angle du droit à des prestations LAA en raison d'une rechute.

A titre superfétatoire, on relèvera que les experts de la SOC_B (les Drs P._____ et R._____) ont souligné que les douleurs présentées n'étaient pas complètement expliquées par une instabilité de l'omoplate dans le contexte d'une lésion du nerf long thoracique. En particulier, aucune chirurgie n'a été préconisée et il a été renoncé à poursuivre les investigations neurologiques pour réduire les troubles. Au contraire, les

experts de la SOC_B ont souligné le caractère démonstratif et parfois peu collaborant de l'intéressé. En particulier, la mobilisation passive de l'épaule droite n'avait pas permis d'obtenir une mobilité complète car on avait observé des contre-pulsions ; or, cela ne pouvait s'expliquer par une plexopathie brachiale par suite d'un étirement en 2010. Selon les experts de la SOC_B, s'il y avait eu une lésion neurologique conséquente en 2010, des clairs signes pathologiques objectifs seraient certainement apparus au cours du temps. A leur avis, les légères divergences ressortant des rapports médicaux relevaient vraisemblablement d'une certaine variabilité inter-observateurs mais aussi, en partie, du comportement de l'expertisé qui était plus ou moins collaborant. Le Tribunal constate ainsi que même s'il avait été encore possible de mettre en œuvre une révision procédurale (ce qui n'est pas le cas ; cf. *supra*), les éléments relevés par la SOC_B auraient confirmé que les plaintes rapportées dès 2023 ne pouvaient en toute hypothèse pas être corrélées au degré de la vraisemblance prépondérante à une plexopathie brachiale qui serait survenue par suite d'un étirement en 2010.

A l'aune de ces éléments, comme l'a justement relevé la Prof. J._____, dont l'avis emporte la conviction de la Cour, le Tribunal ne saurait faire grief à l'intimée d'avoir retenu qu'au plan somatique, les troubles annoncés en 2023 n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident du 28 septembre 2010 et, en particulier, en lien – que ce soit sous forme de rechute ou de séquelles tardives – avec les troubles ayant été pris en charge par la CNA jusqu'à la décision informelle de juillet 2011, à savoir des lésions aux doigts.

4.4 Finalement, sur le plan psychiatrique, comme l'a relevé l'intimée, le Tribunal constate que les troubles du recourant n'ont jamais été invoqués comme étant en lien avec l'événement du 28 septembre 2010, étant rappelé que même la déclaration de rechute de 2023 n'a porté que sur l'aspect neurologique avec renvoi au seul avis du Dr G._____, neurologue.

Au demeurant, on rappellera que, selon la psychiatre de la SOC_B, praticienne d'une compétence reconnue et qui a rendu un rapport remplissant pleinement les réquisits posés par la jurisprudence en matière de valeur probante des rapports médicaux, l'assuré n'est pas limité dans les actes de la vie quotidienne par une pathologie psychiatrique. La psychiatre a notamment écarté de manière motivée et convaincante le trouble de stress post-traumatique évoqué notamment par le Dr H._____ et a uniquement retenu le diagnostic non incapacitant de majoration de plaintes psychiques pour des raisons psychologiques (F68.0), diagnostic retenu notamment au regard de l'évolution somatique et des discrepances entre les plaintes et les examens cliniques.

Sur cette base, à défaut de tout diagnostic psychiatrique et d'avis spécialisé contraire d'une valeur probante prépondérante, on ne saurait faire grief à l'intimée d'avoir nié tout lien de causalité sur le plan psychiatrique.

4.5 A l'aune de ces éléments, la Cour considère que les avis des praticiens consultés par le recourant ne mettent pas en doute les conclusions étayées du médecin d'assurance, de sorte que rien n'autorise à s'en écarter.

4.6 Dans ces circonstances, il appert que les différents avis médicaux au dossier permettaient à l'intimée de porter un jugement valable sur le présent cas, sans qu'il se justifie de mettre en œuvre une expertise judiciaire telle que réclamée par le recourant à titre de conclusion subsidiaire (sur l'appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1). Dès lors, faute de lien de causalité entre les troubles annoncés par le recourant lors de sa déclaration de rechute du 1^{er} février 2023 et l'accident du 28 septembre 2010, c'est à juste titre que l'intimée a refusé d'allouer des prestations à celui-ci. Le recours doit ainsi être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

5. Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. fbis LPGA), la loi spéciale, en l'occurrence la LAA, ne prévoyant pas le prélèvement de frais. Vu l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

Prononce

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

Sion, le 3 juin 2026