

S2 23 47

**ARRÊT DU 8 MARS 2026**

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

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Matthieu Sartoretti, juges ;  
Delphine Rey, greffière

**en la cause**

**X \_\_\_\_\_**, recourant

**contre**

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

(stabilisation de l'état de santé, rente d'invalidité et indemnité pour atteinte à l'intégrité)

## Faits

A. X \_\_\_\_\_, né en 1979, de nationalité suisse, était au chômage et percevait des indemnités journalières depuis le 1<sup>er</sup> avril 2019. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents professionnels et non professionnels (ci-après : CNA) (pièce 1 du dossier CNA).

Le 8 février 2021, l'intéressé a été victime d'un accident de ski (pièce 1 du dossier CNA). Le même jour, il s'est rendu au A \_\_\_\_\_ à B \_\_\_\_\_. La radiographie du genou droit, réalisée le jour de l'accident auprès de C \_\_\_\_\_, n'a pas montré de lésion post-traumatique, ni de remaniement dégénératif (pièce 5 du dossier CNA).

L'IRM du genou droit, effectuée le 18 février 2021, a montré une rupture proximale du ligament croisé antérieur (LCA), une déchirure complexe étendue intéressant la corne postérieure du ménisque interne et le corps méniscal avec extrusion, une large contusion/œdème médullaire de la partie postérieure des plateaux tibiaux et dans une moindre mesure de la partie antérieure du condyle fémoral interne de la pointe de la rotule, une entorse de grade II du ligament latéral interne (LLI) et un épanchement articulaire abondant (pièce 6 du dossier CNA).

Le 22 mars 2021, la CNA a informé l'assuré qu'elle prenait en charge les frais liés à son accident du 8 février précédent (pièce 8 du dossier CNA).

Le 25 mars 2021, le Dr D \_\_\_\_\_ du E \_\_\_\_\_ de F \_\_\_\_\_ a recommandé à l'assuré d'effectuer de la rééducation en physiothérapie dans le but de récupérer une bonne musculature, à distance d'une reconstruction du LCA (pièce 13 du dossier CNA).

Le 14 mai 2021, l'assuré a bénéficié d'une plastie LCA + ligament antérieur latéral (LAL) droite aux ischio-jambiers ainsi que d'une suture du ménisque interne de la corne postérieure par les Drs D \_\_\_\_\_ et G \_\_\_\_\_ (pièce 20 du dossier CNA).

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2021, les Drs D \_\_\_\_\_ et G \_\_\_\_\_ ont rapporté une évolution favorable avec peu de douleurs et une progression en physiothérapie. Le genou restait cependant bien tuméfié. L'examen clinique a montré un épanchement articulaire modéré, pas d'instabilité dans le plan frontal, un arrêt court dur au test de

Lachman, une mobilité avec extension complète et une flexion à 100-110 (pièce 37 du dossier CNA).

Dans un rapport du 2 septembre 2021, le Dr D \_\_\_\_\_ a rapporté une évolution lentement favorable. Il a constaté encore un peu d'inflammation au niveau du genou en raison de lésions méniscales et cartilagineuses antérieures à l'opération. Il a recommandé la poursuite de la physiothérapie (pièce 48 du dossier CNA).

Dans un rapport du 7 avril 2022, le Dr H \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique FMH, a posé les diagnostics de status après plastie du LCA et suture du ménisque interne du genou droit datant du 14 mai 2021 et traitement conservateur de la déchirure de la plastie du LLI et également de la déchirure du ménisque externe et de chondropathie de grade III au niveau de la rotule et de la trochlée et de grade I au niveau du compartiment fémoro-tibial interne et déchirure complexe du ménisque externe à l'IRM du 18 août 2021. L'examen clinique a montré une flexion/extension (F/E) à 130-0-0°, un Lachmann avec une course prolongée et un arrêt dur, un McMurray positif en externe, aucune instabilité des ligaments collatéraux interne et externe, un épanchement modéré avec une force du quadriceps à 4 et une atrophie musculaire importante au niveau du quadriceps. Il a proposé à l'assuré de poursuivre son traitement de physiothérapie intensive et a préconisé un séjour auprès de la I \_\_\_\_\_ (pièce 80 du dossier CNA).

