

# **VS\_GERICHTE S2 24 4 vom 12. September 2025**

VS Kantonsgericht, 2025-09-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs\\_gerichte\\_S2\\_24\\_4](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2_24_4)

FR: VS\_GERICHTE S2 24 4 du 12 septembre 2025

IT: VS\_GERICHTE S2 24 4 del 12 settembre 2025

## **Regeste**

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)

## **Erwägungen**

### **E. 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.

- 11 -

### **E. 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.

### **E. 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 subséquentement des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

#### **E. 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).

- 12 -

### **E. 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 1er mars 2018 consid. 4).

### **E. 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.

#### **E. 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).

## **E. 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

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

### **E. 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.

### **E. 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

- 14 - 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

- 15 - 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.

## **E. 6**

Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. fbis 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

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.