

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 juillet 2026

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Pasche et M. Wiedler, juges
Greffière : Mme Hentzi

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à Q***, recourant, représenté par Me Philippe Nordmann, avocat
à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 18 al. 1, 19 al. 1 et 24 al. 1 LAA

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, travaillait depuis le 1^{er} octobre 2008 en qualité de conducteur de locomotive 2 auprès de la D._____ SA. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 2 septembre 2021, alors qu'il circulait à vélo, l'assuré a regardé sur sa gauche, pensant qu'un véhicule roulait trop près de lui. Pris de peur, il a donné un coup de guidon vers la droite afin de s'en écarter, a perdu la maîtrise de son vélo, puis a percuté la bordure du trottoir avec la roue avant, ce qui l'a fait chuter au sol (rapport de police du 2 septembre 2021).

Transporté en ambulance, l'assuré a séjourné au Centre hospitalier de S*** au service d'orthopédie - traumatologie du 2 au 7 septembre 2021 à la suite de cette chute à vélo, lors de laquelle il était retombé sur ses deux poignets en extension et avait subi un traumatisme crânien minime. Les médecins de cet établissement ont posé les diagnostics de fracture articulaire peu défragmentaire de l'extrémité distale du radius droit, de fracture intra-articulaire multifragmentaire de l'extrémité distale du radius gauche ainsi que de fracture des os propres du nez (rapport du service d'orthopédie - traumatologie du Centre hospitalier de S*** du 8 septembre 2021). L'assuré a bénéficié, le 4 septembre 2021, d'une réduction ouverte et d'une ostéosynthèse par plaques APTUS des deux extrémités distales du radius par abord palmaire, ainsi que d'une allogreffe osseuse (CHIPS 2-5 mm, 15 cc) au niveau du poignet gauche (protocole opératoire du 13 septembre 2021).

Le 8 septembre 2021, le cas a été annoncé à la CNA, qui en a assumé la prise en charge (frais de traitement et indemnités journalières).

A la suite de l'accident, l'assuré a subi une incapacité totale de travail. Il a repris son activité à 50 % à compter du 13 décembre 2021.

Dans un rapport de consultation du 5 novembre 2021, le Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué qu'au vu des douleurs persistantes dont se plaignait l'assuré au niveau de l'épaule droite, une radiographie avait été réalisée, laquelle mettait en évidence une fracture peu déplacée extra-articulaire de l'omoplate.

Dans un rapport de consultation du 4 février 2022, le Dr E._____ a indiqué que le CT-scan du poignet gauche confirmait la présence d'une exostose dorsale ainsi que d'un cal osseux, tandis que la consolidation de la fracture du radius distal était acquise. Compte tenu de ces constatations, il a retenu une indication à une ablation précoce du matériel d'ostéosynthèse associée à une résection de l'exostose.

Le 28 février 2022, l'assuré a subi une intervention consistant en une ablation du matériel d'ostéosynthèse du radius gauche, associée à une résection d'un ostéophyte dorsal (protocole opératoire du 15 mars 2022).

L'assuré a présenté une incapacité totale de travail du 1^{er} au 17 mars 2022, puis une incapacité de 50 % dès le 18 mars 2022. Une nouvelle incapacité totale a ensuite été attestée du 8 avril au 1^{er} mai 2022, suivie d'une incapacité de 50 % du 2 au 15 mai 2022. L'assuré a finalement repris son activité à plein temps dès le 16 mai 2022.

Le 2 septembre 2022, une arthro-IRM de l'épaule droite a été réalisée, laquelle a mis en évidence une coiffe des rotateurs et un cartilage intacts, une bursite sous-acromiale subaiguë à chronique ainsi qu'une agénésie antéro-supérieure du labrum, décrite comme une variante anatomique de la norme.

Dans un rapport de consultation du 28 février 2023, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, a retenu le diagnostic d'arthrose radio-carpienne post-traumatique du poignet gauche et a envisagé, comme options thérapeutiques, une dénervation ou une arthrodèse, voire la pose d'une prothèse radio-carpienne.

Dans un rapport de consultation du 8 septembre 2023, le Dr E._____ a indiqué que la situation n'était pas encore complètement stabilisée, malgré une reprise de l'activité professionnelle à 100 %. Il a relevé que l'assuré présentait encore des douleurs à l'épaule droite ainsi qu'une persistance d'une limitation de la flexion dorsale des poignets.

Dans une appréciation du 9 novembre 2023, le Dr J._____, médecin praticien et médecin-conseil de la CNA, a indiqué qu'il était possible que les troubles persistants au niveau de l'épaule droite soient imputables à l'événement du 2 septembre 2021. Il a également estimé qu'un traitement demeurerait probablement nécessaire, tout en précisant que l'état de santé était proche de la stabilisation.

Par décision du 6 décembre 2023, la CNA a mis un terme aux prestations avec effet au 7 décembre 2023, au motif que l'état de santé antérieur était rétabli.

