

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 novembre 2025

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Manasseh-Zumbrunnen et M. Bonjour, assesseurs
Greffière : Mme Vulliamy

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Fanette Sardet, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6 al. 1, 10 al. 1, 18 al. 1, 24 al. 1 et 26 LAA

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], droitier, marié et père de trois enfants nés en [...], [...] et [...], travaillait en qualité de [...], depuis le 1^{er} janvier 2014, pour le compte de la société Q._____ SA, à 100 %, pour un salaire mensuel brut de 5'466 francs. A ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). L'employeur lui avait toutefois signifié la fin des rapports de travail le 24 avril 2019 pour le 31 août 2019, avant que le délai de congé ne soit suspendu en raison d'une incapacité de travail pour maladie de l'intéressé depuis le 17 mai 2019.

Le 21 juillet 2019, l'assuré a été victime d'un accident de moto en sortant de la commune de [...], en direction de [...], à l'approche d'un pont enjambant le ruisseau du [...]. Alors qu'il roulait à une vitesse d'environ 50-52 km/h, sur une route sèche et propre, avec une visibilité étendue, la voiture circulant devant l'assuré a effectué un freinage énergique pour s'arrêter, afin de faciliter le croisement avec une moissonneuse-batteuse arrivant en sens inverse. L'intéressé n'a pas réussi à stopper son véhicule, faute d'une distance de sécurité suffisante pour circuler en file, et l'avant de sa moto a heurté l'arrière de la voiture, qui était à l'arrêt. Il a alors chuté lourdement au sol, puis s'est relevé avec une forte douleur au bras gauche, avant d'être pris en charge par le personnel ambulancier pour être conduit à l'Hôpital B._____ (Hôpital B._____), où il a séjourné du 21 au 24 juillet 2019 (cf. déclaration d'accident du 22 juillet 2019, questionnaire de la CNA rempli le 27 juillet 2019 et rapport de police du 16 août 2019). Le travail n'a jamais été repris après cet événement.

Le 29 juillet 2019, l'assuré a été opéré par le Dr V._____, spécialiste en chirurgie de la main et chef de clinique adjoint du Service de chirurgie plastique et de la main du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier N._____ (ci-après : le Centre hospitalier N._____). Il a subi une « réduction ouverte et ostéosynthèse par une

plaque Aptus ulna de l'ulna gauche, embrochage de la styloïde ulnaire gauche, une réduction et ostéosynthèse par une plaque Aptus radius du radius gauche et vis libres ». Selon le protocole opératoire du 7 août 2019, les diagnostics posés étaient ceux de fracture comminutive diaphyso-métaphysaire intra-articulaire du radius gauche et de fracture comminutive de l'ulna gauche (la tête).

Il ressort d'un rapport du 9 août 2019 du Service de chirurgie générale et viscérale du Département des chirurgies du Hôpital B. _____ que l'assuré, qui s'était tout de suite relevé lors de l'événement du 21 juillet 2019, n'a pas souffert de traumatisme crânien, ni de perte de connaissance. Sur place, il présentait une douleur avec déformation du poignet gauche, une douleur abdominale sus-pubienne, ainsi que des dermabrasions sur les membres supérieurs. A l'arrivée de l'ambulance, l'assuré était conscient, orienté et hémodynamiquement stable. Selon ce rapport, les diagnostics retenus étaient une lacération hépatique de grade III de 5 cm aux segments III et IVa, une fracture radio-ulnaire gauche comminutive avec trait de fracture intra-articulaire et une fracture de la base du 5^e métatarse droit.

Selon un rapport du 14 octobre 2019 du Dr V. _____, un bilan par CT [scanner], réalisé en postopératoire, avait mis en évidence « la présence d'une vis verrouillée la plus distale et ulnaire juste en sous-chondral au niveau de l'articulation radio-ulnaire distale ». Dans ce contexte, avec un probable CRPS [*complex regional pain syndrome* = syndrome douloureux régional complexe (algodystrophie)] débutant, il a été décidé de procéder à l'ablation de la broche stabilisant la styloïde ulnaire et à l'exérèse de cette vis en sous-chondral.

L'assuré a été condamné à une amende de 100 fr., par ordonnance pénale du [...], pour avoir roulé à une distance insuffisante pour circuler en file et perdu la maîtrise de sa moto.

L'assuré a séjourné à la Clinique J. _____ (ci-après : la Clinique J. _____) du 4 février au 26 mars 2020. Par rapport du 6 avril

2020, le Dr F. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin assistant aîné, a posé le diagnostic de traumatisme de l'avant-bras gauche, du pied droit et abdominal le 21 juillet 2019, avec fracture comminutive diaphyso-métaphysaire distale du radius et fracture comminutive intra-articulaire de l'extrémité distale de l'ulna à gauche, fracture du cinquième métatarsien du pied droit et rupture hépatique de grade III, ainsi que le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe (SDRC) de type I de l'épaule, du poignet et de la main gauches (syndrome épaule-main). Il ressort également ce qui suit de ce rapport :

« **Les diagnostics suivants ont été posés au cours du séjour :**

Sur le plan orthopédique : **syndrome douloureux régional complexe de type I de l'épaule, du poignet et de la main gauches (syndrome épaule-main).** (...) L'ergothérapie et la physiothérapie intensive ont permis une légère amélioration de la mobilité des doigts et du poignet gauches, ainsi qu'une diminution des douleurs avec une main gauche qui peut être plus facilement touchée. Le patient poursuivra l'ergothérapie et la physiothérapie en ambulatoire.

Sur le plan psychiatrique : **aucun.** Le patient a été vu par notre psychiatre qui a constaté que le patient semble avoir fait un véritable épisode dépressif au printemps 2019 après avoir été d'une part licencié et d'autre part après qu'on lui ait retiré le droit de visite de ses deux fils. Un suivi psychologique avait alors été mis en place durant 3 mois puis stoppé. A l'heure actuelle, notre psychiatre n'a pas mis en évidence de symptômes patents en faveur d'un PTSD [*post traumatic stress disorder*], ni de trouble psychiatrique avéré. Il a proposé un suivi psychologique individuel pendant le séjour dans le contexte de l'algodystrophie ainsi que pour le soutien au vu de la situation familiale compliquée. Nous conseillons la poursuite d'un suivi psychologique ambulatoire, l'adresse du Centre [...] d[...] a été fournie au patient.

Sur le plan neurologique : **aucun.** (...)

La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. La poursuite d'un traitement d'ergothérapie et de physiothérapie pourrait permettre d'améliorer la mobilité de la main, du poignet et de l'épaule gauche, l'endurance et la force musculaire à ce niveau, ainsi que l'intégration du membre supérieur gauche dans les activités de la vie quotidienne.

Une stabilisation médicale est attendue dans un délai de 8 à 10 mois.

Aucune nouvelle intervention chirurgicale n'est proposée. »

Le 20 mai 2020, la Dre K._____, médecin praticien et médecin d'arrondissement de la CNA, a indiqué que, selon la Clinique J._____, l'état de santé de l'assuré serait stabilisé dans un délai de huit à dix mois, selon évolution, et qu'il convenait ainsi de refaire le point de la situation en actualisant les données médicales au minimum tous les trois mois.

Par courriel du 9 juillet 2020, l'ancien employeur de l'assuré a informé la CNA que ce dernier touchait, en plus de son salaire mensuel et de son 13^e salaire, une indemnité pour travail de nuit et du dimanche de 341 fr. par mois.

Selon un rapport de consultation ambulatoire du 18 décembre 2020 de la Dre W._____, spécialiste en chirurgie de la main et cheffe de clinique adjointe du Centre de la main du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier N._____, l'assuré est venu en consultation les 15 août, 6, 12 et 25 septembre, 25 octobre, 13 novembre, 3 et 19 décembre 2019, 3 février, 12 mars, 9 juin, 29 septembre et 18 décembre 2020, avec un prochain rendez-vous prévu le 26 mars 2021.

Le 13 janvier 2021, la Dre K._____ a indiqué que les dernières informations médicales, très succinctes, reçues à la suite de la consultation du 18 décembre 2020, évoquaient une situation qui n'était pas encore stabilisée. Un rapport de consultation détaillé devrait être demandé après le rendez-vous de mars 2021 pour faire le point de la situation.

Faisant suite à un rapport de consultation du 26 mars 2021 de la Dre W._____, qui proposait que l'assuré soit adressé à un antalgiste et posait la question d'un suivi psychiatrique, la Dre K._____ a, le 17 mai 2021, demandé une copie du rapport du Service d'antalgie du Centre hospitalier N._____ pour évaluer si un nouveau séjour à la Clinique J._____ serait indiqué.

Le 28 mai 2021, Q._____ SA a indiqué à la CNA que l'assuré aurait perçu, en 2021, un salaire mensuel de 5'710 francs.

Par courriel du 18 juin 2021, la Dre W._____ a indiqué qu'elle avait vu l'assuré quelques semaines auparavant et que son état pouvait être considéré comme stable, aucune thérapie connue ne pouvant rétablir sa fonction antérieure au niveau du membre supérieur gauche. Elle a précisé que l'assuré ne pourrait pas reprendre son travail comme [...].

Selon un rapport du 14 octobre 2021 des Etablissements hospitaliers I._____ (Etablissements hospitaliers I._____), une discussion avait eu lieu avec l'assuré sur les possibilités antalgiques, dont notamment un bloc du ganglion stellaire sous échographie. Une infiltration, qui n'avait eu aucun effet, n'avait pas été répétée, en raison du comportement agressif et de l'absence de collaboration de l'assuré, tout comme une tentative de perfusion de kétamine. La décision avait dès lors été prise de ne plus poursuivre la prise en charge.

Interpellée quant à la stabilisation du cas le 3 janvier 2022, la Dre K._____ a répondu qu'en l'état du dossier, il lui était impossible de dire quelles activités et tâches pourraient encore être exercées par l'assuré, ni dans quelle mesure en termes de temps et de rendement, tout en posant la question d'un éventuel nouveau séjour à la Clinique J._____.

L'assuré a effectué un nouveau séjour à la Clinique J._____ du 2 au 23 février 2022. Il ressort notamment ce qui suit du rapport du 16 mars 2022 du Dr F._____ :

« APPRECIATION ET DISCUSSION

A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont des douleurs constantes de tout le membre supérieur gauche, prédominant au niveau de la main et du poignet, nettement aggravées par le contact ou la mobilisation. L'intensité des douleurs est de 5/10 matin et soir, diminuant à 4/10 en cours de journée et augmentant à 6/10 lors d'activité. Les douleurs sont de type fourmillements, décharges électriques, brûlures. Le patient rapporte également au niveau de la main gauche : des changements de

coloration, des gonflements, des tremblements, une sudation augmentée, une pilosité augmentée et une augmentation de la vitesse de pousse des ongles. La mobilité du poignet et de la main gauche est très diminuée.

Le moral est abaissé avec beaucoup d'inquiétudes pour le futur. La qualité du sommeil est variable selon le positionnement. Le patient est aidé par sa compagne pour s'habiller, pour la cuisine, le ménage, les courses. Il ne conduit plus de voiture. Il exclut sa main gauche de toutes ses activités du quotidien par peur d'avoir des douleurs. (...)

Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, notamment aucune psychopathologie retenue.

Sur le plan orthopédique : des signes d'algodystrophie sont encore présents et le patient présente une exclusion quasi totale de son membre supérieur gauche. Nous avons expliqué au patient l'importance de toucher et utiliser son membre supérieur gauche le plus possible dans son quotidien. A noter que le bilan en ergothérapie a confirmé la présence d'une allodynie de la main gauche avec un déclenchement des douleurs en monofilament de 1.5 gr. L'application quotidienne de TENS [*Transcutaneous electric nerve stimulator* = Stimulateur électrique transcutané] a permis de diminuer les douleurs ressenties au niveau de l'épaule et du bras gauche.

Sur le plan internistique : le bilan sanguin a montré un taux de vitamine D légèrement abaissé. Nous avons poursuivi la substitution per os. Le patient a suivi un régime alimentaire adapté pour un diabétique, sous la supervision de notre diététicienne.

Sur le plan psychiatrique : le patient a été vu par notre psychiatre qui n'a pas mis en évidence de psychopathologie. Le patient a participé aux différents groupes, notamment pour la gestion de ses douleurs et il a été suivi par notre psychologue clinicien. Nous ne proposons pas de poursuite du suivi en ambulatoire.

Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour (cf. liste diagnostics).

Des facteurs contextuels influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient : focalisation sur la douleur, kinésiophobie modérée à sévère, catastrophisme élevé, exclusion quasi-totale du membre supérieur gauche, sous-estimation importante de ses capacités fonctionnelles, chez un patient anxieux.

D'autres facteurs contextuels peuvent inférer avec le retour au travail : absence de formation, longue période sans travailler. (...)

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues : port de charge en bi-manuel ou uniquement avec la main gauche, toutes activités nécessitant l'utilisation de la main et/ou du poignet gauche.

La situation est sur le point d'être stabilisée du point de vue médical. La poursuite d'un traitement d'ergothérapie pourrait permettre

d'améliorer l'intégration du membre supérieur gauche et de diminuer les douleurs, mais sans que cela n'influence les limitations fonctionnelles retenues.

Aucune nouvelle intervention chirurgicale n'est proposée.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable, en lien avec les facteurs médicaux retenus après l'accident et les facteurs médicaux sans lien avec l'accident.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est théoriquement favorable mais les facteurs personnels et contextuels pourraient interférer avec le processus de réorientation. »

Selon un rapport de consultation ambulatoire de la Dre W. _____ du 21 juin 2022, la situation de l'assuré était stable du point de vue de la chirurgie de la main et il n'y avait pas de proposition chirurgicale pouvant amener une amélioration des symptômes.

Le 15 juillet 2022, la Dre K. _____ a demandé une copie des rapports de consultation du Service d'antalgie du Centre hospitalier N. _____ afin de déterminer si l'état de santé de l'assuré était stabilisé.

Après avoir reçu un rapport de consultation du Service d'antalgie du Centre hospitalier N. _____ du 22 septembre 2022, qui mentionnait une prise en charge pour refaire le ganglion stellaire et un changement de médication pour le Lyrica, la Dre K. _____ a, le 2 novembre 2022, demandé à recevoir les rapports de consultation qui allaient suivre ces changements pour déterminer si l'état de santé de l'assuré était stabilisé.

Il ressort d'un rapport de consultation ambulatoire du 31 janvier 2023 du Dr C. _____, spécialiste en anesthésiologie et médecin associé au Centre d'antalgie du Centre hospitalier N. _____, que l'assuré relatait des flashbacks de son accident, notamment des bruits de moto, le type de voiture impliquée dans l'accident, ainsi que les suites vécues sur place et pendant sa prise en charge au Centre hospitalier N. _____. Le rapport se questionnait sur une suspicion de PTSD.

Le 9 mars 2023, le cas de l'assuré a été présenté au colloque multidisciplinaire par le Dr C._____, où il a été décidé que l'intéressé serait vu conjointement avec le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin associé au Centre d'antalgie du Centre hospitalier N._____, lors de son prochain passage à la consultation ambulatoire.

Le 5 juillet 2023, le Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé le diagnostic de douleurs liées à un CRPS de type 1 post fracture diaphyso-métaphysaire distale du radius et fracture comminutive intra-articulaire de l'extrémité distale de l'ulna gauche. Il a précisé que l'assuré était suivi par le Centre hospitalier N._____, qu'il consultait une fois tous les trois mois.

Le 25 août 2023, la Dre K._____ a considéré que l'état de santé de l'assuré n'était pas encore stabilisé et demandé une copie du rapport de consultation du Centre hospitalier N._____, relatif à la possibilité de mettre en place un traitement par neuromodulation, ainsi qu'une copie du rapport du Dr Z._____.

Selon un rapport de consultation ambulatoire du 7 novembre 2023 du Dr C._____, l'assuré, qui a consulté le Service d'antalgie les 29 mars, 3 avril, 25 mai et 25 juillet 2023, ne se sentait pas prêt pour l'implantation d'une neuromodulation. En outre, un suivi psychiatrique avait été mis en place avec le Dr Z._____ depuis le 25 juillet 2023.

Par rapport du 19 janvier 2024, le Dr C._____ a indiqué que l'assuré était suivi depuis longtemps dans le Service d'antalgie du Centre hospitalier N._____. Il a expliqué qu'en reprenant le cas en janvier 2023, il avait adapté la médication et réalisé deux blocs du ganglion stellaire gauche, les 29 mars et 25 mai 2023. Des séances de physiothérapie et d'ergothérapie avaient été réinstaurées et un soutien psychiatrique au vu d'un probable PTSD avait débuté. L'application régulière du TENS apportait un bénéfice pour l'assuré. Il a précisé qu'une indication pour une neuromodulation par stimulateur médullaire était retenue, sans que le

patient ne se sente prêt à accepter cette proposition thérapeutique pour le moment. Ainsi, il n'y avait pas de nouveau rendez-vous prévu, depuis le dernier rendez-vous du 7 novembre 2023, au vu des limitations des propositions thérapeutiques acceptables pour l'assuré.

Le 17 mai 2024, la Dre K. _____ a examiné l'assuré et a rendu un rapport, dont on extrait ce qui suit :

« Il effectue des séances d'ergothérapie une à deux fois par semaine et de physiothérapie deux fois par semaine.

Auparavant, il faisait du fitness quatre fois par semaine, du vélo, du VTT et de la marche.

Maintenant, à la marche, son pied droit n'est plus comme avant et il présente, après 10'000 pas, des douleurs au niveau du 5^e métatarsien. Il va nous dire qu'il n'arrive jamais à marcher 10'000 pas par jour et que les douleurs apparaissent entre 8'000 et 10'000 pas par jour mais qu'habituellement son pied droit ne lui cause pas de problème.

Quant à ses lésions au foie, il mentionne que son foie s'est reconstruit.

Interrogé sur ce qu'il fait à la maison, l'assuré est très évasif, il dit qu'il sort et qu'il marche puis nous lui demandons ce qu'il fait à la maison. Il dit qu'il ne fait pas grand-chose. Il aide son épouse pour les courses car il arrive à porter avec la main droite. Il ne fait pas la cuisine car il ne sait pas la faire et n'aide pas au ménage car il ne peut plus faire les tâches ménagères.

Dans la vie quotidienne, il a besoin de l'aide de son épouse pour la douche quand il lave son côté droit, ce qu'il ne peut pas faire avec sa main gauche, pour couper sa viande ou sa pizza. Lorsqu'il mange du couscous, il va manger la semoule avec une cuillère et s'il y a de la viande, il la mange avec la main droite.

Dans la journée, il regarderait la télévision ou lirait mais là nous n'avons pas pu obtenir de précisions. (...)

Au niveau des membres supérieurs, lorsque l'assuré arrive dans la salle d'examen et que nous lui proposons d'enlever sa veste, il nous demande de l'aider à enlever la manche gauche. Nous tirons sur la manche gauche sans que l'assuré ne déclare de douleur alors que la veste a un élastique au poignet et qu'elle touche la main. A mi-distance, l'assuré mentionne que c'est bon et qu'il peut finir d'enlever sa veste tout seul. (...)

Objectivement, on constate un assuré qui n'utilise pas son membre supérieur gauche qui reste figé et qui n'est pas utilisé. La main est en position neutre avec une extension des doigts et une hyperextension au niveau de l'IPD [interphalangienne distale] du

majeur. La peau est luisante mais nous n'avons pas constaté de différence de pilosité, ni de sudation. Elle semble légèrement tuméfiée. Il n'y a pas de différence de chaleur, il y a par contre une amyotrophie du membre supérieur gauche.

Au cours de l'anamnèse, l'assuré est resté évasif sur ce qu'il fait durant la journée avec de nombreuses discordances dans son discours comme par exemple le fait qu'il se lève la nuit et prend un médicament et une-deux minutes après il mentionne qu'il n'en prend pas.

Il y a également des discordances concernant les effets des infiltrations du ganglion stellaire, des discordances au niveau de la conduite automobile.

Néanmoins, malgré les discordances au niveau de l'anamnèse, nous constatons encore la présence de stigmates du syndrome douloureux régional complexe de type I, essentiellement au niveau de la main avec une peau luisante, une main légèrement tuméfiée néanmoins sans différence de chaleur ni de différence de pilosité ou de sudation.

Sur le plan médical, nous pouvons retenir que la situation est stabilisée, car il n'y a pas de traitement chirurgical ou médical qui puisse améliorer grandement l'état de santé de cet assuré. La situation est relativement superposable à celle qui prévalait lors du séjour à la Clinique J._____ du 02.02.2022 au 23.02.2022 à ceci près, que l'assuré ne bouge absolument plus sa main, son poignet à gauche, il fléchit le coude et lève d'une trentaine de degrés uniquement son épaule avec des tremblements qui ne peuvent être expliqués par une lésion objectivable. L'assuré nous a affirmé qu'il ne souhaitait pas se faire poser un neurostimulateur, car il a très peur. Il doit prendre un rendez-vous auprès du Dr C._____ la semaine prochaine, car il a dû annuler le rendez-vous d'il y a deux semaines, il était malade, où il allait dire au médecin qu'il renonçait à ce traitement invasif, par peur.

Comme l'état de santé est maintenant stabilisé, nous pouvons retenir les limitations fonctionnelles définitives suivantes : pas de charges en bimanuel, pas de port de charges uniquement avec la main gauche, pas d'activité nécessitant l'utilisation de la main et/ou du poignet gauche.

Dans une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles décrites ci-dessus, la capacité de travail est entière sans diminution de rendement.

Dans son ancienne activité de [...], la capacité est nulle et ce de manière définitive. »

Dans un document séparé du même jour, la Dre K._____ a estimé le taux d'atteinte à l'intégrité à 30 %.

Selon une notice d'entretien fait après l'examen de la Dre K._____, l'assuré ne souhaitait pas d'implantation d'un neurostimulateur médullaire et avait, sur le plan psychiatrique, suivi trois séances, sans plus consulter par la suite. Il était précisé que l'assuré occupait ses journées à regarder la télévision, faire des sorties, marcher, s'occuper de son enfant et « aller boire des cafés au bistrot ».

Par courrier du 24 mai 2024, la CNA a informé l'assuré que l'examen médical de la Dre K._____ avait révélé qu'il n'avait plus besoin de traitement et qu'elle mettrait par conséquent fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 30 juin 2024.

Le 30 mai 2023 [recte : 2024], l'assuré a écrit à la CNA pour l'informer qu'il était toujours en traitement et inapte au placement, faute de pouvoir utiliser ses deux mains. Il l'a également informée du fait qu'il souffrait d'une épicondylite sévère en raison d'une surutilisation de son bras droit, tout en précisant que la décision d'arrêter le versement des prestations l'avait plongé encore davantage dans la dépression.

Le 14 juin 2024, Q._____ SA a indiqué à la CNA que l'assuré aurait perçu, en 2024, un salaire mensuel de base brut à 100 % de 6'314 fr., avec une indemnité de 350 fr. par mois. L'ancien employeur a également transmis une fiche de salaire du mois de juillet 2019, ainsi qu'un « bulletin récapitulatif par période » de juillet 2018 à juin 2019, mentionnant un salaire mensuel brut de 5'466 fr., et une indemnité pour travail dominical et de nuit variant chaque mois.

Le 9 juillet 2024, l'assuré, désormais représenté par Me Fanette Sardet, a contesté la cessation du versement des indemnités journalières au 30 juin 2024, ainsi que l'arrêt de la prise en charge de ses frais médicaux. Il a notamment nié disposer d'une quelconque capacité de travail dans une activité adaptée, en particulier à cause du fait que l'examen médical réalisé ne tenait pas compte de ses troubles psychiques, à savoir une dépression et un possible PTSD, des limitations à son pied droit (fracture de la base du 5^e métatarsien droit), de l'épicondylite sévère

dont il souffrait au bras droit, qui devait compenser son incapacité à mouvoir son bras gauche, et des douleurs engendrées par le SRDC. De plus, l'examen réalisé avait été conduit par un médecin praticien, alors qu'il aurait été justifié de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

Par décision du 9 juillet 2024, la CNA a retenu un taux d'invalidité de 29 %, en prenant comme base de calcul, pour le revenu avec invalidité, les chiffres du niveau de compétence 1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), sur lesquels elle a appliqué un abattement de 20 % pour les limitations fonctionnelles, soit un revenu de 54'139 francs. Une fois comparé à un revenu sans invalidité de 76'103 fr., à savoir un revenu mensuel de 5'466 fr. x 13 + une indemnité annuelle pour les week-ends et les nuits de 3'163 fr., adapté à 2024, la perte en résultant se montait à 28,62 %, arrondi à 29 %. La CNA a précisé que les troubles psychiques de l'assuré n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident et qu'un droit à des prestations n'était dès lors pas ouvert. Elle lui a, en revanche, octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 %, soit un montant de 44'460 francs.

Par rapport du 7 août 2024, la Dre H._____, médecin praticienne et médecin traitante, a indiqué que l'assuré était en incapacité totale de travailler en raison d'une épicondylite au bras droit très douloureuse due à une surutilisation de ce membre après son accident de moto. Elle a précisé lui avoir prescrit des séances de physiothérapies, avec ondes de choc. En annexe, elle a transmis un rapport du 8 juillet 2024 relatif à un ultrason du coude droit, ayant mis en évidence des signes d'épicondylite latérale droite chronique, sans fissuration et avec peu d'inflammation et indiquant qu'une éventuelle infiltration pourrait être discutée si les traitements conservateurs n'avaient pas aidé.

Le 9 septembre 2024, l'assuré s'est opposé, par son conseil, à la décision de la CNA du 9 juillet 2024. Il a fait valoir que son état n'était pas stabilisé, dans la mesure où il souffrait d'une épicondylite au bras droit, ainsi que de syndromes dépressifs et d'un possible PTSD. Il a indiqué que ces éléments devaient conduire à la mise en œuvre d'une expertise

pluridisciplinaire, ou, à tout le moins, être pris en considération pour apprécier sa capacité de travail. Il a exposé que son accident devait être considéré comme moyennement grave, ce qui permettait d'admettre un lien de causalité adéquate entre l'accident et ses troubles psychiques. En outre, au vu de ses limitations fonctionnelles, un abattement de 25 % devait être appliqué sur le revenu d'invalidité. S'agissant du revenu sans invalidité, il a indiqué que c'était un montant de 77'247 fr. qui devait être pris en compte. Enfin, il a demandé la prise en charge de ses frais médicaux liés à l'accident et requis d'être mis au bénéfice d'une allocation pour impotent, dans la mesure où il ne pouvait pas faire sa toilette, couper ses aliments, s'habiller, se coiffer ou encore se raser sans l'aide de son épouse. A son opposition était notamment annexé un rapport non daté du Dr Z._____ faisant suite à une consultation du 6 septembre 2024 et posant les diagnostics d'épisode dépressif moyen (F32.1) et d'état de stress post-traumatique (F43.10).

Par une brève appréciation du 12 septembre 2024, la Dre K._____ a indiqué que les plaintes et troubles au niveau du coude droit (épicondylite au bras droit) n'étaient pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement incriminé du 21 juillet 2019.

Par courrier du 13 septembre 2024, la CNA a informé l'assuré qu'il avait droit à des traitements médicaux supplémentaires permettant de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, à savoir trois à quatre consultations médicales par année, un suivi au centre de la douleur, sur prescription médicale, en lien avec le membre supérieur gauche, une médication antalgique et neuf séances de physiothérapie et d'ergothérapie deux à trois fois par an. Elle a précisé qu'elle ne verserait aucune prestation pour les troubles en lien avec le coude droit, dès lors qu'il n'existait aucun lien de causalité certain, ou du moins vraisemblable, entre l'atteinte à la santé et l'événement du 21 juillet 2019.

Par rapport du 16 octobre 2024, le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin d'assurance de la CNA, a indiqué ce qui suit [sic] :

« 1. De quels troubles en lien de causalité, au degré de la vraisemblance prépondérante, avec l'événement du 21.07.2019 souffre l'assuré ?

2. Si l'assuré n'a souffert que d'une aggravation temporaire de son état de santé, quand celle-ci a-t-elle cessé de déployer ses effets délétères ?

3. En cas de troubles causés par l'accident ou aggravés de manière durable par celui-ci :

3.1 L'état de santé de l'assuré est-il stabilisé ? Si oui, depuis quand ? Si non, quel traitement serait-il à même d'améliorer encore sensiblement la capacité de travail de ce dernier ?

3.2 Si l'état de santé de l'assuré est bien stabilisé :

3.2.1 Quelles sont ses limitations fonctionnelles ?

3.2.2 Compte tenu de celles-ci, l'ancienne activité de [...] est-elle encore exigible à plein temps et plein rendement ?

3.2.3 Si non, dans une activité répondant à ses limitations fonctionnelles, quelle est la capacité de travail de l'assuré (horaire et rendement) ? (...)

3.2.4 Existe-t-il, au degré de la vraisemblance prépondérante, des traitements médicaux nécessaires au maintien de l'état de santé ou propres à empêcher sa détérioration ? Si oui, en quoi consistent-ils ?

3.2.5 L'assuré souffre-t-il d'une atteinte à l'intégrité au sens des art. 24 et 25 LAA et 36 OLAA ? Si oui, pouvez-vous l'estimer en application de l'annexe 3 OLAA ainsi que des tables établies par la division de médecine des assurances de la Suva.

1. De quels troubles en lien de causalité, au degré de la vraisemblance prépondérante, avec l'événement du 21 juillet 2019 souffre l'assuré ?

Nous retrouvons au sein du dossier 3 rapports abordant les aspects psychiatriques qui concernent l'assuré au sein du dossier. Nous allons dans un premier temps revenir sur chacun d'entre eux puis établir un avis basé sur ces informations.

Les deux premiers rapports nous proviennent de séjours à la Clinique J._____ en avril 2020 puis en mars 2022. Au sein de ces deux rapports aucune atteinte psychiatrique n'est retenue et, lors du premier séjour en 2020, les collègues précisent ne pas retenir d'indication à un suivi ambulatoire non plus, contrairement au séjour de 2022 où une prise en charge de soutien est préconisée en ambulatoire en raison de la problématique d'algodystrophie et des difficultés familiales. Ces avis psychiatriques se reposent sur des examens psychiatriques dans le cadre de séjours hospitaliers avec plus d'objectivité quant à l'observation des symptômes qu'une évaluation ponctuelle ambulatoire.

Le dernier rapport psychiatrique en date, du Dr Z._____, s'inscrit dans le cadre de la prise en charge de la douleur au sein du centre

de la douleur du département des centres interdisciplinaires du Centre hospitalier N._____. Ce rapport a été versé au dossier le 10.09.2024 et se base sur une consultation effectuée le 06.09.2024. Le collègue retient les diagnostics d'épisode dépressif moyen F32.1 et d'état de stress post-traumatique F43.10. Il y est précisé que l'assuré présente une situation psychosociale complexe au travers d'un divorce difficile, de pressions financières et de difficulté avec ses enfants. Par ailleurs, il y est également précisé que « En accord avec le récit de sa femme, le patient présente une aggravation des symptômes psychiques depuis la décision de la SUVA en date du 17.05.2024 d'arrêter toutes les indemnités financières et médicales, le plongeant dans un sentiment de désespoir. » Il semble donc que les difficultés financières, entre autres, participent de manière significative à la symptomatologie et ce facteur déclencheur, bien que congruent avec un épisode dépressif majeur, ne l'est pas avec le diagnostic d'état de stress post-traumatique car le stimulus ne renvoie pas avec l'accident.

Nous sommes donc face à un assuré qui présente une atteinte psychiatrique à distance de plus de 5 ans de l'accident sans que cela n'ait été le cas avant, au vu des évaluations effectuées à la Clinique J._____ qui ne retiennent aucune atteinte psychiatrique. Par ailleurs, et si l'épisode dépressif peut être retenu, cela n'est pas le cas de l'état de stress post-traumatique après autant d'années sans symptomatologie traumatique et à une telle distance temporelle de l'accident. En outre, l'épisode dépressif majeur actuel semble être en lien de causalité vraisemblable avec les difficultés psychosociales rencontrées ces derniers temps, selon les informations en notre possession et il n'est probablement pas en lien de causalité naturelle avec l'accident de juillet 2019, selon la vraisemblance prépondérante.

Ainsi, l'assuré ne souffre d'aucun trouble psychiatrique en lien de causalité naturelle, au degré de la vraisemblance prépondérante, avec l'événement du 21.07.2019. »

A nouveau consultée le 20 janvier 2025, la Dre K._____ a rédigé un rapport, dont il ressort notamment ce qui suit :

« Tout d'abord nous avons précisé le 12.09.2024 que les plaintes et les troubles au niveau du coude D (épicondylite au bras D) n'étaient pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement incriminé du 21.07.2019.

Tout d'abord, cette atteinte apparue diagnostiquée près de 5 ans après l'évènement ne peut être en lien de causalité pour le moins probable avec l'évènement. En effet, le coude D de l'assuré n'a pas présenté de lésion structurelle à la suite de l'évènement du 21.07.2019.

Comme on peut le voir sur l'ultrason du 08.07.2024, cette épicondylite est en lien avec une atteinte dégénérative puisqu'il est constaté des remaniements du tendon commun des extenseurs du coude D sans déchirure avec une enthésopathie à leur origine sous forme d'une épine osseuse et de petits effilements à l'insertion

rénale. Il s'agit d'une atteinte dégénérative qui est sans lien avec l'évènement du 21.07.2019 qui n'avait pas provoqué de lésion structurelle pouvant être imputée à l'évènement incriminé. (...)

Rappelons que lors de notre bilan final du 17.05.2024, lorsque nous avons interrogé l'assuré, il mentionnait qu'il sortait peu du domicile et qu'il marchait puis lorsque nous lui avons demandé ce qu'il faisait à la maison, il mentionnait qu'il ne faisait pas grand-chose. Il aidait son épouse pour les courses car il n'arrivait pas à porter avec la main D, mais il ne cuisinait pas, car il ne savait pas la faire et il n'aidait pas au ménage car il ne pouvait plus faire des tâches ménagères.

Dans la vie quotidienne il mentionnait qu'il avait besoin de l'aide de son épouse pour la douche quand il lavait son côté D ce qu'il ne pouvait pas faire avec sa main G tout comme couper sa viande ou sa pizza. Lorsqu'il mangeait du couscous il mangeait la semoule avec une cuillère et s'il avait de la viande il la mangeait avec la main D.

Durant la journée, il regardait la télévision ou lisait, il mentionnait lire mais nous n'avons pas pu obtenir plus de précision.

Dès lors, nous n'avons pas constaté aux dires de l'assuré une sur sollicitation de son bras D et donc nous pouvons retenir que les lésions qui entraînent cette épicondylite sont de nature dégénérative comme le montre l'ultrason qui montre des remaniements du tendon commun des extenseurs sans déchirure avec une enthésopathie (enthésopathie : atteinte du tendon à son insertion sur l'os) qui est liée dans cette situation à l'insertion sur une épine osseuse et présence de petits effilements à l'insertion sur l'os qui est typique des lésions dégénératives.

En ce qui concerne le pied D, Me Sardet nous reproche ne pas en avoir tenu compte dans l'évaluation de la capacité de travail et de l'IpAI mais l'assuré n'a aucune plainte à ce niveau comme il a pu nous le dire puisqu'il mentionne marcher 10'000 pas et uniquement après 10'000 pas présenter une douleur au niveau du 5^{ème} métatarsien. Toutefois il nous dira qu'il n'arrive jamais à marcher 10'000 pas par jour et que les douleurs apparaissent entre 8'000 et 10'000 pas mais qu'habituellement son pied D ne lui cause pas de problème.

Dès lors, nous ne pouvons pas retenir de limitation fonctionnelle en lien avec cette atteinte qui peut être considérée comme guérie puisque les radiographies du 25.02.2020 réalisées lors du séjour à la Clinique J. _____ on constate une bonne consolidation de la fracture du 5^{ème} métatarsien, sans complication mais seul un minime remaniement séquellaire qui était encore visible avec des rapports articulaires conservés et des parties molles dans la norme. La scintigraphie osseuse triphasique effectuée le 21.02.2020 ne montrait pas d'hypercaptation à ce niveau-là confirmant la guérison de cette fracture.

Au vu de ce qui précède nous pouvons dire que la fracture de la base du 5^{ème} métatarsien de cet assuré est consolidée et peut être considérée guérie sans séquelle durable raison pour laquelle, nous

ne pouvons pas retenir que l'assuré présente des séquelles qui correspondent à un taux d'IpAI.

Au vu de ce qui précède, nous ne pouvons que maintenir les conclusions de notre bilan final du 17.05.2024. »

Par courrier du 3 mars 2025, l'assuré, sous la plume de sa mandataire, a contesté les conclusions du rapport du Dr G._____, dans la mesure où celui-ci niait l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident, alors même que cette affirmation était contredite par le rapport de la Clinique J._____, de 2022, le rapport du Centre hospitalier N._____, du 31 mars 2023 et ceux des Drs C._____, et Z._____, des 19 janvier et 9 septembre 2024. Quant à l'appréciation de la Dre K._____, du 20 janvier 2025, l'affirmation selon laquelle l'épicondylite était une atteinte dégénérative n'était pas suffisamment motivée et était contredite par le rapport du 7 août 2024 de la Dre H._____, qui avait confirmé sa position dans un rapport du 26 février 2025, produit en annexe.

Le rapport précité de la Dre H._____, a été soumis à la Dre K._____, qui a indiqué, par appréciation du 17 avril 2025, que :

« Comme le mentionne le Dr H._____, l'épicondylite n'est pas une atteinte traumatique mais une atteinte malade chronique liée dans la plupart des cas à une sursollicitation mais également dans le cadre de lésions dégénératives.

Dans cette situation, les examens radiologiques ont clairement montré qu'il s'agissait d'une atteinte dégénérative liée à l'usure et non d'une atteinte en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement du 21.07.2019.

Rappelons que l'événement du 21.07.2019 n'a entraîné aucune atteinte au niveau du membre supérieur D et qu'il n'y a aucune évidence médicale que cette atteinte ne soit pas apparue à la même période indépendamment de l'événement du 21.07.2019 comme cela arrive dans la plupart des situations d'épicondylites.

Rappelons de plus que l'assuré est droitier avec la main et que par conséquent les conséquences de l'événement du 21.07.2019 qui touchent son bras G n'ont pas entraîné une sursollicitation de son bras D chez cet assuré droitier.

Au vu de ce qui précède, nous ne pouvons confirmer ce que retient le Dr H._____, à savoir qu'il s'agit d'une atteinte malade et non une atteinte traumatique des suites de l'événement du 21.07.2019.

Au vu de ce qui précède nous pouvons donc affirmer que le rapport médical du 26.02.2025 du Dr H._____ ne modifie en rien les conclusions de notre appréciation du 20.01.2025. »

Par décision sur opposition du 29 avril 2025, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a tout d'abord retenu que les troubles psychiques de l'assuré ne devaient pas être pris en compte, dès lors qu'ils n'étaient pas en lien de causalité naturelle avec l'accident du 21 juillet 2019, selon l'appréciation du 16 octobre 2024 du Dr G._____, un lien de causalité adéquate ne pouvant au surplus pas être retenu en examinant les critères jurisprudentiels. Ensuite, elle a retenu que l'état de santé de l'assuré était stabilisé, dans la mesure où l'épicondylite du bras droit était une atteinte dégénérative liée à l'usure et non à une atteinte en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement du 21 juillet 2019. Elle a encore considéré que les rapports de la Dre K._____ bénéficiaient d'une pleine valeur probante, celle-ci ayant pris en compte les faits pertinents du cas d'espèce, les rapports établis par les médecins traitants, les imageries et les plaintes de l'assuré. Ainsi, une capacité de travail de 100 %, sans perte de rendement, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par la Dre K._____, devait être retenue. La CNA a expliqué que, s'agissant du revenu sans invalidité, il fallait retenir le salaire indiqué dans la déclaration de sinistre, qui était plus favorable à l'assuré que la prise en compte de l'ESS. Ainsi, en se basant sur un salaire de 5'466 fr. x 13 + 3'163 fr., adapté au renchérissement des années 2019 à 2024, le revenu sans invalidité s'élevait à 76'861 fr. 55. Pour le revenu avec invalidité, la CNA s'est référée à l'ESS 2022, niveau de compétence 1, pour un homme, 41,7 heures de durée hebdomadaire du travail, indexé à 2023 et 2024, soit un revenu de 68'303 fr. 69. Elle a retenu que l'ESS comprenait un large éventail d'activités, dont un nombre significatif d'entre elles était adapté aux limitations et aptitudes de l'assuré dans un marché du travail équilibré, ainsi qu'à son manque de formation ou d'expérience professionnelle spécifique, ce qui impliquait qu'il n'y avait pas lieu de prendre en considération d'autres critères d'abattement que celui des limitations fonctionnelles dans les cas où des activités non qualifiées étaient exigibles de l'assuré. Quant au taux d'abattement de 20 % retenu

dans la décision du 9 juillet 2024, il pouvait être confirmé, ce qui amenait à retenir un gain annuel d'invalidé de 54'643 francs. Ainsi, la comparaison des revenus de valide et d'invalidé laissait apparaître une perte de gain de 29 %. La CNA a encore retenu que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 % pouvait être confirmée, sans qu'une expertise ne soit nécessaire, aucune pièce médicale ne venant mettre en doute le taux retenu par la Dre K._____. S'agissant de la prise en charge des frais médicaux, la CNA a confirmé la teneur de son courrier du 13 septembre 2024. Enfin, elle a indiqué qu'une atteinte au bras non dominant ne permettait pas de reconnaître une allocation pour impotent, même de degré faible, l'aide d'autrui pour accomplir les actes ordinaires de la vie ne ressortant d'aucun document.

B. Par acte du 27 mai 2025, A._____, toujours représenté par Me Sardet, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à son annulation et au renvoi de la cause à la CNA pour la mise en œuvre d'un complément d'expertise au sens de l'art. 44 LPGA pour déterminer si son état de santé était stabilisé, quelle était sa capacité de travail dans une activité adaptée sur le plan orthopédique, rhumatologique et psychiatrique, ainsi que le taux d'atteinte à l'intégrité et ses limitations fonctionnelles dans l'accomplissement des tâches de la vie quotidienne, subsidiairement, à la reprise du versement des indemnités journalières dès le 1^{er} juillet 2024 jusqu'à la stabilisation de l'état de santé et, plus subsidiairement, à l'allocation d'une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} juillet 2024, d'une allocation pour impotent de degré faible à compter du mois d'octobre 2019, d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité complémentaire fixée à dire d'expert et à la prise en charge des frais médicaux pour le traitement psychiatrique. Dans un premier moyen, le recourant a rappelé qu'il souffrait d'un traumatisme de l'avant-bras gauche avec une fracture comminutive diaphyso-métaphysaire distale du radius et fracture comminutive intra-articulaire de l'extrémité distale de l'ulna gauche, d'un syndrome douloureux régional complexe (SRDC) de type I de l'épaule, du poignet et de la main gauches (syndrome épaule-main), d'une épicondylite au bras droit, d'un épisode

dépressif moyen (F31) et d'un état de stress post-traumatique (F43.10) et que son état n'était pas stabilisé, en particulier pour ce qui avait trait à l'épicondylite au bras droit, se référant à l'avis de la Dre H. _____ du 7 août 2024. Il a soutenu que la reconnaissance de l'existence d'un syndrome douloureux régional complexe aurait imposé de soumettre son cas à une expertise pluridisciplinaire pour déterminer ses limitations fonctionnelles, déplorant que l'examen ait été effectué par un médecin ne disposant d'aucune spécialisation en rhumatologie et en orthopédie ; il a également soutenu que la complexité de sa situation aurait dû, elle aussi, conduire à la mise en œuvre d'une expertise externe. Il a ensuite plaidé que, pour ce qui avait trait à ses troubles psychiques, une simple évaluation sur la base du dossier n'était pas suffisante. Il ressortait au demeurant déjà du rapport de la Clinique J. _____ en lien avec son séjour de 2022, du rapport du Centre hospitalier N. _____ du 31 mars 2023, du rapport du Dr C. _____ du 19 janvier 2024 et du rapport du Dr Z. _____ du 6 septembre 2024, qu'il présentait des troubles psychiques. S'agissant plus spécifiquement de la question de la causalité entre l'accident et ses troubles psychiques, le recourant a rappelé que ses troubles remontaient bien avant 2024, puisque le rapport de la Clinique J. _____ de 2022 évoquait la nécessité de mettre en place un suivi psychologique, notamment pour la problématique de l'algodystrophie, qu'en 2023 déjà, une suspicion de PTSD avait été mentionnée en présence de flashbacks de l'accident et qu'un suivi avait finalement été mis en œuvre, se référant au rapport du Dr Z. _____ du 9 septembre 2024. Il a encore relevé que son accident pouvait être considéré comme moyennement grave et remplissait les conditions jurisprudentielles permettant de retenir un lien de causalité naturelle et adéquate entre ses troubles psychiques et l'accident, estimant au demeurant que les frais de son traitement psychiatrique étaient à la charge de la CNA. Le recourant a également contesté l'étendue de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, ainsi que le fait que la CNA n'avait pas examiné son droit à une allocation pour impotent. Dans un autre moyen, il s'en est pris au calcul de son degré d'invalidité, en relevant que son salaire moyen avant l'accident était de 75'379 fr., et non pas de 74'221 francs. Il a encore déploré que seul un abattement de 20 %, et non de 25 %, ait été opéré sur le revenu

d'invalide, compte tenu de ses importantes limitations fonctionnelles, qui avaient justifié une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 % et l'avaient contraint à rester sans activité depuis plus de cinq ans, mettant en avant également le traitement médical qu'il devait suivre, au demeurant pris en charge par la CNA.

Par réponse du 24 juin 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours et renvoyé, pour l'essentiel, à sa décision sur opposition du 29 avril 2025. Elle a précisé que les médecins d'arrondissement, ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA, étaient considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale. Elle a également exposé que l'accident du recourant devait être rangé dans la catégorie moyenne à la limite de la catégorie inférieure. S'agissant du revenu sans invalidité, elle a expliqué que le montant de 75'379 fr., mentionné par le recourant, correspondait au gain annuel assuré selon l'art. 15 al. 2 LAA, à savoir le montant gagné par l'assuré durant l'année qui a précédé son accident et ne pouvait pas être pris en compte, contrairement au montant de 76'861 fr. 55, correspondant aux informations transmises par l'employeur dans la déclaration d'accident.

E n d r o i t :

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, 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]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur la question de la stabilisation de l'état de santé du recourant, respectivement sur l'étendue de la rente d'invalidité et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, ainsi que sur la prise en charge d'autres prestations de l'intimée, notamment une allocation pour impotent et la prise en charge des frais relatifs au traitement psychiatrique.

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). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance

prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

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). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1). Dans la mesure où le caractère naturel et le caractère adéquat du lien de causalité doivent être remplis cumulativement pour octroyer des prestations d'assurance-accidents, il est admissible de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle dans les cas où ce lien de causalité ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 147 V 207 consid. 6.1).

4. a) En vertu de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (cf. art. 6 LPG) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (cf. art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (cf. art. 16 al. 2 LAA).

b) 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. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de la personne assurée - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) - 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 (art. 19 al. 1 LAA).

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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 permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 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 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

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 (TF 8C_626/2021 du 29 janvier 2022 consid. 4.3.1 ; 8C_108/2020 du 22 décembre 2020 consid. 4.4.2).

d) 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 ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

6. a) En l'espèce, le caractère accidentel de l'événement du 21 juillet 2019 n'est pas contesté. Est en revanche litigieux le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a retenu que l'état de santé du recourant était stabilisé. A cet égard, le recourant soutient que son état de santé n'est pas stabilisé, dès lors qu'il souffre notamment d'une épicondylite au bras droit, en se référant au rapport du 7 août 2024 de la Dre H._____. De son côté, l'intimée s'est basée sur les appréciations de son médecin d'arrondissement, la Dre K._____, des 17 mai, 12 septembre 2024, 20 janvier et 17 avril 2025.

b) En l'occurrence, il faut constater que les appréciations de la Dre K._____, en particulier celle du 17 mai 2024, dans laquelle elle a considéré que l'état de santé du recourant était stabilisé, sont convaincantes, le recourant n'élevant d'ailleurs aucun grief à l'encontre de l'appréciation du 17 mai 2024. En effet, la Dre K._____ a établi son rapport après un examen de l'intéressé et en tenant compte de l'ensemble des pièces, des plaintes du recourant et de ses propres constatations cliniques, tout en posant une anamnèse complète. Elle peut ainsi se voir conférer une pleine valeur probante. En outre, en sa qualité de médecin d'arrondissement de la CNA, la Dre K._____ est considérée comme une spécialiste en matière de traumatologie, indépendamment de sa spécialisation médicale (cf. *supra* consid. 5c).

c) S'agissant de la question de la stabilisation, la Dre K._____ a, à plusieurs reprises, considéré que la situation n'était pas stabilisée, le recourant ayant été suivi pendant une longue période par le Service d'antalgie du Centre hospitalier N._____ (cf. rapport du 19 janvier 2024 du Dr C._____). La Dre K._____ a ainsi attendu la fin de la prise en charge par ce service pour se prononcer (cf. appréciations des 13

janvier, 17 mai 2021, 3 janvier, 15 juillet, 2 novembre 2022 et 25 août 2023). Dans son rapport du 17 mai 2024, elle a retenu que la situation était stabilisée sur le plan médical, dès lors qu'il n'y avait pas de traitement chirurgical ou médical qui puisse améliorer grandement l'état de santé du recourant. A cet égard, elle a précisé que la situation était relativement superposable à celle qui prévalait déjà lors du séjour à la Clinique J._____ du 2 au 23 février 2022, à ceci près que le recourant ne bougeait absolument plus sa main et son poignet gauches, qu'il fléchissait le coude, mais levait son épaule uniquement d'une trentaine de degrés, avec des tremblements, qui ne pouvaient être expliqués par une lésion objectivable (cf. p. 16 de l'appréciation du 17 mai 2024). On notera que l'absence de traitement chirurgical ou médical susceptible d'améliorer grandement l'état de santé du recourant avait déjà été évoquée par les Etablissements hospitaliers I._____ dans un rapport du 14 octobre 2021, dès lors qu'une infiltration et une tentative de perfusion de kétamine n'avaient pas été réitérées, ainsi que par la Dre W._____ dans un rapport de consultation du 21 juin 2022. Quant au Dr C._____, il avait indiqué, dans son rapport du 19 janvier 2024, qu'aucun rendez-vous n'était prévu au vu des limitations des propositions thérapeutiques acceptables pour le recourant, celui-ci ayant refusé l'implantation d'un neurostimulateur médullaire (cf. entretien du 17 mai 2024). S'agissant du moment de la stabilisation, fixée à mai 2024 par la Dre K._____, on relèvera que le Dr F._____, médecin à la Clinique J._____, avait mentionné, dans son rapport du 6 avril 2020, qu'une stabilisation médicale était attendue dans un délai de huit à dix mois, ce qui avait été par ailleurs confirmé par courriel du 18 juin 2021 de la Dre W._____, selon lequel l'état du recourant pouvait être considéré comme stable et qu'il n'y avait pas de thérapie connue qui pouvait rétablir la fonction antérieure au niveau du membre supérieur gauche. En outre, le Dr F._____ avait indiqué, dans son rapport du 16 mars 2022, que la situation était sur le point d'être stabilisée.

En définitive, il y a lieu de suivre la Dre K._____ lorsqu'elle considère que la situation du recourant était stabilisée lors de son examen du 17 mai 2024.

d) Le recourant soutient toutefois que son état ne peut être considéré comme stabilisé, dès lors qu'il souffre d'une épicondylite au bras droit, comme l'a attesté la Dre H. _____ dans ses rapports des 7 août 2024 et 26 février 2025.

En l'occurrence, il n'est pas contesté que le recourant présente une épicondylite du bras droit. Est en revanche litigieuse l'origine de cette épicondylite, le recourant soutenant qu'elle est due à une surutilisation de son bras droit (cf. rapport du 7 août 2024 de la Dre H. _____), alors que la Dre K. _____ la met en relation avec une maladie dégénérative, sans lien de causalité pour le moins probable avec l'accident du 21 juillet 2019 (cf. appréciation du 12 septembre 2024). Cette dernière a expliqué, dans son appréciation du 20 janvier 2025, que cette atteinte était apparue et diagnostiquée près de cinq ans après l'accident et que le coude droit n'avait présenté aucune lésion structurelle à la suite de l'événement du 21 juillet 2019. Selon elle, il s'agissait d'une atteinte dégénérative, puisqu'il était constaté, sur l'ultrason du 8 juillet 2024, des remaniements du tendon commun des extenseurs du coude droit, sans déchirure, avec une enthésopathie à leur origine sous forme d'une épine osseuse et de petits effilements à l'insertion rénale. Elle a également exposé qu'elle n'avait pas constaté une sursollicitation du bras droit, le recourant ayant mentionné qu'il ne faisait pas grand-chose à la maison. La Dre K. _____ a ensuite confirmé ses conclusions dans son appréciation du 17 avril 2025, dans laquelle elle a rappelé que l'événement du 21 juillet 2019 n'avait entraîné aucune atteinte au niveau du membre supérieur droit. En outre, les conséquences de l'accident qui touchaient le bras gauche n'avaient pas entraîné une sursollicitation du bras droit, le recourant, au demeurant droitier, n'ayant aucune activité pouvant expliquer une utilisation exagérée de son bras droit, celui-ci occupant ses journées à regarder la télévision, faire des sorties, marcher, s'occuper de son enfant et aller boire le café au bistrot. En outre, il ne cuisinait pas et ne faisait pas les tâches ménagères, se limitant à porter les courses (cf. rapport de la Dre K. _____ des 17 mai 2024 et 20 janvier 2025, ainsi que l'entretien du 17 mai 2024).

Ainsi, l'épicondylite dont souffre le recourant n'est pas en lien de causalité avec l'accident du 21 juillet 2019 et ne saurait empêcher dès lors de considérer que l'état de santé du recourant était stabilisé. Même si on devait estimer que cette épicondylite était une conséquence de l'accident, elle n'empêcherait de toute façon pas de retenir l'état du recourant comme stabilisé, dès lors que seules des séances de physiothérapie ont été prescrites par la Dre H. _____ (cf. rapport du 7 août 2024), voire une éventuelle infiltration si le traitement conservateur n'aidait pas. Or une infiltration n'est pas de nature à améliorer sensiblement l'état de santé et, de jurisprudence constante, la prescription d'antalgiques et de séances de physiothérapie n'empêche pas de constater un état stabilisé (cf. TF 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 4.2).

Il découle de ce qui précède que l'intimée pouvait retenir que la situation du recourant était stabilisée au jour de l'examen clinique pratiqué par la Dre K. _____ le 17 mai 2024, .

e) Enfin, si le recourant n'a élevé aucun grief précis à l'encontre de l'appréciation de la Dre K. _____ du 17 mai 2024, il affirme toutefois que l'existence d'un SDRG, la complexité de sa situation et la nature dégénérative de ses atteintes auraient imposé de soumettre son cas à une expertise pluridisciplinaire pour déterminer ses limitations fonctionnelles. Dans la mesure cependant où cette appréciation n'est pas remise en cause par d'autres médecins, en particulier par la Dre H. _____, qui ne s'est prononcée que sur l'existence d'une épicondylite au bras droit, la CNA n'avait pas à mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire au sens de l'art. 44 LPGA.

7. Le recourant fait ensuite valoir que les troubles psychiques qu'il présente sont en lien de causalité avec l'accident du 21 juillet 2019 et que ses frais de traitement psychiatriques doivent être pris en charge par l'intimée, ce que cette dernière nie, en se basant sur l'appréciation du 16 octobre 2024 de son psychiatre d'arrondissement.

a) Dans son rapport du 16 octobre 2024, le Dr G._____ a conclu que le recourant ne souffrait d'aucun trouble psychiatrique en lien de causalité naturelle, au degré de la vraisemblance prépondérante, avec l'événement du 21 juillet 2019. Il a expliqué que, si un épisode dépressif en lien avec les difficultés psychosociales rencontrées pouvait être retenu, cela n'était pas le cas de l'état de stress post-traumatique après autant d'années sans symptomatologie traumatique et à une telle distance temporelle de l'accident. Si aucun diagnostic psychiatrique n'a effectivement été posé en 2020 et 2022 lors des séjours du recourant à la Clinique J._____, il ressort toutefois du rapport de consultation du 26 mars 2021 de la Dre W._____ que la question d'un suivi psychiatrique se posait au vu de la longue période de douleur. Lors d'une consultation en janvier 2023, le Dr C._____ se questionnait sur une suspicion de PTSD, le recourant ayant relaté avoir des flashbacks de son accident, et un suivi psychiatrique auprès du Dr Z._____ a alors été mis en place (cf. rapports de consultation des 9 mars et 7 novembre 2023 et rapport du Dr C._____ du 19 janvier 2024). Ce psychiatre a posé, dans son rapport faisant suite à une consultation du 6 septembre 2024, les diagnostics d'épisode dépressif moyen (F32.1) et d'état de stress post-traumatique.

Au vu de ce qui précède, la question de l'absence de causalité naturelle retenue par le Dr G._____ pourrait être discutée au vu des différents rapports précités. En l'espèce, elle peut toutefois demeurer indécise, dans la mesure où la jurisprudence admet de laisser ouverte la question de la causalité naturelle d'éventuels troubles psychiques dans les cas où ce lien de causalité ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 147 V 207 consid. 6.1 ; 135 V 465 consid. 1). En l'occurrence, la causalité adéquate entre une éventuelle atteinte psychique et l'accident du 21 juillet 2019 devrait quoi qu'il en soit être niée pour les raisons décrites ci-après.

b) aa) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois

catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6 ; 403 consid. 5). Le Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (ATF 148 V 301 consid. 4.3.1). La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 5.2.1). Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
 - la durée anormalement longue du traitement médical ;
 - les douleurs physiques persistantes ;
 - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;

- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C_816/2021 précité consid. 3.3 et les références). Par ailleurs, un seul critère peut être suffisant pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves (ATF 147 V 207 consid. 5.2.2 et les références). Enfin, il appartient au juge seul, et non aux médecins, d'apprécier l'existence d'un rapport de causalité adéquate (ATF 107 V 176 consid. 4b).

Le Tribunal fédéral a considéré que l'on se trouvait en présence d'un accident de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité, s'agissant d'une chute à moto à basse vitesse et sans choc avec un autre véhicule (TF 8C_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.1). C'est également le cas d'un accident lors duquel le motocycliste a chuté à côté de sa moto sans collision et avec peu de dégâts sur la moto (TF 8C_912/2009 du 26 février 2010 consid. 5.2). Les cas classés dans la catégorie des accidents de gravité moyenne *stricto sensu* ont en commun le choc d'un motocycliste roulant à une vitesse comprise entre 50 km/h et 70 km/h avec un automobiliste en train de bifurquer (TF 8C_99/2019 du 8 octobre 2019 consid. 4.4.1). Un accident de la circulation lors duquel un assuré, qui s'était engagé avec sa voiture à une vitesse de 80 km/h sur la voie de circulation opposée, avait percuté une première arrivant en sens inverse, puis subi une collision frontale avec une seconde voiture, son véhicule ayant été projeté dans une prairie voisine et les airbags s'étant déclenchés, devait être qualifié d'accident de gravité moyenne au sens strict (TF 8C_720/2017 du 12 mars 2018 consid. 4.3). Dans le cas d'une collision entre une moto qui remontait une file dans un virage à droite et

un tracteur avec une remorque, le Tribunal fédéral a toutefois qualifié l'accident de gravité moyenne, à la limite des cas graves (TF 8C_99/2019 précité et la référence citée). Une perte de maîtrise sur l'autoroute à la suite de l'éclatement d'un pneu alors que le véhicule roulait à 95 km/h, avec une immobilisation sur le toit, a été considéré comme un accident de gravité moyenne, à la limite des accidents graves (TFA U 161/01 du 25 février 2003). A également été considéré comme accident de gravité moyenne, à la limite des accidents graves, une collision par l'avant gauche avec un véhicule circulant en sens inverse, dans un tunnel, avec une vitesse approximative des voitures impliquées de 80 km/h, à la suite de laquelle la voiture de la personne assurée a été déportée sur la voie de gauche et a heurté un autre véhicule avant de s'immobiliser contre le trottoir, la personne assurée n'ayant pas subi de blessures graves même si elle ne portait pas de ceinture de sécurité et ayant pu sortir de la voiture par ses propres moyens (TF 8C_813/2011 du 3 janvier 2013). Il en va de même d'une sortie de route pour éviter un véhicule arrivant en sens inverse, suivie d'un choc contre un talus, puis contre un arbre, entraînant la destruction totale du véhicule (ATFA Z. du 7 juin 1999, U 88/98).

bb) Il y a lieu d'apprécier la gravité de l'accident du 21 juillet 2019 d'un point de vue objectif, sans s'attacher à la manière dont la personne assurée a ressenti et assumé le choc traumatique (cf. ATF 117 V 366 consid. 6a et la référence). En effet, pour apprécier le degré de gravité d'un accident, seules sont déterminantes les forces générées par l'accident et non les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.3.1 et les références citées).

En l'occurrence, le recourant circulait avec sa moto en file à une vitesse d'environ 50 km/h, lorsque la voiture devant lui a freiné brusquement en raison de la présence d'une moissonneuse-batteuse venant en sens inverse. Le recourant, qui ne respectait pas la distance de

sécurité avec la voiture de devant, n'a pas réussi à freiner suffisamment pour éviter la collision avec la voiture de devant. S'il a chuté, certes lourdement, il n'était plus lancé à pleine vitesse lors du choc et n'a, en outre, pas perdu connaissance et a pu se relever seul, avec l'aide des automobilistes qui s'étaient arrêtés pour lui porter secours. Ainsi, l'événement du 21 juillet 2019 constitue ainsi un accident de gravité moyenne *stricto sensu*, ce que le recourant ne conteste d'ailleurs pas.

c) En présence d'un accident de gravité moyenne, la relation de causalité est admise si trois critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence sont réalisés (cf. consid. 7b/aa *supra*). On notera ici qu'au vu de l'analyse des critères à faire, il ne peut être fait grief à l'intimée d'avoir soumis le cas à son psychiatre-conseil et de ne pas avoir mis en œuvre une expertise psychiatrique.

aa) S'agissant du critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, il convient de rappeler que l'adoption de ce critère par la jurisprudence repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. C'est le déroulement de l'accident dans son ensemble qu'il faut prendre en considération. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances de l'espèce et non en fonction du ressenti subjectif de l'assuré, en particulier de son sentiment d'angoisse. Il faut en effet observer qu'à tout accident de gravité moyenne est associé un certain caractère impressionnant, lequel ne suffit pas pour admettre l'existence du critère en question (TF 8C_361/2022 du 13 octobre 2022 consid. 5.3.1 ; TF 8C_600/2020 du 3 mai 2021 consid. 4.2.3 et la référence citée).

En l'occurrence, ce premier critère n'est pas réalisé. Si l'accident peut, de prime abord, sembler spectaculaire – le recourant, après un freinage d'urgence, a percuté l'arrière du véhicule devant lui et est tombé sur le sol, avant d'être transporté en ambulance au Hôpital

B._____, où il a séjourné plusieurs jours -, il n'y a pas lieu d'admettre qu'il revêt un caractère particulièrement impressionnant, ni qu'il s'est déroulé dans des circonstances dramatiques. En effet, si le recourant a déclaré qu'il roulait à une vitesse d'environ 50 km/h, il a toutefois percuté la voiture devant lui à une vitesse moins élevée, dès lors qu'il était en train de freiner au moment de l'impact. On notera ici que la collision aurait pu être évitée si le recourant avait respecté une distance de sécurité suffisante. Ensuite, le recourant n'a pas perdu connaissance, ni souffert d'un traumatisme crânien, et s'est relevé tout seul (cf. rapport du Hôpital B._____ du 9 août 2019 et rapport de police du 16 août 2019). En outre, l'imprévisibilité du freinage intempestif de la voiture n'est pas suffisant pour conclure que l'événement du 21 juillet 2019 présenterait un caractère plus impressionnant que celui associé à tout accident de gravité moyenne. Enfin, les flashbacks et les cauchemars relatés par le recourant (cf. rapports du 31 janvier du Centre hospitalier N._____ et du Dr Z._____ non daté) ne sont pas déterminants, car ils relèvent du ressenti subjectif de l'intéressé. Au demeurant, même en admettant la réalisation de ce critère, il ne suffirait pas, à lui seul, pour admettre l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les troubles psychiques, faute de revêtir une intensité particulière.

bb) Pour ce qui est du critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques, il peut être retenu en présence de lésions physiques graves ou, s'agissant de la nature particulière des lésions physiques, d'atteinte à des organes auxquels l'homme attache normalement une importance subjective particulière (par exemple la perte d'un œil ou certains cas de mutilations à la main dominante ; TF 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 4.3.2 et les références citées). En l'occurrence, le recourant a souffert d'un traumatisme de l'avant-bras gauche, du pied droit et abdominal, avec fracture comminutive diaphyso-métaphysaire distale du radius et fracture comminutive intra-articulaire de l'extrémité distale de l'ulna gauche, fracture du cinquième métatarsien du pied droit et rupture hépatique de grade III, ainsi que d'un SDRC de type I de l'épaule, du poignet de la main gauches (syndrome épaule-main) (cf. appréciation du 17 mai 2024 de la Dre K._____). Même si elles ont

nécessité des interventions chirurgicales, à savoir une réduction ouverte et une ostéosynthèse, ainsi qu'une ablation de la broche stabilisant la styloïde ulnaire et une exérèse de la vis en sous-chondral (cf. rapports des 29 juillet et 14 octobre 2019 du Dr V. _____), les blessures n'ont pas mis en danger la vie du recourant et ne sont pas des lésions propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques (ATF 140 V 356 consid. 5.5.1). Quand bien même le recourant connaît des douleurs en raison du SRDC, le seuil de gravité qui pourrait justifier l'admission du critère n'apparaît pas atteint. En outre, le fait que des séquelles accidentelles imposent à l'assuré de changer de profession est insuffisant pour retenir ce critère (TF 8C_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.2.2). Enfin, les douleurs au bras droit ne découlent pas directement de l'accident et ne suffisent de toute façon pas à retenir que le critère serait rempli.

cc) En ce qui concerne le critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il sied de relever que l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré. La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations, même pendant une certaine durée, ne suffisent pas à fonder ce critère (ATF 148 V 138 consid. 5.3.1). La jurisprudence a nié que ce critère fût rempli notamment dans le cas d'un assuré dont le traitement médical du membre inférieur accidenté avait consisté en plusieurs opérations chirurgicales et duré cinq ans (TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.3).

En l'espèce, le recourant a été hospitalisé au Hôpital B. _____ du 21 au 24 juillet 2019, puis a été opéré au Centre hospitalier N. _____ le 29 juillet 2019, ainsi que le 14 octobre 2019. Il a séjourné à la Clinique J. _____ du 4 février au 26 mars 2020, puis du 2 au 23 février 2022. Il a également été suivi par le Service d'antalgie du Centre hospitalier N. _____ dès le 15 août 2019 et jusqu'au 7 novembre 2023, environ une fois par mois en moyenne. Il a bénéficié de deux blocs du ganglion stellaire gauche les 29 mars et 25 mai 2023. Pour le reste, l'essentiel du traitement a consisté en des mesures conservatoires, soit de la

physiothérapie et de l'ergothérapie. Dans ces circonstances, on ne saurait considérer que le traitement a été anormalement long ou que le recourant a été astreint à un traitement particulièrement lourd ou contraignant au sens de la jurisprudence.

dd) S'agissant du critère des douleurs physiques persistantes, il est nécessaire que les douleurs importantes aient existé sans interruption notable durant tout le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (art. 19 al. 1 LAA). L'intensité des douleurs doit être examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4). En l'occurrence, il ressort du dossier que le recourant a consulté régulièrement le service de consultation ambulatoire du Centre hospitalier N._____, d'abord le Service de chirurgie plastique de la main depuis le 15 août 2019 pour des contrôles post-opératoires. Selon les rapports de consultation de ce service, il faisait état de douleurs le 9 juin 2020, tout en notant une légère amélioration le 29 septembre 2020. Lors d'une consultation du 27 juillet 2021, le recourant a indiqué que les douleurs étaient identiques et que les températures fraîches et le soleil lui causaient des douleurs, parfois des réveils nocturnes. Selon une consultation du 14 octobre 2021, les douleurs étaient identiques, continuellement à 5/10 et empirées par le froid. Le 21 juin 2022, étaient signalées une augmentation de la sudation avec la chaleur et une diminution de la douleur avec l'utilisation du TENS 30 minutes par jour. Le 31 janvier 2023, le recourant a consulté le service de consultation ambulatoire du Service d'antalgie et a été suivi par le Dr C._____, qui a indiqué, le 31 janvier 2023, que le recourant présentait des douleurs au niveau de l'épaule, du bras, de l'avant-bras et de la main gauches avec un caractère de fourmillements, de décharges électriques et de brûlures limitant fortement l'utilisation de son membre supérieur gauche, les douleurs étant fortement augmentées par tous les mouvements, ainsi que par la sensation de froid et chaud. Un bloc stellaire a été posé le 29 mars 2023, puis un second le 25 mai 2023, qui ont eu des effets positifs pendant environ quatre jours. Lors d'une consultation du 25 juillet 2023, la possibilité d'une neuromodulation a été discutée, que le recourant a

refusée lors d'une consultation du 7 novembre 2023, ne sentant pas prêt. Selon un rapport du 19 janvier 2024 du Dr C._____, aucun nouveau rendez-vous n'a eu lieu après que le recourant a refusé la neuromodulation par stimulateur médullaire, au vu des limitations des propositions thérapeutiques acceptables pour le recourant. Il faut ainsi constater que le recourant présente toujours des douleurs résiduelles, qui n'ont jamais pu être éliminées durablement depuis l'accident du 21 juillet 2019. En tant que ces douleurs peuvent être mises en lien avec l'accident, ce critère peut être considéré comme réalisé, sans toutefois admettre qu'il revêtirait à lui seul une intensité suffisante pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate. En effet, les douleurs physiques ne font plus l'objet d'un suivi par un spécialiste de la douleur et les rapports médicaux versés au dossier ne font pas état d'un traitement spécifique contre la douleur, dont l'étendue et la durée permettraient de retenir que le critère de l'intensité des douleurs serait réalisé au regard de la jurisprudence. Quant à l'épicondylite du bras droit, très douloureuse selon la Dre H._____, elle ne saurait à elle seule permettre de retenir le critère des douleurs physiques persistantes comme rempli, n'étant pas en lien de causalité avec l'accident.

ee) Concernant le critère de l'existence d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident, il n'y a pas lieu d'admettre ce critère, faute d'évocation précise d'éléments au dossier suscitant un doute quant au caractère adéquat de la prise en charge du recourant.

ff) Quant au critère relatif aux difficultés apparues durant la guérison et des complications importantes, la jurisprudence a précisé qu'il doit exister des motifs particuliers ayant entravé la guérison, et ce même s'il n'a pas été possible de supprimer les douleurs de l'intéressé, ni même de rétablir une capacité de travail entière (TF 8C_613/2019 du 17 septembre 2020 consid. 6.4.3 et les références citées). L'échec de certains traitements isolés et la persistance de certains troubles ne sont donc pas suffisants pour admettre des difficultés lors du processus de guérison (TF 8C_400/2020 du 14 avril 2021 consid. 4). Rien n'indique en l'occurrence

que le recourant aurait été confronté à des complications particulières. Le fait que les infiltrations n'aient apporté aucune amélioration ne suffit pas à conduire à l'admission de ce critère, ni par ailleurs le fait que deux blocs de ganglions stellaires gauches ont été réalisés. On relèvera encore que le recourant n'a plus été suivi par le Centre hospitalier N._____ depuis le mois de novembre 2023 (cf. rapport de consultation ambulatoire du 7 novembre 2023).

gg) Enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques ne se mesurent pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, ce critère n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (TF 8C_209/2020 du 18 janvier 2021 consid. 5.2.2), étant rappelé que l'intéressé doit faire tout ce qui est possible pour réintégrer rapidement le monde du travail, au besoin en exerçant une autre activité compatible avec son état de santé (ATF 134 V 109 consid. 10.2.7). Ce critère est en principe admis en cas d'incapacité totale de travail de près de trois ans (TF 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 5.3.4 ; TF 8C_600/2020 du 3 mai 2021 consid.4.2.4 et les références). Dans le cas d'espèce, si le recourant n'a jamais repris le travail, son incapacité de travail n'est pas entièrement due à l'accident du 21 juillet 2019. En effet, le recourant était déjà en arrêt de travail depuis le 17 mai 2019 pour cause de maladie, ce dernier ayant connu un épisode dépressif au printemps 2019 après avoir été licencié et après avoir perdu son droit de visite sur ses deux premiers enfants (cf. rapport du 6 avril 2020 du Dr F._____). Les difficultés financières ont également eu un impact important sur l'état de santé du recourant, la décision du 24 mai 2024 de l'intimée de mettre fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière ayant notamment plongé le recourant encore davantage dans la dépression (cf. courrier du 30 mai 2023 du recourant), tout comme la décision du 9 juillet 2024 (cf. rapport du Dr Z._____ non daté). Le Dr F._____ a d'ailleurs indiqué, dans son rapport du 16 mars 2022, que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée était théoriquement favorable, mais que les facteurs personnels et contextuels pouvaient

inférer avec le processus de réinsertion. Ainsi, dans la mesure où les troubles de nature psychogène ont eu relativement tôt un rôle prédominant sur l'état de santé de l'intéressé, l'existence du critère relatif au degré et à la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques doit être niée (cf. TF 8C_729/2016 du 31 mars 2017 consid. 5.5.2.3).

d) En définitive, seul un seul critère, celui des douleurs physiques persistantes, est rempli, ce qui ne suffit pas, dès lors que la jurisprudence en demande trois. En outre, ce critère ne revêt pas une intensité suffisante pour permettre à lui seul de considérer qu'un lien de causalité adéquate existerait entre les troubles psychiques du recourant et l'accident du 21 juillet 2019. C'est ainsi à juste titre que l'intimée a refusé la prise en charge des troubles psychiques présentés par le recourant dans les suites de son accident.

8. Le recourant réclame également une indemnité pour atteinte à l'intégrité plus élevée que celle octroyée par l'intimée.

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).

b) 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).

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 209 consid. 4a/bb ; 124 V 29 consid. 1b ; TF 8C_238/2020 du 7 octobre 2020 consid. 3). 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_565/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.3 ; 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.

c) En l'occurrence, le recourant conteste l'appréciation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité faite par la Dre K. _____ le 17 mai 2024, en s'interrogeant sur la validité de cette appréciation, par laquelle elle a assimilé son cas à une paralysie d'Erb ou à une paralysie supérieure du plexus brachial, dès lors que tout son bras gauche jusqu'à l'épaule était touché. En outre, il devait être tenu compte des troubles psychiques, qui devaient être pris en considération dans l'évaluation du taux d'atteinte à l'intégrité.

On relèvera déjà que les troubles psychiques n'étant pas en relation de causalité adéquate avec l'accident du 21 juillet 2019, il n'y a pas lieu d'en tenir compte dans l'évaluation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Ensuite, s'agissant des atteintes du recourant à son bras gauche, seule atteinte pouvant justifier une indemnité, dès lors que l'atteinte au bras droit n'est pas en lien de causalité avec l'accident, la Dre K._____ s'est référée à la table 1 des atteintes à l'intégrité résultant des troubles fonctionnels des membres supérieurs pour fixer le taux de l'indemnité à 30 %, dès lors que les troubles du recourant pouvaient être apparentés à la paralysie supérieure du plexus brachial (Erb). Elle a expliqué qu'on ne pouvait pas retenir que le recourant présentait des séquelles qui correspondaient à une amputation de la main, ni à une amputation du bras, celui-ci n'ayant pas été amputé et son schéma corporel ne se trouvant pas perturbé comme si cela avait été le cas. Compte tenu du fait que l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité incombe avant tout aux médecins, il y a lieu de suivre l'appréciation de la Dre K._____, qui n'est au demeurant pas remise en cause par les pièces au dossier, le recourant n'ayant en particulier produit aucun rapport en lien avec l'évaluation du taux de l'atteinte à l'intégrité.

9. Il reste encore à examiner le dossier sous l'angle économique et à déterminer si le recourant a droit à une rente d'invalidité.

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. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de la personne assurée – ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) – 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 (art. 19 al. 1 LAA). 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).

b) 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).

c) 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. 3.1.1 ; TF 8C_746/2023 du 7 juin 2024 consid. 4.1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références ; TF 8C_837/2019 du 16 septembre 2020 consid. 5.2).

d) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 ; 135 V 297 consid. 5.1 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

e) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

f) aa) Lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 148 V 419 consid. 5.2; 148 V 174 consid. 6.2; 143 V 295 consid. 2 ; 139 V 592 consid. 2.3; 135 V 297 consid. 5.2).

bb) Depuis la dixième édition de l'ESS (2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. Les critères de base utilisés pour définir le système des différents groupes de profession sont les niveaux et la spécialisation des compétences requis pour effectuer les tâches inhérentes à la profession. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf grands groupes de professions (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé (ATF 150 V 354 consid. 6.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

cc) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 148 V 174 consid. 6.2 et 6.3 ; 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

10. a) aa) S'agissant du revenu de valide, le recourant allègue que c'est un montant de 75'379 fr. qui doit être pris en compte. Il faut toutefois constater que ce montant correspond au gain assuré sur la base duquel l'intimée a déterminé le montant de l'indemnité journalière, qui a été allouée au recourant (cf. art. 15 al. 2 LAA). Or le gain assuré et le revenu sans invalidité, sur lequel se fonde le calcul du taux d'invalidité (art. 16 LPG), ne se confondent pas et ne se calculent pas de la même manière.

bb) L'intimée a déterminé le revenu sans invalidité en se basant sur le montant du salaire indiqué dans la déclaration d'accident du

22 juillet 2019, à savoir un salaire mensuel brut de 5'466 fr. qu'elle a multiplié par 13. Elle y a ajouté un montant de 3'163 fr., correspondant à la moyenne des indemnités pour travail du dimanche et de nuit (cf. bulletin récapitulatif de juillet 2018 à juin 2019). Ce calcul peut être confirmé.

En outre, il n'y a pas lieu de prendre en compte le salaire indiqué par l'employeur pour 2021 (cf. courrier du 12 mai 2021), dans la mesure où ce dernier n'a pas précisé si ce montant s'entendait avec ou sans l'indemnité mensuelle et que ce montant, multiplié par 13 [5'710 fr. x 13 = 74'230 fr.], est de toute façon quasi similaire au montant de 74'221 fr. retenu par l'intimée. Quant aux montants de 6'314 fr. et 350 fr. mentionnés à titre de salaire et d'indemnité dans le courrier du 14 juin 2024 de Q. _____ SA, il ne saurait en être tenu compte, dès lors que rien ne justifie en tel écart entre un salaire de 5'466 fr. en 2019 et de 6'314 fr. en 2024, le recourant n'ayant en particulier pas démontré, ni même allégué d'ailleurs, qu'il aurait pu s'attendre à une promotion.

cc) S'agissant toujours du revenu sans invalidité, il faut constater que l'intimée a tenu compte d'un renchérissement basé sur l'indice nominal, à savoir une évolution entre 2019 et 2024 de 104.0 à 107.7. Elle a toutefois indexé le salaire d'invalidé en prenant en compte l'évolution des salaires nominaux en pourcent. Il convient dès lors d'utiliser la même base pour indexer les deux termes du calcul. Ainsi, le montant de 74'221 fr. [5'466 x 13 + 3'163 fr.] doit être indexé de 2019 à 2024, par 0,8 % pour 2020, - 0,7 % pour 2021, 1,1 % pour 2022, 1,7 % pour 2023 et 1,2 % pour 2024, pour arriver à un montant de 77'301 fr. 70 à titre de revenu de valide.

b) aa) Pour le revenu d'invalidé, l'intimée s'est référée, à juste titre, aux données de l'ESS 2022, indexé à 2024, étant donné que le recourant n'a jamais repris d'activité lucrative. Elle a ainsi pris en compte le revenu auquel peuvent prétendre les hommes avec le niveau de compétence 1, soit un montant mensuel de 5'305 fr., qu'elle a adapté à la durée hebdomadaire usuelle dans les entreprises, soit 41,7 heures. Le

revenu annuel brut s'élève, après indexation de 1,7 % pour 2023 et 1,2 % pour 2024, à 68'303 fr. 69, ce que le recourant ne conteste pas. La CNA a en outre admis qu'on pouvait procéder à un abattement de 20 % sur le revenu d'invalidé en raison des limitations fonctionnelles du recourant.

bb) Le recourant fait toutefois valoir, dans son recours, que l'abattement devrait se monter à 25 % compte tenu de ses limitations fonctionnelles, qui ont justifié une atteinte à l'intégrité de 30 % et l'ont contraint à rester sans activité, ainsi que des douleurs importantes dont il souffre et du traitement médical régulier qu'il doit continuer à suivre.

En l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter du taux retenu par l'intimée, lequel tient compte de manière appropriée des effets que l'atteinte à la santé peut jouer concrètement sur les perspectives salariales du recourant dans le cadre de l'exercice d'une activité simple, légère et ne nécessitant pas de formation particulière. Ainsi, le fait que le recourant ait été inactif pendant longtemps ne permet pas d'admettre un taux d'abattement plus élevé, dès lors que le niveau de compétence 1 de l'ESS, qui regroupe les activités auxquelles il est renvoyé, concerne une catégorie d'emplois ne nécessitant ni formation ni expérience professionnelle spécifique (TF 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). En outre, ce niveau de compétence est représentatif du revenu que les assurés invalides sont en mesure de réaliser, y compris ceux qui sont renvoyés à des activités mono-manuelles légères (TF 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.3 et les références), comme le recourant, dont les limitations fonctionnelles retenues sont l'absence de charges en bimanuel, pas de port de charges uniquement avec la main gauche et pas d'activité nécessitant l'utilisation de la main ou du poignet gauche. En outre, pour les assurés dont sont exigibles des activités non qualifiées, à savoir du niveau de compétence 1, il n'y a pas lieu de prendre en considération d'autres critères d'abattement que celui des limitations fonctionnelles. Quant à ses douleurs, celles-ci ne s'opposent pas à l'exercice à plein temps d'une activité adaptée (sans diminution de rendement), comme l'a retenu la Dre K._____ dans son appréciation du 17 mai 2024, de sorte qu'elles n'ont pas d'impact sur le revenu auquel il

pourrait prétendre. Finalement, le taux de l'abattement effectué sur le revenu d'invalidé ne se détermine pas en fonction du pourcentage de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Au vu de ce qui précède, le revenu d'invalidé se monte à 54'643 francs.

c) La comparaison des gains sans et avec invalidité, respectivement de 77'301 fr. 70 et 54'643 fr., conduit à un degré d'invalidité de 29,31 % ($(\{77'301 \text{ fr. } 70 - 54'643 \text{ fr.}\} / 77'301 \text{ fr. } 70) \times 100$), arrondi à 29 % (cf. ATF 130 V 121), ouvrant ainsi le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents (cf. art. 18 al. 1 LAA).

11. Le recourant requiert enfin l'octroi d'une allocation pour impotent, dès lors qu'il ne peut plus faire usage de son bras gauche et qu'il est limité dans les mouvements de son épaule, ce qui l'empêche de faire sa toilette, couper ses aliments, s'habiller, se coiffer ou encore se raser, sans l'aide de son épouse. Il fait également valoir qu'il n'existe pas d'avis médical sur la question, qui doit dès lors faire l'objet d'une expertise.

L'intimée, pour sa part, considère qu'une atteinte au bras non dominant ne permet pas de reconnaître une allocation même de degré faible.

a) L'art. 26 LAA dispose qu'en cas d'impotence (art. 9 LPG), l'assuré a droit à une allocation pour impotent. Selon l'art. 9 LPG, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne.

L'art. 38 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202) définit trois degrés d'impotence (grave, moyenne et faible). L'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et

importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et si son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle (art. 38 al. 2 OLAA). Elle est moyenne au sens de l'art. 38 al. 3 OLAA si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin (let. a) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie ou (let. b) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente. Enfin, selon l'art. 38 al. 4 OLAA, l'impotence est de faible degré si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin (let. a) de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie, ou (let. b) d'une surveillance personnelle permanente, ou (let. c) de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, nécessités par son infirmité, ou (let. d) lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à d'importants services fournis de façon régulière par des tiers.

Selon une jurisprudence constante (ATF 127 V 94 consid. 3c ; 125 V 297 consid. 4a ; 124 II 241 consid. 4c ; 121 V 88 consid. 3a et les références ; TFA I 43/02 du 30 septembre 2002 consid. 1.1; TF 8C_158/2008 du 15 octobre 2008 consid. 2 et les références), les actes élémentaires de la vie quotidienne au sens de l'art. 9 LPGA comprennent les six actes ordinaires suivants : se vêtir et se dévêtir ; se lever, s'asseoir et se coucher ; manger ; faire sa toilette (soins du corps) ; aller aux W.-C. ; se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur ou établir des contacts. C'est pour compenser l'aide nécessaire à ces actes de la vie quotidienne que l'allocation pour impotent est octroyée.

b) Selon la jurisprudence, l'exécution plus difficile ou ralentie, par l'infirmité, de certains des actes ordinaires de la vie ne constitue pas pour autant une impotence au sens de la loi (TF 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 4.4 ; 8C_437/2009 du 3 décembre 2009 consid. 5.5 ; RCC 1986, p. 509). En outre, il n'y a pas d'impotence aussi longtemps qu'un assuré peut, grâce à des mesures appropriées - telles que par

exemple le port d'habits sans boutons, de pantalons à taille élastique ou de chaussures sans lacets (TF 8C_437/2009 du 3 décembre 2009 ; RCC 1986, p. 509) -, conserver une certaine indépendance dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie. Le besoin déterminant est le besoin d'aide objectif, c'est-à-dire l'aide effectivement nécessaire à l'assuré après qu'il a pris les mesures appropriées et celles que l'on peut raisonnablement attendre de lui en vue de conserver ou de recouvrer son autonomie (ch. 8083 à 8085 CIIAI [Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité édictée par l'Office fédéral des assurances sociales], repris depuis le 1^{er} janvier 2022 dans la CSI [Circulaire sur l'impotence], ch. 2006 à 2008). Il faut par ailleurs que l'aide soit régulière et importante. L'aide est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour (ch. 8025 CIIAI, respectivement ch. 2010 CSI). Elle est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (ATF 117 V 146 consid. 3b ; ch. 8026 CIIAI, respectivement ch. 2013 CSI).

c) L'allocation pour impotent sera allouée lorsque l'atteinte à la santé entraîne les conséquences prévues par la loi (impossibilité d'accomplir les actes ordinaires de la vie, besoins en soins ou d'accompagnement), sans égard au fait que le degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente soit atteint ou non (cf. Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 10 p. 599).

Par conséquent, seules les considérations relatives à la perte d'autonomie (besoin d'aide pour les actes de la vie quotidienne, besoin d'accompagnement durable, etc.) engendrée par l'atteinte à la santé sont déterminantes pour se prononcer sur l'impotence.

d) En l'occurrence, le recourant présente des atteintes au membre supérieur gauche, à savoir une atteinte au poignet gauche, respectivement un syndrome épaule-main du côté gauche, ce qui ne permet pas, quand on est droitier comme l'intéressé, de se voir reconnaître le droit à une allocation pour impotent, même de degré faible. A cet égard, on notera que le rapport d'ergothérapie du 30 mars 2020, établi à la suite de son premier séjour à la Clinique J._____, indique que le recourant est indépendant dans les activités de base de la vie quotidienne, principalement avec sa main droite. En outre, il ressort d'un rapport de physiothérapie, établi lors du second séjour du recourant à la Clinique J._____ en février 2022, que le recourant est parvenu, à la clinique, à se vêtir seul grâce à des vêtements faciles. Il ressort également d'un rapport de consultation du 22 septembre 2022 du Centre hospitalier N._____ que le déshabillage se fait sans mobiliser le membre supérieur gauche. Quant au bras droit, une éventuelle limitation de son utilisation ne ressort pas du dossier, la Dre K._____ ayant notamment indiqué que le recourant arrivait à porter les courses avec sa main droite. S'agissant des autres activités, il faut relever que le recourant ne fait pas la cuisine car il ne sait pas la faire et le ménage est pris en charge par son épouse (cf. appréciation du 17 mai 2024). Finalement, aucun des rapports médicaux établis par les médecins traitants ne fait état d'une situation médicale relevant de l'impotence, le recourant n'ayant jamais signalé à ces médecins de difficultés pour accomplir les actes de la vie quotidienne, notamment aux Drs M._____ et C._____ (cf. rapports des 5 juillet 2023 et 19 janvier 2024). On notera ici que la Dre H._____, qui a fait état de l'épicondylite très douloureuse au bras droit, n'a pas mentionné de difficultés pour le recourant d'effectuer de tels actes (cf. rapports des 7 août 2024 et 26 février 2025). Seul le rapport non daté du Dr Z._____ mentionne que le recourant aurait perdu la possibilité de faire beaucoup d'activités, comme par exemple prendre une douche ou faire des tâches ménagères. Ce rapport, qui ne fait que relater les propos du recourant, ne saurait toutefois suffire à établir un besoin d'aide important et régulier pour les activités du quotidien.

Au vu de ce qui précède, aucun élément au dossier ne met sérieusement en doute les conclusions de l'intimée s'agissant de l'allocation pour impotent sollicitée. Il se justifie de confirmer la décision sur opposition litigieuse sur ce point également, le recourant ne présentant pas d'impotence au sens de l'assurance-accidents.

12. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire psychiatrique, rhumatologique et orthopédique. Une telle mesure ne serait en effet pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée.

13. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, 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 29 avril 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 Fanette Sardet (pour A. _____),
- 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 :