

S2 24 26

ARRÊT DU 1 DÉCEMBRE 2025

**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 Stéphane Riand, avocat, Sion

contre

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

(art. 18 LAA, rente d'invalidité ; art. 24 LAA, indemnité pour atteinte à l'intégrité)

Faits

A. A.____ (ci-après l'assuré), né le tt.mm.jjjj, était employé en qualité de ferrailleur par B.____ Sàrl, de siège social à Sion, depuis le 1^{er} juin 2021 (date ressortant de la déclaration de sinistre, pièce 1 du dossier CNA). A ce titre, il était couvert contre le risque accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la CNA ou la Caisse).

En date du 12 août 2021, alors qu'il exécutait des travaux de jardinage durant ses vacances en Serbie, il s'est coupé les 3^{ème} et 4^{ème} doigts de la main droite, lesquels ont dû être partiellement amputés.

Par courrier du 27 septembre 2021, la CNA a accepté de prendre en charge les conséquences de cet accident. Elle a notamment alloué à l'assuré, dès le 15 août 2021, une indemnité journalière de 151 fr. 90 fixée initialement sur la base des informations figurant dans la déclaration de sinistre remplie par l'employeur.

Par décision du 23 juin 2022, la CNA a procédé à un nouveau calcul du montant de l'indemnité journalière à l'aune d'un gain annuel assuré de 30'641 francs. Sur cette base, l'indemnité a été ramenée à 67 fr. 20 (6044 fr. 30 x 80 % / 72) en lieu et place des 151 fr. 90 susmentionnés. La CNA a dès lors requis de A.____ le remboursement de 24'563 fr. correspondant au montant versé en trop entre le 15 août 2021 et le 31 mai 2022 (151 fr. 90 – 67 fr. 20 x 290 jours ; pièce 65 du dossier CNA). Cette décision a été confirmée par décision sur opposition du 3 novembre 2022. Par arrêt du 6 mai 2024 (cause S2 22 85), la Cour de céans a confirmé le montant de l'indemnité journalière fixé à 67 francs. Elle a par contre constaté que, dès février 2022, c'était uniquement l'employeur qui avait bénéficié des indemnités à titre de moyen d'extinction de ses propres dettes, sans que cela profite à l'assuré. La Cour a dès lors ramené le montant sujet à restitution de 24'563 fr. à 14'399 fr. 10. L'arrêt du 6 mai 2024 n'a pas été contesté.

B. Au plan médical, après avoir subi une première intervention chirurgicale en Serbie (réamputation des doigts 3 et 4 et débridement des plaies de ces derniers ; pièces 2 et 9 du dossier CNA), l'assuré a été réopéré à deux reprises en Suisse par le Dr C.____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, les 18 novembre 2021 (régularisation de la deuxième phalange associée à la couverture du moignon par un lambeau palmaire) et 20 mai 2022 (ténolyse et ténosynovectomie des 3^{ème} et 4^{ème} rayons de la main droite ainsi que transfert graisseux à la face distale de ceux-ci ; pièces 9, 15, 66 et 91 du dossier CNA).

Du 13 décembre 2022 au 10 janvier 2023, l'assuré a séjourné au sein de la Clinique romande de réadaptation (ci-après la CRR), à Sion, pour une rééducation intensive et une évaluation multidisciplinaire. A sa sortie, il a été relevé une légère amélioration de l'utilisation fonctionnelle de la main droite bien que le patient gardât une tendance à protéger cette main et à la sous-utiliser. Sur le plan orthopédique, des radiographies de la main droite avaient montré une absence d'anomalie au niveau des moignons de d3 et d4. Le patient avait été vu par le consultant de la CRR spécialisé en chirurgie de la main qui avait constaté une bonne qualité au niveau des moignons mais la présence de dysparesthésies. Ce consultant avait recommandé la poursuite des exercices de désensibilisation en ergothérapie. L'importance de la stimulation et de l'intégration des doigts amputés dans les gestes du quotidien, malgré les douleurs, avait été expliquée au patient. Une prothèse esthétique en silicone avait été prescrite. Le psychiatre de la CRR avait constaté des difficultés psychosociales mais n'avait pas retenu de diagnostic en faveur d'un PTSD (Trouble de Stress Post-Traumatique). Aucun suivi psychologique et psychiatrique n'avait été recommandé. Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour ; néanmoins, des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient : une cotation élevée des douleurs et l'acceptation difficile de l'amputation de ses doigts, tant sur le plan visuel que fonctionnel. D'autres facteurs contextuels pouvaient interférer avec le retour au travail : la mauvaise maîtrise du français, l'absence de formation, le litige avec les assurances. Au terme de l'évaluation, le niveau d'effort fourni par le sujet correspondait à un niveau d'effort léger, avec des charges allant de 5 kg à 10 kg. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes ont été retenues : pas de port de charges supérieures à 5-10 kg, pas de port répété de charges supérieures à 5 kg, pas de mouvements nécessitant de la force de la main droite, pas de mouvements répétés de la main droite et pas d'exposition au froid. La situation n'était alors pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. La poursuite d'un traitement d'ergothérapie pouvait encore permettre de diminuer les douleurs, d'améliorer l'intégration et d'améliorer la force de la main droite. Une stabilisation médicale était attendue après un délai de 2 à 3 mois. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était théoriquement favorable mais les facteurs personnels et contextuels risquaient d'interférer avec le retour au travail. Les praticiens de la CRR avaient encouragé l'assuré à se renseigner auprès de son réseau professionnel et social sur les possibilités d'un poste adapté (pièce 140 du dossier CNA).

Dans un rapport du 3 juin 2023, Dr C. ____ a indiqué que l'ergothérapie était terminée. Son patient souffrait toujours de douleurs et d'une intolérance au froid. Son pronostic était stable (pièce 172 du dossier CNA).

Le 12 juin 2023, la demande de prise en charge de prothèses esthétiques de doigts a été acceptée (pièces 175, 204 et 225 du dossier CNA).

Dans une appréciation du 19 juin 2023, le médecin-conseil de la CNA, le Dr D. ____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a rappelé que sur le plan médical, on se trouvait à deux ans du traumatisme initial. Plus aucun contrôle n'était prévu chez l'opérateur et ce dernier avait mis un terme à la prescription de séances d'ergothérapie. Le Dr D. ____ a dès lors conclu qu'il n'y avait plus de sanction thérapeutique, chirurgicale ou conservatrice, encore susceptible d'améliorer de façon notable l'état clinique de l'assuré. En terme d'exigibilité professionnelle, il a retenu une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes avec la main droite : pas de port de charges lourdes, pas de port de charges moyennes continu et répétitif particulièrement s'il nécessitait une préhension avec la main droite, pas d'activité engendrant des chocs répétitifs et/ou continus au niveau de la main droite, pas d'exposition prolongée au froid. Il a estimé l'atteinte à l'intégrité à 10 % (pièces 181 et 182 du dossier CNA).

Sur cette base, la CNA a annoncé, par courrier du 19 juin 2023, qu'elle mettait fin au versement de l'indemnité journalière ainsi qu'à la prise en charge du traitement médical avec effet au 31 juillet 2023 (pièce 186 du dossier CNA).

Par décision du 17 juillet 2023, la CNA a reconnu à son assuré le droit à une rente mensuelle d'invalidité de 286 fr. fondé sur un taux d'invalidité de 14 % depuis le 1^{er} août 2023 ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après IPAI), établie sur un taux de 10 %, de 14'820 francs.

Le 21 août 2023, l'assuré, représenté par Me Stéphane Riand, a formé opposition contre la décision du 17 juillet 2023. En substance, l'assuré a contesté l'appréciation de sa capacité de travail exigible, qu'il évaluait à 50 %, de sorte que son taux d'invalidité et son IPAI devaient être revus à la hausse. Mettant en doute les conclusions du Dr D. ____, il a requis l'aménagement d'une expertise médicale auprès d'un spécialiste indépendant.

