

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 septembre 2026

Composition : Mme BRELAZ BRAILLARD, présidente
MM. Piguet, juge, et Farron, assesseur
Greffier : M. Reding

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____ SA, à C***, recourante,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

**Art. 29 al. 2 Cst ; art. 4 et 49 al. 3 LPGA ; art. 6 al. 1 LAA ; art. 11
OLAA**

En fait :

A. F._____ (ci-après : l'assuré), né en ***, est employé, depuis ***, par la société G._____ SA en qualité de machiniste. A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 27 janvier 2016, l'assuré s'est coupé le pouce gauche avec un cutter au moment d'ouvrir un colis. Puis, le 17 janvier 2019, sur un chantier à K***, il s'est blessé aux doigts gauches en voulant aider un collègue à tenir une perceuse, son gant s'étant pris dans la rotation de l'engin. Ces événements ont été annoncés respectivement les 29 janvier 2016 et 21 janvier 2019 à la CNA, laquelle a pris en charge leurs suites sous deux références distinctes.

Dans le cadre de l'instruction – séparée – de ces deux dossiers, la CNA a recueilli divers documents, dont :

- ☐ un rapport du 3 mars 2016 de la Dre L._____, médecin au Service de médecine interne des Hôpitaux A._____, laquelle faisait état du diagnostic de plaie de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce gauche, avec atteinte du tendon abducteur ;
- ☐ trois protocoles opératoires des 23 mars 2016, 1^{er} février 2017 et 25 janvier 2018 portant sur le traitement d'un névrome du nerf radial du pouce gauche ;
- ☐ un rapport du 4 février 2019 du Dr E._____, médecin assistant au Service de chirurgie plastique et de la main du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV), lequel mettait en évidence les diagnostics de luxation ouverte métacarpo-phalangienne de l'index gauche avec lésion complète du ligament collatéral ulnaire, d'arrachement des interosseux dorsaux, de capsulotomie et de section de l'artère collatérale ulnaire, tout en indiquant que ces atteintes avaient fait l'objet d'une intervention chirurgicale réalisée le 18 janvier 2019 ;

- deux rapports des 30 septembre et 16 décembre 2019 du Dr M._____, spécialiste en chirurgie de la main, lequel notait une réactivation des douleurs neurogènes de la branche sensitive du nerf radial gauche en date du 28 mars 2019, ainsi qu'une raideur en extension de l'index et une allodynie de ce dernier sur la face dorsale ulnaire, tout en précisant que l'assuré avait repris son activité à 100 % le 15 mai 2019 ;
- un rapport du 3 septembre 2020 du Dr I._____, spécialiste en neurologie, lequel exposait que l'assuré présentait, à la suite de deux traumatismes et de plusieurs opérations, des troubles sensitifs bien distribués dans le territoire de la branche superficielle du nerf radial et sur le versant radial de l'avant-bras gauche ; il était donc question d'une neuropathie purement sensitive, sans répercussion motrice, douloureuse, avec un caractère allodynique ; sur le plan thérapeutique, il n'y avait pas de mesure bien spécifique à proposer ; les douleurs semblaient relativement importantes, mais l'assuré avait pu retrouver une capacité de travail de 100%, sans aucune antalgie.

Le 3 novembre 2020, l'assuré a été examiné par la Dre N._____, médecin d'arrondissement de la CNA. Dans un rapport du même jour, celle-ci a constaté que la situation sur le plan médical était désormais stabilisée. La capacité de travail était entière dans l'activité de machiniste telle qu'exercée actuellement, quand bien même il ne s'agissait pas d'une activité parfaitement adaptée. L'assuré avait, en revanche, droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité couvrant les séquelles des accidents de 2016 et 2019, laquelle a été fixée à 15 % dans une appréciation séparée datée du 4 novembre 2020.

Par décision du 7 janvier 2021, la CNA a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 22'230 francs. Non contestée, cette décision est entrée en force.

