

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 janvier 2010

---

Présidence de     Mme     RÖTHENBACHER  
Juges     :     Mmes     Thalmann et Di Ferro Demierre  
Greffier     :     M. Greuter

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.**\_\_\_\_\_, à Prilly, recourant, représenté par Me N.\_\_\_\_\_, avocat à  
Lausanne,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à  
Lucerne, intimée, représentée par Me U.\_\_\_\_\_, avocat à Lausanne.

---

**Art. 6 al. 1 LAA; 4 LPGA**

## **E n f a i t :**

**A.** D. \_\_\_\_\_ (ci-après: le recourant), né en 1965, ouvrier dans le secteur de la production, scies, chez [...] SA à [...], était assuré à ce titre auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA) contre les accidents professionnels et non professionnels.

**a)** Le 24 septembre 2003, le recourant a été victime d'un accident professionnel, au cours duquel sa main dominante a été blessée et mutilée. Lors de son travail sur une scie automatique, sa main droite a été entraînée dans l'ébavureuse et il a subi une mutilation de la face dorsale des doigts longs, avec défaut cutané, tendineux et ostéo-articulaire de l'articulation IPD (interphalangienne distale) de l'index, des articulations IPP (interphalangienne proximale) du médus, de l'annulaire et de l'auriculaire.

Le recourant a subi plusieurs interventions chirurgicales entre le 24 septembre 2003 et le 7 février 2005, toutes en relation avec les atteintes à la main. La CNA a pris le cas en charge et a servi ses prestations légales.

Le recourant a fait trois séjours à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: la CRR) de Sion pour évaluation médicale et professionnelle, du 3 novembre 2004 au 7 décembre 2004, du 3 mai au 24 mai 2005 et du 13 juin 2005 au 28 juin 2005. Suite au premier séjour, les médecins de la CRR ont déclaré, le 10 janvier 2005, qu'à cette date, l'état du recourant ne pouvait pas être considéré comme complètement stabilisé puisqu'une nouvelle intervention était prévue pour ablation de matériel. Ce n'était qu'après cette intervention que l'on pourrait considérer l'état stable. Ils ont également constaté que l'état psychique du recourant s'était bien amélioré et qu'ils avaient pu peu à peu le remettre en confiance. Aucun suivi (ambulatoire, en physiothérapie ou en ergothérapie) ni traitement n'a été prévu. Le troisième séjour du recourant à la CRR devait permettre la réalisation d'une phase I de réorientation

professionnelle. Cependant, au vu des absences répétées au stage et l'importance des plaintes somatiques dorso-lombaires, la phase I a été interrompue.

**b)** Le recourant a été examiné par le Dr R.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, le 30 septembre 2004, puis le 31 août 2005. Lors de l'examen du 30 septembre 2004, le recourant a déclaré au Dr R.\_\_\_\_\_ que sa main droite était très sensible au froid et n'avait pas retrouvé de mobilité complète, que son bras manquait de force et que, dans la vie quotidienne, il ne pouvait utiliser que le pouce et l'index. Le Dr R.\_\_\_\_\_ a en outre constaté qu'une partie du dos de la main était insensible. Dans son rapport final, il a indiqué que le recourant ne prenait pas d'antalgique bien que sa main continue à le faire un peu souffrir. En outre, aucun traitement ni rendez-vous n'étaient prévus avec la Clinique de [...]. Selon le Dr R.\_\_\_\_\_, une pleine capacité de travail restait envisageable dans une activité légère, privilégiant le contrôle et la surveillance au travail purement manuel. Il a toutefois estimé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique "incontournable", une relation de causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident du 24 septembre 2003 "ne faisant guère de doute".

**B. a)** Au terme des trois séjours à la CRR, la CNA, se fondant sur l'évaluation des médecins et des spécialistes de la réadaptation, a décidé, le 25 janvier 2006, l'octroi d'une rente d'invalidité de 18%, après comparaison des revenus, et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 17,5%. Elle a toutefois nié le lien de causalité adéquate entre les troubles psychogènes du recourant et l'accident.

Le recourant a fait opposition le 24 février 2006 à titre préventif. Il a motivé cette opposition le 17 mai 2006. Il a contesté le taux d'invalidité retenu et a requis que la CNA mette en œuvre une expertise psychiatrique, laquelle était nécessaire comme le préconisait le Dr R.\_\_\_\_\_.