En raison de la persistance des gonalgies, l'assuré a séjourné à la I \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> juin 2022 au 13 juillet suivant. Les médecins de la I \_\_\_\_\_ ont retenu une rupture du LCA du genou droit et une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne avec chondropathie de grade 3 au niveau de la rotule et de la trochlée et chondropathie de grade 1 au niveau du compartiment fémoro-tibial interne. A titre de complication, ils ont noté une évolution post-opératoire lente avec sidération quadricipitale droite. Ils ont considéré que la poursuite de la physiothérapie pouvait améliorer les capacités fonctionnelles de l'assuré et qu'une stabilisation médicale était attendue dans un délai de trois mois. Ils ont indiqué que la reprise professionnelle devait être réévaluée dans environ trois mois si l'évolution était favorable. Ils ont retenu les limitations fonctionnelles provisoires suivantes : pas de port de charges supérieur à 15-20 kg, pas de port de charges répété de plus de 10-15 kg, pas de marche prolongée, pas de marche en terrain irrégulier, pas de travail en position accroupie ou à genoux et pas de réalisation répétée des escaliers (pièce 98 du dossier CNA).

Le 8 novembre 2022, la médecin d'arrondissement de la CNA, la Dresse J \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en médecine intensive, a considéré qu'il n'y avait plus lieu, à plus d'une année de la prise en charge chirurgicale, de prendre en

charge le traitement de physiothérapie sans justificatif médical et sans rapport du physiothérapeute. Elle a relevé que l'assuré ne prenait pas d'antalgiques. Elle a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges unique de plus de 15-20 kg, pas de port de charges répété de plus de 10-15 kg, pas de marche en terrain irrégulier, pas de marche prolongée, même en terrain plat, pas de position accroupie ou à genoux, pas de montée/descente répétée d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages et possibilité de changer de position. Elle a considéré que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès ce jour. En l'état du dossier, avec une amplitude articulaire identique entre le genou droit et le genou gauche, les atteintes séquellaires ne justifiaient actuellement pas d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (pièce 112 du dossier CNA).

Le même jour, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 1<sup>er</sup> décembre 2022 (pièce 113 du dossier CNA).

Par projets de décision du 22 novembre 2022, l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI) a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité limitée dans le temps. Il a notamment retenu que l'on pouvait exiger de l'assuré, depuis le 8 novembre 2022, l'exercice à plein temps, avec un rendement normal de n'importe quelle activité légère et adaptée à son état de santé respectant un certain nombre de limitations (pièce 120 du dossier CNA). Le même jour, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des mesures d'ordre professionnel (pièce 119 du dossier CNA).

Par décision du 20 décembre 2022, la CNA a refusé d'octroyer à l'assuré une rente d'invalidité au motif qu'il ne subissait aucune perte de salaire. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI), elle a considéré qu'en l'absence d'atteinte importante à l'intégrité physique en lien avec l'accident du 8 février 2021, les conditions requises pour l'octroi d'une telle indemnité n'étaient pas réalisées (pièce 127 du dossier CNA). L'assuré s'est opposé à cette décision le 28 décembre 2022 (pièce 138 du dossier CNA).

Dans un rapport du 30 janvier 2023, le Dr K \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a indiqué qu'en raison d'une évolution peu satisfaisante avec persistance de douleurs antérieures du genou qui limitaient la rééducation, il avait

introduit un programme de renforcement musculaire BFR (Blood Flow Restriction), ce qui avait permis de lever l'inhibition du quadriceps. Il y avait cependant encore un déficit de force et une importante amyotrophie du quadriceps à droite. La poursuite de la rééducation devait permettre une amélioration fonctionnelle dans les prochains mois. Il

était ainsi prématuré de considérer la situation comme stabilisée (pièce 140 du dossier CNA).

Le 7 mars 2023, la Dresse J \_\_\_\_\_ a confirmé ses conclusions du 8 novembre précédent quant à la stabilisation de l'état de santé de l'assuré. Elle a indiqué qu'on peinait à comprendre comment le maintien de la physiothérapie pouvait apporter une amélioration significative alors que les séances effectuées les deux premières années après l'opération de mai 2021 n'avaient pas permis d'atteindre le niveau antérieur. Elle a rappelé que les médecins de la I \_\_\_\_\_ avaient conclu à une stabilisation de l'état de santé, au plus tard en octobre 2022. Elle a considéré que l'assuré pouvait effectuer des exercices quotidiens pour maintenir, voire améliorer son atrophie du quadriceps, laquelle n'était pas quantifiée et ne semblait pas l'impacter dans sa vie de tous les jours. Elle a rapporté que, dans son rapport du 30 janvier 2023, le Dr K \_\_\_\_\_ avait noté que les amplitudes articulaires étaient normales, que l'appareil ligamentaire était compétent et que l'accroupissement incomplet décrit avait d'ores et déjà été pris en compte dans les limitations fonctionnelles (pièce 147 du dossier CNA).

