

S2 23 49

ARRÊT DU 5 NOVEMBRE 2025

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

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Matthieu Sartoretti, juges ;
Loane Imhof, greffière *ad hoc* ;

en la cause

A.____, recourant

contre

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

(refus de prestations ; art. 6 al. 1 LAA ; lien de causalité adéquate en matière de
troubles psychiques)

Faits

A. A.____ (ci-après : l'assuré), né le xx 1974, était employé de B.____ SA (ci-après : l'employeur), à Q.____, en tant que monteur sanitaire à un taux de 100% (cf. dossier pièce 80). A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels ainsi que de maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) (cf. dossier pièce 1).

B. Par déclaration d'accident du 18 juin 2021, l'employeur a annoncé que le 17 juin 2021 son employé était tombé du premier étage au rez-de-chaussée car le bois d'une gaine technique avait rompu, entraînant une chute d'environ cinq à six mètres (cf. dossier pièces 1 et 14). Selon les examens effectués aux urgences sur l'assuré, ce dernier souffrait d'une fracture des os propres du nez non déplacée, de dermabrasions sur son bras droit et d'une plaie superficielle au tibia gauche. En outre, un probable trauma crânien, une diminution de la mobilité de l'épaule droite et des douleurs au niveau des dorsales et lombaires ont été relevés (cf. dossier pièce 14). Le diagnostic de trauma crânien a pu être exclu par l'imagerie cérébrale et celles de la colonne verticale et du thorax effectuées le jour de l'accident aux urgences (cf. dossier pièce 20). L'intéressé est rentré à son domicile le jour même (cf. dossier pièce 14). L'assuré a présenté une incapacité totale de travail du 17 juin 2021 au 31 juillet 2021 (cf. dossier pièces 2, 3, 7, 9, 11).

En date du 24 juin 2021, la CNA a octroyé des prestations à l'assuré en lien avec l'accident du 17 juin 2021 (cf. dossier pièce 5).

Le 15 juillet 2021, l'assuré s'est rendu chez la Dre C.____ pour effectuer une échographie de l'épaule droite. Le rapport indiquait que l'assuré présentait un léger épaissement de la bourse sous-acromiale, compatible avec des signes de discrète bursite et qu'aucune anomalie n'avait été décelée au niveau des tendons de la coiffe des rotateurs (cf. dossier pièce 15).

Sur requête de la CNA, la Dre D.____ a rendu le 8 octobre 2021 un rapport médical intermédiaire sur l'état de santé de l'assuré. Dans ce rapport, elle a indiqué que l'assuré présentait une bursite à l'épaule droite ainsi qu'une surdité à droite des suites de la chute sur la tête (cf. dossier pièce 18).

Pour le problème de surdité, l'assuré a effectué de plus amples examens auprès du Service ORL de l'Hôpital de Sion (cf. dossier pièces 19, 25, 31). L'audiogramme tonal

effectué par le Dr E. ____ a révélé une surdité du côté droit. Il a ainsi été décidé d'élargir le bilan par des épreuves caloriques et un IRM. Le Dr a indiqué que les épreuves caloriques s'étaient révélées symétriques, que l'IRM n'avait pas révélé de particularité. Il a proposé à l'assuré une opération pour poser un implant, ce que ce dernier a refusé (cf. dossier p. 25). A la suite de renseignements fournis par l'assuré sur ses précédents emplois et notamment les atteintes acoustiques subies pendant sa carrière, la CNA a ouvert un dossier séparé pour son atteinte acoustique à titre de maladie professionnelle (cf. dossier pièce 41).

C. En raison de la persistance de douleurs au niveau de l'épaule droite, l'assuré s'est rendu chez le Dr F. ____ le 3 décembre 2021, qui lui a prescrit une arthro-IRM (cf. dossier pièces 62 et 70). L'examen a mis en évidence une lésion partielle du bord supérieur du sous-scapulaire associée à une subluxation du long chef du biceps justifiant une intervention chirurgicale. Le 2 février 2022, l'assuré a bénéficié d'une infiltration qui l'a soulagé une semaine, jusqu'à ce que ses douleurs reviennent rapidement lors des activités professionnelles (cf. dossier pièces 52, 69). En date du 23 mars 2022, l'assuré a été opéré par la Dre G. ____ par arthroscopie d'épaule avec reconstruction de la coiffe des rotateurs et acromioplastie de l'épaule droite (cf. dossier pièce 63). Pour son atteinte à l'épaule, l'assuré a été en incapacité de travail du 23 mars 2022 au 30 novembre 2022 (cf. dossier pièces 50, 57, 67, 73, 88, 89, 90, 102, 110).

Le 25 juillet 2022, la CNA a octroyé des prestations à l'assuré pour la rechute annoncée en lien avec l'accident du 17 juin 2021 dès le début de l'incapacité de travail, soit dès le 23 mars 2022 (cf. dossier pièce 76).

Le 16 septembre 2022, l'assuré a informé la CNA qu'il était suivi par une psychiatre, la Dre H. ____ une fois par mois et par une psychologue tous les 15 jours, précisant qu'il était notamment traité pour des troubles de panique (cf. dossier pièce 101).

Le 29 septembre 2022, l'employeur de l'assuré a résilié les rapports de travail avec effet au 30 novembre 2022 (cf. dossier pièce 113).

Le 3 octobre 2022, la psychiatre traitante a posé les diagnostics de trouble dépressif organique, de trouble cognitif dû au trauma crânien, de trouble de la personnalité dû au trauma crânien et d'un état de stress post-traumatique. Elle a également ajouté que l'assuré bénéficiait d'un suivi pharmacologique et thérapeutique en lien avec ses atteintes psychiques et qu'il était suivi environ deux fois par mois, suivi dont il aurait besoin sur du long terme. Elle a conclu son rapport en mentionnant que la capacité de

travail de l'assuré était nulle au regard de ses troubles psychiques (cf. dossier pièce 104).

Suite à une arthro-IRM réalisée le 26 septembre 2022, le Dr F._____ a transmis le 10 octobre 2022 à la CNA son rapport clinique 7 mois après l'intervention chirurgicale. Dans son rapport, il a indiqué que la coiffe des rotateurs était guérie et présentait une excellente trophicité musculaire, malgré des douleurs diffuses toujours ressenties par l'assuré lors de l'utilisation de son bras droit. De son point de vue, il y avait certainement une somatisation dans le contexte d'un stress post-traumatique. En outre, il a mentionné qu'il prolongeait une dernière fois l'arrêt de travail pour une durée d'un mois mais que pour la suite, il n'y avait plus de justification orthopédique pour un tel arrêt de travail (cf. dossier pièces 114 et 117).

Le 14 novembre 2022, la Dre J._____, médecin conseil de la CNA a relevé que l'examen du 26 septembre 2022 confirmait la guérison de la coiffe des rotateurs. La Dre a ainsi conclu que la situation de l'assuré était stabilisée et a décrit les limitations fonctionnelles dans le respect desquelles l'assuré pouvait être considéré comme pleinement apte à travailler. En se fondant sur les barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité corporelle selon la LAA, la Dre J._____ a fixé le taux d'atteinte à l'intégrité corporelle (IPAI) à hauteur de 5% (cf. dossier pièces 119 et 120).

En raison de ses atteintes psychiques, la psychiatre H._____ a déclaré que l'assuré était en incapacité totale de travail du 1^{er} décembre 2022 au 31 janvier 2023 (certificat médical du 16 novembre 2022, dossier pièce 123).

D. Par décision du 21 novembre 2022, la CNA a nié tout lien de causalité entre l'accident du 17 juin 2021 et les troubles psychiques et mis fin à ses prestations au 31 décembre 2022 pour ces atteintes psychiques (cf. dossier pièce 134).

Par décision du 23 novembre 2022, la CNA a constaté que sur le plan somatique le *statu quo ante* était atteint et a mis fin à ses prestations (indemnités journalières et traitements médicaux) avec effet au 31 décembre 2022 mais que le dossier était encore en cours d'examen pour déterminer le droit à une rente d'invalidité et une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle (IPAI) (cf. dossier pièce 140).

En date du 15 décembre 2022, l'assuré s'est opposé à la décision de la CNA du 21 novembre 2022 (cf. dossier pièce 144). Dans son écriture, l'assuré a indiqué que la CNA lui avait refusé à tort toutes prestations à partir du 1^{er} janvier 2023, une rente d'invalidité et une rente pour atteinte à l'intégrité corporelle (IPAI). L'assuré a invoqué que des

causes organiques expliquaient les troubles psychiques qui persistaient et que le rapport établi par sa psychiatre confirmait qu'il existait un lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles psychiques et l'accident du 17 juin 2021. Il a ajouté que sa psychiatre établirait un rapport complémentaire prochainement. Il a conclu à l'annulation de la décision de la CNA, à l'admission de son opposition, à la poursuite du versement des indemnités journalières, à la prise en charge de ses traitements médicaux après le 31 décembre 2022 et qu'elle lui octroie une rente entière d'invalidité ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au moins 50% (cf. dossier pièce 144).

Par décision du 13 janvier 2023, la CNA a alloué à l'assuré pour les atteintes physiques persistantes en lien avec son accident du 17 juin 2021, une rente d'invalidité de 24% (cf. dossier pièce 155) et une IPAI de 5% (cf. dossier pièce 155). Cette décision n'a pas fait l'objet d'une opposition de la part de l'assuré.

En date du 26 avril 2023, la CNA a rendu une décision sur opposition confirmant sa décision du 21 novembre 2022, au motif qu'elle ne répondait que des atteintes à la santé en lien de causalité non seulement naturelle mais encore adéquate avec un événement assuré et que, dans le cas d'espèce, il n'existait pas de preuve attestant avec une vraisemblance prépondérante que l'événement dommageable était la condition *sine qua non* des troubles psychiques de l'assuré. Elle a précisé que même s'il fallait ranger l'événement du 17 juin 2021 dans la catégorie des accidents de gravité moyenne *stricto sensu*, la causalité adéquate et partant sa responsabilité pour les troubles psychiques devrait être niée car aucun des critères développés par la jurisprudence n'était rempli. Elle a également refusé de mettre en œuvre des mesures d'instruction car l'examen de la causalité adéquate était une question de droit, dont la réponse incombait à l'administration ou à l'autorité judiciaire et non à des médecins. Par sa décision, la CNA a ainsi rejeté l'opposition de l'assuré et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours contre cette décision (cf. dossier pièce 161).

E. Le 24 mai 2023, l'assuré a recouru céans à l'encontre de la décision sur opposition de la CNA du 26 avril 2023. Il a conclu à l'annulation de la décision du 26 avril 2023, que la CNA lui reconnaisse un droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'au moins 50%, ainsi qu'une rente entière d'invalidité, qu'elle continue à lui verser des indemnités journalières et à prendre en charge les frais de traitement, les frais étant mis à la charge de la CNA et à ce que de justes dépens lui soient alloués. Dans son recours, l'assuré a invoqué que la CNA lui refusait injustement des prestations auxquelles il estimait avoir le droit, c'est-à-dire, des indemnités journalières et la prise en charge des frais de traitements médicaux à partir du 1^{er} janvier 2023. En outre, il s'est opposé aux

calculs effectués par la CNA qui ne lui octroyaient qu'une rente d'invalidité de 24% et une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) à hauteur de 5%, au motif que selon lui, contrairement à ce qu'indiquait la décision litigieuse, des causes organiques expliquaient les troubles physiques qui persistaient toujours à la date du recours. La CNA avait également refusé à tort toutes prestations en lien avec ses troubles psychiques, aux motifs « que des causes organiques expliquaient ses troubles physiques » persistants et qu'aussi bien le lien de causalité naturelle que celui de la causalité adéquate étaient remplis. Pour appuyer ses dires, l'assuré a transmis le rapport médical de la Doctoresse H.____ du 9 mars 2023 et a requis de la Cour qu'elle mette en œuvre une expertise judiciaire.

Dans son rapport du 9 mars 2023, la Dre H.____ a confirmé son diagnostic du 3 octobre 2022 (cf. dossier pièce 104), soit que depuis l'accident du 17 juin 2021, l'assuré était atteint de trouble dépressif organique, de trouble cognitif dû au trauma crânien, de trouble de la personnalité dû au trauma crânien et d'un état de stress post-traumatique. Elle a également ajouté que l'assuré bénéficiait d'un suivi pharmacologique en lien avec ses atteintes psychiques et que l'assurance-invalidité avait été requise d'intervenir au vu du pronostic sombre de la maladie, car malgré les efforts de l'assuré, son état était inchangé. Elle a conclu son rapport en mentionnant que sa capacité de travail était nulle au regard de ses troubles psychiques.

Dans sa réponse du 25 août 2023, la CNA a précisé que l'assuré ne pouvait pas se plaindre dans le cadre de la présente procédure de la décision non contestée du 23 janvier 2023, entrée en force qui lui allouait pour ses atteintes physiques persistantes une rente invalidité de 24% et une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 5% alors même que le recours était dirigé contre la décision initiale du 21 novembre 2022 qui refusait à l'assuré tous droits en lien avec ses troubles psychiques, vu l'absence de lien de causalité adéquate avec l'accident du 17 juin 2021. Pour le surplus, la CNA a renvoyé à sa décision sur opposition du 26 avril 2023, confirmant sa décision du 21 novembre 2022. L'assuré devait donc être débouté de toutes ses conclusions.

Par écriture du 27 septembre 2023, le recourant a intégralement renvoyé la Cour à ses précédentes écritures et maintenu ses conclusions.

L'échange d'écritures s'est clos le 29 septembre 2023.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 LAA, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

Remis à la poste le 24 mai 2023, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 26 avril 2023 a été interjeté dans le délai légal (art. 60 LPGA) et devant la Cour des assurances sociales, compétente à raison du lieu de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond en outre aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

2.

2.1 Le litige porte uniquement sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents pour des troubles psychiques en lien avec l'accident du 17 juin 2021, le lien de causalité ayant été nié par décision du 21 novembre 2023.

2.2 En vertu de l'article 6 alinéa 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et 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). Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque que 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 ; 118 V 293 consid. 2c).

Les rechutes et séquelles tardives ne peuvent faire naître une obligation pour 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'assuré et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident (ATF 118 V 293 consid. 2c et les réf. ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_421/2018 du 28 août 2018 consid. 3.). 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 et les réf. ; 8C_331/2015 du 21 août 2015 consid. 2.2.2).

2.3 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'évènement 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 condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'évènement 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 références).

2.4 Le droit à des prestations suppose en outre un rapport de causalité adéquate entre l'accident et l'incapacité de travail, question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. Aux termes de la jurisprudence, la causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; 129 V 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les réf. ; 115 V 403 consid. 4a ; 113 V 312 consid. 3b).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les réf.). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner

le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'évènement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet évènement (ATF 117 V 359 consid. 6 ; 117 V 369 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5).

La question de savoir si l'apparition de troubles psychiques doit être considérée comme une conséquence naturelle d'un accident ou si elle a pour origine d'autres causes peut rester indécise, si la causalité adéquate fait de toute façon défaut (ATF 147 V 207 consid. 6.1 et 135 V 465 consid. 5.1).

En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'évènement accidentel lui-même. Ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid.4.1.1 et les réf.). Lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est p. ex. cogné légèrement la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet évènement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'évènement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale, sous la forme, p. ex., d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'évènement accidentel ne constituerait en réalité que

l'occasion pour l'affection mentale de se manifester (ATF 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5 et 5a et les réf.).

En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_540/2018 du 22 juillet 2019 consid. 4.2) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ;
- l'intensité des douleurs persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; 115 V 133 consid. 6c/bb). De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept, ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_600/2020 du 3 mai 2021 consid. 3.3 et la réf.).

2.5 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). 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 ; 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 1er 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 ; 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). 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 ; 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_108/2011 du 24 octobre 2011 consid. 2.2).

3.

3.1 En l'occurrence, la CNA ne conteste pas que l'assuré souffre de troubles psychiques. Elle a en revanche estimé que son état psychique n'était pas en lien de causalité adéquate avec l'accident du 17 juin 2021, de sorte qu'elle n'avait pas à intervenir pour ces troubles.

Le recourant pour sa part se prévaut de l'avis de sa psychiatre, la Dre H.____, pour affirmer que les troubles psychiques qu'il présente sont en lien de causalité avec l'accident susmentionné. En effet, dans son rapport du 9 mars 2023, la psychiatre affirme que, suite à l'accident, l'assuré souffre d'un trouble dépressif organique, d'un trouble cognitif dû au trauma crânien, d'un trouble de la personnalité dû au trauma crânien et d'un état de stress post-traumatique. Elle a également ajouté que l'assuré bénéficiait d'un suivi pharmacologique en lien avec ses atteintes psychiques et que l'assurance-invalidité avait été requise d'intervenir au vu du pronostic sombre de la maladie car malgré les efforts de l'assuré, son état restait inchangé. Elle a conclu son rapport en mentionnant que sa capacité de travail était nulle au regard de ses troubles psychiques.

3.2 Conformément à la jurisprudence topique précitée (cf. *supra* consid. 2.4), il convient dans un premier temps de classer la chute du 17 juin 2021 dans l'une des catégories d'accident (peu de gravité, gravité moyenne, grave).

D'après la casuistique en matière de chutes d'une certaine hauteur, ont été considérées comme faisant partie de la limite supérieure de la catégorie des accidents de gravité moyenne les chutes qui se sont produites d'une hauteur entre 5 et 8 mètres et qui ont entraîné des lésions osseuses relativement sévères (voir les arrêts publiés à la RAMA 1999 n° U 330 p. 122 consid. 4b/bb et RAMA 1998 n° U 307 p. 448 consid. 3a). Dans un cas où un assuré était tombé d'une échelle de trois mètres environ et avait subi plusieurs fractures graves (fracture-tassement de C7 et fracture du mur antérieur de L5), l'accident avait été classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral 8C_305/2011 du 6 mars 2012 consid. 3.4). Les chutes d'une hauteur comprise entre deux mètres environ (arrêt U 410/00 du 14 février 2002 consid. 2c) et quatre mètres environ (arrêt 8C_316/2009 du 8 juin 2009) dans le vide sont encore qualifiées d'accidents de gravité moyenne au sens strict (arrêts 8C_496/2014 du 21 novembre 2014 consid. 4.2.3 ; 8C_584/2007 du 9 septembre 2008 consid. 4.1 ; U 3/03 du 4 septembre 2003 consid. 3.4 ; U 41/06 du 2 février 2007 consid. 9) ; si la personne assurée retombe sur ses pieds, on ne peut pas considérer qu'il s'agit d'un accident à la limite des événements graves, même si la chute est de cinq mètres (cf. arrêt U 11/07 du

27 février 2008 consid. 4.2.2). Une chute d'une hauteur de 1.5 mètre avec réception sur les membres supérieurs du côté gauche a été admise par le Tribunal fédéral comme étant tout au plus de gravité moyenne *stricto sensu* (arrêt du Tribunal fédéral 8C_663/2019 du 9 juin 2020 consid. 4.3.3). Finalement, le Tribunal cantonal zurichois a retenu qu'une chute d'environ un mètre avec perte de connaissance devait être considérée sinon comme un accident léger, tout au plus comme un accident de gravité moyenne, à la limite d'un accident léger (Urteil UV.2012.029 vom 3. Januar 2014 E. 4.4).

3.3 En l'espèce, l'assuré était à l'époque de l'accident monteur sanitaire à 100% et travaillait le 90% de son temps sur les chantiers (cf. dossier pièce 80). Le 17 juin 2021, l'assuré a chuté du premier étage au rez-de-chaussée, car le bois de la gaine technique du premier étage avait rompu. L'assuré a subi une chute de cinq à six mètres. Les examens effectués aux urgences par l'assuré le jour même de l'accident ont révélé que ce dernier souffrait d'une fracture des os propres du nez non déplacée, de dermabrasions sur son bras droit et d'une plaie superficielle au tibia gauche. En outre, les soignants ont indiqué que l'intéressé avait subi lors de l'accident un probable traumatisme crânien, une diminution de la mobilité de l'épaule droite et des douleurs au niveau des dorsales et lombaires. La psychiatre de l'assuré affirme dans son rapport du 3 mars 2023 qu'il souffre d'atteintes psychiques à cause du trauma-crânien subi le jour de cet accident (cf. dossier pièce 167). Cependant, le diagnostic de trauma-crânien a pu être exclu par les imageries cérébrales, de la colonne verticale et du thorax effectuées le jour de l'accident (cf. dossier pièce 20). L'assuré est rentré à son domicile le jour même (cf. dossier pièce 14). Il a ensuite été en incapacité totale de travail du 17 juin 2021 au 31 juillet 2021 (cf. dossier pièces 2, 3, 7, 9, 11).

Sur le vu des circonstances de l'accident et compte tenu du fait qu'il y a lieu de faire abstraction de la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique (ATF 117 V 359 consid. 6a ; 115 V 133 consid. 6 et 115 V 403 consid. 5) l'événement du 17 juin 2021 doit être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne *stricto sensu*.

3.4 S'agissant d'un accident de gravité moyenne *stricto sensu*, il convient d'analyser si au moins trois des sept critères jurisprudentiels rappelés au considérant 2.4 sont remplis ou s'il y a une manifestation particulièrement marquante de l'un des critères, afin de déterminer si un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques dont souffre l'assuré et l'accident du 17 juin 2021 peut être retenu.

Le critère des douleurs physiques persistantes plusieurs années après l'accident, peut être considéré comme rempli, vu la rente d'invalidité de 24% et l'IPAI à hauteur de 5% octroyées. Cependant, il n'en va pas de même des autres critères.

S'agissant des critères relatifs aux circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou au caractère particulièrement impressionnant de l'accident, aux erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ainsi qu'aux difficultés apparues au cours de la guérison et aux complications importantes, au vu de leur teneur, il y a en effet lieu de les écarter d'emblée puisqu'aucun élément du dossier ne permet de les retenir.

En ce qui concerne la durée anormalement longue du traitement médical, la Cour relève que l'assuré a suivi un traitement d'environ onze mois pour ses troubles physiques, de décembre 2021 c'est-à-dire depuis le premier rendez-vous avec le Dr F._____ suite aux douleurs persistantes à l'épaule, à novembre 2022, date du courrier de la CNA qui indiquait que l'assuré ne nécessitait plus de traitements pour les suites de l'accident car il n'y avait plus lieu d'attendre une amélioration (cf. dossier pièces 62, 70 et 140). Ce traitement a consisté en une arthro-IRM en décembre 2021 (cf. dossier pièces 62 et 70), puis en une infiltration thérapeutique en février 2022 (cf. dossier pièces 52, 69) et finalement, en une opération par arthroscopie d'épaule avec reconstruction de la coiffe des rotateurs et acromioplastie de l'épaule droite en mars 2022 (cf. dossier pièce 63). Le traitement a ensuite été essentiellement conservateur, puisqu'il a consisté en de la physiothérapie (cf. dossier pièces 44, 45, 51, 54, 83, 84, 85, 108, 146 et 157). En outre, par rapport du 10 octobre 2022, le Dr F._____ a informé la CNA que la coiffe des rotateurs était guérie, qu'il y avait certainement une somatisation dans le contexte d'un syndrome de stress post-traumatique, qu'il n'existait plus de justification pour mettre le patient en arrêt du point de vue orthopédique et que le patient pouvait être convoqué pour organiser la réintégration professionnelle (cf. dossier pièce 114). L'assuré a aussi bénéficié d'un suivi pour des troubles psychiques, ce dernier n'étant toutefois pas décisif dans le présent examen, dans la mesure où l'analyse des critères jurisprudentiels en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident se fait précisément en excluant les aspects psychiques. Eu égard à ce qui précède, ce critère ne peut pas non plus être retenu.

Concernant la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques, ce critère est conditionné à l'existence de lésions physiques graves ou d'atteintes à des organes auxquels l'homme attache normalement une importance subjective

particulière, par exemple la perte d'un œil ou certains cas de mutilations à la main dominante (arrêts du Tribunal fédéral 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.2 ; 8C_556/2013 du 18 août 2014). En l'occurrence, ni la fracture du nez ni la lésion partielle du bord supérieur du sous-scapulaire associée à une subluxation du long chef du biceps qui a conduit à une intervention chirurgicale de reconstruction de la coiffe des rotateurs, ne sauraient remplir ces conditions. Ainsi, ce critère doit également être écarté.

S'agissant enfin du critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, ce dernier peut rester indécis, dans la mesure où le minimum de trois critères n'est manifestement pas atteint, aucun critère ne s'étant par ailleurs manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident.

3.5 Au vu des éléments qui précèdent, c'est à bon droit que la CNA a nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident du 17 juin 2021. Elle pouvait dès lors à raison considérer qu'elle n'avait pas à intervenir pour ceux-ci.

4.

4.1 Dans un second grief, l'assuré se plaint du fait que la CNA a mis fin à son droit à des indemnités journalières et à la prise en charge des frais de traitement dès le 1^{er} janvier 2023. En outre, il s'oppose aux calculs effectués par la CNA ne lui octroyant qu'une rente d'invalidité de 24% et une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) à hauteur de 5%, au motif que selon lui, contrairement à ce qu'indique la décision litigieuse, des causes organiques expliquent les troubles physiques qui persistent à ce jour.

4.2 Comme l'a relevé à juste titre la CNA dans sa réponse du 25 août 2023, l'assuré n'est pas légitimé à se plaindre dans la présente procédure de la décision du 23 janvier 2023 de la CNA qui lui a alloué pour ses atteintes physiques uniquement une rente d'invalidité de 24% et une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) à hauteur de 5%. La présente cause porte sur la décision du 21 novembre 2022 refusant toute prestation à l'assuré pour ses troubles psychiques, au motif de l'absence de causalité adéquate avec l'accident du 17 juin 2021.

5. Il ressort des considérants ci-dessus que les différents avis médicaux au dossier permettaient à la CNA – et maintenant à la Cour – de porter un jugement valable sur le présent cas. Il ne se justifie dès lors pas de mettre en œuvre une expertise judiciaire, de procéder à l'audition de l'assuré ou encore de requérir la production du dossier de Mutuel

Assurance Maladie SA, comme requis par le recourant (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1).

6.

6.1 En définitive, faute de lien de causalité entre les troubles psychiques annoncés par le recourant et l'accident du 17 juin 2021, c'est à juste titre que l'intimée a refusé d'allouer des prestations à celui-ci au-delà du 31 décembre 2022 et lui a refusé une rente invalidité ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité en lien avec ses troubles psychiques.

Partant, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

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

Par ces motifs,

Prononce

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

Sion, le 5 novembre 2025