Le 30 décembre 2023, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision du 6 décembre 2023.

Dans son rapport de consultation du 4 janvier 2024, le Dr E._____ a indiqué que la situation n'était pas encore stabilisée au niveau des deux poignets. Il a en outre relevé que l'assuré présentait un risque de développer, au cours des prochaines années, une arthrose post-traumatique des deux poignets ainsi que de l'épaule droite, dès lors qu'il ne présentait aucun signe d'arthrose avant l'accident du 2 septembre 2021.

Le 11 janvier 2024, la CNA a annulé la décision du 6 décembre 2023.

Le 27 mars 2024, le Dr J._____ a procédé à l'examen médical final de l'assuré. Dans un rapport du même jour, ce médecin a posé les diagnostics de dermabrasions faciales et des pieds, de traumatisme crânien avec fracture des os propres du nez, de fractures articulaires multifragmentaires des extrémités distales des deux radius avec plusieurs fractures associées des os du carpe, d'arthrose post-traumatique radio-carpienne gauche, ainsi que de bursite sous-acromiale chronique de l'épaule droite et d'agénésie du labrum antéro-supérieur (variante de la norme). Il a estimé que l'état de santé était désormais stabilisé, aucun traitement médical n'étant susceptible d'entraîner une amélioration sensible. S'agissant de l'épaule droite, les troubles ne relevaient plus des suites de l'accident, les examens d'imagerie n'ayant mis en évidence aucune atteinte traumatique. Il s'agissait d'une décompensation transitoire d'un état antérieur ayant cessé de produire ses effets six semaines après l'événement du 2 septembre 2021, soit le 17 octobre 2021. En revanche, il a relevé la persistance de douleurs et d'une fatigabilité des deux poignets, plus marquées à gauche. Sur la base de ses constatations, le Dr J._____ a retenu, comme limitations fonctionnelles, le port répétitif de charges de plus de 5 à 10 kg, les activités nécessitant une préhension en force ou d'importantes amplitudes des poignets, ainsi que l'exposition aux chocs et aux vibrations transmis aux mains et aux poignets. Dans une activité respectant ces limitations, il a estimé que la capacité de travail de l'assuré était entière, sans diminution de rendement, y compris dans son activité habituelle.

Dans une appréciation séparée datée du même jour, le Dr J._____ a fixé le taux d'atteinte à l'intégrité à 15 % pour les suites de l'accident du 2 septembre 2021, à savoir 5 % pour les séquelles au niveau du poignet droit et 10 % pour les séquelles au niveau du poignet gauche, les autres zones anatomiques touchées n'entraînant aucune limitation fonctionnelle ou atteinte à l'intégrité.

Par courrier du 8 avril 2024, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux avec effet au 30 avril 2024, au motif que les suites de l'accident du 2 septembre 2021 étaient stabilisées. Elle a annoncé qu'elle allait examiner si les conditions d'octroi d'autres prestations de l'assurance-accidents étaient réunies.

Le 26 avril 2024, une IRM de la colonne cervicale a été réalisée, laquelle mettait en évidence une discopathie C5-C6 et C6-C7, sans rétrécissement canalaire ni foraminal significatif à droite.

Dans un rapport de consultation du 3 mai 2024, le Dr E. _____ a relevé que la situation n'était pas encore stabilisée puisque l'assuré risquait de développer une arthrose post-traumatique au niveau de ses deux poignets.

Dans un rapport du 4 juin 2024, la Dre K. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin hospitalier à la Clinique C. _____ (ci-après : la C. _____), a indiqué que l'assuré présentait des cervicalgies invalidantes apparues après l'accident du 2 septembre 2021. Elle a estimé qu'il était possible que l'intéressé ait subi un traumatisme de type « *whiplash injury* », susceptible d'expliquer les cervicalgies, les vertiges, les céphalées, les acouphènes ainsi que les douleurs irradiant vers le visage. Elle a préconisé un séjour de quatre semaines à la C. _____ afin de procéder à une évaluation globale de la situation.

Par appréciation médicale du 5 juin 2024, le Dr J. _____ a considéré que les troubles persistants de l'épaule droite relevaient d'un état antérieur, l'imagerie n'ayant objectivé aucune lésion traumatique. S'agissant des poignets, le médecin a indiqué que les rapports médicaux postérieurs à son appréciation du 27 mars 2024 ne remettaient pas en cause ses conclusions. Les examens des cervicales ne mettaient en évidence que des atteintes dégénératives sans lien avec l'accident et l'arthrose post-traumatique des poignets avait déjà été prise en compte dans l'évaluation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il a enfin confirmé que l'état de santé était stabilisé, de sorte qu'aucune amélioration sensible

ne pouvait être attendue de la poursuite du traitement médical, notamment d'un séjour à la C._____.

Par courrier du 19 juin 2024, la CNA a informé l'assuré que l'état de santé antérieur à l'accident était considéré comme rétabli six semaines après l'évènement, soit le 17 octobre 2021. S'agissant des troubles aux poignets, la situation médicale était stabilisée.