Le 18 avril 2023, la CNA a rejeté l'opposition. Elle a considéré qu'en l'absence de mesure thérapeutique susceptible d'influencer de manière significative la capacité de travail de l'assuré, son état de santé devait être considéré comme stabilisé. S'agissant de la capacité de travail résiduelle, l'assuré n'apportait pas d'éléments médicaux objectifs permettant de mettre en doute les conclusions de la Dresse J \_\_\_\_\_, lesquelles étaient claires et bien motivées. La CNA a indiqué que le revenu sans invalidité devait être calculé, selon la jurisprudence, sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), dès lors que l'assuré percevait des indemnités chômage et travaillait en gain intermédiaire au moment de l'accident. Elle a confirmé que le revenu d'invalidité devait également être déterminé sur la base des données de l'ESS. Concernant l'IPAI, la CNA a rappelé qu'il s'agissait d'une question essentiellement médicale et qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux qui mettaient en doute les conclusions de la Dresse J \_\_\_\_\_.

**B.** X \_\_\_\_\_ a recouru céans le 17 mai 2023 contre la décision sur opposition du 18 avril précédent. En substance, il a allégué, en se basant sur les rapports du Dr K \_\_\_\_\_, de son physiothérapeute et des médecins de la I \_\_\_\_\_, que son état de santé

n'était pas encore stabilisé. Il a notamment joint à son recours un courriel du 18 avril 2023 de son physiothérapeute, dans lequel celui-ci faisait notamment état de résultats satisfaisants et recommandait la poursuite du traitement BFR. Le recourant a également

mis en cause l'appréciation du 7 mars 2023 de la Dresse J \_\_\_\_\_. Concernant le revenu sans invalidité, il a fait valoir qu'il réalisait un gain annuel de plus de 87'000 fr. avant son accident. Il a également critiqué le revenu avec invalidité retenu par la CNA. Finalement, il a indiqué qu'il s'opposait aussi aux limitations fonctionnelles retenues par l'assurance-accidents.

Dans sa réponse du 20 juin 2023, la CNA, représentée par Me Jeanne-Marie Monney, a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours. Elle a relevé que le recourant n'avait pas contesté le refus d'indemnité pour atteinte à l'intégrité. En substance, elle a fait valoir que les appréciations de la Dresse J \_\_\_\_\_ revêtaient une pleine valeur probante. Elle a rappelé qu'en l'absence de mesure thérapeutique susceptible d'influencer de manière significative la capacité de travail de l'assuré, son état de santé devait être considéré comme stabilisé. Concernant le revenu de valide, elle a produit l'extrait du compte individuel du recourant et a soutenu qu'il n'avait jamais perçu un revenu annuel de plus de 87'000 fr. comme allégué dans son recours. Elle a en outre confirmé le revenu d'invalidité retenu dans la décision attaquée.

Dans sa réplique du 25 septembre 2023, complétée le 25 octobre suivant, le recourant a répété que son état de santé n'était pas encore stabilisé. Il a joint à son écriture différentes pièces, dont en particulier des rapports des 28 juin 2023 et 4 septembre suivant du Dr K \_\_\_\_\_, dans lesquels ce dernier faisait notamment état d'une évolution favorable et préconisait la poursuite du traitement de physiothérapie. Il a relevé qu'aucune réévaluation n'avait eu lieu après le séjour auprès de la I \_\_\_\_\_. Il a également rappelé que les appréciations de la Dresse J \_\_\_\_\_ n'étaient pas probantes parce qu'elles n'étaient pas bien motivées, pas claires et entachées d'erreurs. En outre, elles ne tenaient pas compte de l'avis du Dr K \_\_\_\_\_ et de son physiothérapeute. Il a allégué qu'il n'y avait pas lieu de se déterminer sur l'IPAI, dès lors que son genou n'était pas encore stabilisé. Il a considéré que ses complications étaient peut-être dues à une mauvaise prise en charge initiale et a exposé sa situation financière difficile.