**b)** Par décision sur opposition du 16 juin 2006, la CNA a confirmé sa décision. Une expertise psychiatrique n'était pas nécessaire, car même si la causalité naturelle devait être admise entre les troubles psychiques allégués et présentés et l'accident, une causalité adéquate ne pouvait être établie. La CNA, se fondant sur d'autres cas où un travailleur de force avait été accidenté à la main droite, a estimé que l'accident en cause, qui n'avait ni un caractère particulièrement dramatique ni impressionnant du point de vue objectif, devait être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne. Analysant ensuite de manière détaillée les critères concomitants requis par la jurisprudence pour l'admission de la causalité adéquate dans un tel cas, elle a conclu que ceux-ci n'étaient réunis ni en nombre suffisant ni en intensité de degré suffisant. La causalité adéquate n'était ainsi pas donnée. Au surplus, l'évaluation de l'invalidité était correcte compte tenu de la capacité de travail reconnue par les avis médicaux.

D. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision par acte du 15 septembre 2006 auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud. Il a conclu, avec suite de frais et dépens, principalement, à la réforme de la décision attaquée, une rente d'invalidité dont le taux devait être fixé en cours d'instance devant lui être reconnue, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à la CNA pour nouvelle décision. A titre de mesure d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, destinée à attester de l'existence de troubles psychiques, du rapport de causalité naturelle entre ceux-ci et l'accident ainsi que de leur caractère invalidant. En substance, il a soutenu avoir été victime d'un accident de gravité moyenne à la limite supérieure de la catégorie et que, parmi les critères concomitants à prendre en compte, celui de la gravité des lésions subies était déterminant dans le cas particulier. A cet élément s'ajoutaient encore la durée du traitement et les douleurs permanentes qu'il présentait.

Dans sa réponse du 4 décembre 2006, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a confirmé les termes de sa décision sur opposition en la complétant. L'accident devait être qualifié de gravité moyenne et les

critères concomitants étaient insuffisamment remplis pour l'admission de l'existence de la causalité adéquate. La CNA n'avait donc pas à répondre des troubles psychiques et le recours devait être rejeté.

**c)** Par jugement du 19 avril 2007 (AA 89/06 - 45/2007), le Tribunal des assurances a admis le recours et annulé la décision sur opposition du 16 juin 2006 de la CNA. Il a renvoyé la cause à cette dernière, afin que celle-ci mette en œuvre une expertise psychiatrique au sens de ses considérants. Selon le Tribunal des assurances, on ne pouvait d'emblée écarter l'existence de la causalité adéquate, compte tenu des circonstances du cas et de l'appréciation des circonstances concomitantes, en particulier de la nature des blessures, dont le Dr R. \_\_\_\_\_ avait relevé les séquelles importantes, peu susceptibles d'évoluer favorablement dans l'avenir. Le Dr R. \_\_\_\_\_ avait en effet constaté l'existence d'un état dépressif prolongé associé à un trouble de l'adaptation et un état de stress dépressif post-traumatique probablement incomplètement résolu, de nature à provoquer une invalidité importante, voire totale. Selon le tribunal, il convenait dès lors d'investiguer plus avant la question de la causalité s'agissant de la nature de ces troubles psychiques et de leur rapport avec l'accident.

**C. a)** Conformément au jugement du 19 avril 2007, la CNA a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Mandat fut alors confié au Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Il ressort de son expertise psychiatrique du 6 novembre 2007 ce qui suit:

**"Evolution selon les pièces du dossier:**

[...]

Dans son rapport du 8 novembre 2004, [le Dr H. \_\_\_\_\_] retient un diagnostic de trouble état de stress post-traumatique en rémission partielle F41.9 en ajoutant que "on peut raisonnablement faire l'hypothèse d'un état anxieux (attaque de panique ?)" et que "sur le plan psychiatrique, cet homme a présenté un tableau complet d'état de stress post traumatique les 4 à 8 semaines suivant l'accident avec les intrusions (cauchemars, flash backs), les conduites d'évitement (machines) et un état d'hyperéveil (insomnies, sursauts)". Il relève que "ce trouble a évolué favorablement durant les trois premiers mois comme c'est le plus souvent la règle et qu'il

reste aujourd'hui les plaintes résiduelles liées aux conduites d'évitement (place de travail); la chose se situe dans un contexte de bilan existentiel négatif et d'une forte anxiété quant à l'avenir".

Dans le consilium psychiatrique du 9 mai 2005, le Dr H. \_\_\_\_\_ note qu'il reste des plaintes liées à l'anxiété (soucis quant à sa situation) et à des idées dépressives (deuil de son état antérieur).

L'assuré est décrit comme vigile et orienté, sans troubles intellectuels patents, mais avec des idées de mine et d'insuffisance de degré modéré. Le psychiatre conclut à un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée F41.2.