Le 15 juillet 2024, la CNA a refusé de prendre en charge un séjour de réadaptation de quatre semaines à la C._____.

Par décision du 16 juillet 2024, la CNA a refusé d'allouer à l'assuré une rente d'invalidité et lui a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 22'230 fr. (15 %).

Le 14 août 2024, l'assuré, représenté par son assurance de protection juridique, a formé opposition à l'encontre de la décision précitée. En substance, il a fait valoir que l'instruction du dossier était incomplète. Ses troubles persistants aux deux poignets, à l'épaule droite ainsi qu'au niveau cervical n'avaient pas été suffisamment investigués. Il a nié que son état de santé était stabilisé, en se prévalant notamment de la recommandation d'un séjour à la C._____ formulée par la Dre K._____. En outre, les atteintes à ses poignets étaient proches d'une arthrose sévère, de sorte que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité avait été sous-évalué, concluant à ce qu'il soit fixé entre 20 % et 50 %.

Le 15 octobre 2024, la CNA a annulé la décision du 16 juillet 2024.

Dans une appréciation médicale du 3 novembre 2024, le Dr J._____ a retenu qu'aucune lésion structurelle objectivable de la colonne cervicale n'était imputable à l'accident du 2 septembre 2021. En outre, aucun traitement supplémentaire, en particulier un séjour de réadaptation de quatre semaines, n'était indiqué au titre de l'assurance-accidents plus

de trois ans après l'événement. Les atteintes cervicales n'entraînaient aucune incapacité de travail.

Dans une appréciation du 31 janvier 2025, la Dre M._____, spécialiste en neurochirurgie et médecin-conseil de la CNA, a considéré qu'aucun élément ne permettait de retenir l'existence d'un traumatisme de la colonne cervicale imputable à l'accident du 2 septembre 2021. Les troubles cervicaux et neurologiques invoqués n'avaient été ni documentés dans les suites immédiates de l'accident ni pendant les années suivantes, de sorte que l'hypothèse d'un « *whiplash injury* » ne pouvait expliquer les plaintes apparues plus de trois ans après l'événement. En outre, l'IRM cervicale réalisée en avril 2024 ne mettait en évidence aucune lésion traumatique. Sur le plan neurologique, elle a retenu que l'assuré avait subi un traumatisme crânien mineur avec fracture du nez, sans amnésie ni perte de connaissance documentées, et qu'aucun traitement supplémentaire n'était indiqué. Les séquelles neurologiques n'entraînaient aucune limitation fonctionnelle, l'assuré disposant d'une pleine capacité de travail.

Par appréciation médicale du 18 mars 2025, le Dr J._____ a admis la persistance de douleurs et de limitations fonctionnelles au niveau des poignets, mais a considéré qu'elles correspondaient à un état séquellaire stabilisé, aucun traitement, y compris un séjour à la C._____, n'étant susceptible d'entraîner une amélioration notable. Les traitements de physiothérapie et d'ergothérapie avaient une visée uniquement antalgique et ne remettaient pas en cause la stabilisation de l'état de santé. Il a en outre relevé qu'une arthrose post-traumatique des poignets demeurerait possible à long terme, tout en précisant qu'une éventuelle aggravation pourrait être examinée ultérieurement dans le cadre d'une rechute. Enfin, les troubles de l'épaule droite relevaient d'un état antérieur et les effets de l'accident avaient cessé au plus tard le 17 octobre 2021.

Par courrier du 2 avril 2025, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au versement des prestations avec effet au 2 avril 2025, au motif que les troubles à l'épaule droite n'étaient plus en lien avec l'accident du 2 septembre 2021 et que pour les poignets, la fracture du nez et le

traumatisme crânien, la situation était stabilisée, aucun traitement n'étant désormais nécessaire.

Par décision du 3 avril 2025, la CNA a refusé d'allouer à l'assuré une rente d'invalidité et lui a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 22'230 fr. (15 %).

Le 2 mai 2025, l'assuré, toujours représenté par sa protection juridique, a formé opposition à l'encontre de cette décision, reprenant pour l'essentiel les arguments formulés dans son opposition du 14 août 2024. A l'appui de son opposition, il a produit un rapport d'IRM de la colonne lombaire réalisée le 6 février 2025, laquelle mettait en évidence une petite hernie extrusive foraminale gauche L5-S1 venant en contact avec la racine L5 sans déformation de celle-ci.

L'assuré était à nouveau en incapacité de travail totale dès le 28 mai 2025.

Dans un rapport de consultation du 16 juin 2025, le Dr G._____ a indiqué que l'assuré présentait encore des douleurs aux poignets, en particulier à gauche. Il a également constaté que l'intéressé présentait des signes de dégénérescences au niveau radio-carpien de son poignet gauche.

Le 20 juin 2025, l'assuré a annoncé une rechute de l'accident du 2 septembre 2021.

