

S2 22 47

**ARRET DU 31 MARS 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 Syndicats Chrétiens du Valais, Sion

**contre**

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA)**,  
intimée, représentée par Maître Didier Elsig, avocat, Lausanne

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

## Faits

**A.** X \_\_\_\_\_, ressortissant italien né le xx.xx 1959, marié et père d'un enfant majeur, n'est au bénéfice d'aucune formation certifiée. Depuis le 10 novembre 1998, il a travaillé en tant que ferblantier à un taux de 100% auprès de l'entreprise individuelle A \_\_\_\_\_, à B \_\_\_\_\_ (pièces CNA 1 et 24). A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA).

**B.** Le 27 mars 1985, l'intéressé a fait une chute lors de laquelle il s'est blessé au niveau du poignet droit (fracture du scaphoïde). Cette blessure a nécessité une intervention chirurgicale, soit une cure de pseudarthrose avec une greffe iliaque, suite à laquelle l'évolution de l'état de santé de l'assuré s'est avérée favorable, malgré le développement de douleurs de type mécanique, si bien qu'aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité ne lui a été octroyée pour les suites de cet accident (pièces CNA 168 et 176).

**C.** Le 22 février 2019, alors que la scie circulaire qu'il était en train d'utiliser s'est bloquée, l'intéressé a été touché au niveau de l'avant-bras gauche. Il a été pris en charge le jour même aux urgences de C \_\_\_\_\_, où le diagnostic de plaie profonde de la face dorsale du poignet gauche de 5 cm avec lésion des extenseurs des doigts 3-4-5 a été posé et où il a subi une intervention chirurgicale, sous la forme d'une exploration de plaie et d'une suture des lésions mentionnées ci-avant (pièces CNA 11 et 34).

Dans un rapport du 24 juillet 2019, le Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et médecin traitant de l'assuré, a indiqué que l'évolution de la situation était lente mais favorable, avec une diminution des douleurs et une amélioration de la force, et que son patient avait retrouvé une capacité de travail de 25% depuis le 5 juin précédent. Dans un second rapport du même jour, le Dr D \_\_\_\_\_ a préconisé un séjour à la E \_\_\_\_\_, afin notamment d'évaluer la possibilité d'un retour au travail ou la nécessité d'une reconversion professionnelle, ce que le Dr F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement, a validé (pièces CNA 30 et 33).

Le 19 novembre 2019, le Dr D \_\_\_\_\_ a observé, malgré de nombreuses séances d'ergothérapie et un traitement bien suivi, une stagnation des progrès de l'intéressé au niveau des amplitudes des mouvements, raison pour laquelle il a estimé utile la réalisation d'une ténolyse des tendons extenseurs des doigts visant à améliorer la mobilité au niveau du poignet et des doigts. Il a précisé que cette intervention aurait lieu

le 7 janvier suivant et, afin de tirer un maximum de bénéfice de celle-ci, a réitéré la demande d'hospitalisation de l'assuré à la E \_\_\_\_\_ (pièces CNA 70 et 109).

L'intéressé a séjourné à la E \_\_\_\_\_ du 8 janvier 2020 au 11 février suivant. L'évolution subjective et objective y a été jugée partiellement favorable par le Dr G \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, qui a posé les limitations fonctionnelles provisoires suivantes : pas de port de charges répétitif et/ou prolongé à gauche, pas d'activités nécessitant de la force répétitive et/ou prolongée de la main gauche et pas d'activités répétitives de dextérité fine avec la main gauche. Ce spécialiste a de plus retenu une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de ferblantier jusqu'au 8 mars 2020 (pièce CNA 89).

Dès le 4 mai 2020, le Dr D \_\_\_\_\_ a attesté que son patient disposait d'une capacité de travail de 25%. Le 24 août suivant, ce médecin a précisé que celui-ci présentait un manque de force et une sensation de main plus rigide. Dans ces circonstances, il a estimé qu'une reprise de l'activité habituelle de ferblantier était difficilement envisageable, mais que l'exercice à 100% d'une activité adaptée était en revanche possible (pièces CNA 112 et 136).