B. Le 17 septembre 2024, l'employeur de l'assuré a annoncé une rechute de l'accident du 17 janvier 2019 à la CNA.

Par rapport non daté, reçu le 12 novembre 2024 par la CNA, le Dr M._____ a signalé que son patient présentait des douleurs sur la face dorso-radiale de la main gauche dès 2019. Ces dernières s'étaient cependant aggravées il y a un an environ. L'assuré était en incapacité de travail à 100 % depuis quinze jours. Ce médecin l'a alors orienté vers le Dr P._____, spécialiste en anesthésiologie, pour le traitement de son allodynie.

Dans une appréciation du 6 janvier 2025, la Dre N._____ a estimé que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas péjoré, car le traitement antalgique, qui lui avait été prescrit sur le long terme en raison d'allodynies au territoire radial gauche, avait précisément pour but d'éviter une telle aggravation.

Par courrier du 7 janvier 2025, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'il n'avait pas droit au versement des prestations d'assurance pour la rechute déclarée, au motif qu'aucune aggravation objectivable liée à l'accident de janvier 2019 et nécessitant un traitement n'était survenue depuis la fin du dernier traitement. Elle a, au demeurant, spécifié que la prise en charge du traitement antalgique allait être évaluée séparément.

Par courrier du 28 janvier 2025, l'assuré a objecté que son état de santé s'était bel et bien aggravé, comme l'avait attesté le Dr M._____ dans son dernier rapport.

Par rapport du 31 janvier 2025, le Dr P._____ a mentionné avoir procédé, le 20 décembre 2024 et les 6 et 31 janvier 2025, à trois anesthésies par bloc nerveux périphérique sur le nerf radial superficiel gauche, tout en spécifiant que l'assuré manifestait toujours des douleurs importantes.

Le 12 février 2025, la CNA a recueilli un rapport du 5 décembre 2024 du spécialiste précité, lequel faisait état d'une nette augmentation des douleurs qui s'inscrivait probablement aussi dans un contexte de surcharge psychologique.

Par courriel du 13 février 2025, B._____ SA (ci-après : B._____ ou la recourante), assureur perte de gain en cas de maladie en vertu de la LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]) de l'employeur de l'assuré, a fait part à la CNA de son désaccord quant à son refus de prendre en charge les conséquences de la rechute annoncée, expliquant que son médecin-conseil n'adhérait pas à son appréciation.

Par rapport du 5 mars 2025, le Dr P._____ a indiqué que la douleur que présentait son patient était directement liée à l'« *accident initial* » et n'avait pas pu être diminuée par les différentes anesthésies.

Dans un avis du 12 mars 2025, la Dre N._____ a soutenu que les rapports du Dr P._____ n'apportaient pas d'élément médical nouveau susceptible de modifier son appréciation, dès lors que le traitement mené par ce spécialiste devait se poursuivre sur le long terme.

Par courriel du 17 mars 2025, B._____ a transmis à la CNA un rapport établi le 11 février 2025 par son médecin-conseil, le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel relevait notamment que le bilan clinique avait mis en évidence un signe de Tinel « intense » sur le bord radial de l'avant-bras, tout en concluant que sur le plan médical, un traitement en lien probable avec les séquelles de l'évènement de janvier 2019 était nécessaire.

Dans un avis du 1^{er} mai 2025, la Dre N._____ a, à nouveau, réfuté l'existence d'une rechute.

Par décision du 26 mai 2025, la CNA a confirmé le contenu de son courrier du 7 janvier 2025.

Le 18 juin 2025, B._____ a formé opposition à l'encontre de cette décision.

Par décision sur opposition du 3 juillet 2025, la CNA a rejeté cette opposition.