Par décision sur opposition du 24 juin 2025, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Elle a considéré que les troubles cervicaux et de l'épaule droite n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident du 2 septembre 2021. S'agissant des poignets, l'état de santé était stabilisé, aucun traitement, y compris un séjour à la C._____, n'étant susceptible d'entraîner une amélioration sensible. En outre, l'assuré avait repris son activité habituelle de conducteur de locomotive à plein temps depuis le 16 mai 2022, de sorte qu'il n'avait pas droit à une rente. Elle a également

confirmé l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 15 %, correspondant à une arthrose radio-carpienne moyenne évaluée à 5 % pour le poignet droit et à 10 % pour le poignet gauche, plus atteint. A cet égard, l'assuré n'avait produit aucun élément médical propre à démontrer l'existence d'une arthrose grave ou d'une atteinte plus importante que celle retenue par le Dr J._____.

Dans un rapport de consultation du 1^{er} juillet 2025, le Dr G._____ a relevé que l'arthro-IRM réalisée le 25 juin 2025 avait notamment mis en évidence une chondropathie radio-carpienne avancée du poignet gauche avec destruction cartilagineuse. Il a proposé une prise en charge chirurgicale progressive, comprenant dans un premier temps une dénervation, puis, en cas d'échec, une arthroscopie et, selon l'état du cartilage, une arthrodèse médiocarpienne ou une panarthrodèse. Pour le poignet droit, une ablation du matériel d'ostéosynthèse suivie, si nécessaire, d'une arthro-IRM, était envisagée. Il a en outre estimé qu'une réorientation professionnelle était indiquée et a attesté une incapacité de travail de 100 % pour les travaux manuels contraignants.

Le 21 août 2025, l'assuré, désormais représenté par Me Philippe Nordmann, a requis l'annulation de la décision du 24 juin 2025 dans le but d'éviter le dépôt d'un recours au vu de la rechute annoncée.

Par courriel du même jour, la CNA a indiqué qu'elle n'annulerait pas sa décision du 24 juin 2025.

B. Par acte du 25 août 2025, B._____, sous la plume de son mandataire, a interjeté recours à l'encontre de la décision sur opposition du 24 juin 2025 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée, et, subsidiairement, pour autant que le Tribunal s'estime suffisamment renseigné, à sa réforme en ce sens qu'il a droit à des indemnités journalières, éventuellement à une rente et à une augmentation substantielle de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité physique. En substance, il a fait valoir que des examens réalisés en juin 2025 mettaient

en évidence une aggravation de l'état de ses deux poignets, en particulier une perforation du complexe fibro-cartilagineux triangulaire (TFCC), une chondropathie radio-carpienne avancée du poignet gauche ainsi qu'un kyste dorsal du semi-lunaire. Il a soutenu que ces atteintes avaient conduit les médecins à préconiser une réorientation professionnelle ainsi qu'à attester une incapacité de travail totale. Outre les atteintes aux poignets, il présentait un traumatisme facial, de possibles séquelles crâniennes ainsi que des lésions à l'épaule droite et aux cervicales, lesquelles auraient dû donner lieu à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Enfin, tout en reconnaissant le caractère sommaire de son recours, il a indiqué qu'il allait développer plus amplement ses moyens dans le cadre de la réplique. Il a produit un lot de pièces à l'appui de son écriture.

Dans sa réponse du 7 octobre 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours, pour autant que celui-ci soit recevable. À cet égard, elle a soutenu que le mémoire de recours ne satisfaisait pas aux exigences de motivation prévues par la loi, le recourant ayant lui-même reconnu son caractère sommaire et annoncé qu'il développerait ses griefs seulement au stade de la réplique. Sur le fond, elle a maintenu que l'état des deux poignets était stabilisé, dès lors qu'aucun traitement, y compris un séjour à la C._____ ou la poursuite de la physiothérapie et de l'ergothérapie à visée antalgique, n'était susceptible d'apporter une amélioration. Elle a également relevé qu'aucun projet chirurgical concret n'était envisagé et que l'assuré avait repris son activité habituelle à plein temps dès mai 2022. S'agissant des autres atteintes invoquées, elle a considéré que le traumatisme crânien minime, la fracture du nez et les dermabrasions avaient guéri sans séquelles, qu'aucune atteinte neurologique ou cervicale traumatique n'avait été objectivée et que les troubles persistants de l'épaule droite ne relevaient plus des suites de l'accident au-delà du 17 octobre 2021. Se fondant sur les appréciations de ses médecins, auxquelles elle reconnaissait une pleine valeur probante, la CNA a enfin estimé qu'aucune mesure d'instruction complémentaire, en particulier une expertise médicale, ne se justifiait. A l'appui de sa réponse, elle a produit une appréciation médicale du 25 septembre 2025 du Dr J._____.

Par réplique du 21 octobre 2025, le recourant a contesté l'irrecevabilité de l'acte de recours soulevée par l'intimée, faisant valoir que son recours satisfaisait aux exigences de motivation prévues par la loi. Il a expliqué que son recours avait été déposé dans un délai particulièrement court après le refus de la CNA de tenir compte de la rechute annoncée, raison pour laquelle il s'était réservé le droit de compléter sa motivation en réplique. Sur le fond, le recourant a reproché à la CNA de ne pas avoir pris en considération la rechute du 28 mai 2025 avant de rendre sa décision sur opposition du 24 juin 2025. Cette omission constituait une lacune manifeste de l'instruction. Il a également critiqué l'appréciation du Dr J._____, qu'il estimait sommaire, insuffisamment motivée et contredite par les examens médicaux produits, lesquels faisaient état d'atteintes aux deux poignets ainsi que de perspectives thérapeutiques, notamment chirurgicales. En outre, la rechute était susceptible d'ouvrir un droit non seulement à la prise en charge des traitements médicaux, mais également aux indemnités journalières en raison de l'incapacité de travail attestée depuis le 28 mai 2025. Il en a conclu que l'intimée devait instruire cette rechute dans le cadre de la présente procédure et a requis, à cette fin, que la Cour de céans interpelle l'intimée afin de déterminer si cette question pouvait être traitée dans le cadre du présent litige, ce qui impliquait la suspension de la procédure.

Par duplique du 21 novembre 2025, l'intimée a maintenu ses conclusions. Elle a rappelé avoir déjà, à deux reprises, annulé ses décisions à la suite des oppositions de l'assuré afin de compléter l'instruction, ce qui avait entraîné la reprise des prestations. Aucun élément nouveau ne remettait en cause la stabilisation de l'état de santé retenue par son médecin d'arrondissement. En particulier, aucun projet chirurgical concret n'avait été décidé ni accepté. Enfin, elle a estimé qu'il n'y avait aucun motif de suspendre la procédure.

Dans des déterminations du 8 décembre 2025, le recourant a confirmé sa requête de suspension de la procédure.

Dans une écriture du 23 juillet 2026, le recourant a produit une communication de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud du 18 juin 2026 et un rapport du 30 avril 2026 de l'Hôpital F._____, lequel faisait état de la persistance des douleurs.

En droit :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]).

c) Aux termes de l'art. 61 let. b LPGA, l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions ; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté (art. 61 let. b LPGA).

L'intimée soutient que le recours serait irrecevable faute de motivation suffisante. S'il faut admettre que le recours est succinct, il convient néanmoins de constater qu'il satisfait aux exigences minimales de l'art. 61 let. b LPGA. En effet, il contient un exposé des faits, des conclusions ainsi qu'une motivation permettant de comprendre les griefs soulevés à l'encontre de la décision attaquée, singulièrement en ce qui concerne la stabilisation de l'état de santé du recourant, la cessation des prestations d'assurance et le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, bien qu'ils

soient exposés de manière sommaire. Il y a lieu de retenir que le recours est suffisamment motivé et, partant, recevable.

2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à considérer que l'état de santé du recourant était stabilisé et à mettre fin à la prise en charge du traitement médical ainsi qu'au versement des indemnités journalières au 2 avril 2025, à nier le droit à une rente d'invalidité et à fixer le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 15 %.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGa, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner

un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références citées).

4. Le catalogue des prestations de l'assurance-accidents comprend notamment le droit au traitement médical (art. 10 LAA), le droit à une indemnité journalière (art. 16 et 17 LAA), le droit à une rente d'invalidité (art. 18 ss LAA), ainsi que le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 et 25 LAA). Lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé, l'assureur doit mettre fin au paiement du traitement médical et des indemnités journalières et examiner le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 19 al. 1 LAA ; ATF 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1 ; TF 8C_394/2024 du 7 janvier 2025 consid. 6.1 ; TF 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 3.2 et les références citées).

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 pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée (TF 8C_394/2024 précité loc. cit. et la référence citée). Cette question doit être examinée de manière prospective (TF 8C_685/2019 du 9 juin 2020 consid. 4 et la référence citée).

5. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une 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 soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

b) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré.

Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). 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 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

6. En l'espèce, le 2 septembre 2021, le recourant a chuté de son vélo après avoir donné un brusque coup de guidon pour éviter un véhicule qu'il estimait circuler trop près de lui. Il n'est pas contesté que cet événement constitue un accident au sens de l'art. 4 LPGA, l'intimée ayant d'ailleurs pris en charge les suites de celui-ci et servi les prestations d'assurance jusqu'au 2 avril 2025.

Pour mettre un terme au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des frais médicaux, nier le droit du recourant à une rente d'invalidité et lui allouer une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 15 %, l'intimée s'est fondée sur les appréciations du Dr J._____ des 27 mars 2024 et 18 mars 2025, ainsi que sur celle de la Dre M._____ du 31 janvier 2025. L'intimée a retenu que les cervicalgies n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident, que les troubles de l'épaule droite n'étaient plus en lien avec l'accident au-delà du 17 octobre 2021 et que l'état de santé du recourant était stabilisé s'agissant des séquelles aux poignets.

Le recourant conteste cette appréciation. Il se prévaut principalement des examens radiologiques du poignet gauche réalisés en juin 2025, mettant notamment en évidence une chondropathie radio-carpienne avancée, ainsi que de son incapacité totale de travail depuis le 28 mai 2025. Il soutient que l'accident lui a causé, outre les atteintes aux

poignets, un traumatisme facial, possiblement crânien, ainsi que des lésions à l'épaule droite et au rachis cervical, pour lesquelles il estime également avoir droit à des prestations d'assurance, en particulier à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

7. a) En premier lieu, il convient de rappeler que le seul fait que le Dr J._____, et la Dre M._____ interviennent pour le compte de l'intimée ne suffit pas, en l'absence de circonstances particulières, à mettre en doute l'objectivité de leurs appréciations. Selon la jurisprudence, les rapports établis par les médecins de la CNA se voient reconnaître une pleine valeur probante aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (cf. *supra* consid. 5b). Le fait que leurs appréciations aient été établies sur dossier ne suffit pas davantage à en diminuer la force probante, dès lors qu'elles reposent sur l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier, lesquelles comprennent notamment les examens cliniques et les investigations réalisés par les médecins traitants et les différents spécialistes ayant suivi le recourant (TF 8C_712/2021 du 10 août 2022 consid. 3.3.2 ; TF 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2). En outre, les appréciations du Dr J._____ des 27 mars 2024 et 18 mars 2025, ainsi que celle de la Dre M._____ du 31 janvier 2025, répondent aux exigences jurisprudentielles permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante. Elles ont été établies en pleine connaissance du dossier médical et tiennent compte de l'ensemble des examens radiologiques ainsi que des rapports des différents médecins et établissements ayant suivi le recourant. Les médecins-conseils ont procédé à une analyse détaillée des atteintes invoquées en exposant les raisons pour lesquelles ils retenaient, respectivement, une stabilisation de l'état des poignets, l'absence de traitement susceptible d'améliorer sensiblement cet état, la disparition du lien de causalité entre l'accident et les troubles de l'épaule droite au-delà du 17 octobre 2021, ainsi que l'absence d'éléments objectivant une atteinte traumatique cervicale ou crânio-cérébrale imputable à l'accident. Les rapports précités contiennent une discussion circonstanciée des éléments médicaux déterminants, répondent aux questions litigieuses et aboutissent à des conclusions claires, cohérentes et exemptes de contradictions. En

l'absence d'indices concrets propres à en remettre en cause le bien-fondé, il y a dès lors lieu de leur reconnaître une pleine valeur probante.

b) S'agissant des cervicalgies, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de la Dre M._____. Il ressort du dossier qu'une IRM du rachis cervical réalisée le 26 avril 2024 a uniquement mis en évidence des remaniements dégénératifs aux niveaux C5-C6 et C6-C7, sans lésion traumatique objectivable. Dans son appréciation du 31 janvier 2025, la Dre M._____ a relevé que les examens pratiqués dans les suites immédiates de l'accident n'avaient objectivé aucune lésion intracrânienne et que le traumatisme crânien devait être qualifié de mineur, en l'absence de perte de connaissance ou d'amnésie. Elle a en outre expliqué que, si le recourant avait effectivement subi un traumatisme cervical de type « *whiplash* », comme évoqué par la Dre K._____ dans son rapport du 4 juin 2024, des symptômes caractéristiques auraient dû apparaître dans les premières 72 heures suivant l'événement. Or, aucun symptôme de ce type n'a été documenté dans les rapports des urgences, durant l'hospitalisation ni dans le suivi subséquent. Selon la spécialiste, l'hypothèse d'un traumatisme cervical de type « *whiplash* », qui serait demeuré méconnu et non traité, ne permet pas davantage d'expliquer l'absence de plaintes cervicales significatives durant une longue période, alors que le recourant a notamment repris son activité professionnelle. Dans ces conditions, la Dre M._____ a exclu l'existence d'un traumatisme cervical imputable à l'accident susceptible d'expliquer les cervicalgies persistantes plus de trois ans après celui-ci. Cette appréciation, fondée sur une analyse circonstanciée du dossier et exempte de contradictions, emporte la conviction. Il y a dès lors lieu de confirmer les conclusions de la Dre M._____ selon lesquelles les cervicalgies du recourant ne sont pas en lien de causalité naturelle avec l'accident du 2 septembre 2021.

c) S'agissant des troubles de l'épaule droite, les conclusions du Dr J._____ peuvent également être suivies. Après avoir analysé les différentes pièces médicales et les examens d'imagerie réalisés au dossier, le médecin-conseil a retenu que le recourant présentait, indépendamment de l'accident, une bursite sous-acromiale subaiguë à chronique ainsi qu'une

agénésie du labrum antéro-supérieur, laquelle constitue une variante anatomique de la norme. Il a en outre relevé que les examens radiologiques réalisés le 2 novembre 2021 ne mettaient en évidence aucune lésion traumatique de l'épaule susceptible d'expliquer la persistance des douleurs. En particulier, la fracture de l'omoplate initialement évoquée n'a pas été confirmée par les imageries ultérieures. Au vu de ces éléments, le Dr J._____ a considéré que les suites de l'atteinte à l'épaule droite devaient être tenues pour guéries dans un délai de six semaines, soit au 17 octobre 2021, conformément à l'évolution habituelle d'une telle atteinte. Cette appréciation est convaincante. Elle repose sur les constatations objectives issues des examens d'imagerie et distingue de manière circonstanciée les atteintes préexistantes des conséquences de l'accident. Aucun élément médical objectif figurant au dossier ne permet de remettre en cause cette analyse. Il y a dès lors lieu de retenir qu'au-delà du 17 octobre 2021, les troubles de l'épaule droite ne se trouvaient plus en lien de causalité naturelle avec l'accident du 2 septembre 2021.

d) Concernant les atteintes aux poignets, la Cour ne voit aucun motif de s'écarter de l'appréciation du Dr J._____, selon laquelle l'état de santé du recourant était stabilisé. Il convient de rappeler que le droit au traitement médical et à l'indemnité journalière prend fin lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la poursuite du traitement une amélioration sensible de l'état de santé ou de la capacité de travail. Comme l'a indiqué le Tribunal fédéral, la stabilisation du cas ne suppose pas la disparition complète des douleurs. Est seul déterminant le point de savoir si un traitement médical est encore susceptible d'apporter une amélioration notable de l'état de santé (TF 8C_299/2022 du 5 septembre 2022 consid. 5.2.2.2). Le seul fait que l'assuré ressente encore des douleurs ou souffre de douleurs chroniques ne permet ainsi pas de conclure que son état de santé n'est pas stabilisé (TF 8C_20/2022 du 10 juin 2022 consid. 6.3 ; TF 8C_247/2018 du 1^{er} avril 2019 consid. 5.3 ; TF 8C_83/2017 du 11 décembre 2017 consid. 4.3). Dans ce contexte, le fait que le Dr E._____ ait indiqué que la situation n'était pas entièrement stabilisée ne saurait être suivi (cf. rapports des 4 janvier et 3 mai 2024). Celui-ci a certes relevé la persistance de douleurs après de longues journées de travail ainsi qu'un risque de développement

d'une arthrose post-traumatique. Ces éléments ne suffisent toutefois pas à exclure la stabilisation du cas. D'une part, le praticien n'a identifié aucune mesure thérapeutique concrète, médicale ou chirurgicale, susceptible d'entraîner une amélioration sensible de l'état de santé ou de la capacité de travail, se limitant à constater la persistance des douleurs. En particulier, aucune intervention chirurgicale n'était programmée ou même concrètement envisagée, aucun traitement spécifique n'était planifié et aucun projet thérapeutique n'avait été arrêté. D'autre part, le risque d'une évolution arthrosique se rapporte à une éventuelle aggravation future de l'état de santé et non aux perspectives thérapeutiques existant au moment de la clôture du cas. Or, la stabilisation doit précisément être appréciée au regard de ces perspectives. La seule possibilité d'une aggravation ultérieure ou du développement d'une arthrose post-traumatique ne fait dès lors pas obstacle à la clôture du cas. L'appréciation du Dr J._____ apparaît, pour sa part, pleinement convaincante. Celui-ci a exposé qu'un séjour à la C._____ n'apporterait aucune plus-value plusieurs années après l'accident et qu'aucune autre mesure thérapeutique n'était susceptible d'améliorer sensiblement l'état des poignets. Cette appréciation est au demeurant corroborée par le fait que le recourant avait repris son activité habituelle de conducteur de locomotive à plein temps dès le mois de mai 2022.

Les certificats d'incapacité de travail établis dès le 28 mai 2025, ainsi que les rapports du Dr G._____ des 16 juin et 1^{er} juillet 2025 et de l'Hôpital F._____ du 30 avril 2026, ne conduisent pas à une autre appréciation. En effet, lorsqu'il examine la légalité de la clôture d'un cas au sens de l'art. 19 al. 1 LAA, le juge doit procéder à une analyse prospective et se placer au moment où l'assureur met fin aux prestations temporaires. Les circonstances survenues postérieurement à cette clôture, de même que les pièces médicales établies après celle-ci, sont en principe dépourvues de pertinence pour apprécier la légalité de la décision litigieuse (TF 8C_299/2022 précité consid. 5.1 et les références citées). Les documents médicaux produits après le 2 avril 2025 font essentiellement état d'une évolution ultérieure de l'état de santé, marquée par une aggravation des douleurs et par l'évocation de nouvelles options thérapeutiques. Ils ne

permettent dès lors pas de remettre en cause l'appréciation selon laquelle, à la date déterminante de la clôture du cas, aucun traitement n'était encore susceptible d'entraîner une amélioration sensible de l'état de santé ou de la capacité de travail. Il en va de même de la rechute annoncée par le recourant le 20 juin 2025. Cette annonce est postérieure à la clôture du cas au 2 avril 2025 et n'a pas fait l'objet de la décision sur opposition litigieuse du 24 juin 2025. Conformément à la jurisprudence, les prétentions qui en découlent constituent un objet distinct de celui de la présente procédure et devront être examinées par l'intimée dans le cadre d'une décision séparée (TF 8C_299/2022 précité consid. 4.3). Les griefs du recourant tirés du fait que cette rechute n'aurait pas été prise en considération sont, partant, sans pertinence.

