

S2 23 55

**ARRÊT DU 9 OCTOBRE 2025**

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

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Christophe Joris, juges ;  
Alice Vanay, greffière

**en la cause**

**X \_\_\_\_\_**, recourant, représenté par Maître Luis Neves, avocat, Martigny

**contre**

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

(art. 18, 24 LAA et 16 LPGA ; capacité de travail dans une activité adaptée, rente  
d'invalidité LAA, indemnité pour atteinte à l'intégrité et traitement médical)

## Faits

A. X \_\_\_\_\_, né le xx.xx 1976, travaillait en tant qu'aide-charpentier pour l'entreprise A \_\_\_\_\_ SA à B \_\_\_\_\_ et était, à ce titre, assuré contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : CNA).

En date du 26 novembre 2019, il a glissé d'une échelle et est tombé sur sa main droite. Cet événement a été annoncé le 6 décembre suivant à la CNA, laquelle a pris en charge ses suites, l'assuré étant en incapacité de travail totale à compter de l'accident (pièces CNA 2 et 3).

Le 28 novembre 2019, l'intéressé a subi une réduction ouverte avec fixation interne de sa fracture intra-articulaire avec enfoncement central fermée du radius distal droit. L'opération s'étant déroulée sans complication et les radiographies post-opératoires étant satisfaisantes, il a regagné son domicile le lendemain (pièce CNA 12). La plaque et les vis ont été retirés le 18 juin 2020 (ablation du matériel d'ostéosynthèse [ci-après : AMO] ; pièce CNA 35).

Lors de la consultation du 14 juillet 2020, le Dr C \_\_\_\_\_, médecin adjoint auprès du Service d'orthopédie-traumatologie du Centre hospitalier de Rennaz, a constaté que l'intéressé présentait encore un œdème. La cicatrice – laquelle avait des petites indurations – ainsi que la peau autour de celle-ci demeuraient insensibles. L'assuré avait besoin de mobilisation intensive quotidienne de son poignet et était, pour cela, suivi en ergothérapie deux fois par semaine. Les travaux lourds devaient être évités, mais les travaux légers et modérés pouvaient parfaitement être exécutés (pièce CNA 43).

Il ressort du compte-rendu de l'entretien que la CNA a eu le 24 août 2020 avec l'assuré, son épouse et son employeur, que l'intéressé avait toujours travaillé dans le bois, que ce soit au Portugal ou en Suisse, sans pour autant accomplir de formation certifiée dans le domaine. Aucune évolution positive n'avait été constatée après l'AMO du 18 juin 2020. Selon son ergothérapeute, tout le poignet de l'assuré était enflammé à cause d'un problème de tendon. Il avait de la force de serrage dans la main, mais ressentait une douleur sur le dessus du poignet s'il serrait trop fort. Les douleurs étaient cependant tout à fait supportables et ne l'empêchaient pas de dormir, bien qu'elles augmentaient un peu à l'effort. La mobilité de la main droite était limitée, il ne pouvait pas la baisser et ne pouvait la relever que de quelques degrés. Il lui était impossible de pivoter l'avant-bras de façon à ce que la paume de la main soit tournée vers le haut, ce qui était très gênant

pour porter des objets encombrants au travail. L'intéressé n'était pas satisfait du suivi du Dr C \_\_\_\_\_, qui considérait que tout allait bien et que l'évolution était normale, et souhaitait demander un second avis spécialisé à un autre médecin. L'assuré avait repris son emploi à 50% le 1<sup>er</sup> juillet 2020, mais s'était vite rendu compte qu'il ne pouvait pas exécuter beaucoup de tâches et s'était à nouveau mis en arrêt de travail total dès le 14 juillet suivant. L'employeur a expliqué qu'il n'était pas possible d'adapter une place de travail pour l'intéressé, celui-ci n'ayant jamais fait de travail de bureau ni de dessin technique et ne maîtrisant pas suffisamment la langue française pour suivre une telle formation. L'assuré a indiqué être favorable à un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR ; pièce CNA 46).

Dans son rapport du 25 août 2020, le Dr C \_\_\_\_\_ a relevé que la mobilité du poignet n'avait pas augmenté depuis la dernière consultation. Quant aux douleurs, elles n'étaient pas articulaires mais étaient liées à un raccourcissement de l'appareil capsulo-ligamentaire. La situation ne pouvant plus être améliorée sur le plan chirurgical, pas plus que par des mesures supplémentaires d'ergothérapie, le médecin a expliqué que l'assuré était arrivé au *status quo*. L'assuré étant totalement incapable de travailler dans son activité habituelle, le Dr C \_\_\_\_\_ suggérait une reconversion dans une profession non contraignante pour le poignet (pièce CNA 48).

Consultée par l'assuré afin d'obtenir une seconde opinion sur sa situation médicale, la Dresse D \_\_\_\_\_, FMH en chirurgie de la main, a évoqué la possibilité d'essayer une ostéotomie correctrice. N'étant pas certaine de la pertinence de cette option, elle a sollicité l'avis d'une consœur du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV) plus expérimentée au niveau des corrections intra-articulaires (pièce CNA 52).

Le 28 septembre 2020, la Dresse E \_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe auprès du Service de chirurgie plastique et de la main du CHUV, a diagnostiqué une arthrose post-traumatique radio-carpienne et radio-ulnaire distale au décours d'une fracture intra-articulaire complexe du radius distal droit, soit du côté de la main dominante de l'assuré, avec compression du nerf médian au tunnel carpien, tendinite de De Quervain, zone d'hypoesthésie autour de la cicatrice distale et adhérences des tendons du muscle extenseur commun des doigts au dos du poignet. Selon elle, il fallait en tout cas adresser l'articulation radio-carpienne et radio-ulnaire. La reprise de l'activité d'aide-charpentier serait probablement impossible (pièces CNA 59 et 155).