Après avoir repris, à l'essai, une activité à 25% au début du mois d'octobre 2020 auprès de l'entreprise H \_\_\_\_\_ Srl, à I \_\_\_\_\_, l'intéressé a relevé qu'il rencontrait des difficultés à cause non seulement de sa main gauche, mais également de son autre main, dans laquelle il ressentait des fourmillements, principalement au niveau du pouce (pièces CNA 128 et 137).

Le 15 octobre 2020, le Dr D \_\_\_\_\_ a confirmé que son patient souffrait de douleurs bilatérales aux poignets, avec une importante décompensation du poignet droit (rechute de l'accident de 1985) et a indiqué que si des solutions chirurgicales existaient, il s'agissait d'un cas complexe, raison pour laquelle il a maintenu l'incapacité de travail de 75% (pièce CNA 141).

Le 23 février 2021, les Desses J \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et rhumatologie auprès de la E \_\_\_\_\_, et K \_\_\_\_\_, médecin assistant, ont retenu le diagnostic différentiel de rhumatisme inflammatoire de type polyarthrite rhumatoïde séronégative, précisant que les radiographies des poignets de l'assuré avaient mis en évidence des dépôts compatibles avec de la chondrocalcinose au niveau du ligament triangulaire du carpe des deux côtés (pièce CNA 165).

Le 22 juin 2021, le Dr D \_\_\_\_\_ a relevé que l'état de son patient demeurait pour l'essentiel inchangé, à l'exception d'une douleur cubitale au niveau du coude droit, et que celui-ci restait incapable de travailler à 75% (pièce CNA 169).

A l'issue d'un examen réalisé le 20 août 2021, le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement, a retenu les diagnostics de status post lésions des extenseurs du poignet gauche le 22 février 2019 avec réparation chirurgicale des extenseurs communs de D2 à D5, de l'ECRB (*extensor carpi radialis brevis* ou deuxième radial) et de l'extenseur propre de l'index ainsi que de douleurs chroniques post cure de pseudarthrose du scaphoïde droit évoluant vers une arthrose radiocarpienne. Ce spécialiste a ajouté que la flexion/extension des poignets des deux côtés était diminuée et a retenu que dans une activité adaptée (limitation des mouvements avec une prise grossière en force, des travaux de manœuvre ainsi que du maniement d'outils lourds, port de charges près du corps limité à 10 kg et à 1-2 kg en élévation, ce de manière non répétitive, et pas de travaux sur des échelles ou sur des toits), la capacité de travail de l'intéressé était entière, sans diminution de rendement, pour les suites des événements des 27 mars 1985 et 22 février 2019. Dans une appréciation du même jour, le Dr L \_\_\_\_\_ a estimé que l'atteinte à l'intégrité présentée par l'assuré s'élevait à 23.5%, ce taux correspondant à la pondération des taux de 15% et 10% retenus respectivement pour les symptômes touchant le poignet droit et pour les douleurs au niveau du poignet gauche (pièces CNA 176 et 177).

Le 23 août 2021, la CNA a informé l'intéressé que l'examen médical du 20 août précédent avait mis en évidence le fait qu'il n'avait plus besoin de traitement, si bien qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 septembre 2021. Elle a ajouté qu'elle était en train d'examiner son droit éventuel à d'autres prestations d'assurance et qu'elle le renseignerait ultérieurement à ce propos (pièce CNA 180).

Par décision du 19 janvier 2022, la CNA a dénié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, en l'absence de diminution notable de sa capacité de gain due à l'accident (taux d'invalidité de 7%). Elle lui a en revanche octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 23.5% selon l'appréciation de son service médical (pièce CNA 197).

L'intéressé, représenté par les Syndicats chrétiens interprofessionnels du Valais (SCIV), s'est opposé à cette décision le 21 février 2022, soutenant qu'il ne présentait pas une capacité de travail lui permettant d'exercer une activité lucrative dans différents secteurs

de l'économie, que la CNA s'était fondée sur les chiffres ressortant de l'ESS pour déterminer son revenu sans invalidité, mais n'avait pas indiqué la branche économique appliquée, et que celle-ci n'avait en outre pas pris en compte toutes les circonstances du cas, notamment son âge avancé, contrairement à l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI), qui avait renoncé à exiger de sa part la mise en valeur d'une capacité de travail de 100% et lui avait octroyé une rente entière d'invalidité. S'agissant de l'IPAI, l'assuré a déclaré ne pas comprendre pour quelle raison une pondération, telle qu'effectuée par le Dr L \_\_\_\_\_, s'avérait nécessaire (pièce CNA 207).

Par décision sur opposition du 10 mai 2022, la CNA a rejeté les griefs de l'intéressé et maintenu sa décision du 19 janvier précédent. Elle a notamment relevé que l'appréciation du Dr L \_\_\_\_\_ présentait une pleine valeur probante, qu'en vertu de l'article 28 alinéa 4 OLAA, elle n'avait pas à tenir compte de l'âge avancé de l'assuré dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité, que la décision de l'OAI n'était pas contraignante pour elle, que l'intéressé se contentait de contester le calcul du revenu avec invalidité sans expliquer pour quelle raison il serait erroné et que la pondération des atteintes à l'intégrité découlait de l'article 36 alinéa 3 OLAA (pièce CNA 219).

**D.** X \_\_\_\_\_ a recouru céans le 10 juin 2022, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision sur opposition du 10 mai précédent et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité ainsi que d'une juste indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il a en substance réitéré les arguments développés à l'appui de son opposition, insistant sur la nécessité d'un examen des circonstances concrètes et ajoutant que le Tribunal fédéral n'avait pas encore tranché la question de savoir si, dans le domaine de l'assurance-accidents, le critère de l'âge constituait un motif d'abattement du salaire statistique ou si ce point devait être pris en compte uniquement dans le cadre de la réglementation particulière de l'article 28 alinéa 4 OLAA.

Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> juillet 2022, la CNA, représentée par Me Didier Elsig, a conclu au rejet du recours. Elle a rappelé que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'avait pas de force contraignante pour l'assureur-accidents et a notamment soutenu qu'elle n'était pas tenue d'établir la liste des activités adaptées à l'état de santé du recourant, dès lors qu'elle s'était référée aux salaires de l'ESS et non pas aux DPT (descriptions de postes de travail), que le niveau de compétences 1 de l'ESS était précisément adapté pour les assurés qui ne pouvaient plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle était trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservaient néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers, que dès lors que l'intéressé avait pratiquement atteint l'âge de 63 ans au moment de

l'ouverture du droit éventuel à une rente d'invalidité, l'absence de reprise du travail résultait à tout le moins et dans une certaine mesure de son âge avancé, ce qui justifiait l'application de l'article 28 alinéa 4 OLAA, et que ni le manque de formation invoqué ni la longue expérience professionnelle auprès d'un seul employeur ne pouvaient être considérés comme des critères d'abattement du salaire statistique.

Le recourant n'ayant pas fait valoir d'observations complémentaires, l'échange d'écritures a été clos le 6 septembre 2022.

### **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 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 10 juin 2022, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 10 mai précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 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 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 principalement sur le taux d'invalidité du recourant ainsi que sur le taux de l'IPAI qui lui a été accordée. Dans un premier grief, ce dernier remet en cause sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée.

**2.2** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités celle-là est incapable de travailler. Les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de l'assuré (ATF 140 V 193 consid. 3.2, 125 V 256,

115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

**2.3** Dans le domaine des assurances sociales, l'autorité fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 135 V 39 consid. 6.1). Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a).

L'autorité compétente doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-1472/2012 du 24 mars 2014 consid. 7.1.1 et C-6844/2011 du 5 juin 2013 consid. 7.1). Elle peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 125 V 351 consid. 3a ; SVR 2007 IV n° 31 p 111 [I 455/06] consid. 4.1). 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 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5618/2012 précité consid. 7). Le cas échéant, l'autorité peut par ailleurs renoncer à l'administration d'une preuve, si elle acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (ATF 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 1er octobre 2013 consid. 3.5 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-4232/2011 du 17 juillet 2012 consid. 5 et C-3456/2010 du 23 janvier 2012 consid. 8). 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 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 citées). Par ailleurs, le juge doit avoir égard au fait que la relation de confiance unissant un patient à son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci; cela ne justifie cependant pas en soi d'évincer tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1).

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 et 8C\_46/2019 du 10 mai 2019 consid. 3.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345).

**2.4** En l'espèce, le recourant conteste la capacité de travail totale qui lui a été reconnue dans une activité adaptée par la CNA, estimant ne pas être en mesure d'exercer une activité lucrative dans différents secteurs de l'économie.

On relèvera sur ce point qu'il revient à un médecin de se prononcer, en se fondant sur des constatations médicales objectives, dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler (MOSER-SZELESS, Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, 1<sup>ère</sup> éd., 2018, n. 24 ad art. 6 LPGA). Or, dans un rapport d'examen du 20 août 2021, le Dr L \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement, a retenu qu'il n'y avait plus de réelle amélioration de l'état de santé de l'intéressé depuis une année et a estimé que, dans une activité adaptée (limitation des mouvements avec une prise grossière en force, des travaux de manœuvre ainsi que du maniement d'outils lourds, port de charges près du corps limité à 10 kg et à 1-2 kg en élévation, ce de manière non répétitive, et pas de travaux sur des échelles ou sur des toits), la capacité de travail du recourant était entière et sans diminution de rendement pour les suites des événements des 22 février 2019 et 27 mars 1985 (pièce CNA 176). Cela étant, la Cour estime que la valeur probante intrinsèque de ce rapport d'examen est entière. Elle relève que le Dr L \_\_\_\_\_ est un spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qu'il a procédé à un examen clinique complet du patient le 20 août 2021, qu'il a établi son avis de manière circonstanciée, en connaissance de l'anamnèse et en tenant compte des plaintes de l'assuré, qu'il s'est aussi fondé sur les pièces médicales au dossier, qu'il a exposé le contexte médical de façon cohérente, qu'il a apprécié la situation médicale de manière claire et sans contradictions et qu'il a dûment motivé ses conclusions.

S'agissant de l'avis du Dr D \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'intéressé, la Cour relève qu'il n'est pas de nature à faire naître un doute quant à la pertinence et la fiabilité du rapport du Dr L \_\_\_\_\_. En particulier, ce médecin se contente d'indiquer sommairement (cf not. rapport du 22 juin 2021) que son patient ne peut travailler qu'à 25%, sans préciser si ce taux concerne uniquement l'activité habituelle de ferblantier ou également une activité adaptée, respectivement sans indiquer quelles sont les limitations

présentées par celui-ci et quelle activité pourrait être exigible de sa part. Un tel avis ne saurait ainsi présenter une valeur probante suffisante, ce d'autant plus compte tenu de la jurisprudence relative à l'appréciation des rapports émis par les médecins traitants (cf. *supra* consid. 2.3). Quant aux autres avis médicaux au dossier, soit ceux du Dr G \_\_\_\_\_ et des Dresses J \_\_\_\_\_ et K \_\_\_\_\_, ils ne sont d'aucun secours au recourant, dès lors que ces médecins n'abordent pas la question de sa capacité de travail, le Dr G \_\_\_\_\_ posant tout au plus des limitations fonctionnelles provisoires qui s'avèrent compatibles avec celles retenues par le Dr L \_\_\_\_\_ (cf. pièce 89).

En définitive, les constatations du Dr L \_\_\_\_\_ ne sont contredites par aucune pièce médicale au dossier, de sorte qu'il n'existe pas de motifs de mettre en doute la fiabilité des conclusions du médecin d'arrondissement de la CNA. Il y a ainsi lieu de retenir que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

### **3.**

**3.1** Dans un deuxième grief, le recourant conteste le calcul de son taux d'invalidité, notamment l'absence de prise en compte de son âge avancé comme critère d'abattement du salaire statistique.

**3.2** Selon l'article 18 alinéa 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide (art. 8 LPGGA) à 10% au moins par suite d'un accident. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cessant dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). Selon l'article 7 LPGGA, 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).

**3.3** 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).

**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).

**3.3.2** 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 n° 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).

**3.4** 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 ; 126 V 75). L'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation. Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 6).

**3.5** Sur la base de la délégation législative de l'article 18 alinéa 2 LAA, le Conseil fédéral a édicté l'article 28 OLAA, qui contient des prescriptions particulières pour l'évaluation de l'invalidité dans des cas spéciaux. L'article 28 alinéa 4 OLAA prévoit que si, en raison de son âge, l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative après l'accident ou si la diminution de la capacité de gain est due essentiellement à son âge avancé, les revenus de l'activité lucrative déterminants pour l'évaluation du degré d'invalidité sont ceux qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser.

Cette disposition s'applique si l'assuré, en raison de son âge, ne reprend plus d'activité lucrative après l'accident (variante I) ou lorsque l'atteinte à la capacité de gain a principalement pour origine l'âge avancé de l'assuré (variante II). Selon la jurisprudence, l'âge moyen au sens de cette disposition se situe aux alentours de « 42 ans » ou « entre 40 et 45 ans » et l'âge avancé dans la fourchette « environ 60 ans », le moment déterminant pour ce dernier étant celui du début de la rente (ATF 122 V 418 consid. 1b,

122 V 426 avec références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_215/2023 du 1<sup>er</sup> février 2024 consid. 4.2.2). La seconde variante de cette disposition est également applicable lorsque l'âge avancé n'est pas un facteur qui a une incidence sur l'exigibilité, mais qu'il est malgré tout un obstacle à la mise en valeur de la capacité résiduelle de gain, notamment parce qu'aucun employeur n'est disposé à engager un employé présentant des atteintes à la santé pour un laps de temps très court avant l'ouverture de son droit à une rente de l'AVS (ATF 148 V 419 consid. 7.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_799/2019 du 17 mars 2020 consid. 3.3.2, 8C\_307/2017 du 26 septembre 2017 consid. 4.2.2, 8C\_346/2013 du 10 septembre 2013 consid. 4.2 et 8C\_806/2012 du 12 février 2013 consid. 5.2.2). L'assuré qui remplit l'un ou l'autre cas de figure ne touchera alors une rente d'invalidité que dans la mesure où une telle rente serait octroyée dans les mêmes conditions à un assuré d'âge moyen présentant les mêmes capacités professionnelles et les mêmes aptitudes personnelles. Ce système repose sur la considération qu'une même atteinte à la santé peut entraîner chez une personne âgée des répercussions bien plus importantes sur la capacité de gain que chez une personne d'âge moyen pour diverses raisons (difficultés de reclassement ou de reconversion professionnels, diminution des capacités d'adaptation et d'apprentissage), alors que l'âge en tant que tel n'est pas une atteinte à la santé dont l'assureur-accidents doit répondre (ATF 122 V 418 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_307/2017 du 26 septembre 2017 consid. 4.1). Il s'agit d'empêcher l'octroi de rentes d'invalidité qui comporteraient, en fait, une composante de prestation de vieillesse (OMLIN, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, 1995, p. 249).

Selon la jurisprudence, il faut prendre en considération l'application de l'article 28 alinéa 4 OLAA si l'assuré a environ 60 ans. Toutefois, cela ne signifie pas que cette disposition soit applicable dans tous les cas où l'assuré a atteint cet âge avancé. Elle s'applique seulement lorsqu'il y a des indices concrets que l'âge de l'assuré revêt une importance prépondérante par rapport aux autres facteurs à l'origine de l'incapacité de gain (ATF 122 V 418 consid. 4c ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_507/2022 du 28 novembre 2022 consid. 5.1.3, 8C\_307/2017 du 26 septembre 2017 consid. 4.2.2, 8C\_205/2016 du 20 juin 2016 consid. 3.4 et 8C\_517/2016 du 8 mai 2017 consid. 5.3).

Pour atteindre son objectif, l'article 28 alinéa 4 OLAA commande qu'on calcule le taux d'invalidité sur la base des revenus (sans et avec invalidité) hypothétiques que pourrait obtenir un assuré d'âge moyen, et que - contrairement à l'article 16 LPGA - on fasse ainsi abstraction de l'incapacité de travail due à l'âge avancé de l'assuré (ATF 114 V 310 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral U 60/87 du 12 avril 1988 consid. 2). Or, dès lors

que l'on doit s'appuyer sur les valeurs salariales d'un assuré d'âge moyen, une influence pénalisante de l'âge avancé sur le salaire ne peut par définition pas entrer en ligne de compte. Il s'ensuit qu'un abattement à cause de l'âge avancé d'un assuré ne peut pas être envisagé lorsqu'on est en présence d'un cas d'application de l'article 28 alinéa 4 OLAA (ATF 148 V 419 consid. 8.5 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_215/2023 du 1<sup>er</sup> février 2024 consid. 4.2.2 et 8C\_125/2024 du 3 février 2025 consid. 5.3.2).

**3.6** Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'assureur-accidents est fondé à procéder à sa propre évaluation de l'invalidité, indépendamment de la décision de l'office de l'assurance-invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_195/2013 du 15 octobre 2013 consid. 4.1 et 9C\_813/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.4). L'uniformité de la notion d'invalidité n'a pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.2.1, 126 V 288 consid. 2a et 2d, 119 V 471 consid. 4a ; Pratique VSI 2004 p. 185 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 4). D'un autre côté, une évaluation entérinée par une décision entrée en force d'un assureur ne peut pas rester simplement ignorée par un autre assureur, qui ne peut s'en écarter que s'il existe des motifs suffisants ; peuvent constituer de tels motifs le fait qu'une évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré ou de mesures d'instruction extrêmement limitées ou superficielles, ou encore qu'elle n'est pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; arrêt I du Tribunal fédéral des assurances 766/04 du 7 juin 2005 consid. 4). Il faut en outre tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré. C'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et inversement (ATF 133 V 549 consid. 6 et 131 V 362 consid. 2).

**3.7** En l'occurrence, l'intimée a fixé le revenu hypothétique à 70'643 fr., sur la base de la branche 43 de l'ESS (travaux de construction spécialisés) et celui avec invalidité à 65'543 fr., en se fondant sur l'ESS, tous secteurs confondus, pour un homme avec un niveau de compétences 1. Elle a en outre admis un abattement de 5% sur ce salaire d'invalidé, en raison des limitations fonctionnelles du recourant (cf. pièces CNA 195-196).

L'intéressé ne conteste – à juste titre – pas le calcul du revenu sans invalidité, mais critique en revanche d'une part le montant de 65'543 fr. (revenu avec invalidité), motif pris qu'il se fonde sur une branche économique « totale » et non sur une branche précise, et d'autre part l'abattement de 5% retenu sur le revenu d'invalidité. Il soutient que son âge (62 ans et 5 mois au moment du prononcé de la décision), son absence de formation et le fait d'avoir travaillé durant des années pour le même employeur sont des critères qui auraient dû être pris en compte par l'intimée. Il a en outre rappelé que l'OAI avait renoncé à exiger de sa part la mise en valeur d'une capacité de travail à 100% et lui avait octroyé une rente entière d'invalidité.

En premier lieu, la Cour ne peut pas suivre le recourant lorsque celui-ci soutient que le montant de 65'543 fr., retenu comme revenu sans invalidité, devrait se fonder sur une branche précise et non sur une branche économique « total ». En effet, comme cela a été rappelé ci-dessus (cf. *supra* consid. 3.3.2), en l'absence d'un revenu effectivement réalisé, 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). De plus, 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. Dès lors que le recourant n'est au bénéfice d'aucune formation certifiée – ce qu'il admet – et qu'il n'a pas repris d'activité lucrative suite à son accident – excepté la tentative à 25% auprès de l'entreprise H \_\_\_\_\_ Sàrl, laquelle n'a toutefois pas abouti à la reprise d'une activité lucrative –, c'est ainsi à juste titre que la CNA s'est fondée sur l'ESS, tous secteurs confondus, pour un homme avec un niveau de compétences 1 afin de déterminer le revenu avec invalidité.

Ensuite, l'absence de formation ou la longue expérience auprès d'un seul employeur ne sauraient jouer un rôle significatif sur les perspectives salariales du recourant, dès lors que les activités adaptées envisagées (simples et répétitives de niveau de compétence 1) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_223/2007 du 20 novembre 2007 consid.6.2.2 et les références ; IONTA, Fixation du revenu d'invalidité selon l'ESS, *in* : Jusletter 22 octobre 2018, Rz 213). En outre, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, si bien qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (voir par exemple l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_200/2017 du 14 novembre 2017 consid. 4.5).

S'agissant enfin de l'âge du recourant, celui-ci était âgé de 61 ans et 9 mois au moment de la naissance du droit à la rente, soit au 1<sup>er</sup> octobre 2021 (ATF 148 V 419 consid. 7.3 ;

122 V 418 consid. 1b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_321/2022 du 10 mars 2023 consid. 5.1). Au vu de la jurisprudence topique rappelée ci-dessus (cf. *supra* consid. 3.5), il apparaît que l'atteinte à la capacité de gain a principalement pour origine l'âge avancé de l'assuré (variante II de l'art. 28 al. 4 OLAA). En effet, s'il est vrai que l'intéressé a tenté de reprendre une activité à 25% auprès de l'entreprise H \_\_\_\_\_ Sàrl au mois d'octobre 2020, il ressort du dossier que cette activité était uniquement à l'essai et rien n'indique qu'elle ait été poursuivie dans le temps, qu'elle ait abouti à la conclusion d'un contrat de travail ou encore qu'il s'agissait d'une activité adaptée. Par ailleurs, le recourant n'était alors âgé « que » de 60 ans et avait encore cinq ans devant lui avant l'ouverture de son droit à une rente de l'AVS, ce qui n'était plus le cas au moment de la naissance du droit à la rente d'invalidité. L'âge avancé doit ainsi être considéré comme la cause essentielle de l'incapacité de gain du recourant, de sorte que la CNA pouvait ne pas en tenir compte dans la fixation du revenu d'invalidé de ce dernier et se baser sur ce qu'un assuré d'âge moyen présentant les mêmes séquelles accidentelles pouvait réaliser (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_166/2016 du 27 janvier 2017 consid. 3.2.2). Il s'ensuit qu'aucun abattement ne se justifie pour ce motif (ATF 148 V 419 précité consid. 8.5).

Eu égard à ce qui précède, un abattement de 5%, tel que retenu par l'intimée, n'apparaît pas critiquable et peut être confirmé (cf. par ex. arrêts du Tribunal fédéral 8C\_39/2022 du 13 octobre 2022 consid. 6.4 et 8C\_659/2021 du 17 février 2022 consid. 4.3.1). Par ailleurs, le fait que l'OAI ait quant à lui renoncé à exiger de la part du recourant la mise en valeur d'une capacité de travail à 100% au regard du nombre d'années restantes avant l'ouverture de son droit à une rente de vieillesse ne suffit pas à remettre en cause la position de la CNA, qui jouit sur ce point d'une certaine marge d'appréciation que la juridiction de céans doit respecter (ATF 146 V 16 consid. 4.2 et 137 V 71 consid. 5.1 et 5.2). Cela vaut d'autant plus que l'article 28 alinéa 4 OLAA est propre à l'assurance-accidents, ce qui constitue un motif suffisant de s'écarter des conclusions de l'assurance-invalidité.

#### **4.**

**4.1** Dans un dernier grief, le recourant s'en prend au taux de l'IPAI.

**4.2** 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 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 n° U 296 p. 235, U 245/96 consid. 2a).

**4.3** 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 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 n. U 514 p. 415] et U 360/98 consid. 1 [in : RAMA 2000 n. U 362 p. 41]).

**4.4** L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb et 113 V 218 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_238/2020 du 7 octobre 2020 consid. 3) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3, 124 V 209 consid. 4a/cc et 116 V 156 consid. 3a).

**4.5** En l'espèce, la CNA a accordé au recourant une IPAI de 23.5% sur la base des conclusions du Dr L \_\_\_\_\_. S'agissant des symptômes au niveau du poignet droit, ce dernier a relevé qu'il fallait s'attendre à ce qu'une arthrodèse soit pratiquée à l'avenir, si bien qu'un taux de 15% devait être retenu conformément à la table 5 du barème d'indemnisation des atteintes à l'intégrité, laquelle prévoyait un tel taux en cas d'arthrodèse radiocarpienne. Concernant le poignet gauche, le Dr L \_\_\_\_\_ a relevé que les symptômes et les douleurs étaient moindres vis-à-vis du poignet droit, raison pour laquelle il a retenu un taux de 10%. Au vu de l'atteinte aux deux poignets, ce médecin a estimé qu'une pondération était nécessaire et s'est prononcé en faveur d'un taux global de 23.5%. Le recourant se contente quant à lui de déclarer que 10% + 15% font 25%, de sorte qu'une IPAI de 25% doit lui être reconnue.

Le recourant ne saurait être suivi dans son argumentation. En effet, il n'a produit aucun document médical qui permettrait de mettre en doute l'appréciation du médecin d'arrondissement et se contente simplement d'affirmer avoir droit à une IPAI de 25%. Or, comme cela a été rappelé ci-avant (cf. *supra* consid. 4.3), il revient à un spécialiste en médecine de se prononcer sur le taux de l'IPAI, si bien que son seul avis ne saurait suffire. Le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, est au contraire compétent pour déterminer le taux de l'IPAI et était parfaitement légitimé, en application de l'article 36 alinéa 3 OLAA, à pondérer les taux retenus pour chaque poignet, soit respectivement 10% et 15%, afin de fixer une

indemnité de 23.5% d'après l'ensemble du dommage. Au vu de l'appréciation claire et motivée du Dr L \_\_\_\_\_ et en l'absence d'avis médical contraire, le taux global de 23.5% doit ainsi être confirmé.

**5.**

**5.1** Dans ces circonstances, le recours du 10 juin 2022, en tous points mal fondé, est rejeté et la décision sur opposition du 10 mai 2022 confirmée.

**5.2** Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. <sup>f</sup><sup>bis</sup> LPGA), la loi spéciale, en l'occurrence la LAA, ne prévoyant pas le prélèvement de frais. Vu l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

**Prononce**

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

Sion, le 31 mars 2025