Dans ces circonstances, il y a lieu de retenir qu'au 2 avril 2025, aucun traitement n'était encore susceptible d'entraîner une amélioration sensible de l'état de santé ou de la capacité de travail du recourant. C'est dès lors à juste titre que l'intimée a considéré que le cas était stabilisé et a mis fin, à cette date, au versement des indemnités journalières ainsi qu'à la prise en charge du traitement médical.

Reste à examiner le droit du recourant à l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

8. a) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge de référence.

b) Selon l'art. 19 al. 1 LAA, 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 (première phrase) ; le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (seconde phrase). Il appartient ainsi à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières, et en examinant le

droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1). 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 (TF 8C_642/2023 du 20 mars 2024 consid. 3.1.1).

c) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGa).

d) En l'espèce, il est constant que le recourant a repris son activité habituelle de conducteur de locomotive à plein temps dès le mois de mai 2022. Dans ces conditions, il ne subissait aucune perte de gain imputable aux séquelles de l'accident. Or, conformément à l'art. 18 al. 1 LAA, le droit à une rente suppose précisément l'existence d'une incapacité de gain d'au moins 10 %. Dès lors, faute d'une incapacité de gain, c'est à juste titre que l'intimée a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

9. a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202], une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave.

Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez toutes les personnes présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour la personne concernée (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité incombe avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement les limitations, et d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_566/2017 précité consid. 5.1 et la référence citée).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 113 V 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1, première phrase, de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1, deuxième phrase, de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 3.1) et

permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

b) En l'occurrence, l'intimée s'est fondée sur l'appréciation du Dr J._____ du 27 mars 2024 pour fixer l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 15 %. Celui-ci a retenu que les seules atteintes permanentes en relation avec l'accident du 2 septembre 2021 consistaient en une arthrose radio-carpienne moyenne du poignet droit et une arthrose radio-carpienne moyenne, mais plus marquée, du poignet gauche. Se référant à la table 5 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (révision 2011), relative aux atteintes résultant d'arthroses, il a évalué l'atteinte à l'intégrité à 5 % pour le poignet droit et à 10 % pour le poignet gauche, soit un taux global de 15 %. Il a en revanche expressément indiqué que les autres régions anatomiques touchées lors de l'accident, notamment le traumatisme crânien, la fracture des os propres du nez et les douleurs de l'épaule droite, n'entraînaient aucune limitation fonctionnelle permanente ni aucune atteinte à l'intégrité indemnisable.

Cette appréciation peut être suivie. Le Dr J._____ a procédé à une évaluation des séquelles imputables à l'accident, conformément aux tables d'indemnisation de la CNA, lesquelles constituent un instrument d'appréciation reconnu par la jurisprudence. Le recourant soutient certes que les autres atteintes consécutives à l'accident auraient également dû être prises en compte dans la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il n'apporte toutefois aucun élément médical objectif propre à démontrer que ces atteintes laisseraient subsister une atteinte permanente à l'intégrité ou qu'elles justifieraient l'octroi d'un taux supérieur. Au contraire, il ressort de l'appréciation convaincante du Dr J._____ que ces atteintes n'ont pas laissé de séquelles permanentes indemnissables. Au demeurant, le dossier ne contient aucune autre appréciation médicale portant sur l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité ou remettant en cause le taux retenu par le Dr J._____.

c) Dans ces conditions, c'est à juste titre que l'intimée a fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 15 %.

10. Dans sa réplique, le recourant a requis la suspension de la présente procédure afin que l'intimée soit interpellée sur la question de savoir si la rechute annoncée le 20 juin 2025 pouvait être instruite dans le cadre du présent litige. Cette requête doit être rejetée. En effet, la présente procédure a pour seul objet la légalité de la décision sur opposition du 24 juin 2025 en tant qu'elle porte sur la clôture du cas au 2 avril 2025, le refus d'une rente d'invalidité et la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Quant à l'annonce de rechute du 20 juin 2025, elle constitue une prétention nouvelle, distincte de l'objet de la présente contestation, sur laquelle il appartiendra à l'intimée de statuer dans une nouvelle décision.

11. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition litigieuse.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 24 juin 2025 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Philippe Nordmann (pour B. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :