

200.2021.437.LAA
N° AVS
NIG/EGC

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 8 avril 2022

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président
A.-F. Boillat et M. Moeckli, juges
G. Niederer, greffier

A. _____

recourant

contre

Suva, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
Division juridique, Fluhmattstrasse 1, Case postale 4358, 6002 Lucerne 2
représentée par Me B. _____

intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 12 mai 2021



En fait:

A.

A. _____, né en 1970, marié et père de deux enfants majeurs, a été engagé en qualité de manœuvre (maçon) à 100% dès le 3 avril 2017 auprès d'une société sise dans le canton de Berne. Il était à ce titre assuré par son employeur auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Suva). Par une déclaration de sinistre du 23 septembre 2017, l'employeur de l'assuré a annoncé à la Suva que, le 21 septembre 2017, ce dernier avait chuté d'une hauteur de 1,6 mètre depuis un pont de travail, lors de travaux de coffrage. Une incapacité de travail a été médicalement attestée à 100% dès la survenance de cet événement.

B.

Après avoir pris en charge les suites immédiates de l'accident (frais de traitement hospitalier, d'ergothérapie et de physiothérapie) et admis le droit à des indemnités journalières dès le 24 septembre 2017, la Suva a recueilli divers rapports médicaux et sollicité à deux reprises l'avis de son médecin d'arrondissement. Le 13 novembre 2020, elle a fait savoir qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et aux indemnités journalières avec effet au 1^{er} décembre 2020. A cette occasion, elle a également indiqué à l'intéressé qu'elle allait encore examiner le droit de celui-ci à d'autres prestations d'assurance. Par décision du 18 décembre 2020, la Suva a exclu tout droit à une rente d'invalidité, mais reconnu celui à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25%. Par décision sur opposition du 12 mai 2021, elle a confirmé son prononcé et rejeté l'opposition du 1^{er} février 2021 formée par l'intéressé.

C.

Par envoi du 14 juin 2021, l'assuré a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision sur opposition de la Suva du 12 mai 2021, de même qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, toutes deux d'au moins 50%. Dans sa réponse du 16 août 2021, la Suva, représentée par un avocat, a conclu au rejet du recours. Répliquant le 27 septembre 2021, l'assuré a encore confirmé ses conclusions et produit une nouvelle pièce justificative (PJ). La Suva a également maintenu ses conclusions, dans une duplique du 18 octobre 2021.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 12 mai 2021 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la décision du 18 décembre 2020, qui reconnaît un droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25%, mais nie tout droit à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision sur opposition et sur l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au moins 50%, ainsi que d'une rente d'invalidité d'au moins le même pourcentage. Est particulièrement critiquée par le recourant la force probante du rapport du médecin d'arrondissement du 12 novembre 2020.

1.2 Selon l'art. 58 al. 1 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours. Lorsqu'il a recouru, l'intéressé était en l'espèce domicilié dans le canton de Berne. Le TA est donc compétent pour connaître du présent litige. Cela vaut en dépit du statut de saisonnier du recourant (voir à ce propos dossier [dos.] Suva 43/1) et du fait qu'il a vécu essentiellement

dans le canton de Neuchâtel auparavant, au long de la procédure menée par la Suva. De plus, le recours a été interjeté en temps utile, dans les formes prescrites et par une partie disposant de la qualité pour recourir, si bien qu'il est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], applicable par renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA, RS 832.20]; art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le Tribunal examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA). 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 (art. 4 LPGA).

2.2 Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) 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 ordinaire de la retraite (art. 18 al. 1 LAA).

2.2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré qui entre

en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1).

2.2.2 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1).

2.3 Aux termes de l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'art. 25 al. 1 LAA dispose que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

2.3.1 D'après l'art. 25 al. 2 LAA, le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité. Il a fait usage de cette délégation de compétence à l'art. 36 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA, RS 832.202). L'al. 1 de cette disposition prescrit qu'une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. L'al. 2 prévoit que l'indemnité pour

atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3. Dans cette annexe, le Conseil fédéral a édicté un barème des indemnités selon une liste non exhaustive d'atteintes fréquentes et typiques, laquelle a été reconnue comme étant conforme à la loi (ATF 124 V 29 c. 1b). Pour les atteintes à l'intégrité qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, on appliquera le barème par analogie en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 § 2 de l'annexe 3; ATF 116 V 156 c. 3a).

2.3.2 L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée en fonction de la gravité de l'atteinte. Celle-ci est évaluée d'après le diagnostic médical. En cas de diagnostic identique, l'atteinte à l'intégrité est la même pour tous les assurés; elle est évaluée de manière abstraite et égalitaire (ATF 124 V 29 c. 3c). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assurance-accidents se distingue de la réparation morale au sens du droit civil, qui vise un dommage immatériel individuel et tient compte des circonstances particulières. Contrairement à la fixation de la réparation morale en droit civil, pour l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il y a lieu d'assimiler les séquelles accidentelles semblables et d'établir des règles générales de calcul fondées sur des bases médicales; à cet égard, les handicaps individuels particuliers résultant de l'atteinte à l'intégrité ne sont pas pris en considération. L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité ne dépend dès lors pas des circonstances particulières du cas d'espèce; il ne s'agit pas non plus d'estimer une injustice subie, mais de déterminer sur une base médicale théorique l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale, sans tenir compte de facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 c. 1, 113 V 218 c. 4b; RAMA 1997 p. 207 c. 2a).