Dans sa duplique du 20 novembre 2023, l'intimée a pour l'essentiel repris les arguments développés dans son mémoire du 20 juin précédent. Elle a ajouté que les nouvelles conclusions du recourant relatives à l'IPAI étaient postérieures au délai de recours et donc irrecevables. Si tel ne devait pas être le cas, elle a soutenu que le recourant n'apportait de toute manière pas d'élément médical objectif susceptible de remettre en question l'appréciation de la Dresse J \_\_\_\_\_ quant à l'absence d'atteintes séquellaires justifiant une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Le 10 janvier 2024, le recourant a rappelé qu'il contestait la stabilisation de son genou et a requis la fixation d'un délai supplémentaire.

En l'absence d'observations du recourant dans le délai imparti, l'échange d'écritures a été clos le 23 février 2024.

Par pli du 7 janvier 2025, Me Monney a informé la Cour de céans qu'elle n'était plus le conseil de la CNA et que toute correspondance ou écriture devait être dorénavant adressée à cette dernière.

### **Considérant en droit**

1. Selon l'article 1 alinéa 1 de la 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.

Déposé au guichet du Tribunal le 17 mai 2023, le recours contre la décision sur opposition de la CNA du 18 avril précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA), devant le tribunal compétent (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

2. Le litige porte sur la question de la stabilisation de l'état de santé du recourant, cas échéant, sur son droit à des prestations de l'intimée (rente et IPAI) en raison des séquelles de son accident du 8 février 2021.

3. Dans un premier temps, il convient de déterminer si la situation médicale était stabilisée à fin novembre 2022.

**3.1** L'article 19 alinéa 1 LAA prévoit que le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'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 cesse dès la naissance du droit à la rente.

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 thermale – ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_394/2024 du 7 janvier 2025 consid. 6.1). 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. La preuve que la mesure envisagée est de nature à améliorer sensiblement l'état de santé doit être établie avec une vraisemblance suffisante. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_176/2023 du 6 décembre 2023 consid. 3 et les références ; GEERTSEN, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht – UVG, 2018, nos 9 et 10 ad art. 19 et les références).

**3.2** Le principe de la libre appréciation des preuves prévaut en procédure administrative comme en procédure judiciaire d'assurances sociales (art. 61 let. c LPGA). Il s'ensuit que les assureurs et les juges doivent apprécier les preuves librement, c'est-à-dire sans être liés par des règles de preuve formelles, ainsi que de manière aussi complète et consciencieuse que possible. 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 que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a, cités p. ex. in : arrêt du Tribunal fédéral 8C\_696/2022 du 2 juin 2023 consid.

4.3.1). Par ailleurs, un rapport médical établi uniquement sur la base d'un dossier a valeur probante lorsque le dossier contient suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 345 consid. 3d, arrêt du Tribunal fédéral 9C\_558/2016 du 4 novembre 2016 consid. 6.1 et les références).

S'agissant des rapports des médecins-conseils, ces pièces peuvent se voir reconnaître une valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les médecins de la CNA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1).

De jurisprudence constante, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidentiels privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants sont généralement enclins à se prononcer en faveur de leurs patients ; il

convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3b/cc).

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).

**3.3** Le recourant a soutenu que son état de santé n'était pas stabilisé au 30 novembre 2022. Dans une appréciation du 8 novembre 2022, la Dresse J \_\_\_\_\_ a estimé que sur le plan médical, la situation pouvait être considérée comme stabilisée, ce qu'elle a confirmé dans son avis complémentaire du 7 mars 2023. Elle a estimé qu'à plus d'une année de l'intervention chirurgicale, le traitement de physiothérapie ne pouvait plus améliorer de manière significative la musculature. Elle a relevé que des auto-exercices ou des exercices quotidiens comme la marche, le vélo ou la nage pouvaient maintenir et éventuellement améliorer l'atrophie du quadriceps de la jambe droite, laquelle n'était par ailleurs pas quantifiée et ne semblait pas impacter l'assuré dans sa vie de tous les jours. L'assuré ne prenait au demeurant pas d'antalgiques. Elle a rappelé que les médecins de la I \_\_\_\_\_ avaient indiqué dans leur rapport du 20 juillet 2022 qu'une stabilisation médicale était attendue dans un délai de trois mois. Concernant le rapport du 30 janvier 2023, elle a noté que le Dr K \_\_\_\_\_ avait constaté des amplitudes articulaires normales, un appareil ligamentaire compétent et un accroupissement incomplet, lequel avait déjà été pris en compte dans les limitations fonctionnelles. L'appréciation de la médecin d'arrondissement se fonde sur l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier, prend en considération les plaintes de l'assuré, est motivée et cohérente, de sorte qu'elle répond aux exigences posées par la jurisprudence en la matière (cf. *supra* consid. 3.2). S'il est vrai que l'appréciation de la Dresse J \_\_\_\_\_ du 7 mars 2023 contient quelques erreurs, celles-ci n'ont toutefois pas

d'influence sur les conclusions. La Dresse J \_\_\_\_\_ a certes indiqué « A 6 année de l'intervention » et a évoqué « les séances effectuées sur les deux premières années », mais a cependant bien retenu le 14 mai 2021 comme date de l'intervention chirurgicale. Par ailleurs, un examen personnel par la Dresse J \_\_\_\_\_ n'était pas nécessaire, dès lors que le recourant a été examiné par les médecins de la I \_\_\_\_\_ lors de son

séjour du 1<sup>er</sup> juin 2022 au 13 juillet suivant ainsi que par d'autres spécialistes, dont le Dr K \_\_\_\_\_, qui a suivi régulièrement le recourant avant et après son séjour à la I \_\_\_\_\_ (cf. *supra* consid. 3.2). L'évolution de l'état de santé du recourant depuis son séjour à la I \_\_\_\_\_ pouvait donc s'apprécier sur la base des constatations faites par le Dr K \_\_\_\_\_. En outre, la situation médicale de l'assuré paraît claire. On rappellera que le juge accorde entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé, ce qui est le cas en l'espèce.

Les rapports du Dr K \_\_\_\_\_ ne sont pas de nature à mettre en doute la valeur probante de l'appréciation de la Dresse J \_\_\_\_\_.

On rappellera que la poursuite d'un traitement de physiothérapie, dans lequel s'inscrit la technique de rééducation BFR, n'est pas un obstacle à la suppression des prestations provisoires. En effet, le traitement médical doit être susceptible d'améliorer de manière notable l'état de santé du recourant au sens de l'article 19 alinéa 1 LAA (cf. *supra* consid. 3.1).

A la lecture des pièces médicales, on constate que l'évolution post-opératoire avait été lente avec une sidération du quadriceps à droite. La réalisation d'une séance de reprogrammation neuromusculaire et l'introduction du renforcement musculaire avec la méthode BFR avant le séjour du recourant à la I \_\_\_\_\_ avait permis de lever progressivement l'inhibition du quadriceps. Ce séjour n'avait apporté que peu de changement (cf. rapport du 30 janvier 2023 du Dr K \_\_\_\_\_). Les médecins de la I \_\_\_\_\_ avaient considéré que la situation médicale du recourant pouvait encore évoluer et avaient estimé qu'une stabilisation était attendue dans un délai de trois mois. On constate que la reprise de la rééducation avec la méthode BFR après le séjour à la I \_\_\_\_\_ a permis au recourant de gagner un peu de force et de diminuer les douleurs. Il n'y a cependant pas eu d'amélioration notable de l'état de santé du recourant. En effet, en septembre 2023, soit plus d'une année après le séjour à la I \_\_\_\_\_, le recourant présentait toujours une amyotrophie au niveau de la cuisse droite. On observe en outre, à l'instar de la Dresse J \_\_\_\_\_, que, selon le rapport du 30 janvier 2023 du

Dr K \_\_\_\_\_, les amplitudes articulaires étaient normales et l'appareil ligamentaire était compétent.

Le fait que le Dr K \_\_\_\_\_ mentionne une évolution favorable avec le traitement de physiothérapie ne permet pas de conclure que l'état de santé du recourant ne serait pas

stabilisé, c'est-à-dire qu'il serait toujours empêché de reprendre toute activité quelle qu'elle soit, même celle respectant ses limitations fonctionnelles. Le Dr K \_\_\_\_\_ ne prétend d'ailleurs pas que la poursuite du traitement BFR puisse encore améliorer sensiblement la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. En effet, il se prononce uniquement sur la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle d'étancheur/moniteur de snowboard. Il a par ailleurs indiqué, dans son rapport du 28 juin 2023, qu'une reprise de travail n'était pas possible en raison de la situation socio-professionnelle et assécurologique de son patient, soit en raison de facteurs étrangers à l'accident.

Il y a donc lieu de retenir, comme l'a correctement fait la CNA, que l'état de santé du recourant était stabilisé à fin novembre 2022. C'est ainsi à juste titre que la CNA a procédé à l'examen du droit à une rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**4.** Il convient ensuite d'examiner le droit du recourant à une rente d'invalidité en lien avec son accident du 8 février 2021.

**4.1** Selon l'article 18 alinéa 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, pour autant que celui-ci soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite.

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

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 ; 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au 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 9C\_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide ; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). N'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_164/2018 du 27 juillet 2018 consid. 4.2).

Selon la jurisprudence, le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. 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'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 148 V 419 consid. 5.2 et 148 V 174 consid. 6.2).

Lorsque les tables ESS sont appliquées, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1 (secteur privé), à la ligne « total » ; on se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la valeur médiane ou centrale (ATF 148 V 174 consid. 6.2 et les arrêts cités). Lorsque

cela paraît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Cette faculté reconnue par la jurisprudence concerne les cas particuliers dans lesquels, avant l'atteinte à la santé, l'assuré concerné a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et où une activité dans un autre domaine n'entre pratiquement plus en ligne de compte (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_709/2023 du 8 mai 2024 consid. 6.2.1 et les arrêts cités, 8C\_171/2024 du 3 septembre 2024 consid. 5.3.1).

**4.2** Comme on l'a vu précédemment, les rapports du Dr K \_\_\_\_\_ ne sont pas de nature à mettre en doute l'appréciation de la Dresse J \_\_\_\_\_. Cette dernière a retenu un certain nombre de limitations fonctionnelles pour le membre inférieur droit (pas de port de charges unique de plus de 15 à 20 kg, pas de port de charges répété de plus de 10 à 15 kg, pas de marche en terrains irréguliers, pas de marche prolongée, même en terrain plat, pas de position accroupie ou à genoux, pas de montée/descente répétée d'escaliers/échelles/échafaudages et possibilité de changer de position) ainsi qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 8 novembre 2022. Les limitations fonctionnelles retenues par la Dresse J \_\_\_\_\_ sont plus nombreuses que celles qui avaient été décrites par les médecins de la I \_\_\_\_\_ en juillet 2022. Quant au Dr K \_\_\_\_\_, il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée.

Concernant le revenu d'invalidé, le recourant s'est contenté d'alléguer qu'un montant de 65'552 fr. aurait dû être retenu. Pour sa part, l'intimée s'est fondée sur les données issues de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2020, soit plus exactement sur le salaire versé à un homme dans le secteur privé, avec un niveau de compétences 1 correspondant à des tâches physiques ou manuelles simples et ne nécessitant aucune formation particulière, à savoir un salaire de 5261 francs. Compte tenu de l'horaire hebdomadaire de travail et de l'indexation des salaires, la CNA a retenu un revenu d'invalidé de 66'073 fr. 30. Cette manière de procéder ne prête pas le flanc à la critique. En prenant en considération une indexation de -0.2 % pour 2021 et de 0.9 % pour 2022, le revenu avec invalidité s'élève à 66'274 fr. 20, étant précisé que la CNA s'était fondée sur une estimation pour l'année 2022.

Quant au revenu sans invalidité, le recourant a allégué que, sans accident, son salaire annuel s'élèverait à plus de 87'000 fr., soit 185 jours à neuf heures par jour comme étancheur pour un salaire horaire de 42 fr. 20 et entre 40 et 50 jours à environ cinq heures par jour comme moniteur de sport d'hiver pour un salaire de 85 fr. par heure. Il a

précisé que dans le cadre de cette dernière activité, il aurait dû obtenir sa licence en 2022 et qu'il aurait ainsi été rémunéré au tarif applicable aux personnes patentées (85 fr./h).

Pour sa part, la CNA s'est fondée sur les données statistiques résultant de l'ESS puisque le recourant percevait des indemnités chômage et travaillait en gain intermédiaire au moment de l'accident. L'intimée s'est donc référée aux données de la ligne Total de l'ESS 2020, soit plus exactement au salaire versé à un homme dans le secteur privé, avec un niveau de compétences 1, à savoir un salaire de 5261 fr. Après correction de l'horaire hebdomadaire et de l'indexation, la CNA a retenu un revenu sans invalidité de 66'073 fr. 30.

La référence aux données de l'ESS ne prête pas le flanc à la critique puisqu'on rappellera que n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide (cf. *supra* consid. 4.1).

En tenant compte d'une indexation de -0.2 % en 2021 et 0.9 % en 2022, on obtient un revenu sans invalidité de 66'274 fr. 20, étant rappelé que l'intimée s'était basée sur une estimation pour l'année 2022.

On relèvera également que le revenu sans invalidité et le gain assuré sont deux notions distinctes. Le revenu sans invalidité représente le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide ; il permet de calculer le taux d'invalidité selon la méthode générale de la comparaison des revenus et, partant, de déterminer le droit ou non d'un assuré à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 et 2 LAA). Le gain assuré, lui, sert de base au calcul du montant proprement dit de cette rente (art. 20 al. 1 LAA). La fixation de l'un et de l'autre sont soumis à des règles différentes. 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). Le gain assuré comprend en particulier les allocations familiales lesquelles ne sont pas prises en compte dans le calcul du revenu sans invalidité (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_266/2016 du 15 mars 2017 consid. 5.2.2, 8C\_733/2013 du 5 septembre 2014 consid. 5 et la référence).

Partant, la comparaison entre le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité ne fait ressortir aucune perte de gain. C'est ainsi à bon droit que la CNA a refusé au recourant le droit à une rente d'invalidité.

**5.** Il reste, à ce stade, à se pencher sur la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI). A cet égard, l'intimée a soutenu qu'il n'y avait pas lieu d'examiner cet élément puisque le recourant n'avait pas pris de conclusions à ce sujet dans son recours.

Selon le Tribunal fédéral, la suspension des prestations provisoires et la liquidation du cas avec examen des conditions du droit à la rente sont des questions si étroitement liées entre elles, qu'il faut partir du principe qu'il s'agit d'un seul objet du litige. Vu que l'article 19 alinéa 1 LAA fait coïncider la suspension des prestations provisoires avec l'examen, le cas échéant la fixation, du droit à la rente, il n'y a pas de place pour une pratique divergente du tribunal cantonal, selon laquelle on se trouverait en présence de deux objets litigieux différents lorsqu'il est question de la suspension des indemnités journalières et du traitement médical d'une part, et de l'examen des conditions du droit à la rente d'autre part (ATF 144 V 354 consid. 4.2 concernant un recours contre une décision refusant le droit à la rente ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_619/2018 du 7 mars 2019 consid. 3.3).

En l'espèce, l'intéressé a fait recours contre la décision sur opposition du 18 avril 2023, dans laquelle la CNA s'est notamment déterminée sur son droit à une IPAI. Il a ensuite précisé dans sa réplique qu'il n'y avait pas lieu de se déterminer sur cet élément dès lors que son état de santé n'était pas encore stabilisé.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'examiner le droit du recourant à une IPAI.

**5.1** Selon l'article 24 alinéa 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'atteinte à l'intégrité est

réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 OLAA). Il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36 al. 4 OLAA).

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. 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 ; FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41). L'évaluation incombe donc 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.

**5.2** En l'occurrence, l'intimée s'est fondée sur l'appréciation de la Dresse J \_\_\_\_\_ pour nier le droit du recourant à une IPAI. Cette médecin a notamment relevé que l'amplitude articulaire du genou droit (140-0-0) était identique à celle du genou gauche (145-0-0).

Pour sa part, le recourant n'apporte aucun élément médical. Il convient de rappeler que l'évaluation d'une atteinte à l'intégrité des suites d'un accident nécessite l'avis d'un médecin, à qui il appartient, d'une part, de constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, d'estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant. Or, en l'espèce, le recourant ne s'appuie sur aucun document médical pour contester l'appréciation de la Dresse J \_\_\_\_\_, laquelle revêt une pleine valeur probante. Il s'ensuit que la décision sur opposition doit également être confirmée sur ce point.

**6.** Quant à la conclusion relative au tort moral, elle doit être déclarée irrecevable, respectivement être rejetée, qu'elle soit fondée sur les articles 47 et 49 du Code des obligations du 30 mars 1911, CO) ou sur l'article 78 LPGA.

**6.1** Selon l'article 47 CO, le juge peut, en tenant compte de circonstances particulières, allouer à la victime de lésions corporelles ou, en cas de mort d'homme, à la famille une indemnité équitable à titre de réparation morale. Quant à l'article 49 alinéa 1 CO, il prévoit que celui qui subit une atteinte illicite à sa personnalité a droit à une somme d'argent à titre de réparation morale, pour autant que la gravité de l'atteinte le justifie et que l'auteur ne lui ait pas donné satisfaction autrement. Enfin, l'article 78 alinéa 1 LPGA dispose que les corporations de droit public, les organisations fondatrices privées et les assureurs répondent si un organe ou un agent accomplit, en sa qualité d'organe d'exécution de la loi, un acte illicite et dommageable. L'alinéa 4 renvoie à la notion de l'illicéité au sens de l'article 3 alinéa 1 de la loi fédérale du 14 mars 1958 sur la responsabilité de la Confédération, des membres de ses autorités et de ses fonctionnaires (LRFC), qui suppose que l'Etat, au travers de ses organes ou de ses agents, ait violé des prescriptions destinées à protéger un bien juridique. Le comportement exigé par la loi peut consister soit dans une action, soit dans une omission, auquel cas il faut qu'il existât,

au moment déterminant, une norme juridique qui sanctionnait explicitement l'omission commise ou qui imposait de prendre en faveur du lésé la mesure omise (position de garant vis-à-vis du lésé ; ATF 139 V 176 consid. 8.2 ; 137 V 76 consid. 3.2 ; 133 V 14 consid. 8.1). Lorsque l'illicéité reprochée procède d'un acte juridique (une décision, un jugement...), seule la violation d'une prescription importante des devoirs de fonction est susceptible d'engager la responsabilité de la Confédération (cf. ATF 139 IV 137 consid. 4.2 ; 132 II 305 consid. 4.1 et les références citées). A cet égard, le fait de rendre une décision qui se révèle par la suite inexacte, contraire au droit ou même arbitraire ne suffit pas (arrêts du Tribunal fédéral 2E\_2/2013 du 30 octobre 2014 consid. 5.4.1 et 2C\_397/2012 du 19 novembre 2012 consid. 3.3).

**6.2** En l'occurrence, la Cour de céans n'est pas compétente pour statuer sur une action fondée sur les articles 47 et 49 CO. Quant à l'intimée, elle n'est ni responsable de l'accident et des lésions subies par le recourant ni l'auteur d'une atteinte illicite à la personnalité de ce dernier. Enfin, rien ne permet de retenir que l'intimée, par le biais de l'un de ses organes ou de ses agents, aurait violé grossièrement l'obligation de remplir consciencieusement et avec diligence les devoirs de sa fonction. Aucune omission ne peut être reprochée à l'intimée, pas plus que la commission d'un acte illicite.

Finalement, une action fondée sur l'article 78 LPGA devrait être déclarée irrecevable, dès lors que le recourant n'a jamais déposé de demande en réparation du dommage auprès de l'intimée.

## **7.**

**7.1** Dans ces circonstances, le recours du 17 mai 2023, en tous points mal fondé, est rejeté dans la mesure de sa recevabilité et la décision sur opposition du 18 avril précédent confirmée.

**7.2** Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. fbis LPGA ; la LAA ne contenant pas de disposition spéciale prévoyant la perception de frais judiciaires), ni alloué de dépens (art. 61 let. g *a contrario* LPGA).

Bien qu'ayant obtenu gain de cause, l'intimée en tant qu'institution chargée d'une tâche de droit public, ne peut pas non plus prétendre à des dépens (art. 91 al. 3 LPJA ; cf. également art. 68 al. 3 LTF ; ATF 126 V 143 consid. 4a et les références ; MÉTRAL, Loi sur la partie générale des assurances sociales, in : Commentaire romand, 2018, n° 101 *in fine* ad art. 61 LPGA).

**Prononce**

1. Le recours est rejeté dans la mesure de sa recevabilité.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 8 mars 2026