Par rapport du 10 juillet 2025, le Dr P. _____ a exposé que les infiltrations qu'il avait effectuées permettaient de soulager les symptômes de l'assuré. La douleur revenait toutefois systématiquement un mois plus tard. Il a ainsi préconisé l'implant d'une électrode nerveuse périphérique le long du nerf radial superficiel, dans le but d'obtenir une neuromodulation continue et, de ce fait, un traitement antalgique prolongé.

Dans un avis du 22 juillet 2025, la Dre N. _____ a affirmé que le traitement proposé par le Dr P. _____ visait seulement à éviter une aggravation aiguë de la situation.

Par courrier du 28 août 2025, cette autorité a informé l'assuré que le cas était clos, dans la mesure où il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation des mesures thérapeutiques une sensible amélioration de son état de santé. Elle remboursait cependant, à titre gracieux, quatre consultations auprès du Dr P. _____ et le traitement antalgique réalisé par ce spécialiste. La poursuite de la prise en charge des coûts allait être examinée périodiquement.

C. Le 2 septembre 2025, B. _____ SA a recouru contre la décision sur opposition susmentionnée, concluant principalement à son annulation et à ce que la CNA soit condamnée au versement des indemnités journalières à compter du 12 octobre 2024 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi du dossier à celle-ci pour complément d'instruction. Elle a, dans un premier temps, reproché à cette autorité un défaut de motivation, avançant qu'« *aucune argumentation n'[était] donnée quant au fait que l'assuré n'aurait pas présenté une rechute et aucune précision claire n'[était] donnée quant à la prise en charge de l'incapacité de travail* ». Elle a, en outre, soutenu que la CNA n'avait pas expliqué de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles elle n'avait pas retenu une rechute ou des séquelles tardives, mais qu'elle s'était contentée d'une brève motivation, laquelle ne permettait pas de comprendre son

raisonnement. Les avis de la Dre N._____ étaient, à cet égard, trop succincts.

Par réponse du 29 septembre 2025, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a notamment estimé que B._____ confondait le traitement conservateur (anesthésies par bloc), lequel était destiné à prévenir une péjoration aiguë de la situation, avec celui qui intervenait lorsqu'une aggravation notable s'était effectivement produite.

Par réplique du 3 décembre 2025, B._____ a maintenu ses conclusions.

Par duplique du 17 décembre 2025, la CNA a, à son tour, confirmé ses conclusions.

En droit :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, en sa qualité d'assureur perte de gain en cas de maladie susceptible de devoir prendre en charge une partie des prestations litigieuses, B._____ est touchée par la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, si bien qu'elle dispose de la qualité pour recourir (art. 49 al. 4 et 59 LPGA). En outre, déposé en temps utile – compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA) – auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ;

BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGa notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimée d'allouer des prestations de l'assurance-accidents, au titre de rechute de l'événement du 17 janvier 2019, pour les troubles à la main gauche annoncés le 17 septembre 2024.

3. a) Dans un premier grief d'ordre formel, la recourante se plaint implicitement d'une violation de son droit d'être entendue, soutenant, en substance, que la décision sur opposition attaquée est insuffisamment motivée.

b) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGa, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 150 III 1 consid. 4.5 ; 149 V 156 consid. 6.1 ; 147 IV 249 consid. 2.4 ; 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les références). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui

présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I 11 consid. 5.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.2). Sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 147 IV 340 consid. 4.11.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références).

c) *In casu*, dans sa décision sur opposition du 3 juillet 2025, l'intimée a justifié son refus de verser les prestations d'assurance sollicitées au motif que « *nul ne prétend[ait] que l'assuré a[vait] présenté une rechute* » et que « *[s]elon les avis médicaux au dossier, [celui-ci] a[vait] besoin [d']un traitement pour éviter une aggravation des séquelles de l'accident* ». Aussi, force est d'admettre que cet acte – dont la subsomption se révèle plus que succincte – ne remplit pas les exigences en matière de motivation. Il ne fait, en effet, aucunement mention des rapports médicaux sur lesquels il se fonde. Il ne se prononce, en outre, pas sur la question de l'incapacité de travail, créant, de la sorte, un certain flou quant à l'objet du litige. Il s'ensuit que l'intimée a violé le droit d'être entendu de la recourante.