Sur la base du dossier de la CNA, la Dresse F \_\_\_\_\_, médecin praticien et médecin d'arrondissement, a confirmé que l'incapacité de travail de l'intéressé était toujours

médicalement justifiée et que son activité habituelle était définitivement compromise. Il était toutefois trop tôt pour se prononcer sur la nécessité d'un examen médical à l'agence ou d'un séjour à la CRR (pièce CNA 63).

Le bilan cartilagineux des articulations radio-carpienne et radio-ulnaire du 8 octobre 2020 a mis en évidence des chondropathies plus ou moins marquées et étendues (pièce CNA 68). Après discussion avec un confrère et au regard du souhait du patient d'aboutir à une solution définitive ne nécessitant plus d'opération à l'avenir, la Dresse E \_\_\_\_\_ a proposé une panarthrodèse du poignet selon la méthode Sauvé-Kapanji (pièce CNA 69). La Dresse F \_\_\_\_\_ a admis que ladite intervention était probablement imputable à l'événement du 26 novembre 2019 (pièce CNA 70).

Suite à la consultation ambulatoire du 9 mars 2021, la Dresse E \_\_\_\_\_ a rapporté que l'assuré présentait encore des douleurs déclenchées par le froid et par certains mouvements, comme l'extension du poignet, qui irradiaient dans le coude puis dans l'épaule. Après nouvelle discussion avec son confrère et l'intéressé, la doctoresse a opté pour une arthrodèse radiocarpienne sans geste sur l'articulation radio-cubitale inférieure (pièce CNA 99).

Le 26 avril 2021, l'assuré a bénéficié d'une excision de la première rangée du carpe et d'une arthrodèse radio-carpienne du poignet droit. Deux semaines et demie après l'intervention, la Dresse E \_\_\_\_\_ indiquait une diminution des douleurs. Les contrôles des 8 juin 2021 et 16 juillet suivant ont fait ressortir une faible amélioration des douleurs et fourmillements dans la pointe du majeur. Il restait toutefois des douleurs au réveil, dans certains mouvements et à la palpation palmaire au niveau des métacarpo-phalangiens avec irradiation dorsale. A six mois post-opératoire, les douleurs ulnaires étaient réduites mais l'intéressé ressentait toujours des irritations avec brûlures et décharges électriques sur le nerf radial. L'hypoesthésie D3-4 demeurait sans amélioration (pièces CNA 105, 110, 113, 126 et 139).

Le 9 décembre 2021, l'assuré a subi une nouvelle intervention, à savoir une AMO et une libération du tunnel carpien à droite (pièce CNA 163). Lors du contrôle du 14 décembre suivant, la Dresse E \_\_\_\_\_ a indiqué qu'une reprise du travail serait possible dès le mois de mars mais que l'exercice du métier d'aide-charpentier serait très difficile, voire impossible. Si l'intéressé rapportait encore des douleurs et des gênes deux mois plus tard, celles-ci n'étaient pas majeures et avaient un bon potentiel de passer avec la rééducation. La doctoresse a confirmé qu'une reconversion professionnelle était souhaitable dans la mesure où la reprise de l'ancienne activité serait trop dangereuse.

Le 19 avril 2022, elle a expliqué n'avoir plus d'options thérapeutiques ni de chirurgie à envisager. Elle a suggéré un séjour à la CRR pour traitement et évaluation des capacités de l'intéressé dans les ateliers, mesure qui a été approuvée par le médecin d'arrondissement (pièces CNA 145, 155, 175 et 177).

L'assuré a séjourné dans le Service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la CRR du 8 juin 2022 au 6 juillet suivant. Il ressort du rapport du 12 juillet 2022 des Drs G \_\_\_\_\_ et H \_\_\_\_\_, respectivement spécialiste en médecine physique et de réadaptation et médecin-assistante, que les douleurs ressenties par l'intéressé étaient estimées à 2-3/10 au repos et à 7/10 à l'effort. Elles irradiaient parfois dans le coude et l'épaule droits. Si les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées durant le séjour, les médecins ont tout de même relevé que des facteurs contextuels pouvaient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées, notamment une kinésiophobie modérée et un catastrophisme élevé. La situation était pratiquement stabilisée sur le plan médical, la stabilisation totale étant attendue dans un délai d'un à deux mois. Les divers tests réalisés au sein des ateliers avaient permis d'estimer que l'assuré ne pourrait probablement plus jamais exercer son métier habituel à 100% ; en revanche, une activité professionnelle à plein temps dans une activité respectant les limitations fonctionnelles retenues par le corps médical était exigible (pièce CNA 195).

L'intéressé a bénéficié d'une mesure d'évaluation des capacités professionnelles (ci-après : ECP) auprès de la CRR du 25 juillet 2022 au 19 août suivant dans le cadre de l'assurance-invalidité (AI). Les limitations fonctionnelles suivantes ont été retenues : le port répétitif de charges lourdes de plus de 5-10 kg, les activités nécessitant une flexion-extension du poignet répétitive ou prolongée et les activités exigeant une dextérité fine de la main droite. Au terme de la mesure ECP, différentes pistes professionnelles étaient envisagées, notamment dans les domaines de la conciergerie, de la vente spécialisée et de l'industrie légère. Selon le personnel de la CRR, l'assuré ne présentait pour le moment pas une pleine capacité de travail dans la mesure où le rythme et la qualité de son travail étaient péjorés par le manque de mobilité du poignet droit, soit sa main dominante. De plus, les mouvements compensatoires pourraient à terme générer de nouvelles limitations (pièce CNA 207).

L'assuré a rencontré le médecin d'arrondissement de la CNA le 20 décembre 2022 en vue de l'établissement d'un bilan final. Il ressort de ce dernier que l'intéressé n'avait plus de douleurs au repos et qu'elles n'apparaissaient qu'à l'usage ou en raison du froid. Il avait également des douleurs en lien avec une tendinite sur le versant cubital de l'avant-

bras avec irradiation dans le bras jusque dans l'épaule et se plaignait d'une hyposensibilité au niveau dorsal d'un doigt. La Dresse F \_\_\_\_\_ a notamment observé que les épaules de l'assuré étaient à la même hauteur et qu'il n'y avait pas d'amyotrophie manifeste de la ceinture scapulaire. La mobilité active des épaules (flexion, extension et abduction) était symétrique et physiologique. Sur le plan médical, la situation était stabilisée. Il n'y avait pas de traitement chirurgical ou médical pouvant améliorer de manière notable l'état de santé de l'assuré. Celui-ci bénéficiait encore de deux séances d'ergothérapie par semaine, traitement que le médecin d'arrondissement a proposé de maintenir durant six mois au moins, la situation devant être réévaluée à l'échéance de cette période. S'agissant des limitations fonctionnelles, la Dresse F \_\_\_\_\_ a admis que l'intéressé devait éviter le port de charges lourdes de plus de 5-10 kg de manière répétitive, les activités nécessitant une flexion-extension répétitive ou prolongée du poignet, les activités nécessitant des mouvements de rotation, de pronation, de supination, de serrage de vis ou autre machine en rotation, les activités exigeant une dextérité fine de la main droite ainsi que le travail dans un environnement froid. Dans une activité adaptée respectant lesdites limitations, une pleine capacité de travail sans diminution de rendement pouvait être exigée. Par contre, une incapacité de travail totale définitive devait être reconnue dans l'activité habituelle d'aide-charpentier. L'atteinte à l'intégrité a été arrêtée à 20%. La Dresse F \_\_\_\_\_ a motivé son appréciation en indiquant que, selon la table 5 des atteintes à l'intégrité résultant d'arthrose (révision 2011, référence 2870/5.f, édition 2000), une résection de la première rangée des os du carpe correspondait à un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) entre 10% et 15%. La table 1 des atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs (référence 2870/1.f), prévoyait quant à elle qu'une arthrodèse radio-carpienne correspondait à un taux d'IPAI de 15%. Dans le cas précis, dès lors que l'assuré présentait les deux, il se justifiait d'admettre des séquelles correspondant à un taux d'IPAI de 20%. Le médecin d'arrondissement a notamment précisé qu'elle n'avait pas retenu un taux d'IPAI de 25 % parce que celui-ci correspondait à une situation où le poignet était bloqué en extension avec perte de la pronation et de la supination, ce qui n'était pas le cas chez l'assuré qui avait une pronation normale et une supination à 65° (pièces CNA 251 et 252).

Par pli du 27 décembre 2022, la CNA a déclaré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 janvier 2023, dès lors qu'il n'avait plus besoin de traitement. Elle prendrait toutefois en charge deux séances d'ergothérapie par semaine jusqu'au 30 juin 2023 (pièce CNA 258).

Le 24 janvier 2023, la CNA a rendu une décision refusant à l'assuré tout droit à une rente d'invalidité, la diminution de la capacité de gain due à l'accident étant insuffisante pour ouvrir un tel droit (6%), et fixant l'IPAI à 29'640 fr., compte tenu de l'atteinte à l'intégrité de 20% (pièce CNA 278).

**B.** Le 15 février 2023, l'assuré a formé opposition contre la décision précitée par l'intermédiaire de sa protection juridique. Il a contesté le taux d'invalidité retenu par la CNA ainsi que le degré d'atteinte à l'intégrité corporelle arrêté à 20%. Il a produit, à l'appui de son propos, le résultat d'un examen IRM de l'épaule droite qu'il avait effectué le 21 janvier précédent et qui indiquait plusieurs troubles (tendinopathie chronique calcifiante des tendons épineux avec une déchirure surajoutée du tendon supra-épineux sur sa face bursale distale, bursite sous-acromio-deltaïdienne et souffrance dégénérative débutante notamment acromio-claviculaire). Selon lui, ces troubles découlaient du fait qu'il ne pouvait pas utiliser complètement son poignet. L'intéressé se trouvait fortement diminué de tout son bras droit, de sorte qu'il n'était pas possible d'exiger de lui l'exercice d'une activité lucrative à plein temps avec un rendement normal, quel que soit le secteur d'activité (pièces CNA 285 et 286).

Par courriel du 31 mars 2023, la CNA a interrogé le médecin traitant de l'assuré sur les circonstances ayant justifié la demande d'une IRM de l'épaule droite. Le Dr I \_\_\_\_\_, médecin remplaçant de la Dresse J \_\_\_\_\_, a transmis son rapport de consultation du 18 janvier 2023, duquel il ressortait que son patient s'était plaint d'une omalgie droite en lien probable avec une posture compensatrice due à l'accident du poignet droit (pièces CNA 298 à 300).

Interpellée par la CNA pour qu'elle se détermine sur ces nouveaux éléments, la Dresse F \_\_\_\_\_ a tout d'abord rappelé, dans son appréciation médicale du 17 avril 2023, que lors de l'entretien du 20 décembre 2022, l'assuré avait uniquement mentionné des douleurs de l'avant-bras irradiant dans le bras et dans l'épaule. En présence d'une atteinte de son épaule droite, l'intéressé aurait plutôt décrit des douleurs de l'épaule qui auraient éventuellement irradié en direction du coude et du poignet droit. Les douleurs signalées par l'assuré avant le 18 janvier 2023 étaient ainsi en lien avec son atteinte du poignet droit, et plus particulièrement avec sa tendinite de De Quervain, laquelle avait été diagnostiquée par différents médecins dès 2021 (*recte* : 2020). La Dresse F \_\_\_\_\_ a également relevé que les plaintes de l'assuré à son médecin traitant (18 janvier 2023) étaient survenues plusieurs années après le traumatisme et étaient postérieures à l'examen final du 20 décembre 2022. Elle a en outre expliqué que les lésions visibles à l'IRM du 23 janvier 2023 étaient des lésions dégénératives propres à

créer des douleurs qui ne pouvaient pas, de par leur nature, être imputées à la chute de l'assuré. Les plaintes de l'intéressé devaient dès lors être attribuées aux lésions dégénératives et non pas à un contrecoup des difficultés d'utilisation de son poignet. Pour toutes ces raisons, le médecin d'arrondissement a affirmé que les douleurs de l'assuré au niveau de son épaule droite n'étaient pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement du 26 novembre 2019 (pièce CNA 304).

Par décision sur opposition du 27 avril 2023, la CNA a écarté l'opposition et confirmé sa précédente décision. Se fondant sur l'appréciation du médecin d'arrondissement et sur le fait que l'assuré n'avait produit aucun élément médical permettant de la mettre en doute, la CNA a nié l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate au degré de la vraisemblance prépondérante entre les troubles de l'épaule droite et l'événement du 26 novembre 2019. Ces troubles ne devaient donc pas être pris en considération dans l'examen du droit aux prestations de l'assurance-accidents. En tenant compte des séquelles objectives de l'accident et de l'obligation de limiter le dommage imposée à l'assuré, il fallait reconnaître qu'il disposait d'une capacité de travail entière, sans baisse de rendement, dans une activité adaptée, par exemple dans un poste de surveillance ou de télésurveillance. S'agissant du revenu d'invalidé, la CNA a maintenu qu'en l'absence de revenu effectivement réalisé, c'était à juste titre qu'elle s'était fondée sur les données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), plus précisément sur le salaire versé à un homme dans le secteur privé avec un niveau de compétence 1, et qu'elle avait procédé à un abattement de 10% au vu des limitations fonctionnelles de l'intéressé. Après adaptation à la moyenne des heures travaillées en Suisse et indexation, le revenu annuel hypothétique d'invalidé avait été arrêté à 60'001 fr. 17 (soit 66'667 fr. 96 x 90%). Le revenu de valide, lequel était fondé sur les informations transmises par l'entreprise A \_\_\_\_\_ SA et n'avait pas été contesté, se montait à 63'290 fr. 69 après correction de l'indexation selon les dernières données disponibles. La comparaison de ces deux revenus faisait ressortir un degré d'invalidité de 5.19%, ce qui justifiait le refus de verser une rente d'invalidité LAA à l'assuré. Enfin, la CNA a indiqué que dans la mesure où l'intéressé contestait le taux d'IPAI retenu en invoquant ses troubles à l'épaule droite, lesquels ne pouvaient pas être pris en considération, il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'estimation dûment motivée de la Dresse F \_\_\_\_\_ (atteinte à l'intégrité de 20% pour les séquelles de l'accident au poignet ; pièce CNA 310).

**C.** X \_\_\_\_\_, représenté par Me Luis Neves, a recouru céans le 29 mai 2023 concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision sur opposition du

27 avril précédent, à la reconnaissance d'un droit à une rente de 60% et à la prise en charge des frais de traitements en lien avec l'accident. Subsidiairement, le recourant a conclu au renvoi de la cause à la CNA pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Selon lui, l'appréciation médicale du médecin d'arrondissement était confuse quant à la mention, ou non, de douleurs à l'épaule droite lors de la rencontre du 20 décembre 2022. Au vu de l'importance de ces atteintes, il était évident qu'elles n'avaient pas pu apparaître en l'espace d'un ou deux mois et qu'elles étaient déjà présentes lors du bilan final. L'intimée n'étant pas en mesure de prouver le contraire, elle devait compléter son appréciation afin de s'assurer de l'absence de lien de causalité avec l'accident survenu en 2019. Dès lors que le recourant ne pouvait plus se servir de son bras dominant et devait se limiter à des tâches basiques exécutables à une main, une baisse de rendement d'au moins 30% aurait dû être admise. Diverses erreurs affectaient en outre le calcul du taux d'invalidité. La CNA n'était en particulier pas fondée à adapter le revenu d'invalidité en augmentant l'horaire de travail et aurait dû consentir à un abattement de 20% au minimum. Cela étant, un taux d'invalidité de 60% devait être retenu, ce qui ouvrait un droit à une rente d'invalidité équivalente. Le recourant a également reproché à l'intimée d'avoir mis un terme à la prise en charge des frais de traitement, en particulier des séances d'ergothérapie, alors qu'aucun médecin n'avait ordonné l'arrêt dudit traitement. Il a enfin contesté le taux de l'IPAI, considérant que toutes ses atteintes et limitations n'avaient pas été prises en compte. Selon lui, il fallait admettre *a minima* un taux de l'IPAI de 45% au vu de l'arthrodèse radio-carpienne du poignet, de la perte de la pronation et de la supination de l'avant-bras, du coude bloqué à environ 30% et de la résection de la première rangée des os du carpe.

Dans sa réponse du 13 juillet 2023, l'intimée a conclu au rejet de toutes les conclusions du recourant. Elle a réitéré qu'une pleine valeur probante devait être reconnue aux rapports motivés et convaincants du médecin d'arrondissement et qu'aucun lien de causalité naturelle ne pouvait être retenu, au degré de la vraisemblance prépondérante, entre les troubles de l'épaule droite et l'événement du 26 novembre 2019. Partant, le droit à la rente d'invalidité et le taux de l'IPAI devaient être examinés à l'aune des seules séquelles du poignet droit. L'intimée a relevé que le recourant requérait la poursuite de la prise en charge des frais de traitement sans toutefois contester la stabilisation de son état de santé. Dès lors qu'il était établi qu'aucune nouvelle opération n'était préconisée et que la capacité de travail exigible dans une activité adaptée était entière, l'état de santé devait être considéré comme stabilisé. Ainsi, la fin du service des indemnités journalières et du traitement médical devait être confirmée, de même que le passage à l'examen du droit à la rente et à l'IPAI. La CNA a mis en exergue le fait que le recourant

alléguait une perte de rendement d'au moins 30% sans avancer le moindre argument médical objectif susceptible de contredire les conclusions de la Dresse F \_\_\_\_\_. Elle ne pouvait dès lors pas l'admettre. En ce qui concernait l'adaptation du revenu selon l'ESS à l'horaire hebdomadaire moyenne, le recourant – qui semblait confondre revenus avec et sans invalidité – ne pouvait également pas être suivi, dans la mesure où il s'agissait de la pratique usuelle en matière de revenu d'invalidité. L'abattement de 10% sur le salaire statistique ne pouvait en outre pas être revu à la hausse, notamment parce qu'il y avait suffisamment d'activités adaptées aux limitations de l'intéressé de niveau de compétence 1. Il en résultait que le revenu d'invalidité de 60'001 fr. 17 n'était pas critiquable et qu'il en allait de même du taux d'invalidité de 5.19%. Le droit à une rente d'invalidité avait été valablement refusé. Les contestations du recourant relatives à l'IPAI ne reposant sur aucun avis médical, elles n'étaient pas propres à mettre en cause les conclusions dûment établies par le médecin d'arrondissement. L'IPAI d'un taux de 20%, équivalant à 29'640 fr., devait être confirmée.

Le recourant a répliqué le 4 septembre 2023, mettant une nouvelle fois en avant des incohérences relevées dans le raisonnement de l'intimée, respectivement de la Dresse F \_\_\_\_\_, quant au moment de l'apparition des douleurs à l'épaule droite. Il peinait en particulier à comprendre pourquoi la CNA persistait à vouloir faire croire que l'assuré n'avait déclaré les atteintes à l'épaule qu'après l'examen du 20 décembre 2022, alors qu'elle admettait qu'il avait mentionné des douleurs irradiant dans l'épaule durant ledit examen. Il précisait que ce n'était pas lui qui alléguait un lien de causalité entre ses douleurs à l'épaule et l'accident de 2019, mais que cela ressortait expressément du rapport du Dr I \_\_\_\_\_. Le recourant a par ailleurs reproché à l'intimée de ne pas avoir pris en compte l'étendue et la gravité de l'atteinte subie pour fixer le taux de l'IPAI. Il ne s'agissait pas d'une simple problématique de supination et pronation, comme elle semblait le penser ; l'extension, la flexion et la rotation du poignet étaient impossibles, la dextérité fine était perdue tout comme une grande partie de sa force. Les mêmes reproches valaient pour l'abattement injustement arrêté à 10%. Le recourant a ainsi maintenu ses conclusions.

Par duplique du 25 septembre 2023, l'intimée a rappelé que l'accident consistait en une chute du recourant sur sa main droite et qu'aucune plainte n'avait été rapportée au niveau de l'épaule dans les suites de celui-ci. Il pouvait dès lors être affirmé que le recourant n'avait pas subi de lésion structurelle à l'épaule lors de l'événement du 26 novembre 2019. L'intimée a précisé que, lors de l'examen du 20 décembre 2022, l'intéressé n'avait pas décrit de douleurs partant de l'épaule, mais uniquement des

douleurs au niveau de l'avant-bras qui irradiaient dans le coude et dans l'épaule. Elle a également souligné que le recourant n'était pas privé de l'usage de sa main droite mais qu'il pouvait l'utiliser, ainsi que son poignet, dans des activités légères ne les sollicitant pas excessivement en terme de force et de manutention de charges. Pour le surplus, la CNA s'est référée à ses précédentes écritures et a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours.

### **Considérant en droit**

#### **1.**

**1.1** 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.

**1.2** Remis à la poste le 29 mai 2023, le recours à l'encontre de la décision sur opposition de la CNA du 27 avril précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 38 al. 3 et 60 LPGA) et devant la Cour de céans, compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 loi cantonale sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA]). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

#### **2.**

**2.1** Le présent litige porte sur la fin de la prise en charge des frais de traitement de l'assuré compte tenu de la stabilisation de son état de santé, sur son droit à une rente d'invalidité, plus particulièrement sur son taux d'invalidité, ainsi que sur le taux de l'IPAI qui lui a été octroyée.

**2.2** Aux termes de l'article 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel et de maladie professionnelle.

En cas d'atteinte à la santé due à un accident, l'assureur-accidents prend en charge le traitement médical (art. 10 ss LAA), les indemnités journalières (art. 16 ss LAA), la rente d'invalidité (art. 18 ss LAA) et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 ss LAA). Selon l'article 10 alinéa 1 lettres a et b LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir notamment au traitement ambulatoire

dispensé par le médecin ou, sur prescription de ce dernier, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin.

Le traitement médical au sens de l'article 10 LAA appartient, selon la jurisprudence fédérale, aux prestations provisoires (ATF 134 V 109 consid.4.1 et 133 V 57 consid. 6.6 et 6.7). Il tend notamment à permettre à l'assuré de retourner le plus vite possible à son travail (HEINE, in : *Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, 2018, no 8 ad art. 10 ; FRÉSARD / MOSER-SZELESS, *L'assurance-obligatoire*, in ; *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht*, 3<sup>ème</sup> éd. 2016, no 192 ss p. 967).

**2.2.1** 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).

L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident. L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical, ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures – comme une cure thermique – ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit non plus pas qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Le maintien de mesures médicales destinées uniquement à atténuer des symptômes (p. ex. des douleurs) et non à guérir les dommages causés à la santé ne suffit pas à justifier l'absence de clôture du cas. Il en va de même pour des mesures d'évaluation ou de contrôle. Ainsi, un état douloureux durable ne fonde pas, à lui seul, un droit à la poursuite d'une thérapie (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_176/2023 du 6 décembre 2023 consid. 3 et les références ; GEERTSEN, in : *Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht*, op. cit., no 9 ad art. 19 et les références).

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).

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).

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 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 ; 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 et 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 no U 439 p. 347). 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).

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'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25% au maximum pour en tenir compte (ATF 148 V 174 consid. 6.3, 129 V 472 consid. 4.2.3 et 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 et 126 V 75 consid. 6).

**2.2.2** 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 ordonnance sur l'assurance-accidents [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 de d'abord 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 no U 296 p. 235, U 245/96 consid. 2a).

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 no 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 (FRÉSARD / MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, op. cit., no 311). En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1 et 113 V 218 consid. 4b ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_703/2008 du

25 septembre 2009 consid. 5, U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2 in : RAMA 2004 no U 514 p. 415 et U 360/98 consid. 1 in : RAMA 2000 no U 362 p. 41).

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 pourcent. 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 de l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3, 124 V 209 consid. 4a/cc et 116 V 156 consid. 3a).

**2.3** La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 125 V 456 consid. 5a et les références). En cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe toutefois largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références).

L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel ou cette maladie professionnelle, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1). Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (cf. *infra*, consid. 2.4). 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 ; RVJ 2024 p. 93 consid. 2.1).

En outre, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ou d'une maladie professionnelle ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb, cité p. ex. in arrêt du Tribunal fédéral 8C\_646/2023 du 8 juillet 2024 consid. 5.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'évènement assuré.

**2.4** 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). 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 et 125 V 351 consid. 3a). 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 du 14 octobre 2011 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). 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 144 II 427 consid. 3.1.3, 141 I 60 consid. 3.3, 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc).

Il ne se justifie pas d'écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 4A\_172/2013 du 1<sup>er</sup> octobre 2013 consid. 3.5). 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). En revanche, lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'article 44 LPGA, 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 d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5, 142 V 58 consid. 5.1, 139 V 225 consid. 5.2 et 135 V 465 consid. 4.4). 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 qu'une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'article 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

Dans tous les cas, il convient cependant de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Cela signifie qu'en procédure judiciaire, le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve objectivement et indépendamment de leur origine puis décider si les pièces à disposition permettent de procéder à une appréciation fiable des prétentions litigieuses. En présence de rapports médicaux contradictoires, il ne peut notamment pas trancher le litige sans apprécier toutes les pièces médicales et exposer les motifs pour lesquels il se fonde sur un avis médical plutôt que sur un autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant de savoir si cet acte est complet compte tenu des droits contestés, s'il est fondé sur des examens approfondis en tous points, s'il tient compte des affections dont se plaint l'intéressé, s'il a été établi en connaissance de l'anamnèse, si l'exposé du contexte médical est cohérent, voire si l'appréciation de la situation médicale est claire, et si les conclusions de l'expert sont dûment motivées. N'est donc en soi déterminante pour la valeur probante d'un moyen de preuve ni la provenance d'une prise de position reçue ou demandée par le biais d'un mandat ni sa désignation en tant que rapport ou expertise. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète et approfondie, elle ne saurait

être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_543/2011 du 19 janvier 2012 consid. 2.3.1). De plus, on rappellera que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2, 8C\_46/2019 du 10 mai 2019 consid. 3.2.1 et U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 no U 438 p. 345).

### **3.**

**3.1** En premier lieu, il convient d'examiner si la CNA était fondée à nier l'existence d'un lien de causalité entre les atteintes à l'épaule droite du recourant et l'événement du 26 novembre 2019.

Dans sa réplique du 4 septembre 2023, le recourant indique que le lien de causalité entre ses douleurs à l'épaule et l'accident de 2019 ressort du rapport du 18 janvier 2023 du Dr I \_\_\_\_\_. Il s'agit donc essentiellement de déterminer si ce rapport est propre à remettre en cause l'appréciation de la Dresse F \_\_\_\_\_, respectivement si une pleine valeur probante peut être reconnue aux avis de cette dernière.

Le Tribunal constate à cet égard que la Dresse F \_\_\_\_\_ a été interpellée à plusieurs reprises par la CNA s'agissant du cas du recourant et qu'elle a donc pu en suivre l'évolution. On relève, à la lecture de ses rapports des 21 décembre 2022 et 17 avril 2023, qu'elle a pris en considération les différentes pièces médicales au dossier et qu'elle a exposé la situation médicale de manière claire et sans contradictions. Au surplus, la Dresse F \_\_\_\_\_ a procédé à un examen clinique complet du patient le 20 décembre 2022, a établi son avis de manière circonstanciée, en connaissance de l'anamnèse et en tenant compte des plaintes de l'assuré, et a dûment motivé ses conclusions. Ainsi, la valeur probante intrinsèque de ces rapports est entière.

En ce qui concerne l'avis du Dr I \_\_\_\_\_ auquel fait référence le recourant, la Cour relève qu'il n'est pas de nature à faire naître un doute quant à la pertinence et à la fiabilité des rapports de la Dresse F \_\_\_\_\_, spécialement celui du 17 avril 2023, dans lequel est plus spécialement abordée la question des atteintes de l'épaule droite. En effet, le médecin traitant remplaçant de l'assuré ne fait qu'indiquer, sous le point « anamnèse »,

que l'omalgie droite était en lien probable avec des postures compensatrices dues à un accident de la main droite. Cela ne peut nullement être considéré comme le résultat objectif d'une analyse médicale complète et approfondie. Preuve en est notamment qu'une IRM a été demandée dans le même rapport. Il s'agit plutôt de la simple retranscription d'une hypothèse, probablement émise par le recourant lui-même. Le fait que la Dresse F \_\_\_\_\_ n'ait pas revu personnellement l'intéressé après que les diagnostics relatifs à l'épaule droite aient été posés n'est pas déterminant, dès lors qu'elle a pu fonder son appréciation sur des documents contenant suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret, en particulier l'examen de l'IRM du 23 janvier 2023. Les autres avis médicaux au dossier ne sont d'aucun secours au recourant, dans la mesure où ils abordent exclusivement les atteintes au poignet et ne traitent pas de l'épaule, si ce n'est pour indiquer que les douleurs du poignet irradient dans le bras et dans l'épaule. Au surplus, conformément au raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* », le simple fait que les douleurs sont apparues après l'accident ne suffit pas à admettre un lien de causalité. La question de savoir quand le recourant a mentionné ses douleurs à l'épaule pour la première fois n'est donc à elle seule pas décisive (cf. consid. 2.3). De plus, l'examen clinique de 2022 (trois ans après l'accident) montrait des épaules symétriques et aucune atrophie. Or, plus l'atteinte apparaît tard après l'accident plus le lien de causalité est difficile à démontrer ; le recourant n'y est d'ailleurs pas parvenu.

En définitive, en plus d'être détaillées et convaincantes, les constatations de la Dresse F \_\_\_\_\_ ne sont véritablement contredites par aucune pièce médicale au dossier, de sorte qu'il n'existe pas de motif de mettre en doute la fiabilité des conclusions du médecin d'arrondissement de la CNA. Il y a ainsi lieu de retenir que les atteintes à l'épaule du recourant ne sont pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien de causalité avec l'événement du 26 novembre 2019. C'est donc à juste titre que l'intimée a pris en considération uniquement les séquelles au poignet droit de l'assuré pour arrêter la stabilisation de l'état de santé et définir la capacité de travail exigible ainsi que le taux de l'IPAI.

**3.2** Sans contester expressément la stabilisation de son état de santé, le recourant conclu à la poursuite de la prise en charge des traitements liés à l'accident de novembre 2019.

Comme mentionné au considérant 2.2.1 ci-dessus, les prestations temporaires, telles que les indemnités journalières et le traitement médical, ne doivent être accordées par l'assureur-accidents qu'aussi longtemps que l'on peut attendre de la poursuite du

traitement médical une amélioration notable de l'état de santé. Si ce n'est plus le cas, les prestations temporaires doivent être suspendues et le droit à une rente d'invalidité et/ou à IPAI doit être simultanément examiné.

En l'occurrence, il ressort de l'intégralité des pièces médicales au dossier, en particulier du rapport du 19 avril 2022 de la Dresse E \_\_\_\_\_, du rapport du 12 juillet 2022 de la CRR ainsi que du bilan final du 21 décembre 2022 du médecin d'arrondissement, que les options thérapeutiques étaient épuisées et qu'il n'y avait plus d'opération envisagée pour améliorer la situation du poignet droit du recourant. Il sied à ce propos de rappeler que le maintien de mesures médicales destinées uniquement à atténuer des symptômes, comme par exemple un traitement ergothérapeutique, n'est pas incompatible avec la clôture du cas. Partant, c'est à bon droit que la CNA a considéré l'état de santé du recourant comme stabilisé. On ne saurait dès lors lui reprocher d'avoir mis un terme à la prise en charge des frais de traitement.

**3.3** Concernant la rente d'invalidité, le recourant fait valoir deux griefs. D'une part, il conteste la capacité de travail totale, sans baisse de rendement, qui lui a été reconnue par la CNA dans une activité adaptée et, d'autre part, il conteste le revenu avec invalidité, tant dans le mode de calcul du revenu statistique que dans l'abattement consenti.

**3.3.1** Le recourant considère qu'au vu de l'importance de ses limitations au poignet – celles à l'épaule ne pouvant être prise en considération (cf. consid. 3.1) –, une certaine baisse de rendement, estimée à 30% au minimum, aurait dû être admise par l'intimée. Son appréciation n'est cependant corroborée par aucun avis médical. Or, il est communément admis qu'il revient à un médecin de se prononcer, en se fondant sur des constatations médicales objectives, sur le point de savoir dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler (MOSER-SZELESS, op. cit., no 24 ad art. 6 LPGa).

En l'espèce, la Dresse F \_\_\_\_\_ retient, en toute connaissance de cause et après avoir procédé à un examen personnel complet, que l'assuré peut travailler à 100%, sans baisse de rendement, dans une activité respectant strictement les limitations fonctionnelles décrites. Le raisonnement purement subjectif du recourant ne suffit en aucun cas à remettre en cause les conclusions du médecin d'arrondissement, lesquelles disposent d'une pleine valeur probante. Pour rappel, le droit des assurances sociales ne prévoit pas de principe selon lequel le doute profite à l'assuré. Le défaut de preuve allant au détriment de la partie qui entend tirer un droit du fait non prouvé, il appartenait au recourant de fournir des éléments objectifs et sérieux, propres à semer le doute sur

l'appréciation de la Dresse F \_\_\_\_\_ ayant fondé la décision de l'intimée. Etant donné qu'il n'en a rien fait, le Cour retient que le recourant dispose d'une capacité de travail totale, sans baisse de rendement, dans une activité adaptée.

**3.3.2** Selon le recourant, il est incompréhensible que la CNA ait augmenté l'horaire hebdomadaire normal dans le calcul du revenu d'invalidé dans la mesure où le salaire statistique est déjà établi en fonction de l'horaire normal pour le niveau de compétence. Cette interprétation ne saurait être suivie. De pratique constante, les salaires bruts standardisés selon l'ESS sont calculés sur la base d'un horaire hebdomadaire de 40 heures, si bien qu'ils doivent être adaptés à l'horaire hebdomadaire moyen de l'année considérée, qui est en principe légèrement supérieur. Si le revenu d'invalidé est calculé sur la base de l'ESS (ligne « Total »), le revenu de référence est la moyenne usuelle dans toutes les entreprises du secteur privé, de telle sorte que la durée hebdomadaire de référence doit également être la moyenne usuelle du secteur privé ; si l'on se réfère à un secteur économique spécifique pour établir le revenu d'invalidé, il est plus cohérent d'adapter le salaire statistique à la durée habituelle dans ce secteur si les données sont disponibles. Quant à l'année à prendre en compte, il s'agit de celle de l'examen du droit à la rente ou, à défaut, de la dernière année publiée. Le revenu sans invalidité doit en revanche être déterminé en se référant à la durée usuelle de la semaine dans la branche économique concernée (IONTA, Revenu d'invalidé selon l'ESS – une mise à jour, in : Jusletter 21 novembre 2022, nos 93 à 96 et les références).

*In casu*, la CNA a fixé le revenu d'invalidé sur la base de la valeur centrale (ligne « Total »), homme, niveau 1 de l'ESS (tableau TA1\_tirage\_skill\_level) et l'a adapté à l'horaire hebdomadaire moyen usuel du secteur privé, soit 41.7 heures (tableau Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA2008], état au 22 mai 2025). Elle l'a en outre adapté à l'évolution nominale des salaires, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter du revenu avec invalidité retenu dans la décision sur opposition du 27 avril 2023, soit 66'667 fr. 96.

**3.3.3** Le recourant ne convainc pas plus s'agissant de l'abattement. En substance, il soutient qu'au vu des limitations énoncées par le médecin d'arrondissement, soit le port de charges lourdes de plus de 5-10 kg de manière répétitive, les activités nécessitant une flexion-extension répétitive ou prolongée du poignet, les activités nécessitant des mouvements de rotation, de pronation, de supination, de serrage de vis ou autre machine en rotation, les activités exigeant une dextérité fine de la main droite ainsi que le travail dans un environnement froid, il était clair qu'il ne pouvait plus se servir de l'entier de son bras dominant et ne pouvait réaliser que des tâches basiques à une main. Un

abattement d'au moins 20% devait lui être consenti, sa longue période d'inactivité professionnelle devant également être prise en compte. Comme le relève toutefois à juste titre l'intimée, l'assuré n'est pas privé de l'usage de son poignet, respectivement de sa main droite, mais reste en mesure de les utiliser dans des activités légères, ne les sollicitant pas excessivement en terme de force et de manutention. Force est de constater qu'il existe un nombre certain d'activités de niveau de compétences 1 qui sont adaptées aux limitations de l'intéressé. La CNA mentionne, comme exemple, les activités de contrôle et de surveillance. En outre, le long éloignement du marché du travail n'est pas considéré comme un facteur d'abattement au sens de la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6.3 et les références). Il en va notamment de même des difficultés linguistiques et de l'absence de formation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_423/2019 du 23 janvier 2020 consid. 6.2).

Cela étant, l'abattement de 10% appliqué par la CNA, portant le salaire d'invalidé à 60'001 fr. 17, n'apparaît pas critiquable au vu de la situation concrète du recourant.

**3.3.4** Conformément à l'article 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide doit être 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,.

En l'espèce, le revenu sans invalidité n'est pas contesté et ne paraît pas d'emblée erroné. Il n'y a dès lors pas lieu de s'y arrêter. En comparant le revenu de valide, soit 63'290 fr. 69, avec le revenu d'invalidé, soit 60'001 fr. 17, on obtient effectivement un taux d'invalidité inférieur à 10% (5.19%), ne donnant droit à aucune rente d'invalidité. Le calcul du recourant aboutissant à un taux d'invalidité de 60% n'est dès lors pas fondé.

Eu égard à ce qui précède, l'intimée est dans son bon droit en refusant d'octroyer une rente d'invalidité au recourant.

**3.4** Dans un dernier grief, le recourant allègue que le taux de 20% de l'IPAI retenu par la CNA, sur la base de l'appréciation de la Dresse F \_\_\_\_\_, ne correspond aucunement sa situation réelle, laquelle justifierait un taux de 45% au minimum.

On relèvera sur ce point également qu'il incombe avant tout aux médecins de constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et d'estimer l'atteinte en résultant. En l'occurrence, dans son rapport du 21 décembre 2022, la Dresse F \_\_\_\_\_, qui avait reçu et examiné l'assuré la veille, a expliqué clairement sur quels documents elle s'appuyait et quel était son raisonnement pour arriver à un taux d'IPAI de 20%. Elle a

également précisé pourquoi un taux plus élevé ne pouvait être admis dans le cas d'espèce. De son côté, le recourant ne fait état d'aucun élément clinique, radiologique ou diagnostique concret et objectif susceptible de mettre en cause les conclusions médicales suivies par l'intimée. Il se borne à confronter son interprétation personnelle de la situation à celle du médecin d'arrondissement. A défaut de facteurs médicaux objectifs contraires ou incompatibles, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation de la Dresse F \_\_\_\_\_ qui, rappelons-le, bénéficie d'une pleine valeur probante. Partant, le taux de l'IPAI de 20% doit être confirmé.

#### **4.**

**4.1** Dans ces circonstances, le recours du 29 mai 2023, en tous points mal fondé, est rejeté et la décision sur opposition du 27 avril 2023 confirmée.

**4.2** Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA ; la LAA ne contenant pas de disposition spéciale prévoyant la perception de frais judiciaire), ni alloué de dépens (art. 61 let. g *a contrario* LPGA).

### **Prononce**

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

Sion, le 9 octobre 2025