En date du 13 février 2024, le médecin-conseil de la CNA a rendu une nouvelle appréciation prenant notamment position sur les griefs du recourant relatifs à sa capacité de travail exigible. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, le Dr D. ____ a précisé que l'assuré

avait eu une amputation qui se situait au niveau interphalangien distal. Selon la table d'évaluation 3 établie par la Division médicale de la CNA, une telle amputation correspondait à l'image 35 de la page 3.5 qui, elle, correspondait à une atteinte à l'intégrité de 5 %. Cependant, l'assuré gardant des douleurs et des limitations fonctionnelles, la situation avait été considérée comme une amputation interphalangienne proximale qui ne conservait que la phalange proximale (image 36, table 3, page 3.5), qui était une amputation plus importante que celle subie. Dans cette situation, pour des doigts adjacents, selon l'image 36, table 3, page 3.5, elle donnait une valeur de 10 %. Ce taux prenait ainsi en compte les douleurs et les limitations fonctionnelles. Le fait de devoir éviter le port de charges supérieures à 5-10 kg, le ports répété de charges supérieures à 5 kg, les mouvements répétitifs et/ou continus de la main droite nécessitant des préhensions forcées ainsi qu'une exposition continue au froid, permettait néanmoins d'exiger une pleine capacité (horaire et rendement) dans une activité adaptée. Il était clair qu'au vu de ces limitations, le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité apparaissait comme défavorable. Par contre, aucune diminution de rendement ne devait être retenue dans une activité adaptée compte tenu du fait que les limitations définies dans ce cadre étaient par principe adaptées et exigibles à la perte anatomo-fonctionnelle touchant la main lésée. Dans l'analyse des causes possibles des douleurs décrites, la possibilité d'un névrome ou d'un syndrome douloureux régional complexe n'avait pas été retenue. S'agissant de l'éventualité de l'incidence d'un revêtement cutané insuffisant, soit une saillie osseuse, le Dr D. ____ a souligné que les moignons avaient été révisés avec un arrondissement des contours osseux et, pour un des rayons, un complément de couverture par un lambeau avait été réalisé avec d'un point de vue clinique un excellent rembourrage de protection de ces moignons. Le médecin a ajouté que la douleur n'était pas un élément objectivable et pouvait être influencée par des facteurs contextuels. Dans le cas de l'assuré, en se basant sur les éléments objectifs décrits précédemment, il n'y avait pas lieu d'admettre que, dans une activité adaptée, les douleurs puissent interférer de façon telle à induire une diminution de rendement. Par ailleurs, l'assuré conservait un enroulement correct des doigts lésés, permettant une préhension certes diminuée mais encore conservée et tout à fait adaptée aux limitations décrites. Dans une activité adaptée, au vu des séquelles anatomo-fonctionnelles de la main droite de l'assuré, le médecin d'arrondissement a conclu que les fonctions de la main en lien avec une activité professionnelle adaptée pouvaient être exigibles sans diminution de rendement (pièces 234 ss du dossier CNA).

Les griefs de l'assuré ont été écartés et la CNA a confirmé sa position par décision sur opposition du 1^{er} mars 2024. Elle a maintenu que l'état de santé était stabilisé au 31

juillet 2023. S'agissant de l'exigibilité professionnelle et du taux d'atteinte à l'intégrité, elle a attesté la valeur probante des conclusions de son médecin-conseil, corroborées par le rapport de la CRR du 25 janvier 2023 qu'il avait largement cité. Si les douleurs résiduelles n'étaient pas contestées, elles n'étaient toutefois pas jugées d'une intensité telle qu'elles empêcheraient l'assuré de réaliser une activité adaptée à un taux supérieur à 50 %. Au demeurant, la dernière activité exercée, soit celle de ferrailleur, non adaptée, n'était pas représentative de sa capacité de travail résiduelle. La pleine capacité de travail exigible dans une activité adaptée lui permettait d'escompter un revenu de 60'536 fr. après prise en compte d'un abattement de 10 % sur les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique. Comparé à un revenu sans invalidité de 70'653 fr., il en résultait un taux d'invalidité de 14 %. L'IPAI a également été confirmée sur la base de l'évaluation du médecin-conseil. L'aménagement d'une expertise n'a pas été jugé nécessaire.

C. En date du 26 mars 2024, A.____, représenté par Me Riand, a interjeté recours céans à l'encontre de la décision sur opposition du 1^{er} mars 2024. En substance, le recourant a contesté le taux d'invalidité fixé à 14 %, arguant être dans l'incapacité de travailler à plus de 50 % dans toute activité, comme l'avait, à son sens, attesté le Dr C.____. Il a estimé que son dossier médical avait été insuffisamment instruit, notamment parce qu'il reposait sur les seules conclusions du médecin d'arrondissement, dont l'impartialité était par principe mise en cause compte tenu de sa relation de travail avec l'intimée. En outre, dans la spécialité médicale en jeu, il a mis en doute les compétences médicales du Dr D.____, jugées inférieures à celles du Dr C.____. Le recourant a dès lors requis l'avis d'un expert neutre et indépendant et fait valoir qu'il n'existait aucune activité adaptée à ses limitations. Estimant que son taux d'invalidité était d'au moins 50 %, il a conclu à l'annulation de la décision sur opposition entreprise et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants, le tout sous suite de frais et dépens.

Le recourant a par ailleurs requis l'assistance judiciaire totale, laquelle lui a été refusée par décision présidentielle du 7 mai 2024 au motif que son indigence n'avait pas été démontrée (cause S3 24 24).

L'intimée a conclu au rejet du recours par mémoire-réponse du 18 avril 2024. Elle a rappelé les règles jurisprudentielles en matière de valeur probante des avis médicaux des spécialistes internes à l'assureur. La CNA a ajouté que les limitations du recourant étaient compatibles non seulement avec des postes de surveillance, mais également

avec tout travail administratif, de sorte que les chances de retrouver un emploi n'étaient nullement illusoires.

Le recourant n'ayant pas répliqué, l'échange d'écritures a été clos en date du 31 mai 2024.

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 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 26 mars 2024, le présent recours contre la décision sur opposition du 1^{er} mars 2024, notifiée au plus tôt le 4 mars suivant, a été interjeté dans le délai légal (art. 60 LPGA) et devant le tribunal compétent (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

2. Le litige porte d'une part sur le taux d'invalidité du recourant, plus particulièrement sur sa capacité de travail exigible dans une activité adaptée, et d'autre part sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui lui a été accordée des suites de son accident.

3. Dans un premier grief, l'assuré reproche à l'intimée de mal avoir évalué sa capacité de travail exigible depuis le 1^{er} août 2023. Se prévalant des rapports du Dr C.____, il met en doute la valeur probante des conclusions du médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr D.____, notamment au motif que ce dernier est rémunéré par l'intimé et n'est pas un spécialiste dans le domaine médical litigieux.

3.1

3.1.1 Selon l'article 18 alinéa 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à 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, le droit au traitement

médical et aux indemnités journalières cessant dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Selon l'article 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1) ; seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

L'invalidité est une notion économique et non médicale. Les critères médico-théoriques ne sont pas déterminants, mais les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain le sont (cf. par analogie, RAMA 1991 n° U 130 p. 272 consid. 3b ; voir aussi ATF 114 V 314 consid. 3c). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin, ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).

3.1.2 Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée.

Dans ce domaine, 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. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties en vertu de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n.

17 consid. 2a ; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b ; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités ; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

3.1.3 Pour accorder pleine valeur probante à un rapport médical, il est nécessaire que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, 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 de l'expert soient bien motivées (RAMA 1991 p. 311 ; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 et les références citées).

En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu.

3.1.4 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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 doute leur bien-fondé.

Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee).

Cela étant, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (sur l'inégalité relativement importante entre les parties en faveur de l'assurance, cf. ATF 135 V 165 consid. 4.3.1 in fine), le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des

preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'article 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_62/2025 du 23 septembre 2025 consid. 3.3).

3.1.5 Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

La jurisprudence attire l'attention sur la relation de confiance qui s'établit inmanquablement entre le médecin traitant et son patient, ainsi que sur l'indépendance présumée d'un médecin lié à un assureur par un rapport de travail, mais n'en déduit pas pour autant une quelconque règle de préséance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_843/2007 du 28 juillet 2008 consid. 3).

3.2

3.2.1 En l'occurrence, l'intimée s'est fondée sur les conclusions de son médecin d'arrondissement. Dans le cadre de l'élaboration de ses rapports des 19 juin 2023 et 13 février 2024, le Dr D.____, spécialiste d'une compétence reconnue en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur depuis 1996, a pris connaissance des rapports médicaux versés au dossier qu'il a résumé dans la partie « faits pertinents selon les pièces du dossier » de son premier rapport. Il a en particulier relevé que, subjectivement, selon les derniers rapports de l'opérateur, les plaintes portaient sur des douleurs et une certaine intolérance au froid et qu'objectivement, à la sortie de la CRR, le pourcentage d'utilisation fonctionnelle de la main lésée avait été évalué à 62 %. Concernant la force de préhension, elle restait limitée et diminuée. Le Dr D.____ a notamment relevé que, depuis le 5 juin 2023, plus aucun contrôle n'était prévu chez le Dr C.____ et que ce dernier avait mis un terme à la prescription de séances d'ergothérapie. Le Dr D.____ a dès lors conclu qu'il n'y avait plus de solution thérapeutique, chirurgicale ou conservatrice, encore susceptible d'améliorer de façon notable l'état clinique de l'assuré. En termes d'exigibilité professionnelle, il a retenu une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes avec la main droite : pas de port de charges lourdes, pas de port de charges moyennes continu et répétitif particulièrement s'il nécessitait une préhension avec la

main droite, pas d'activité engendrant des chocs répétitifs et/ou continus au niveau de la main droite, pas d'exposition prolongée au froid.

Dans sa prise de position du 13 février 2024, le Dr D._____ a répété que les limitations fonctionnelles étaient l'éviction du port de charges supérieures à 5-10 kg, du port de charges répété supérieures à 5 kg, des mouvements nécessitant des préhensions forcées répétitifs et/ou continus de la main droite ainsi que d'une exposition continue au froid. Il a confirmé que, moyennant le respect de ces restrictions, on pouvait raisonnablement s'attendre à une pleine capacité (horaire et rendement). Par contre, au vu des limitations, le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité apparaissait comme défavorable.

Le Dr D._____ a estimé qu'il n'y avait pas de motif justifiant de diminuer le rendement, les limitations définies dans une activité exigible étant par principe adaptées à la perte anatomo-fonctionnelle touchant la main lésée. S'agissant de la baisse de rendement invoquée par l'assuré en raison de ses douleurs, il a rappelé les facteurs permettant d'admettre une telle incidence. A ce titre, il a souligné que la possibilité d'un névrome n'avait jamais été retenue. Il en était de même quant à la possibilité d'un syndrome douloureux régional complexe. On ne pouvait pas retenir un revêtement cutané insuffisant ou une saillie osseuse, les moignons ayant été révisés avec un arrondissement des contours osseux et, pour un des rayons, un complément de couverture par un lambeau avait été réalisé avec d'un point de vue clinique un excellent rembourrage de protection de ces moignons. Il a souligné que la douleur, non objectivable, restait un élément subjectif qui pouvait être influencé par des facteurs contextuels. Dans le cas de l'assuré, en se basant sur les éléments objectifs décrits précédemment, il n'y avait pas lieu d'admettre que dans une activité adaptée, les douleurs puissent interférer de façon telle à induire une diminution de rendement.

Concernant la fonction de préhension de la main, le médecin d'arrondissement a souligné que, dans l'évaluation ergothérapeutique de la CRR, son atteinte n'avait pas entraîné d'handicap important. L'assuré conservait un enroulement correct des doigts lésés, permettant de réaliser une préhension certes diminuée mais encore possible et tout à fait adaptée aux limitations décrites. Il a rappelé les fonctions de la main pouvant encore être accomplies par l'assuré (pousser, tirer, déplacer des charges ou des objets ; fonctionner comme un porte-outil pour accomplir une tâche, par exemple lors de l'utilisation d'un marteau, d'une perceuse, ou d'un tournevis, sous réserve du respect des limitations et charges décrites précédemment ; fonctionner comme une interface machine étant donné que la plupart des appareils sont conçus de façon plus ou moins

ergonomique afin que la main puisse leur donner des ordres, par exemple avec des claviers, boutons ou manettes servant à faire fonctionner la machine). Le Dr D.____ a ainsi conclu de manière convaincante et motivée que, malgré les séquelles anatomo-fonctionnelles de la main droite de l'assuré, les fonctions de la main en lien avec une activité professionnelle adaptée pouvaient être exigibles sans diminution de rendement.

3.2.2 Contrairement à ce que semble prétendre le recourant, l'avis du Dr D.____ n'est nullement mis en doute pas des avis médicaux opposés d'une valeur prépondérante.

Au contraire, les conclusions du Dr D.____ rejoignent globalement celles qui avaient déjà été posées par les praticiens de la CRR au terme du séjour de l'assuré, du 13 décembre 2022 au 10 janvier 2023. En effet, ces derniers avaient noté une tendance à protéger la main atteinte et à la sous-utiliser. Néanmoins, sur le plan orthopédique, les radiographies avaient montré une absence d'anomalie au niveau des moignons. Le consultant spécialisé en chirurgie avait constaté la bonne qualité au niveau des moignons mais la présence de dysparesthésies. L'importance de la stimulation et de l'intégration des doigts amputés dans les gestes du quotidien, malgré les douleurs, avait été soulignée. Nonobstant des difficultés psychosociales, aucun PTSD ou autre trouble psychique n'avait été retenu. Si les plaintes et limitations s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées lors du séjour, il existait néanmoins des facteurs contextuels : une cotation élevée de la douleur, la difficile acceptation de l'amputation, la mauvaise maîtrise du français, l'absence de formation, le litige avec les assurances. Au plan médico-théorique, les praticiens de la CRR ont ainsi retenu que l'intéressé était apte à accomplir un travail impliquant uniquement un niveau d'effort léger, avec des charges maximales de 5-10 kg, de 5 kg maximum en cas de charges répétées, sans mouvements nécessitant de la force ou de mouvements répétés avec la main droite et sans exposition au froid. Cette évaluation de janvier 2023 était encore susceptible de s'améliorer jusqu'au terme de la stabilisation fixée 2 à 3 mois plus tard, soit environ en mai 2023. Les spécialistes de la CRR avaient également posé au plan médical un pronostic de réinsertion favorable dans une activité adaptée.

Quant au Dr C.____, contrairement à ce que prétend le recourant, il n'a jamais pris formellement position sur sa capacité de travail exigible dans une activité adaptée ; il ne l'a en particulier nullement limitée à un taux de 50 %. On rappellera au contraire que, dans les suites de ses interventions, le chirurgien a attesté une évolution favorable, puis stable. Il a attesté de douleurs résiduelles et d'une intolérance au froid, ce dont a pris acte le médecin d'arrondissement dans son appréciation (cf. ses rapports des 28 mars

2022, 25 avril 2022, 27 mars 2023 et 5 juin 2023, également résumés dans la pièce 181 du dossier CNA).

Les conclusions du Dr D. _____ n'ont ainsi pas été mises en doute par des avis médicaux étayés permettant de retenir que son avis serait erroné ou lacunaire.

3.2.3 Quant au lien entre le médecin d'arrondissement et l'intimée, il ne permet pas d'emblée de douter de l'objectivité de l'appréciation de celui-ci, ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. En effet, ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que des doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation d'un médecin interne à l'assureur peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Sur ce point, le recourant, pas plus que le dossier, ne laissent apparaître d'éléments concrets susceptibles de démontrer la partialité du médecin d'arrondissement de la CNA. S'agissant de ses compétences, il est rappelé que, selon la jurisprudence, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA sont effectivement considérés, du fait de leur fonction et de leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêts du Tribunal fédéral 8C_355/2022 du 2 novembre 2022 consid. 7.2, 8C_59/2020 du 14 avril 2020 consid. 5.2 et 8C_316/2019 consid. 5.4 du 24 octobre 2019 et les arrêts cités).

3.2.4 De l'ensemble de ce qui précède, le Tribunal retient que le médecin d'arrondissement de la CNA s'est prononcé sur la base d'un dossier médical complet, comprenant notamment une évaluation à la CRR, ne nécessitant pas la mise en œuvre de nouvelles mesures d'instruction médicale (notamment la mise sur pied d'une expertise auprès d'un spécialiste externe à la CNA). La demande du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée (sur l'appréciation anticipée des moyens de preuve en général : ATF 145 I 167 consid. 4.1, 144 II 427 consid. 3.1.3 et 141 I 60 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2021 du 27 juin 2022 consid. 5.2).

A l'aune de ces développements, la Cour ne saurait dès lors faire grief à l'intimée d'avoir retenu que, dès le 1^{er} août 2023, la capacité médico-théorique de l'assuré dans une activité légère adaptée était à nouveau de 100 %.

4. Reste à vérifier le calcul du taux d'invalidité.

4.1 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation,

sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.3.1).

4.2

4.2.1 Le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications, susceptibles d'influencer ce droit, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_610/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.3.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (arrêt du Tribunal fédéral 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

Le salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré comprend tous les revenus d'une activité lucrative (y compris les gains accessoires, la rémunération des heures supplémentaires effectuées de manière régulière) soumis aux cotisations AVS (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2, 135 V 297 consid. 5.1, 134 V 322 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 6.2). Ne font pas partie du revenu déterminant les frais accessoires au salaire, qui sont à la charge de l'employeur et qui ne sont pas soumis aux cotisations AVS. Le gain assuré comprend en particulier les allocations familiales, lesquelles ne sont pas prises en compte dans le calcul du revenu sans invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_733/2013 du 5 septembre 2014 consid. 5 et la référence).

4.2.2 Le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2

et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_171/2021 du 11 décembre 2021 consid. 3.3 et 4.3, 9C_843/2015 du 7 avril 2016 consid. 5.2).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableau TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Cette valeur statistique s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2015 du 23 février 2016 et les références citées). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222).

4.2.3 L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de service, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3, 126 V 75). L'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation. Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le

juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2, 126 V 75 consid. 6).

D'éventuelles restrictions liées à la santé déjà incluses dans l'évaluation de la capacité de travail médicale ne doivent pas être prises en compte en plus dans le calcul de la déduction liée à la souffrance et conduire ainsi à une double prise en compte du même point de vue. De plus, l'impossibilité, pour des raisons de santé, de continuer à effectuer des travaux physiquement lourds n'entraîne pas automatiquement une diminution du salaire hypothétique d'invalidé. Au contraire, le seul fait que seuls des travaux légers à moyennement lourds puissent encore être exigés ne constitue pas, même en cas de capacité de travail réduite, un motif de déduction supplémentaire liée à la souffrance, car le salaire du tableau pour le niveau de compétences 1 comprend déjà un grand nombre de tâches légères et moyennement lourdes (arrêt du Tribunal fédéral 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.1 et 3.4.2 et les références citées). Par conséquent, seules des circonstances pouvant être qualifiées d'extraordinaires, même sur un marché du travail équilibré, pourraient en principe être prises en compte au titre de la déduction pour cause de souffrance (arrêt du Tribunal fédéral 8C_82/2019 du 19 septembre 2019 consid. 6.3.2)

4.3 En l'occurrence, l'intimée a fixé le revenu réalisable sans accident, sur la base du salaire acquis auprès du dernier employeur du recourant, à 70'653 francs (30 fr. x 2174 heures selon AVE + 8,33 % de 13^{ème} salaire ; cf. p. 191 ss du dossier CNA).

Le salaire avec invalidité a été arrêté à 60'563 fr. en se fondant sur les données de l'ESS pour un homme avec un niveau de compétences 1. L'intimée a en outre admis sur ce salaire d'invalidé un abattement de 10 % compte tenu des limitations de la main et du statut personnel de ce travailleur étranger aux ressources limitées ; de plus, elle a correctement estimé que les limitations fonctionnelles présentées par l'assuré avaient déjà été prises en compte dans l'examen de sa capacité de travail résiduelle (cf. *supra*).

Au surplus, il est précisé que le niveau de compétences 1 présente un large choix d'activités légères et n'impliquant pas de formation particulière. Un certain nombre d'activités légères permettent de se limiter à un port et à une manipulation occasionnelle de charges moyennes (5 à 10 kg, 5 kg si répétitifs), ne nécessitant pas d'effectuer des mouvements répétitifs ou d'accomplir des efforts de préhension de la main lésée, ni de l'exposer de manière prolongée au froid ou à des activités engendrant de chocs ou des

vibrations. A ce titre, on pourra se référer aux exemples cités par l'intimée dans sa réponse du 18 avril 2024 : postes de surveillance, travail administratif ; on ajoutera des activités dans la vente de produits légers.

Par ailleurs, au moment où il a été constaté que l'exercice d'une activité lucrative était médicalement exigible (ATF 146 V 16 consid. 7.1 et les références citées), soit en juin 2023 (date du rapport du Dr D.____), le recourant était âgé de 45 ans et n'avait donc pas encore atteint l'âge, proche de celui donnant droit à la rente de vieillesse, à partir duquel la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail nécessite une analyse globale de la situation afin d'examiner si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1, cité p. ex. *in* arrêt du Tribunal fédéral 8C_240/2021 précité consid. 3).

Finalement, l'intéressé ne conteste pas, à juste titre, le calcul en tant que tel du revenu d'invalidé, de sorte qu'il peut également être confirmé.

Ainsi, la comparaison des revenus sans (70'653 fr.) et avec invalidité (60'536 fr.) donne bel et bien un taux d'invalidité de 14 % qu'il sied de confirmer.

Les griefs du recourant relatifs à son taux d'invalidité doivent dès lors être écartés.

5. Dans un second grief, le recourant conteste le taux de l'IPAI retenu par l'intimée.

5.1 Selon l'article 24 alinéa 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 OLAA). Il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36 al. 4 OLAA). Par ailleurs, en cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (art. 36 al. 3 OLAA ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_812/2010 du 2 mai 2011 consid. 6). Dans ce cas, il convient d'abord d'additionner les pourcentages correspondant à chacune des atteintes, avant d'examiner de manière globale si le résultat obtenu est juste et proportionnel, en comparaison avec d'autres

atteintes figurant dans l'annexe 3 à l'OLAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_346/2017 du 15 mars 2018 consid. 4.4 ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 245/96 consid. 2a).

5.2 L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 29). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références).

La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (SVR 2009 UV n° 27 p. 97 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 consid. 2.3; voir également FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41). L'évaluation incombe avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant. Elle est donc exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_85/2023 du 16 septembre 2024 consid. 5.1 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), 2^{ème} éd., 2007, n° 229).

5.3 L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb et 113 V 218 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_238/2020 du 7 octobre 2020 consid. 3) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc, 116 V 156 consid. 3a).

5.4 En l'occurrence, le médecin d'arrondissement a souligné que, théoriquement, une amputation de phalanges distales touchant deux rayons côte à côte donne, selon la table 3, page 3.5 du barème d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, un taux de 5 %. Il a néanmoins tenu compte du fait que, dans le cas du recourant, les moignons avaient nécessité des révisions ainsi que des ténolyses, avec un assuré qui gardait des séquelles et des douleurs à l'enroulement. Pour cette raison, il a admis que, d'un point de vue fonctionnel, la situation s'apparentait plutôt à une amputation correspondant à un niveau interphalangien proximal. Il a ajouté que la situation clinique de l'assuré correspondait à une atteinte d'une telle gravité et qui de surcroît présentait un caractère définitif. Comme l'a mentionné le Dr D.____, selon la table 3, page 3.5, image 36, cela donnait effectivement 10 % d'atteinte à l'intégrité.

L'avis dûment étayé du médecin d'arrondissement, correctement fondé sur la table 3 des barèmes d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, n'est mis en doute par aucun avis médical contraire.

Les griefs du recourant doivent dès lors également être écartés dans ce cadre, et le taux de l'IPAI de 10 % retenu par l'intimée confirmé.

6. Il s'ensuit que le recours est rejeté sans frais ni dépens (art. 61 let. a et g LPGA).

Prononce

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

Sion, le 1^{er} décembre 2025