2.4 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

3.

A titre liminaire, il faut signaler qu'il est incontesté et établi au vu du dossier que le recourant a subi un accident professionnel le 21 septembre 2017, en chutant d'un pont de travail d'une hauteur de 1,6 mètre, lors de travaux de coffrage (d'après la déclaration d'accident; dos. Suva 1). Est en revanche litigieuse la question du droit à une rente d'invalidité, ainsi que l'ampleur du droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. On précisera encore que le recourant ne réclame aucunement la poursuite du versement des indemnités journalières ou la prise en charge d'éventuels nouveaux frais médicaux. Ainsi, il ne remet pas non plus en cause que son état de santé est stabilisé.

4.

4.1 Dans la décision sur opposition attaquée, l'intimée a retenu une pleine valeur probante au rapport du 12 novembre 2020 du médecin d'arrondissement. Se fondant sur ce rapport, elle a considéré qu'au regard des suites organiques objectivables de l'atteinte au poignet droit, le recourant était en mesure d'assumer à 100% une activité adaptée, c'est-à-dire un emploi ménageant cette articulation. En comparant le revenu perçu auprès du dernier employeur, avec celui que le recourant pourrait obtenir en tenant compte de ces limitations fonctionnelles (établi sur une base statistique et prenant en considération un abattement de 10%), l'intimée a arrêté le taux d'invalidité à 6,68%, à savoir un pourcentage insuffisant pour ouvrir un droit à une rente. Se fondant sur l'avis du médecin d'arrondissement, l'intimée a encore jugé que le recourant avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25%.

4.2 Le recourant soutient pour sa part qu'on ne saurait exiger de lui qu'il exerce une activité ne sollicitant que modérément sa main et son poignet. Il critique ainsi l'avis du médecin d'arrondissement et déclare qu'à l'inverse de ce que celui-ci affirme, il est dans l'incapacité totale d'effectuer une quelconque activité avec son bras droit. Il en déduit qu'une invalidité d'au moins 50% aurait dû être reconnue, de même qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité du même taux au minimum. Il se prévaut à cet égard

d'une inégalité de traitement avec un autre assuré ayant obtenu une rente de 68%, alors même que, contrairement à lui, celui-ci était encore en mesure de bricoler et d'effectuer de menus travaux. L'intéressé relève également que la mesure organisée par les organes de l'assurance-invalidité (AI) n'a pas pu être menée à son terme, démontrant selon lui son incapacité de faire usage de son bras droit. En outre, il prétend que l'intimée aurait dû tenir compte de son absence de formation et sa mauvaise maîtrise du français.

5.

Le dossier permet de constater les faits principaux suivants.

5.1 Le 26 septembre 2017, un département de chirurgie d'un hôpital régional a posé le diagnostic principal de fracture comminutive du radius distal droit et celui, secondaire, de plaie frontale superficielle. Il a mentionné que l'intéressé avait été hospitalisé du 21 au 23 septembre 2017 en vue d'une réduction fermée, ainsi que d'une stabilisation par fixateur externe au niveau du deuxième métacarpien le 22 septembre 2017 (voir le rapport opératoire du 20 octobre 2017, confirmant ce premier diagnostic, dos. Suva 14). Il a signalé que le recourant se plaignait, en plus de douleurs ostéo-articulaires, d'un rachis douloureux au niveau des régions cervicale et dorsale, ainsi que d'une plaie frontale (voir à ce sujet: dos. Suva 22, soit un rapport radiologique excluant notamment une fracture rachidienne ou un hématome intracrânien; voir aussi les rapports radiologiques du 22 septembre 2017, dos. Suva 18 à 21). Une incapacité de travail à 100% a été attestée du 21 septembre au 5 novembre 2017.

5.2 Le 13 octobre 2017, une clinique universitaire pour la chirurgie plastique et de la main a retenu le diagnostic de syndrome du tunnel carpien post-traumatique à droite, en présence d'une fracture du radius distal intra-articulaire poly-fragmentaire et d'un fixateur externe. Le 23 octobre 2017, elle a en outre fait part d'une symptomatique médiane, le recourant n'ayant plus de sensibilité dans le pouce et une sensibilité diminuée dans les doigts. Une intervention a été pratiquée le 13 octobre 2017 (retrait du fixateur, décompression du nerf médian dans le

tunnel carpien et ostéosynthèse par réduction et fixation interne, voir dos. Suva 70 s.). De plus, le 5 décembre 2017, elle a posé le diagnostic de status après le retrait du fixateur externe, avec le développement d'une différence de niveau intra-articulaire de l'avant-bras (voir également les rapports radiologiques du 4 décembre 2017, dos. Suva 27 à 30). Le 27 avril 2018, elle a indiqué qu'en dépit d'une légère amélioration de la mobilité, le recourant se plaignait d'une limitation à la flexion et à l'extension. L'incapacité de travail à 100% a été confirmée.

5.3 Le 19 juin 2018, le médecin d'arrondissement de l'intimée, interniste et spécialiste en médecine intensive, a posé le diagnostic de fracture comminutive de l'extrémité distale du radius droite, avec séquelles douloureuses et mobilité. Il a retenu qu'était exigible l'exécution de travaux ne nécessitant aucune force au niveau du poignet ou de la main droite, n'impliquant pas de vibrations ou de chocs, une pro-supination complète ou répétée de l'avant-bras droit, l'utilisation répétée ou en force de la pince pollicidigitale droite, ainsi que le port de charges lourdes ou répété.

5.4 Dans un rapport du 8 novembre 2018, une clinique orthopédique d'un hôpital universitaire a expliqué que le recourant avait subi une opération à la même date (retrait du matériel d'ostéosynthèse, arthrolyse et mobilisation sous narcose; voir le rapport opératoire du 26 novembre 2018, dos. Suva 87). Elle a posé le diagnostic de matériel d'ostéosynthèse dérangeant après une fixation interne par réduction ouverte d'une fracture comminutive du radius distal droit le 13 octobre 2017 et attesté une incapacité de travail à 100% du 8 novembre au 13 décembre 2018. Le 27 décembre 2018, elle a ajouté qu'en dépit d'un bon alignement, mais en présence d'une arthrose débutante (dos. Suva 88), le recourant se plaignait de douleurs relativement fortes, ainsi que d'une restriction de la mobilité du poignet. Elle a confirmé l'incapacité de travail à 100%, ce qu'elle a aussi fait dans un rapport du 18 février 2019, relevant que l'évolution était lente.

5.5 La clinique universitaire pour la chirurgie de la main et la chirurgie plastique s'est prononcée le 29 mai 2019, en posant le diagnostic de status après réduction ouverte avec fixation interne d'une fracture comminutive du radius distal droit le 13 octobre 2017, en présence d'un status après un fixateur externe post-traumatique. Elle a également attesté une incapacité

de travail à 100%. Dans son écrit du 31 juillet 2019, elle a encore retenu les diagnostics d'arthrose radio et medio-carpienne, en présence d'un cal vicieux d'une fracture comminutive du radius distal, avec variance ulnaire positive à droite le 13 octobre 2017. Elle a souligné que la situation était inchangée, le recourant demeurant en état d'incapacité de travail à 100% (voir aussi le rapport radiologique du 29 juillet 2019; dos. Suva 115). Dans des écrits des 24 septembre et 8 novembre 2019, elle a répété ce diagnostic, en spécifiant que des infiltrations réalisées le 23 juillet et le 23 septembre 2019 n'avaient pas permis d'atténuer les douleurs, qui restaient permanentes (voir aussi le rapport radiologique du 4 novembre 2019, dont il apparaît que l'état était stationnaire, dos. Suva 133). En revanche, à l'issue d'un rapport du 15 janvier 2020, il a été signifié qu'une brève amélioration avait été constatée, suite à une infiltration du 4 novembre 2019. Une panarthrodèse a alors été conseillée.

5.6 Le 31 octobre 2020, un deuxième hôpital universitaire, consulté par le recourant en vue d'obtenir un second avis, a mentionné que le tableau clinique était fortement évocateur d'un syndrome douloureux régional complexe, alors en période de déclin. Une nouvelle opération a été déconseillée, au profit d'un traitement médicamenteux.

5.7 Un département de l'appareil locomoteur d'un hôpital orthopédique a rendu un rapport du 31 août 2020. Il a relevé qu'il n'y avait pas de douleur au repos, mais à l'utilisation de la main et du poignet droit, avec une limitation importante des amplitudes articulaires dans toutes les directions, de même qu'à la mise en tension des extenseurs et fléchisseurs, ainsi qu'en pronation et supination. Il a exclu le diagnostic de suspicion d'un syndrome douloureux régional complexe et plutôt évoqué des douleurs tendineuses. Il a ajouté qu'il était douteux que le recourant puisse un jour reprendre son activité de maçon.

5.8 Le 12 novembre 2020, le médecin d'arrondissement de l'intimée a surtout posé le diagnostic de fracture multi-fragmentaire intra-articulaire et impactée de l'extrémité inférieure du radius droit, avec variance ulnaire positive. Au terme de son examen, il a retenu que l'aggravation des atteintes au poignet droit ne pouvait pas être objectivée (en particulier au moyen de radiographies) et qu'aucun élément somatique ne permettait

d'expliquer l'aggravation des troubles subjectifs et fonctionnels du recourant. Il a ajouté que la situation était stable et a dès lors confirmé le profil d'exigibilité qu'il avait établi le 19 juin 2018 (le port de charges étant toutefois désormais limité à 500 grammes). Il a également précisé que l'activité de maçon n'était plus exigible à plein temps. Enfin, dans un document séparé daté du même jour, il a expliqué que l'atteinte à l'intégrité devait être fixée à 25% (dos. Suva 182).

6.

6.1 La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

6.2 Les rapports et expertises émanant de médecins internes aux assureurs ont valeur probante, pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de façon compréhensible, soient dépourvus de contradictions et qu'il n'existe pas d'indices contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il en va de même lorsqu'un médecin est appelé de façon répétée à effectuer des expertises pour le compte d'une assurance. Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité. Eu égard à l'importance considérable qu'un tel rapport médical a en matière de droit des assurances sociales, il convient de poser des exigences sévères s'agissant de l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 c. 3b/ee; SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4).

6.3

6.3.1 En l'occurrence, d'un point de vue formel, force est d'admettre que le rapport du 12 novembre 2020 satisfait aux critères jurisprudentiels relatifs à la valeur probante d'un tel document. Le médecin d'arrondissement, dont les qualifications en médecine interne et intensive ne sauraient être critiquées (notamment puisqu'il s'appuie sur les avis de spécialistes en chirurgie de la main et en orthopédie), s'est déterminé après avoir procédé à un examen personnel du recourant, qui était alors assisté par une interprète. De plus, ce médecin a pris en considération l'ensemble des rapports médicaux versés au dossier (dos. Suva 183/1-5) et a tenu compte des plaintes formulées par le recourant, ainsi que de son anamnèse détaillée. Le rapport du médecin d'arrondissement contient en outre un exposé clair du contexte médical, de même que des conclusions motivées, qui ne laissent aucunement apparaître de lacunes lors de la genèse de ce document. Sur le plan formel, il n'existe par conséquent aucune raison de remettre en question cet écrit, ce que le recourant ne critique du reste pas, puisqu'il s'en prend seulement aux éléments matériels contenus dans celui-ci.

6.3.2 Sur le plan matériel, le rapport litigieux permet aisément de suivre le raisonnement du médecin d'arrondissement. Celui-ci a en effet procédé à un examen des mains et poignets du recourant, puis observé que celui-ci se plaignait de douleurs à la palpation du côté droit. Il a aussi rapporté que la mobilisation de tout le poignet et de la main, du côté droit, y compris des doigts, avait été déclarée impossible. Il a toutefois constaté que le recourant invoquait également des douleurs au poignet droit lors des mouvements en flexion et extension du coude, la pronation et la supination étant déclarées impossibles. Le médecin d'arrondissement a en outre souligné que l'examen de l'épaule droite n'avait pas pu être effectué, puisque l'assuré avait avancé que les douleurs au poignet irradiaient dans l'épaule (dos. Suva 183/6-8). Cependant, il a relevé de façon probante que les troubles douloureux invoqués dans le membre supérieur droit, avec une diminution de la force, un gonflement occasionnel et une forte diminution de la mobilité du poignet, ainsi que de la main, étaient subjectifs et que ces derniers avaient "parasité" l'examen des articulations du bras droit. A ce

titre, il s'est dit frappé en tant que le recourant s'était plaint de restrictions de la mobilité du coude, de l'épaule et des doigts du côté droit, alors que l'assuré n'avait subi qu'une atteinte organique au poignet. Il a aussi expliqué de façon convaincante que, même en cas de fixation complète de l'articulation du poignet, la mobilisation des doigts, du coude et de l'épaule devait demeurer possible. Enfin, il s'est dit étonné par l'absence d'amyotrophie sévère, à laquelle il fallait s'attendre à défaut d'utilisation au quotidien de la musculature du bras droit et a au contraire signifié qu'il avait observé une musculature plus développée au niveau du bras et de l'avant-bras droit, que du côté gauche. On parvient dès lors à saisir l'avis de l'expert, qui a qualifié l'évolution de totalement atypique, puisqu'aucun substrat organique objectivable ne permettait d'expliquer que les troubles s'étaient aggravés et qu'ils s'étaient étendus à l'ensemble du bras. C'est donc de manière cohérente qu'il a conclu que le tableau clinique était influencé de façon très importante, voire nettement prépondérante par des éléments contextuels et/ou psychologiques, sans lien avec l'atteinte organique objectivable subie au poignet droit. Néanmoins, en raison de cette atteinte, il a logiquement admis qu'était uniquement exigible à plein temps une activité n'impliquant pas un travail répété ou en force réalisé à l'aide du poignet et/ou de la main droite, ne nécessitant pas de porter des charges de plus de 500 grammes ou de façon répétée à l'aide de la main droite et n'occasionnant pas de vibrations ou de chocs au niveau de cette articulation. Il a ainsi précisé que l'activité de maçon n'était plus exigible à temps complet (dos. Suva 183/9 s.). Ce faisant, le rapport litigieux est convaincant, de sorte qu'il faut lui reconnaître une pleine valeur probante.

6.3.3 On ajoutera que c'est à juste titre que le médecin d'arrondissement a conclu qu'aucun élément objectif ne permettait de justifier le point de vue du recourant, selon lequel celui-ci serait dans l'incapacité de faire usage de son bras droit. En effet, même si le recourant estime que ce résultat ressort du dossier médical, l'examen des pièces produites ne permet pas de le confirmer. Ainsi, bien que les premiers rapports de l'hôpital régional évoquaient des douleurs diffuses le long du rachis, au niveau de la région cervicale, ainsi qu'un traumatisme crânien, un scanner avait ensuite permis d'exclure toute lésion intracrânienne ou du rachis cervical (dos. Suva 15 et 22). De plus, aucun des rapports de la clinique universitaire pour la

chirurgie plastique et de la main ou de la clinique orthopédique, n'ont jamais évoqué de restrictions ou de douleurs liées à l'articulation du coude ou de l'épaule. Certes, l'intéressé avait initialement souffert d'une perte ou diminution de la sensibilité des doigts, après la pose du fixateur externe (dos. Suva 10 et 17). Cette problématique a toutefois été résolue à l'issue d'opérations, qui ont en outre permis d'atténuer les douleurs (dos. Suva 34, 54, 71, 82 et 89). De même, s'il est vrai que le recourant a confié, dans un centre universitaire consulté en vue d'un deuxième avis, que les douleurs du poignet irradiaient dans l'avant-bras (dos. Suva 144), force est de constater que, par la suite, lors d'une consultation du 31 août 2020, un département de l'appareil locomoteur a précisé que la plainte principale était toutefois liée à la douleur lors de l'utilisation de la main et du poignet droit (dos. Suva 168). Il convient encore de relever que, lors de son entretien avec l'intimée du 26 février 2018, le recourant n'a fait état que de limitations à la flexion, à l'extension et à la rotation du poignet, de même qu'en relation avec la force (dos. Suva 43), ce qu'il a confirmé le 14 février 2019, en mentionnant qu'il n'éprouvait pas de douleur sans sollicitation et que, globalement, il n'était pas particulièrement plaintif (dos. Suva 92). Dans sa demande de prestations de l'AI du 26 février 2018, il n'a d'ailleurs pas non plus évoqué d'atteinte au coude ou à l'épaule, mais seulement au poignet droit (dos. Suva 44/6). Dans ces circonstances, il ne s'impose donc pas au degré de la vraisemblance prépondérante (degré de preuve usité en droit des assurances sociales; ATF 138 V 218 c. 6), que le recourant est incapable d'effectuer toute activité avec son bras droit.

6.3.4 Ce résultat résiste aussi au grief du recourant, qui prétend que le médecin d'arrondissement n'a pas tenu compte des séances d'ergothérapie et des exercices accomplis à domicile, qui aurait empêché une perte musculaire. Selon lui, ce médecin ne pouvait donc se baser sur l'absence de perte musculaire au niveau du bras pour nier toute utilisation de ce dernier (p. 2 du recours). En effet, cet argument ne change rien au fait qu'aucun élément au dossier médico-asséculo-logique ne permet d'abonder dans le sens du recourant. On doit au contraire constater qu'il appert du dossier que le suivi d'une ergothérapie n'a pas échappé au médecin d'arrondissement (voir dos. Suva 183/3). En outre, on ne peut ignorer que le rapport du département de l'appareil locomoteur du 31 août 2020, relève

que l'assuré n'avait alors plus suivi de physiothérapie, ni d'ergothérapie depuis plusieurs mois à cette date (dos. Suva 168/4), alors que l'examen par le médecin d'arrondissement a eu lieu environ deux mois plus tard. De même, la thérapie suivie est décrite au dossier comme une thérapie uniquement de la main et non de l'ensemble du bras (dos. Suva 138/2). Il est aussi mentionné qu'il s'agit d'une ergothérapie "douce", visant à maintenir la mobilité articulaire du poignet (dos. Suva 103, voir aussi dos. Suva 111). Compte tenu de ces éléments, le point de vue du médecin d'arrondissement n'est dès lors pas remis en cause par l'argument du recourant en la matière.

6.3.5 S'agissant du rapport d'un centre d'intégration et de formation professionnelle du 8 juin 2021 produit par l'intéressé devant le TA, il est postérieur à la décision sur opposition attaquée, mais porte en partie sur des faits observés avant ce prononcé. Il est donc susceptible d'influencer l'appréciation au moment où l'acte en cause a été rendu et doit donc être pris en compte dans la présente procédure (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1; SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Cet écrit n'a toutefois pas la portée que le recourant lui confère. Certes, il mentionne que l'intéressé n'a pas sollicité son bras droit au cours de la mesure, hormis afin de maintenir parfois certains objets (voir PJ 3 du recours, p. 2 s.). Il n'en reste pas moins qu'au regard de ce document, il ne peut être admis que les travaux accomplis étaient adaptés à l'atteinte à la santé. En effet, puisque l'assuré est droitier, une activité dans le domaine du dessin technique, du triage de petits objets, de même que l'utilisation d'un ordinateur, n'apparaissent pas envisageables sans une utilisation répétée du poignet droit (dominant). La mesure a par ailleurs été interrompue surtout du fait de l'augmentation des douleurs au niveau du bras gauche, dès lors que le port de charges n'a été effectué qu'avec ce seul membre. Ce faisant, le rapport du centre d'intégration et de formation professionnelle ne permet pas d'opérer des déductions fiables quant au profil d'exigibilité posé par le médecin d'arrondissement dans son rapport du 12 novembre 2020. Au demeurant, on ne saurait perdre de vue que ce médecin a expliqué les limitations alléguées par l'intéressé, visant l'ensemble du membre supérieur droit (et non uniquement le poignet), par des éléments psychologiques et/ou contextuels. Or, l'influence jouée par ces derniers ne peut être ignorée, en

ce qui concerne le déroulement de la mesure décrite dans le document produit par le recourant.

6.3.6 Finalement, c'est en vain que le recourant se prévaut du fait qu'un autre assuré a pu bénéficier d'une rente d'invalidité de l'intimée, alors que celui-ci était toujours capable de bricoler et d'effectuer des petits travaux (p. 2 du recours). En effet, l'exemple cité par le recourant, qui figure sur le site internet de l'intimée, est celui d'un accidenté ayant subi, à la suite d'une chute à moto, un important traumatisme crânien, accompagné de lésions neurologiques, au point de rencontrer des difficultés à s'organiser, à planifier, ainsi qu'à assurer le suivi de ses travaux de contremaître. Partant, la situation de ce cas se distingue de celle du recourant, en particulier sur le plan des conséquences médicales de l'atteinte à la santé (dont on ignore du reste l'ampleur, au vu du seul extrait publié sur la page internet de l'intimée). Dès lors, dans la mesure où le recourant se prévaut d'une violation du principe de l'égalité de traitement en comparant des états de fait dissemblables, il ne peut de toute manière être suivi (voir à ce sujet: ATF 142 I 195 c. 6.1 et les références).

7.

Reste à examiner le taux d'invalidité du recourant.

7.1 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment (hypothétique) de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à une même période et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'à la date de la décision être prises en compte (ATF 143 V 295 c. 4.1.3, 129 V 222).

Conformément à l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme.

7.2

7.2.1 Pour déterminer le revenu de personne valide, il faut se fonder sur le revenu que la personne assurée aurait effectivement pu réaliser sans atteinte à la santé, selon un degré de vraisemblance prépondérante, au moment du début potentiel du droit à la rente. Il y a lieu en règle générale de prendre pour base le dernier salaire gagné par la personne assurée, en l'adaptant le cas échéant au renchérissement et à l'évolution des salaires réels (ATF 139 V 28 c. 3.3.2, 134 V 322 c. 4.1; SVR 2017 IV n° 52 c. 5.1).

7.2.2 Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne intéressée (ATF 143 V 295 c. 2.2). Si, après la survenance de l'atteinte à la santé, la personne assurée n'a plus exercé d'activité lucrative, ou plus dans une mesure exigible de sa part, la jurisprudence admet que le revenu d'invalidé soit déterminé en se basant soit sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée périodiquement par l'Office fédéral de la statistique (OFS), soit sur les descriptions de postes de travail (DPT) de la Suva (ATF 143 V 295 c. 2.2).

7.3

7.3.1 En l'espèce, l'intimée a fixé le revenu de personne valide du recourant, à bon droit, sur la base des informations qui lui ont été communiquées par l'employeur de celui-ci (voir à ce sujet: ATF 145 V 141 c. 5.2.1, 134 V 322 c. 4.1). Il en a déduit, s'agissant de l'année de naissance du droit à la rente, à savoir 2020 (voir c. 7.1 et dos. Suva 184), que le recourant aurait perçu un revenu fondé sur une rémunération de Fr. 29.20 par heure, à raison de 2'112 heures (correspondant au total des heures annuelles de travail déterminant, soit 365 jours : 7 = 52,14 semaines x 40,5 heures), ce qui aboutit à Fr. 61'670.40. En tenant compte du droit au 13^{ème} salaire, de 8.33% (Fr. 5'137.10), ce montant est augmenté à Fr. 66'807.50 (dos. Suva 180).

7.3.2 Quant au revenu d'invalidé, l'intimée l'a justement arrêté sur la base des chiffres de l'ESS, puisque l'activité habituelle du recourant a été jugée incompatible à son état de santé (dos. Suva 183/10) et que celui-ci n'a plus exercé d'activité adaptée depuis la survenance de l'accident (ATF 143 V 295 c. 2.2; SVR 2019 IV n° 28 c. 5.1.3). Selon ces chiffres, le recourant pourrait réaliser un revenu mensuel de Fr. 5'417.- ou Fr. 65'004.- par an (ESS 2018, table TA1, "Salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques, le niveau de compétence et le sexe", Secteur privé, Total, Niveau de compétences 1, Hommes). Comme les salaires bruts standardisés de l'ESS sont fondés sur un horaire de travail hebdomadaire de 40 heures, il faut encore les adapter, comme l'a aussi fait l'intimée, à la durée de travail hebdomadaire moyenne usuelle dans les entreprises en 2020, soit 41,7 heures par semaine (ATF 126 V 75 c. 3b/bb). Cette opération porte le revenu annuel du recourant à Fr. 67'766.70. Ce montant doit alors être indexé à l'année 2020, du fait du renchérissement et de l'évolution des salaires réels (ATF 144 I 103 c. 5.3, 134 V 322 c. 4.1; SVR 2017 IV n° 52 c. 5.1), ce qui conduit à fixer la somme visée à Fr. 68'906.15 (conformément à la table T39, "Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels", 1976 - 2020, colonne "Hommes", indices [base 1939 = 100] 2018: 2'260 et 2020: 2'298).

7.3.3 Il faut cependant tenir compte du fait que le travailleur invalide, lorsqu'il accomplit un travail non qualifié, reçoit en règle générale, même sur un marché du travail équilibré, un salaire inférieur à celui d'un salarié valide, car son rendement est en général inférieur en raison de son handicap; il convient dès lors de procéder à un abattement sur le revenu statistique pris en compte (ATF 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3). Par ailleurs, la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximal de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V

322 c. 5.2; SVR 2018 IV n° 46 c. 3.3). Il est à noter que les restrictions de santé déjà intégrées dans l'évaluation de la capacité de travail au plan médical ne peuvent être également prises en compte dans la fixation de l'abattement lié au handicap, sous peine de donner lieu à une double comptabilisation du même aspect (SVR 2018 IV n° 45 c. 2.2).

7.3.4 En l'occurrence, l'intimée a admis un abattement de 10%, afin de tenir compte des limitations fonctionnelles, ce que le recourant n'a pas remis en cause. A ce propos, on peut toutefois relever que le niveau 1 de la table TA1 de l'ESS (retenu dans le calcul du revenu d'invalide), s'applique aux assurés qui ne peuvent plus accomplir leur activité habituelle, devenue trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent une capacité de travail importante, s'agissant de travaux légers (TF 8C_766/2017 du 30 juillet 2018 c. 8.6, 9C_633/2017 du 29 décembre 2017 c. 4.3). Pour ces assurés, le salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides, dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, ne nécessitant pas d'expérience professionnelle spécifique ou de formation particulière, si ce n'est une phase initiale d'adaptation et d'apprentissage (TF 8C_549/2019 du 26 novembre 2019 c. 7.7; SVR 2021 IV n° 8 c. 4.2). Dans le cas d'une assurée pour laquelle seules des activités légères, épargnant la main dominante et sans exigences en termes de force, de motricité fine et de sensibilité restaient exigibles, le TF a par exemple exclu la prise en compte d'un abattement (TF 8C_495/2019 du 11 décembre 2019 c. 4.2.2, voir aussi en ce sens: TF 9C_238/2018 du 30 avril 2018 c. 5.2). Un abattement de 10 à 15% n'est généralement considéré comme approprié que dans l'hypothèse de la perte de fonctionnalité totale d'un bras (TF 9C_783/2015 du 7 avril 2016 c. 4.6 in fine et la référence). La jurisprudence reconnaît en effet un abattement, lorsqu'un assuré est limité dans sa capacité à effectuer même des travaux physiquement légers et non qualifiés (ATF 126 V 75 c. 5a/bb). Un abattement de 10% apparaît dès lors généreux, au cas particulier. Cela vaut également, compte tenu du fait que le recourant ne maîtrise pas la langue française et qu'il ne dispose d'aucune formation, puisque, d'après le TF, un abattement n'entre pas en ligne de compte pour ces motifs, lorsque le niveau 1 de la table TA1 a servi de base au calcul du revenu d'invalide (TF 8C_151/2020 du 15 juillet 2020 c. 6.3.4,

8C_314/2019 du 10 septembre 2019 c. 6.2). L'abattement reconnu par l'intimée n'a toutefois aucune portée, puisque, même avec celui-ci, le droit à la rente doit de toute manière être nié (voir c. 7.4).

7.4 En effet, avec un abattement de 10%, le revenu d'invalidé atteint Fr. 62'015.50 (et non Fr. 62'339.-, comme calculé par l'intimée, qui s'est visiblement fondé sur une autre table d'indexation). Or, la comparaison du revenu de valide, de Fr. 66'807.50, avec celui d'invalidé, de Fr. 62'015.50, aboutit à un taux d'invalidité de 7,2% qui ne suffit pas pour ouvrir un droit à une rente (art. 18 al. 1 LAA). Du reste, en excluant l'abattement, le revenu d'invalidé serait de Fr. 68'906.15 (voir c. 7.3.2). Partant, le revenu de valide serait alors inférieur à celui d'invalidé et le taux d'invalidité négatif. Et pour cause, puisque le revenu de valide est en l'occurrence nettement inférieur au salaire statistique moyen de la branche (ESS 2018, Table TA1, ch. 41-43 "Construction"; Fr. 5'622.- x 12), une fois adapté à un horaire de travail habituel (ATF 141 V 1 c. 5.6 et 5.7) et indexé à 2020 (voir c. 7.3.2). Ce salaire statistique atteint en effet Fr. 71'513.80 et dépasse donc de 6,6% le revenu de valide. Si elle n'avait pas tenu compte de l'abattement, l'intimée aurait donc dû procéder à un parallélisme des revenus (voir à ce propos: ATF 141 V 1 c. 5.4, 135 V 58 c. 3.1; SVR 2018 UV n° 33 c. 2.2.3). On ne peut cependant le lui reprocher, puisque l'abattement de 10%, inclus dans le calcul de l'intimée, prend suffisamment en compte les facteurs qui influencent le revenu et ne peuvent être considérés à double, dans le contexte d'un abattement et en lien avec un parallélisme des revenus (ATF 135 V 297 c. 5.3 et 6.2, 134 V 322 c. 5.2 et 6.2). Le parallélisme ne peut par ailleurs porter que sur la part du revenu réalisé qui excède 5%. Sans abattement mais avec parallélisme, le revenu d'invalidé aurait donc dû être réduit de 1,6%, soit à Fr. 67'803.65 (ATF 135 V 297 c. 6.1.2 s.). Néanmoins, malgré cela, le revenu d'invalidé demeure supérieur à celui de valide et aboutit toujours à un taux d'invalidité négatif. C'est donc en tous les cas à raison que l'intimée a exclu tout droit à une rente.

8.

Enfin, il faut examiner le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

8.1 Le médecin d'arrondissement de l'intimée a assimilé la situation du recourant à celle d'une arthrose radio-carpienne sévère, voire d'une panarthrodèse (voir dans le même sens: c. 5.5), pour lesquelles un taux de 25% doit selon lui être admis. Il a spécifié que l'atteinte en cause était moindre que dans l'hypothèse de la perte d'une main, justifiant un taux de 40%, mais plus grave qu'en cas de perte totale d'un pouce, qui impliquerait un taux de 20%. Quant au recourant, il affirme uniquement qu'un taux de 50% devrait constituer un minimum, pour quelqu'un qui, comme lui, ne pourra plus utiliser son bras droit pour le restant de sa vie.

8.2 En l'occurrence, le médecin d'arrondissement de l'intimée s'est fondé sur la "Table 5.1 - Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA" et sur la "Table 1 - Atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs" (disponibles sur le site internet de l'intimée: www.suva.ch), qui sont toutes deux reconnues par le TF comme étant conformes à l'annexe 3 de l'OLAA, qui se rapporte à l'évaluation des indemnités pour atteinte à l'intégrité (ATF 124 V 29 c. 1c; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 c. 5.1). La première prescrit effectivement qu'un taux de 10 à 25% doit être admis en cas d'arthrose radio-carpienne sévère. La seconde illustre qu'en cas d'arthrodèse radio-carpienne, un taux de 15% est admis, alors que celui-ci est réduit à 10%, en cas d'arthrodèse intra-carpienne. Une panarthrodèse étant une arthrodèse totale de l'articulation, on comprend donc que ces deux taux s'additionnent, en pareille hypothèse. A noter encore que, de façon similaire, le blocage du poignet en extension, avec la perte de la pronation et de la supination, conduit aussi à un taux de 25%, selon la Table 1. Partant, en présence du diagnostic de fracture multifragmentaire intra-articulaire, impactée de l'extrémité inférieure du radius droit, avec variance ulnaire positive, entraînant une limitation de l'usage du poignet et de la main (surtout pour les activités nécessitant de la force) et non la perte complète de l'usage du bras droit, comme le fait valoir le recourant, une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25% apparaît adéquate. Rien ne justifie donc de mettre en doute l'appréciation du médecin d'arrondissement, ce d'autant moins que le recourant ne fait valoir aucun argument topique en ce sens. Le grief de l'intéressé est en la matière également infondé.

9.

9.1 En conclusion et au vu de tout ce qui précède, c'est dès lors à bon droit que, dans sa décision sur opposition du 12 mai 2021, l'intimée a rejeté l'opposition formée contre sa décision du 18 décembre 2020 et exclu tout droit à une rente d'invalidité, mais reconnu celui à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25%. Le recours doit donc être rejeté.

9.2 Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 1 al. 1 LAA en lien avec l'art. 61 let. f^{bis} LPGA [en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2021; RO 2020 5137] et l'art. 61 let. g LPGA), ni à l'intimée. L'octroi de dépens à un assureur pratiquant l'assurance-accidents obligatoire rendrait en effet le principe de la gratuité illusoire (ATF 127 V 205 c. 3a, 126 V 143 c. 4a).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant,
 - au mandataire de l'intimée,
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

Le président:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).