Cette dernière a toutefois eu l'occasion de faire valoir, par son recours et sa réplique, ses arguments devant la Cour de céans, autorité qui jouit d'un plein pouvoir d'examen. L'intimée, pour sa part, a développé plus en détails sa position au travers de sa réponse, en citant notamment les rapports médicaux à la base de sa décision sur opposition attaquée. Un renvoi du dossier à cette autorité allongerait, pour le reste, inutilement la procédure, ce au détriment de la recourante. Il apparaît, en conséquence, que la violation du droit d'être entendu a été réparée dans le cadre de la présente procédure, de sorte qu'il est renoncé à annuler la décision sur opposition précitée en raison de ce vice de procédure.

4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate. Un rapport de causalité naturelle doit être admis lorsque le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que cet événement soit la cause unique, prépondérante ou immédiate de l'atteinte à la santé. Il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1). 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).

c) 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 donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). 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 123 V 137 consid. 3a et les références ; TF 8C_171/2023 du 17 janvier 2024 consid. 3.1). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

En cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident (TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3 et les références). A cet égard, il est admis 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 (TF 8C_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.1 et les références). Faute de preuve, la décision sera défavorable à la personne assurée (TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 4.2 et les références).

d) Le catalogue des prestations de l'assurance-accidents comprend notamment le droit au traitement médical (art. 10 LAA), le droit à une indemnité journalière (art. 16 et 17 LAA), le droit à une rente

d'invalidité (art. 18 ss LAA), ainsi que le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 et 25 LAA).

4. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, 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. 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 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGa), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge 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. S'il existe des avis contradictoires, il 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, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) En l'espèce, l'assuré s'est blessé à deux reprises, les 27 janvier 2016 et 17 janvier 2019, à la main gauche dans le cadre de son activité professionnelle. L'intimée a pris en charge les suites de ces événements sous la forme du versement d'indemnités journalières et du remboursement des traitements médicaux, reconnaissant, à ce titre, qu'il s'agissait d'accidents au sens de l'art. 4 LPGa. Puis, par décision du 7 janvier 2021, elle a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité, après avoir constaté que la situation sur le plan médical était désormais stabilisée. Elle ne lui a, en revanche, pas accordé de rente d'invalidité, dès lors que sa capacité de travail était entière dans son activité habituelle de machiniste telle qu'il l'exerçait. Le 17 septembre 2024, l'employeur de l'assuré a déclaré une rechute de l'événement de janvier 2019 en raison d'une augmentation des douleurs à la main. L'intimée a toutefois refusé d'allouer les prestations d'assurance demandées, soutenant, sur la base de l'avis de sa médecin d'arrondissement, la Dre N._____, qu'aucune aggravation objectivable liée à cet accident n'était survenue.

b) Cela étant, tant la Dre N._____ que les Drs P._____ et R._____ ont reconnu l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident de janvier 2019 et la recrudescence des douleurs neurogènes dans la région du nerf radial superficiel. Ce point n'est donc pas litigieux. Reste cependant contestée la question de savoir si les symptômes se sont aggravés de sorte à admettre une rechute de cet accident.

c) A cet égard, le Dr M._____, dans son rapport non daté ayant été reçu le 12 novembre 2024 par l'intimée, a indiqué que les douleurs présentées par l'assuré persistaient depuis 2019. Il a cependant également fait état d'une dégradation de la situation intervenue un an auparavant. Au status, il a noté un signe de Tinel intense sur le bord radial de l'avant-bras. Pour cette raison, il a adressé son patient au Dr P._____ en vue d'un traitement antalgique de l'allodynie, tout en spécifiant que l'opportunité de réaliser des « *blocs s[é]lectifs pour vérifier si d'autres nerfs [étaient] impliqués* » ou une cryothérapie devait être discutée. L'augmentation des douleurs fin 2023 a aussi été relevée par ce spécialiste en anesthésiologie dans son rapport du 5 décembre 2024. Il ressort, de surcroît, de ses rapports des 31 janvier, 5 mars et 10 juillet 2025 que l'assuré a subi quatre anesthésies par bloc nerveux périphérique sur le nerf radial superficiel gauche entre décembre 2024 et février 2025 afin de soulager les symptômes, mais que ces traitements n'ont pas rencontré le succès escompté, les douleurs réapparaissant systématiquement après un mois. L'implant d'une électrode nerveuse périphérique le long de ce nerf a alors été suggéré. Le Dr R._____ a enfin mis en évidence, dans son appréciation du 11 février 2025, une force de préhension réduite par rapport à 2019, tout en soutenant qu'un traitement assorti d'un arrêt de travail total était nécessaire.

Ainsi, au regard de ces différents avis, on peine à comprendre sur quels éléments médicaux la Dre N._____ s'est appuyée pour estimer que l'assuré ne présentait pas de péjoration objectivable de son état de santé et que les traitements antalgiques menés par le Dr P._____ visaient uniquement à éviter une aggravation aiguë de ce dernier. L'ensemble des médecins traitants et le médecin-conseil de la recourante sont, en effet, unanimes sur le fait que les douleurs à la main gauche se sont amplifiées à la fin de l'année 2023, avec notamment un signe de Tinel – lequel a été décrit comme « *intense* » – qui s'est déplacé des doigts à l'avant-bras. Cette recrudescence des symptômes a conduit à une incapacité de travail de 100 % entre le 11 octobre 2024 et le 14 février 2025 et à la mise en œuvre d'une nouvelle thérapie antalgique par le Dr P._____ en 2024 et 2025,

laquelle ne s'est cependant pas avérée concluante. A ce titre, l'argument de la Dre N._____ selon lequel le traitement se poursuivait sur le long terme n'est pas pertinent pour retenir ou, au contraire, exclure une rechute en vertu de l'art. 11 OLAA, dès lors que, dans ce cadre, seul doit être déterminé si l'atteinte à la santé, qui était réputée guérie, s'est à nouveau manifestée après la clôture du cas (cf. *supra* consid. 4c). Les appréciations de la médecin d'arrondissement de l'intimée doivent, par conséquent, être écartées au profit de celles des Drs M._____, P._____ et R._____, dont les conclusions sont convaincantes.

d) Partant, dans la mesure où, d'une part, l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquat entre l'accident de janvier 2019 et les troubles à la main gauche de l'assuré réapparus fin 2023 est reconnue et, d'autre part, ces derniers sont à l'origine d'une aggravation de la situation sur le plan médical justifiant un traitement et un arrêt de travail, il convient d'admettre l'existence d'une rechute. Il ne s'agit pas du cas de figure dans lequel des douleurs prévisibles et liées à un état stabilisé réapparaissent (cf. TF U244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.2), étant donné que les symptômes n'ont jamais totalement disparu et que des mesures thérapeutiques, en particulier l'implant d'une électrode nerveuse, sont encore envisageables. Il s'ensuit que l'intimée est tenue de prendre en charge l'incapacité de travail de l'assuré, de même que le traitement médical approprié. Le dossier doit donc lui être renvoyé, afin qu'elle se prononce notamment sur l'intervention proposée par le Dr P._____ dans son rapport du 10 juillet 2025 et sur l'étendue du droit aux indemnités journalières, la décision sur opposition attaquée étant muette à ce sujet.

6. a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision sur opposition rendue le 3 juillet 2025 par l'intimée annulée, la cause étant renvoyée à cette autorité pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. ^{fbis} LPGA), ni d'allouer de dépens, la partie recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue 3 juillet 2025 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaire, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- B. _____ SA,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :