

S2 22 65

ARRET DU 6 JANVIER 2025

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

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Christophe Joris, juges ;
Anaïs Mottiez, greffière

en la cause

X _____, recourant, représenté par Maître Blaise Marmy, avocat, Martigny

contre

GRUPE MUTUEL ASSURANCE GMA SA, intimée

(art. 24 LAA, indemnité pour atteinte à l'intégrité)

Faits

A. X _____, divorcé et père de quatre enfants, dont un mineur, travaille en qualité d'agent de maintenance d'appareils informatiques auprès de A _____ Sàrl, à B _____, depuis 2008. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles auprès de Groupe Mutuel Assurances GMA SA (ci-après : GMA SA).

B. Le 24 mars 2016, le prénommé s'est blessé à la main droite en utilisant une meule à disque lors de travaux d'aménagements extérieurs. Il a été pris en charge le jour même à C _____, où la Dresse D _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, a posé le diagnostic de section du long extenseur du pouce (EPL), des extenseurs carpi radialis brevis et longus (ECRB et ECRL) ainsi que d'une petite branche de la bifurcation du nerf radial et a procédé à la suture de la petite branche sensitive du nerf radial ainsi que de l'EPL et de l'ECRB (pièces GMA SA 1 et 4).

Dans un rapport du 2 juin 2016, le Dr E _____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué que l'assuré souffrait de douleurs de réinervation consécutives à la section du rameau radial. Ce spécialiste a ajouté que ces douleurs d'ordre neurologique répondaient favorablement au traitement prescrit, avec toutefois des effets secondaires sur le plan cognitif, sous la forme de difficultés de concentration qui diminuaient le rendement de l'intéressé (pièce GMA SA 11).

Le 25 juillet 2016, la Dresse D _____ a relevé qu'à quelques mois de l'opération, l'assuré présentait une allodynie ainsi qu'une mobilité réduite du poignet, ce qui justifiait une incapacité de travail de 90% (pièce GMA SA 15).

Le 26 août 2016, la Dresse F _____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a retenu le diagnostic d'allodynie importante sur irritation de la branche nerveuse sensitive du nerf radial après plaie de la face dorsale du poignet droit, tout en soulignant que ce poignet avait déjà été opéré de nombreuses fois entre 1998 et 2006. Elle a par ailleurs estimé qu'une reprise du travail était possible à 20% dès le 1^{er} septembre suivant (pièce GMA SA 18).

Le 31 août 2016, l'intéressé a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI), en raison des douleurs au poignet droit (pièce GMA SA 21).

Le 21 décembre 2016, l'assuré a subi une nouvelle intervention chirurgicale, à savoir une excision de la branche sensitive du nerf radial au niveau du tiers distal de l'avant-bras ainsi qu'un transfert tendineux par transfert du tendon extenseur propre de l'index sur le tendon long extenseur du pouce (pièce GMA SA 24).

Le 4 février 2017, le Dr G _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie et médecin-conseil, a indiqué que la relation de causalité entre l'accident du 24 mars 2016 et l'intervention du 21 décembre 2016 était probable et qu'il fallait s'attendre à une incapacité de travail de plusieurs mois dans une activité nécessitant l'usage du membre supérieur droit (pièce GMA SA 25).

Dans un rapport d'expertise du 18 janvier 2018, le Dr H _____, spécialiste FMH en neurologie mandaté par l'OAI, a retenu les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail suivants : status post section de l'EPL, de l'ECRB et de l'ECRL à droite, avec atteinte de la branche sensitive radiale et suture tendineuse le 24 mars 2016, status post excision de la branche sensitive du nerf radial, phénomènes adhérentiels focaux au niveau des extenseurs, avec névrome de la branche superficielle du nerf radial en amont du site opératoire de l'EPL, et syndrome lombo-radicaire algique S1 droit chronifié. Sur le plan strictement neurologique, ce spécialiste a estimé que la capacité de travail de l'assuré s'élevait à 30% dans son activité habituelle de maintenance informatique et au maximum à 50% dans une activité adaptée, extrêmement simple et répétitive (pièce GMA SA 41).

Dans un rapport d'expertise du 6 juillet 2018, les Drs I _____ et J _____, cheffe de clinique adjointe et médecin associé du Service de chirurgie plastique et reconstructive du K _____, également mandatés par l'OAI, ont noté que l'allodynie présentée par l'intéressé était en relation certaine avec la plaie nerveuse de la branche sensitive du nerf radial, que les suites de l'accident du 24 mars étaient stabilisées, qu'elles ne donnaient pas droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) et que la capacité de travail de l'assuré était de 70% dans son activité habituelle ainsi que dans toute activité manuelle légère, voire de 100% dans une activité purement intellectuelle (pièce GMA SA 54).

Dans un rapport d'expertise du 13 juillet 2018, le Dr L _____, spécialiste FMH en neurologie mandaté par GMA SA, a estimé que la capacité de travail de l'intéressé s'élevait à 70% dans son activité habituelle et à 100% dans une activité adaptée (pas d'utilisation de force ni d'activité répétitive et fine avec le membre supérieur droit). Ce spécialiste a par ailleurs retenu une perte à l'intégrité de 10% pour l'atteinte du nerf radial

droit (atteinte uniquement sensitive et algique), sans tenir compte de l'atteinte du système locomoteur (pièce GMA SA 55).

Par décision du 30 octobre 2018, GMA SA a nié le droit de l'intéressé à une rente d'invalidité et lui a octroyé une IPAI de 10% conformément à l'avis du Dr L _____ (pièce GMA SA 59). Non contestée, cette décision est entrée en force.

C. Le 2 octobre 2019, l'assuré, représenté par Me Blaise Marmy, a transmis à GMA SA un rapport du 19 septembre précédent du Dr E _____, qui indiquait que la situation de son patient était défavorable avec un fond douloureux dans le territoire du radial, sur lequel se greffaient des douleurs liées à des dysesthésies de contact déclenchées par certains mouvements des doigts, de sorte qu'une excision du névrome voire une section plus proximale du nerf était envisagée. Sur la base de ce rapport, l'intéressé a estimé qu'il souffrait de séquelles tardives de l'accident du 24 mars 2016 et a requis le versement d'indemnités journalières ainsi que la prise en charge du traitement par GMA SA (pièce GMA SA 62).

Le 10 décembre 2019, l'assuré a subi une résection de deux névromes de la branche superficielle du nerf radial droit avec relocalisation du nerf dans le muscle brachio-radial à 5 cm distalement au coude ainsi qu'une ténolyse des tendons des trois premières coulisses des extenseurs (abducteur pollicis longus, extenseur pollicis brevis, ECRL et ECRB, EPL ; pièce GMA SA 67).

Le 30 janvier 2020, GMA SA a informé l'intéressé qu'elle prenait en charge l'intervention du 10 décembre 2019 et ses suites (pièce GMA SA 71).

Le 9 juin 2020, une neurectomie du nerf cutané latéral de l'avant-bras droit et du nerf interosseux postérieur ainsi qu'une ténolyse du transfert tendineux extenseur propre de l'index (EIP) sur EPL et résection du névrome des branches terminales du nerf radial au poignet et des branches distales du nerf radial dans le pouce et l'index ont été réalisées par le Dr J _____. Le 15 juillet suivant, ce médecin a relevé que l'assuré souffrait de douleurs post-opératoires neuropathiques sévères, en raison desquelles celui-ci était entièrement incapable de travailler (pièces GMA SA 83 et 85).

Dans un rapport d'expertise du 22 mars 2021, la Dresse M _____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué que les douleurs neurogènes après traumatisme d'une branche cutanée du nerf radial droit étaient en lien de causalité certaine avec l'accident du 24 mars 2016, alors que l'impotence fonctionnelle décrite par l'intéressé, non systématisable du point de vue neurologique, n'était qu'en relation de causalité possible

avec ledit accident. Cette spécialiste a ajouté d'une part que l'assuré présentait une perte de rendement de 30% dans son activité habituelle, mais qu'une pleine capacité de travail était envisageable dans une activité adaptée (pas de mouvement répété fin ou de port de charges avec le membre supérieur droit, activité intellectuelle et/ou monomanuelle à effectuer de la main gauche avec la main droite en appui), et d'autre part qu'une IPAI de 10% était justifiée pour l'atteinte du nerf radial droit (pièce GMA SA 108).

Par décision du 15 avril 2021, GMA SA a retenu que la rechute de l'accident du 24 mars 2016, annoncée en 2019 par l'intéressé, ne lui ouvrait un droit ni à une rente d'invalidité ni à une IPAI complémentaire à celle de 10% qui lui avait été versée en 2018 pour l'atteinte du nerf radial droit (pièce GMA SA 109).

L'assuré s'est opposé à cette décision le 17 mai 2021, soutenant qu'il convenait de retenir une capacité de travail de seulement 30% dans n'importe quelle activité, de procéder ainsi à un nouveau calcul de sa perte de gain sur la base d'une incapacité de travail de 70% et de lui reconnaître le droit à une IPAI de l'ordre de 30%, dès lors que sa situation était proche de celle d'une arthrodèse en flexion ou en extension. L'intéressé a en outre déposé de nouvelles pièces médicales à l'appui de son opposition, en particulier un rapport du 22 avril 2021 du Dr J _____, qui a observé que la Dresse M _____ n'avait pas cité la centralisation des douleurs alors qu'elle pourrait expliquer la diffusion des territoires douloureux à d'autres régions telle que celle innervée par le nerf radial, qu'il ne s'agissait pas d'un tableau d'impotence fonctionnelle greffé aux douleurs neurogènes, mais d'une conséquence de ces dernières avec un lien direct et que seule une capacité de travail de 30% demeurerait (pièce GMA SA 116).

Le 28 juin 2021, la Dresse M _____ a relevé que les rapports médicaux sur lesquels s'appuyait l'assuré n'apportaient aucun élément objectif nouveau, de sorte qu'elle a intégralement maintenu les conclusions de son rapport d'expertise du 22 mars précédent (pièce GMA SA 122).

Dans un rapport du 5 juillet 2022, le Dr J _____ a noté que son patient s'était rattrapé avec la main droite en montant sur une gondole le 18 juin précédent, et qu'il présentait depuis cette date une amplification des douleurs connues au niveau de la face dorso-radiale de la main et de l'avant-bras pour se terminer sur deux points au coude, ce qui justifiait le maintien d'une incapacité de travail de 70% (pièce GMA SA 136).

Par décision sur opposition du 27 juillet 2022, GMA SA a écarté les griefs de l'intéressé et confirmé sa décision du 15 avril 2021 (pièce GMA SA 138).

D. X _____ a recouru céans le 26 août 2022 à l'encontre de la décision sur opposition du 27 juillet précédent, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de cette décision en ce qui concerne le taux de l'IPAI, à l'octroi d'une IPAI de 30% et, subsidiairement, au renvoi de la cause à GMA SA pour complément d'instruction. Il a en substance soutenu que le taux de l'IPAI de 10% retenu par l'intimée n'était argumenté ni dans l'expertise du Dr L _____, ni dans celle de la Dresse M _____, que sa situation médicale était proche d'une arthrodèse en flexion ou en extension donnant droit à une IPAI de l'ordre de 30%, que son bras n'était pas un membre à part entière mais seulement un appoint dépourvu de force et hautement douloureux à la moindre sollicitation et qu'à la lecture de la table 1 des barèmes d'indemnisation de la CNA relative aux troubles fonctionnels des membres supérieurs, le taux d'IPAI ne pouvait être que supérieur à 10%, dès lors que la pince pouce-index était défectueuse et sans force. A titre de moyens de preuve, le recourant a en outre requis l'édition de son dossier AI ainsi que de son dossier de l'assurance-militaire.

Le 4 novembre 2022, le recourant a transmis céans les rapports médicaux suivants :

- Un rapport du 29 août 2022 du Dr N _____, spécialiste FMH en médecine générale, qui a indiqué qu'une IRM du bras droit du 14 juillet précédent avait mis en évidence un aspect diffusément élargi du rameau superficiel du nerf radial du bras droit probablement compatible avec un névrome, que cette lésion nerveuse avait pour conséquence la probable augmentation de la douleur et que la situation de l'assuré était celle d'une absence de fonctionnalité du bras droit pour toutes activités contre résistance, ne permettant pas le port d'objets de plus de 3-5 kg et probablement plus handicapante et incapacitante encore qu'une arthrodèse en flexion ou extension (donnant droit à une IPAI de 30% selon les tables de la CNA), car la douleur qui y était associée ne faisait pas partie de ces tables ;
- Un rapport du 26 octobre 2022 du Dr E _____, qui a relevé que les douleurs étaient au premier plan chez l'intéressé et que si la situation ne s'était pas améliorée depuis le 22 février 2021, date du dernier rapport du Dr J _____ en sa possession, ce document permettait de conclure que la situation à cette date pouvait être assimilée par analogie à celle prévalant après une arthrodèse du poignet, tout en précisant que cette situation sortait de son domaine de compétence ;

- Un rapport du 1^{er} novembre 2022 du Dr O _____, médecin adjoint du Centre d'antalgie du K _____, qui a noté une péjoration de la fonction de la main droite, avec une perte de la fonction de pince avec les doigts 4 et 5 due à la douleur, et que la situation actuelle était pire qu'une arthrodèse du poignet, dans la mesure où la douleur était présente en plus de l'impotence fonctionnelle ;
- Deux rapports des 5 octobre 2022 et 1^{er} novembre suivant du Dr J _____, qui a relevé que le fait de retrouver un névrome à l'IRM était un résultat attendu, que la présence d'un névrome ne disait rien sur l'intensité des douleurs, qu'il s'agissait en l'espèce de douleurs neuropathiques régionalisées avec centralisation des phénomènes douloureux et que les douleurs s'étaient aggravées suite à une hyperextension-distraktion du membre supérieur droit le 18 juin 2022. Ce médecin a estimé que, par analogie aux pathologies connues (p. ex. 35% pour une amputation de 3 doigts ou 30% pour une arthrodèse du poignet), une IPAI de 25-30% était médicalement justifiée dans la situation de l'assuré, où l'allodynie et la raideur des 3 premiers doigts rendaient leur utilisation impossible.

Dans un rapport du 5 décembre 2022, la Dresse M _____ a relevé qu'elle avait retenu un taux d'IPAI de 10% pour la lésion du nerf radial droit, précisant qu'il s'agissait d'une lésion de la branche sensitive du nerf radial droit donnant lieu à des troubles sensitifs séquellaires dans le territoire sensitif distal de ce nerf. Elle a noté que l'image de névrome sur la branche sensitive superficielle du nerf radial visible à l'IRM du 14 juillet 2022 était un élément attendu, sans implication supplémentaire, et que cette imagerie ne faisait que confirmer une lésion déjà connue sur un seul tronc nerveux. La Dresse M _____ a de plus ajouté que les conclusions fondées sur des constatations postérieures au 18 juin 2022, date à laquelle le tableau s'était exacerbé suite à un rattrapage avec la main droite, sortaient du cadre de l'expertise et que la force de l'intéressé avait pu être testée valablement lors de l'examen clinique réalisé pour l'expertise de 2021, de sorte que l'analogie avec une arthrodèse du poignet était difficilement concevable du point de vue neurologique (pièce GMA SA 139).

Dans sa réponse du 19 janvier 2023, GMA SA a conclu au rejet du recours, arguant que tant l'expertise du Dr L _____ que celle de la Dresse M _____ présentaient une pleine valeur probante et qu'il convenait de se rallier à leur estimation de l'IPAI, qui correspondait au taux prévu par la table 1 des barèmes d'indemnisation de la CNA pour une paralysie du nerf radial distal, et non de raisonner par analogie comme l'avaient fait les médecins cités par le recourant.

Le 20 février 2023, le recourant a argué que l'intimée ne saurait être suivie dans son maintien du taux d'IPAI à 10%, dès lors que l'atteinte pour laquelle elle avait accepté de rouvrir le dossier et de prester avait nécessité deux interventions chirurgicales supplémentaires, les 16 décembre 2019 et 9 juin 2020, et que, dans un tel cas, l'assureur était tenu d'examiner le droit à un complément aux prestations préexistantes. A cet égard, l'intéressé a ajouté que l'expertise du 22 mars 2021 de la Dresse M _____ n'était d'aucun secours à l'intimée, dès lors qu'elle se contentait de confirmer celle du Dr L _____ de 2018, mais omettait de se prononcer sur l'aggravation de l'atteinte à sa santé, qui avait requis deux opérations dans l'intervalle.

Le 23 mars 2023, GMA SA a rappelé qu'une révision du taux de l'IPAI n'était possible que dans des cas exceptionnels, si l'aggravation était importante et imprévisible, que les interventions des 16 décembre 2019 et 9 juin 2020, ayant eu lieu après la décision d'octroi d'une IPAI de 10% du 30 octobre 2018, n'ouvraient pas *ipso facto* le droit au versement d'une IPAI complémentaire, qu'en l'absence de constatations objectives permettant d'expliquer l'impotence fonctionnelle, les experts avaient conclu que celle-ci était purement subjective et que la Dresse M _____ avait en outre indiqué que les interventions de 2019 et 2020 n'avaient apporté aucun changement négatif au tableau clinique, de sorte que la présence d'une aggravation importante par rapport à la situation prévalant en 2018 et de nature à justifier une révision du taux d'IPAI n'était pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante.

L'échange d'écritures a été clos le 24 mars 2023.

Considérant en droit

1.

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

Remis à la poste le 26 août 2022, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 27 juillet précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 38 al. 4 et 60 LPGA) et devant l'autorité compétente à raison du lieu et de la matière (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 qu'il convient d'entrer en matière.

2.

2.1 Le litige porte uniquement sur le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui a été accordé au recourant des suites de son accident du 24 mars 2016, plus particulièrement en lien avec la rechute annoncée le 2 octobre 2019.

2.2 Selon l'article 6 alinéa 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Aux termes de la première phrase de l'article 11 OLAA, les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives. Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et les séquelles tardives se rattachent par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 123 V 137 consid. 3a ; 118 V 293 consid. 2c et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (arrêt du Tribunal fédéral 8C_171/2016 du 29 avril 2016 consid. 2.2 et les références ; arrêt du Tribunal cantonal fribourgeois 605 2022 46 du 10 octobre 2023, consid. 2.3).

2.3 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 (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), 2ème éd., 2007, no 229). En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soit claires et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 publié in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2).

2.4 Selon l'article 24 alinéa 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite d'un accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Aux termes de l'article 36 alinéa 1 OLAA, une 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.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_580/2022 du 31 mars 2023 consid. 4.1.1 et l'arrêt cité) - 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 annexe 3 OLAA). La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : 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. Toutefois, dans la mesure 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 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_751/2023 du 21 mai 2024 consid. 3.2 et 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.3 et l'arrêt cité).

Aux termes de l'article 36 alinéa 4 OLAA, il est 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. S'il y a lieu de tenir équitablement compte d'une aggravation prévisible de l'atteinte lors de la fixation du taux de l'indemnité, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et - cumulativement - l'importance quantifiable. Le taux d'une atteinte à l'intégrité dont l'aggravation est prévisible au sens de l'article 36 alinéa 4 OLAA doit être fixé sur la base de constatations médicales (arrêt du Tribunal fédéral 8C_745/2022 du 29 juin 2023 consid. 3.3 et les arrêts cités).

2.5 Selon la table 1 de la CNA (révision 2000), traitant de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, une paralysie du nerf radial distale (de l'articulation du coude) donne droit à une indemnisation de 10%, alors qu'un poignet bloqué en extension, avec perte de la pronation et de la supination,

donne droit à une indemnisation de 25% et qu'un poignet bloqué en flexion ou en extension à 45° justifie une IPAI de 30%.

3.

3.1 En l'occurrence, se fondant sur la table 1 des barèmes d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA ainsi que sur l'avis du Dr L _____, GMA SA a octroyé au recourant une IPAI de 10% pour l'atteinte du nerf radial droit par décision du 30 octobre 2018, entrée en force. Dans sa décision du 15 avril 2021, confirmée sur opposition le 27 juillet 2022, l'intimée a nié le droit du recourant à une IPAI complémentaire. Ce dernier soutient quant à lui que l'aggravation de son état de santé justifie une IPAI complémentaire et que le taux de cette indemnité doit être déterminé par analogie avec une arthrodèse en flexion ou en extension du poignet droit, ce qui justifie un taux se situant autour de 30%.

3.2 A la lecture du dossier, il apparaît que GMA SA a fondé sa décision du 30 octobre 2018 sur l'expertise du Dr L _____, qui a estimé que l'accident du 24 mars 2016, ayant nécessité deux opérations (une suture de la petite branche sensitive du nerf radial ainsi que de l'EPL et de l'ECRB le 24 mars 2016 et une excision de la branche sensitive du nerf radial au niveau du tiers distal de l'avant-bras ainsi qu'un transfert tendineux par transfert du tendon extenseur propre de l'index sur le tendon long extenseur du pouce le 21 décembre 2016), laissait subsister une atteinte sensitive et algique du nerf radial droit justifiant une IPAI de 10%. Le 2 octobre 2019, le recourant a annoncé à GMA SA que son état de santé nécessitait une nouvelle opération, pour laquelle l'assurance a accepté de prester. Une résection de deux névromes de la branche superficielle du nerf radial droit avec relocalisation du nerf dans le muscle brachio-radial à 5 cm distalement au coude ainsi qu'une ténolyse des tendons des trois premières coulisses des extenseurs ont ainsi été réalisées le 10 décembre 2019. Le 9 juin 2020, l'assuré a encore subi une neurectomie du nerf cutané latéral de l'avant-bras droit et du nerf interosseux postérieur ainsi qu'une ténolyse du transfert tendineux EIP sur EPL et résection du névrome des branches terminales du nerf radial au poignet et des branches distales du nerf radial dans le pouce et l'index.

Eu égard aux différentes opérations subies par l'intéressé, la Cour constate que c'est à juste titre que l'intimée s'est fondée sur la table 1 des barèmes d'indemnisation, qui concerne les atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs (cf. *supra* consid. 2.5), pour fixer le taux de l'IPAI. L'application de ce tableau n'est du reste pas contestée par le recourant, qui en fait uniquement une lecture

différente de celle de l'intimée et estime que les deux opérations des 10 décembre 2019 et 9 juin 2020 justifient l'octroi d'une IPAI complémentaire à celle de 10% octroyée par décision du 30 octobre 2018. Cela étant, il a été rappelé ci-dessus qu'une révision de l'IPAI n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36 al. 4 OLAA, cf. *supra* consid. 2.4). Or, tant le Dr J _____ (cf. rapport du 1^{er} novembre 2022), médecin associé du Service de chirurgie plastique et reconstructive du K _____ et médecin-traitant de l'assuré, que la Dresse M _____ (cf. rapport du 5 décembre 2022), spécialiste FMH en neurologie et experte mandatée par l'intimée, ont relevé que le névrome sur la branche sensitive superficielle du nerf radial visible à l'IRM du 14 juillet 2022 et consécutif aux opérations des 10 décembre 2019 et 9 juin 2020 était un élément attendu, sans implication supplémentaire, et que cette imagerie ne faisait que confirmer une lésion déjà connue sur un seul tronc nerveux. Par ailleurs, la Dresse M _____ a clairement indiqué, dans son rapport d'expertise du 22 mars 2021, que les interventions des mois de décembre 2019 et juin 2020 n'avaient apporté aucun changement négatif au tableau anamnestique et clinique du point de vue neurologique et que si les troubles sensitifs localisés dans le territoire radial distal et autour de la tabatière anatomique découlaient de l'atteinte traumatique de la branche sensitive du nerf radial droit, il n'en allait pas de même de l'extension mal systématisée des troubles sensitifs du reste de la main et de l'avant-bras, qui ne pouvaient être corrélés à des constatations objectives (cf. p. 24 et 25 de l'expertise). A cet égard, la Cour relève que l'expertise de la Dresse M _____ répond entièrement aux conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante, dès lors qu'elle a repris les différents avis médicaux au dossier, notamment ceux consécutifs aux opérations des 10 décembre 2019 et 9 juin 2020, puis a établi une anamnèse complète, avant de décrire de manière détaillée les plaintes du recourant et sa journée type. Elle a ensuite procédé à un examen clinique complet, permettant d'arrêter un diagnostic sur la base de constatations objectives. La Dresse M _____ a de plus énoncé des conclusions claires et motivées et répondu à l'ensemble des questions posées dans le mandat d'expertise de façon précise et détaillée. Elle a en outre rendu deux rapports les 28 juin 2021 et 5 décembre 2022, afin de répondre aux questions complémentaires de l'assurance.

Quant aux rapports des Drs N _____, E _____, O _____ et J _____, ils ne sont d'aucun secours au recourant. D'une part, ils n'indiquent pas dans quelle mesure une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'intéressé était imprévisible et justifierait dès lors une IPAI complémentaire. La Cour relève notamment à ce propos que l'aggravation des douleurs mentionnée par le Dr J _____ dans son rapport du

1^{er} novembre 2022 découle d'une hyperextension-distraction du membre supérieur droit ayant eu lieu le 18 juin 2022 (rattrapage avec le poignet en montant sur une gondole), soit un incident qui sort du cadre du présent litige et ne saurait constituer une aggravation imprévisible de l'état de santé de l'intéressé suite à l'accident du 24 mars 2016. D'autre part, ces médecins traitants ne font état d'aucun élément objectivement vérifiable ayant été ignoré dans le cadre de l'expertise et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause les conclusions de l'experte (cf. *supra* consid. 2.3). A cet égard, le Dr J _____ ne saurait être suivi lorsqu'il reproche à la Dresse M _____ de ne pas avoir pris en compte la présence de douleurs neuropathiques régionalisées avec centralisation des phénomènes douloureux. En effet, une simple lecture de l'expertise de la Dresse M _____ permet de constater que l'experte a bien noté la présence de douleurs neurogènes, mais a expliqué que l'extension mal systématisée des troubles sensitifs à l'entier de la main et à l'avant-bras ne se basait sur aucune constatation objective, et que l'impotence fonctionnelle développée par le recourant ne se fondait sur aucun substrat neurologique objectif. Or, il est ici rappelé que la seule divergence d'opinion entre un médecin traitant et un expert n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions d'une expertise respectant, comme c'est le cas ici, les réquisits jurisprudentiels lui reconnaissant une pleine valeur probante.

3.3 Cela étant, la Cour de céans retient qu'il n'existe aucun motif de mettre en doute la valeur probante du rapport d'expertise du 22 mars 2021 de la Dresse M _____ et des rapports complémentaires des 28 juin 2021 et 5 décembre 2022. Le dossier est en outre suffisamment complet pour qu'un jugement puisse être rendu sur la base de celui-ci, sans qu'il ne soit nécessaire d'ordonner l'administration d'un autre moyen de preuve, à l'instar de l'édition des dossiers AI et de l'assurance-militaire requise par le recourant (appréciation anticipée des moyens de preuve ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et 144 II 427 consid. 3.1.3).

Dans ces circonstances, soit en l'absence d'une aggravation imprévisible de l'état de santé du recourant (art. 36 al. 4 OLAA), GMA SA pouvait à bon droit refuser d'octroyer une IPAI complémentaire à celui-ci. Le recours doit donc être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

4.

Il n'est pas perçu de frais, la loi spéciale, en l'occurrence la LAA, n'en prévoyant pas (art. 61 let. ^{fbis} LPGA). Au vu de l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA).

Prononce

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

Sion, le 6 janvier 2025