Dans son rapport du 31 août 2005, le Dr R. \_\_\_\_\_ estime que, sur la base d'un handicap évident de la main droite, d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée faisant suite à un état de stress post-traumatique probablement incomplètement résolu et de lombalgies communes en train de s'aggraver et de se chronifier, on s'achemine inexorablement vers une invalidité importante, peut-être totale.

Pour le Dr R. \_\_\_\_\_, l'éclairage d'une expertise psychiatrique semble incontournable. Relevons que le Dr R. \_\_\_\_\_ ne donne pas d'avis personnel concernant la psychopathologie éventuelle de l'assuré et il ne fait que reprendre les observations du Dr H. \_\_\_\_\_, psychiatre à la CRR.

En complément à cette synthèse tirée du jugement précité, je reviendrai sur d'autres documents de votre dossier, ainsi que sur le rapport du DP-CHUV qui m'est parvenu de la part du médecin traitant, dans la partie discussion de mon rapport d'expertise.

**Dires de l'expertisé:  
Déroulement des faits**

Monsieur D. \_\_\_\_\_ rapporte qu'il est en Suisse depuis vingt ans et qu'il a travaillé pendant sept ans chez [...] SA, où l'accident est survenu.

Il relate qu'il a fait son accident en 2003. Il travaillait sur une machine à quatre moteurs électriques. Il portait les protections requises, à savoir des gants, un casque et des protections auriculaires.

A un moment, sa main gantée a été prise dans la machine qui lissait des pièces métalliques. Il retire sa main à l'aide de l'autre main, avec force. Il voit alors que "tout est parti", il voit les os dénudés de sa main.

Il se fait un garrot manuel avec l'autre main et attend l'ambulance qui arrive après vingt à trente minutes. Dans l'ambulance, on lui pose une perfusion et une fois arrivé à la Permanence de [...], on lui nettoie la plaie.

L'accident reste présent dans sa mémoire et la nuit précédent notre première entrevue, il a encore fait un cauchemar concernant l'accident.

Toutefois, il estime qu'il a digéré l'accident. Il pense que "c'est autre chose qui le touche maintenant". Ce n'est que lorsqu'il travaille avec des machines ou lorsqu'il entend des machines que cela lui rappelle l'accident.

### **Evolution**

Sur le plan physique, Monsieur D. \_\_\_\_\_ a subi plusieurs opérations qu'il ne détaille pas. Il n'évoque pas spontanément non plus ses difficultés à accepter les cicatrices.

Sur le plan psychique, il ne signale la consultation au DP-CHUV que lorsqu'il est interrogé de manière ciblée. Il n'a pas de suivi psychiatrique.

Il est suivi par le Dr [...], depuis deux à trois ans, soit depuis que ce médecin a pris la succession de l'ancien médecin de famille. Son traitement régulier consiste en Prinzide 20/12.5, un médicament antihypertenseur composé de deux substances.

De manière inconstante, l'expertisé prend des anti-inflammatoires et des médicaments contre les maux de tête. Lorsque les douleurs sont moins fortes, il prend du Dafalgan.

[...]

### **Diagnostics selon CIM-10**

Episode dépressif moyen avec syndrome somatique	F32.11
Efficience intellectuelle faible	F70.0

[...]

### **Discussion**

Monsieur D. \_\_\_\_\_ est donc un homme de quarante-deux ans, portugais, marié et père de deux jeunes enfants.

Lui-même est issu d'une famille nombreuse, marquée par de nombreux décès dans la fratrie. Il est possible que cette situation familiale ait contribué à le rendre introverti, à exiger de lui qu'il s'assume dans le silence, sans compter sur autrui.

Il n'y pas d'antécédents familiaux sur le plan psychiatrique.

Monsieur D. \_\_\_\_\_ a accompli avec difficulté une scolarité minimale. Il n'a effectué que des activités ne demandant pas de qualification professionnelle.

Il se porte bien jusqu'à l'accident de septembre 2003. L'accident est considéré sur le plan juridique comme moyen ou à la limite du sévère, selon la partie.

Dans les faits, Monsieur D. \_\_\_\_\_ a perdu l'essentiel de la fonctionnalité de sa main droite; son épaule gauche est également limitée (tendinopathie de la coiffe des rotateurs selon lettre de sortie CRR du 19 juillet 2005), il se plaint de lombo-sciatalgies et son image corporelle est entachée par des cicatrices.

Sur le plan des ressources personnelles, il y a lieu de préciser, comme le suggèrent déjà les psychiatres du DP-CHUV et les maîtres socio-professionnels de la CRR (cf. ci-dessous), mais en opposition avec l'avis du Dr H. \_\_\_\_\_ de la CRR (cf. ci-dessous), que Monsieur

D.\_\_\_\_\_ ne dispose que de peu d'efficience intellectuelle. Cet aspect est documenté dans le cadre de la présente expertise par l'évaluation psychologique de Madame [...].

Il est dès lors probable qu'une reconversion professionnelle a peu de chances d'aboutir dans ce cas. Les maux de dos qui sont apparus durant la phase I de la reconversion professionnelle de Monsieur D.\_\_\_\_\_ à la CRR vont probablement dans le sens d'une somatisation au moment d'une surstimulation.

Monsieur D.\_\_\_\_\_ n'est pas dupe quant à sa limitation physique. Il a de la peine à imaginer qu'un patron l'engage avec son handicap.

Relevons à ce sujet que votre dossier contient bien cinq postes potentiels pour Monsieur D.\_\_\_\_\_, mais qu'un seul poste (surveillant de parking) n'exige pas l'utilisation des deux mains, selon vos tableaux.

Monsieur D.\_\_\_\_\_ n'a pas intégré la perte subie et il ne se voit pas de perspective d'avenir. C'est comme si une partie importante de lui était morte et qu'il avait de la peine à faire vivre ce qui reste.

Monsieur D.\_\_\_\_\_ s'extériorise peu, ce qui est confirmé par d'autres intervenants. Toutefois, son récit, associé à celui de son épouse, met en évidence une transformation psychique importante et persistante après l'accident de septembre 2003, avec repli sur soi, isolement social, irritabilité, troubles du sommeil, troubles de la concentration et de la mémoire, idées d'insuffisance.

Ainsi que je l'ai précisé à la rubrique Diagnostics, cet état ne correspond plus à un simple trouble de l'adaptation, mais à un véritable épisode dépressif. Je précise à ce sujet que la CIM-10 inclut dans ce chapitre ce qui était anciennement appelé dépression réactionnelle, ce qui signifie bien que ce n'est pas parce que le facteur déclenchant est identifié qu'il s'agit automatiquement d'un trouble de l'adaptation (au facteur de stress).

Dans votre dossier, il me semble important de relever encore les passages suivants qui vont dans le sens de mon appréciation.

a) Dans le rapport de sortie du 10 janvier 2005 de la CRR, les médecins estiment que Monsieur D.\_\_\_\_\_ a été collaborant, mais qu'il présente des séquelles qualifiées d'importantes et peu susceptibles d'évoluer favorablement dans l'avenir. Les médecins de la CRR semblent déjà avoir perçu la limitation globale dans ce cas, même si ce n'est pas formulé de manière explicite.

Ils estiment que la prise en charge à la CRR n'a pas permis une amélioration fonctionnelle importante de la main, mais que l'état psychique de leur patient s'est bien amélioré et qu'il a pu être mis en confiance. Ils estiment que Monsieur D.\_\_\_\_\_ ne peut plus travailler dans son ancien métier. Il s'est montré coopératif et motivé, mais l'absence de formation professionnelle et l'absence de maîtrise de la langue française rendent difficile un changement d'activité.

b) Rappelons plus particulièrement que dans son rapport du 10 mai 2005, le Dr H.\_\_\_\_\_, psychiatre à la CRR, relève l'anxiété chez

Monsieur D. \_\_\_\_\_, ainsi que des idées dépressives liées à ses difficultés de faire le deuil de son état antérieur. Dans ce rapport, contrairement à d'autres observations et à l'évaluation objective de Madame [...], le Dr H. \_\_\_\_\_ ne constate pas de "troubles intellectuels patents", mais "des idées de ruine et d'insuffisance de degré modéré".

c) A la page 3 du rapport final des ateliers professionnels du 22 juillet 2005, les deux maîtres socio-professionnels (MSP) perçoivent Monsieur D. \_\_\_\_\_ comme "très renfermé sur lui-même", ce qui les fait penser "qu'il a peu de ressources et a besoin d'être coaché de près".

A la page 4 du même document, les deux MSP écrivent ceci: "Lors de son séjour aux ateliers professionnels, malgré sa bonne volonté, nous avons pu constater que le moral de M. D. \_\_\_\_\_ a été fluctuant et qu'il a eu beaucoup de difficulté à s'investir dans un projet professionnel".

Il ressort de ce document que, selon ses MSP, Monsieur D. \_\_\_\_\_ intègre bien l'usage de sa main droite dans une activité répétitive avec des pièces légères qu'il peut saisir entre le pouce, l'index et le majeur. Relevons accessoirement qu'il s'agit en l'occurrence d'une activité où il doit répertorier les invendus, procéder au conditionnement et à l'étiquetage. Lors de cette activité, dans une quincaillerie, il se plaint de douleurs du dos. A mon avis, il s'agit là d'une somatisation d'un état de surcharge émotionnelle.

d) A ma demande, l'avocat de l'expertisé m'a transmis la décision du service de l'emploi du 13 septembre 2006 rejetant l'opposition de votre assuré suite au refus d'indemnisation par l'assurance chômage. Il ressort de ce document que Monsieur D. \_\_\_\_\_ n'a pas fait suffisamment de recherches d'emploi, témoignant par là d'un manque de motivation à retrouver un emploi, et qu'il n'a pas renseigné l'ORP sur la façon dont il comptait organiser la garde de ses enfants.

Etant précisé que la famille D. \_\_\_\_\_ n'a pas de difficultés à trouver une maman de jour pour ses enfants, selon les dires de l'épouse de votre assuré, et que Monsieur D. \_\_\_\_\_ n'est pas convaincu de pouvoir offrir quelque chose à un patron potentiel, il me semble que son attitude dans le cadre de l'assurance-chômage correspond plus à un fonctionnement de dépressif, au vu de la symptomatologie constatée, qu'à un fonctionnement de père au foyer désintéressé à un travail à l'extérieur. En effet, son épouse rapporte qu'il ne s'occupe pas avec motivation de ses enfants et qu'il souffre de ne plus avoir de travail.

e) Monsieur D. \_\_\_\_\_ est vu à la consultation du DP-CHUV en date des 29 septembre et 2 novembre 2006. Les psychiatres retiennent sur le plan diagnostique un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive prolongée (ils ne tiennent manifestement pas compte du fait que l'événement est survenu il y a bien plus de deux ans, ce qui fait que ce diagnostic n'est plus pertinent).

Ils écrivent dans leur paragraphe Discussion ceci: "M. D.\_\_\_\_\_ est un patient très fruste, fragile narcissiquement présentant peu de capacités d'élaboration et de ressources.

Dans ce contexte il lui est extrêmement difficile actuellement de s'adapter à cette nouvelle situation dans laquelle il a perdu l'usage de sa main droite. Comme il le dit lui-même, le mal est fait et on ne peut pas réparer. Ceci montre à quel point le fait de perdre l'usage de sa main lui fait perdre le sens de sa vie."

Sur le plan thérapeutique, les psychiatres du DP-CHUV signalent d'autre part que M. D.\_\_\_\_\_ ne voit aucun avantage à venir parler de ses problèmes, qu'il a beaucoup de difficultés à s'exprimer en français et à exprimer ses sentiments.

Ils estiment qu'un traitement médicamenteux serait indiqué, mais ne serait pas accepté par cette personne qui n'accepte déjà pas d'avoir des symptômes psychiatriques.

Enfin, rappelons ici que Monsieur D.\_\_\_\_\_ lui-même estime que son membre supérieur droit est invalide à 80% et qu'il situe son invalidité globalement à 50%. Il s'agit manifestement d'une légère ouverture de son horizon subjectivement bouché.

### **Réponses aux questions de la CNA**

[...]

5. En cas de troubles psychiques:

5.1. La personne assurée souffrait-elle déjà avant l'accident d'une affection psychique ? si oui, laquelle selon l'ICD 10 ou DSM-IV?

Non, Monsieur D.\_\_\_\_\_ ne souffrait pas d'une affection psychique antérieure à l'accident de septembre 2003, si on fait abstraction de son efficience intellectuelle faible qui ne l'a pas empêché d'effectuer un travail répétitif exigeant de la force physique.

5.2. Comment la personne assurée a-t-elle subjectivement vécu et assimilé l'accident?

Pour Monsieur D.\_\_\_\_\_, l'accident a entraîné dans un premier temps un syndrome de stress post-traumatique, qui a actuellement pratiquement disparu.

Ensuite, l'accident a provoqué un sentiment de mine et un sentiment d'anéantissement.

Monsieur D.\_\_\_\_\_ n'a pas pu intégrer cet accident dont les conséquences physiques signifiaient pour lui dans un premier temps une invalidité totale et actuellement encore une invalidité importante.

Monsieur D.\_\_\_\_\_ ne supporte pas encore que ses cicatrices soient visibles et il évite le regard d'autrui.

Il a développé un état dépressif et une irritabilité persistante et n'a pas su "faire avec", certainement, du moins en partie, en rapport avec un manque de ressources qui auraient permis de compenser l'atteinte physique.

5.3. Quelle appréciation porte la personne assurée sur ses troubles psychiques?

Monsieur D.\_\_\_\_\_ a une conscience insuffisante de ses troubles psychiques. Sa faible capacité d'abstraction lui rend difficile de considérer ces troubles de manière indépendante de l'atteinte somatique, visible et objectivement évidente.

#### 5.4. Quel rôle joue la structure de la personnalité?

Je ne constate pas de structuration pathologique de la personnalité. Monsieur D. \_\_\_\_\_ est un homme travailleur, qui a besoin de se confronter au concret et qui peine avec l'abstrait.

#### 5.5. Existe-t-il des facteurs étrangers à l'accident?

Non, je n'ai pas mis en évidence de facteur étranger à l'accident. Il est évident que les difficultés conjugales, l'incapacité à investir le rôle paternel et l'isolement social global qui sont les conséquences de l'état psychique entretiennent un cercle vicieux.

#### 5.6. Comment expliquez vous la survenance des dits troubles?

L'atteinte du membre supérieur droit est objective. Le membre supérieur droit, dominant, représente la ressource par excellence de cette personne fruste, sans ressources intellectuelles ou affectives qui puissent compenser la perte de l'exploitation de la force physique.

Monsieur D. \_\_\_\_\_ est un homme plutôt anxieux, qui a appris à se contenir, mais qui n'arrive plus actuellement à développer d'esprit d'initiative qui lui permette de trouver des solutions à sa situation.

### 6. Thérapies:

6.1. Peut-on, au degré de la vraisemblance prépondérante, attendre d'un traitement psychiatrique une amélioration notable de l'état de santé de la personne assurée?

Un traitement psychiatrique ne peut pas apporter d'amélioration notable, vu la réalité de la perte des aptitudes physiques en l'absence de possibilité significative de compensation.

6.2. Si oui, lequel?

Monsieur D. \_\_\_\_\_ me semble actuellement plus enclin à s'engager dans un traitement de soutien avec médication antidépressive qu'en 2006, mais, pour avoir du succès, une telle démarche doit absolument être associée à une démarche de réhabilitation dans son rôle d'homme et de chef de famille.

En l'absence de perspective de réintégration sur un mode valorisant, Monsieur D. \_\_\_\_\_ restera sous l'influence d'un état dépressif qui se chronifie. Des difficultés psycho-sociales surajoutées, consécutives aux difficultés que la famille traverse du fait de la perte économique et de la perte de structure familiale, font que l'état psychique de Monsieur D. \_\_\_\_\_ peut se détériorer.

### 7. Capacités professionnelles

7.1. Au regard des seuls troubles psychiques, comment appréciez-vous la capacité de travail, en termes de rendement, en qualité d'opérateur?

Il s'agit d'une question délicate. Si Monsieur D. \_\_\_\_\_ avait la capacité physique d'être opérateur, avec la réhabilitation économique et sociale que cela implique, son état s'améliorerait et il retrouverait une capacité de travail pleine, sous l'angle psychiatrique.

Par contre, si cet emploi n'est plus envisageable, comme l'affirment les médecins de la CRR, alors une reconversion s'avère difficile, comme le prédisent les médecins de la CRR et le Dr R. \_\_\_\_\_. En cas d'impossibilité de réussir une reconversion professionnelle valorisante, l'épisode dépressif se maintiendra et se chronifiera.

Monsieur D. \_\_\_\_\_ présente alors, comme c'est le cas actuellement, une incapacité de travail de 50% environ (sans tenir compte de sa faible efficacité intellectuelle qui ne l'a pas empêché de travailler comme opérateur).

Existe-t-il cas échéant en sus d'une baisse de rendement - une limitation horaire?

Oui, dans l'état actuel, Monsieur D. \_\_\_\_\_ ne peut pas travailler au-delà de deux fois trois heures.

7.2. Au regard des seuls troubles psychiques quelles fonctions et activités sont-elles encore exigibles? Avec quel horaire et rendement?

Monsieur D. \_\_\_\_\_ peut exercer des fonctions concrètes et simples qui n'exigent ni lecture, ni écriture. Au regard des seuls troubles psychiques, il peut effectuer un tel travail durant six heures par jour avec un rendement de 50%.

8. Pronostic:

8.1. Peut-on attendre avec le temps un amendement partiel ou total du tableau psychique?

Aucune amélioration n'est à attendre si Monsieur D. \_\_\_\_\_ ne peut pas être aidé à se réhabiliter véritablement.

8.2. Si oui, dans quel délai?

Le délai dépend essentiellement de la capacité de la société à réinsérer ce type de personnes dans le sens d'une réhabilitation véritable, sans préjudice économique ou social, mais avec un vécu subjectif de progression sur le plan personnel, ce qui relève probablement de l'utopie.

8.3. Ou peut-on affirmer que lesdits troubles subsisteront vraisemblablement avec au moins la même gravité la vie durant?

Tenant compte de la situation actuelle, on peut effectivement affirmer que les troubles psychiques subsisteront vraisemblablement avec au moins la même gravité la vie durant.

Je relève à ce sujet que le travail important accompli à la CRR n'a pas tenu compte, selon mon avis, des ressources intellectuelles et affectives plus limitées de l'expertisé que ce qu'il ne donne comme impression.

8.4. Du point de vue psychiatrique, quels motifs parlent ici contre le principe de dégressivité des troubles psychiques?

Les troubles psychiques de l'expertisé risquent de se chronifier et de s'aggraver au fur et à mesure que son épouse s'épuise et que ses enfants grandissent et le confrontent à ses failles qui elles vont probablement rester stables.

9. Quelle est l'importance des facteurs étrangers à l'accident dans le tableau psychique actuel?

Je n'ai pas mis en évidence de facteur étranger à l'accident dans le tableau psychique actuel.

10. Remarques éventuelles?

Aucune."

**b)** Par décision du 31 janvier 2008, la CNA a fixé à 18% la diminution de la capacité de gain, estimant que les troubles psychiques du recourant n'étaient pas en relation adéquate avec l'accident.

Suite à l'opposition du 13 février 2008 du recourant à sa décision du 31 janvier 2008, la CNA a confirmé cette dernière par décision sur opposition du 31 mars 2008. Elle a estimé que l'accident entrainait dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, sans être à la limite supérieure de cette catégorie. Bien qu'ayant admis une causalité naturelle, la CNA a retenu que cet événement ne répondait pas aux autres conditions de la causalité adéquate.

**c)** Par acte du 30 avril 2008, D.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision sur opposition du 31 mars 2008, concluant au renvoi de la cause à la CNA en vue de fixer son taux d'incapacité de gain suivant les considérants de l'arrêt.

Le recourant relève que la CNA n'a pas remis en cause les conclusions de l'expert et qu'elle admettait donc que les troubles psychiques diagnostiqués sont en rapport de causalité naturelle avec l'accident du 24 septembre 2003, de sorte que seule la question de la causalité adéquate entre l'accident et lesdits troubles demeure litigieuse.

Le recourant soutient, invoquant l'ATF 115 V 403, que cette question ne doit pas être examinée en se référant aux effets probables d'un pareil accident sur un assuré jouissant d'une constitution psychique normale, mais qu'il convient bien plutôt de prendre en considération un large cercle d'assurés comprenant aussi les personnes qui, en raison de certaines prédispositions morbides, sont davantage sujettes à des troubles mentaux et qui, sur le plan psychique, assument moins bien l'accident que des assurés jouissant d'une constitution normale. Ainsi, la question de la causalité adéquate doit aussi être tranchée au regard des effets probables d'un accident sur des assurés appartenant à une catégorie dite à risques élevés, autrement dit sur des personnes peu aptes à assumer pleinement un choc traumatique. L'évolution après l'accident doit être appréciée par

comparaison avec la personnalité de l'assuré avant l'accident, c'est-à-dire au regard de son psychisme antérieur, ainsi que de la capacité de travail et de gain qu'il présentait précédemment.

Le recourant souligne qu'aucune des parties ne conteste que l'accident dont il a été victime a été de gravité moyenne. En revanche, à la différence de la CNA, il soutient que cet accident se situe à la limite supérieure, en raison en particulier de l'importance des lésions physiques consécutives au traumatisme et du caractère dramatique de l'accident. Au sujet des lésions physiques, le recourant considère que sa main et son bras droits ont été gravement atteints; sa main est très sensible au froid et n'a pas retrouvé de mobilité complète, son bras manque de force et la face dorsale de son avant-bras est totalement insensible; dans la vie quotidienne, il ne peut utiliser que le pouce et l'index - lequel a été raccourci - de la main droite. En outre, il rappelle que ces lésions ont nécessité un traitement long et cinq interventions chirurgicales, que plusieurs années après l'accident, des douleurs persistent et que le Dr R. \_\_\_\_\_ lui-même qualifiait les séquelles de "handicap évident". S'agissant du caractère dramatique, le recourant soutient que la CNA, dans sa décision sur opposition, ne conteste pas le caractère hautement dramatique de l'accident. En outre, il relève que le Dr Z. \_\_\_\_\_ a déclaré qu'il (le recourant) se sent "anéanti, nul, inefficace", que l'accident - lequel a remis en cause son équilibre fondamental - est à l'origine d'un "véritable épisode dépressif" et a provoqué "un sentiment de ruine et un sentiment d'anéantissement", que son état de santé ne peut être amélioré par un traitement, que son état dépressif se chronifie et que ses troubles sont à même susceptibles de s'aggraver au fur et à mesure que s'effrite le contexte familial dans lequel il évolue. Au vu de ce tableau clinique, le recourant considère que l'événement accidentel et les circonstances concomitantes revêtent une importance indéniable au regard non seulement de sa personnalité antérieure à l'accident mais également de l'ensemble du contexte.

**d)** Dans sa réponse du 31 juillet 2008, la CNA, représentée par Me U. \_\_\_\_\_, retient, à l'instar du recourant, que seule demeure litigieuse

la question de l'existence ou non d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 24 septembre 2003 et les troubles psychiques du recourant. Elle rappelle que l'appel à l'expérience a pour but de distinguer la simple relation de causalité naturelle - entre ces lésions physiques et les suites psychiques éventuelles - de la relation de causalité adéquate, seules les conséquences qualifiées pouvant être retenues à ce titre, et que la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat des troubles psychiques consécutifs à un accident. Selon ces critères, l'accident en cause doit d'abord être classé dans l'une des trois catégories pertinentes; ce classement doit être réalisé de manière objective. En cas d'accident entrant dans la catégorie des accidents moyens, pour établir une causalité adéquate, encore faut-il, en particulier, prendre en considération les critères suivants: 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 en cours de guérison et les complications importantes, le degré ainsi que la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

S'agissant des accidents touchant la main, la CNA souligne que le Tribunal fédéral des assurances a apporté, par le passé, des réponses diverses, dans sa jurisprudence, à la question de savoir si le critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques devait être admis dans le cas d'accidents frappant la main d'un assuré, compte tenu notamment du fait que de telles lésions sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques chez un travailleur manuel. Citant divers arrêts, la CNA soutient que la réalisation du critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques dépend, bien entendu, de la nature intrinsèque de l'atteinte elle-même (par exemple l'amputation de la main ou de doigts). Il n'en demeure toutefois pas moins que pour être

retenu, ce critère postule, d'abord, l'existence de lésions physiques graves ou, s'agissant de la nature particulière des lésions physiques, l'existence d'atteintes à des organes auxquels l'homme attache normalement une importance subjective particulière.

En l'espèce, la CNA considère, à la différence du recourant, que l'accident du 24 septembre 2003 doit être rangé dans la catégorie "moyenne" des accidents, sans que cela ne soit à la limite supérieure - ou inférieure - de cette catégorie. En effet, le recourant travaillait depuis 1997 sur les machines de l'entreprise et connaissait parfaitement le risque lié à l'utilisation de l'ébavureuse; lors de l'accident du 24 septembre 2003 sa main droite a été prise dans cette machine, sans que le déroulement des faits, d'un point de vue objectif, ne puisse être rangé dans la catégorie dite des accidents graves ou à sa limite, ce d'autant plus lorsque le cas d'espèce est comparé aux jugements dont la CNA se prévaut.

Au sujet des griefs invoqués par le recourant, la CNA soutient que, contrairement à ce que celui-ci prétend, elle n'a pas admis le "caractère hautement dramatique de l'accident" dans sa décision entreprise, mais a simplement affirmé que "l'on ne saurait dénier aux circonstances de l'accident un certain caractère dramatique"; elle a même clairement soutenu que "l'on n'est pas en présence de circonstances particulièrement dramatiques". Elle considère, en outre, que la situation du recourant n'est pas comparable à celle qui a été jugée dans l'arrêt dont il se prévaut. En effet, sans minimiser l'importance de son atteinte, la CNA retient que les lésions du recourant ne sont pas comparables à une amputation totale de quatre doigts et à celle partielle du 5<sup>e</sup> doigt; chez le recourant aucun doigt n'a dû être amputé, même si, comme il l'indique à juste titre, son index droit a été raccourci par arthrodèse. Pour ce qui est de la durée du traitement médical, la CNA relève qu'en novembre 2004 déjà, soit un peu plus d'un an après l'accident, les médecins de la CRR avaient estimé que le traitement médical était pour l'essentiel terminé et que l'état de santé du recourant était quasiment stabilisé, seule l'ablation prévue du matériel d'ostéosynthèse empêchant encore de considérer le cas du recourant comme définitif et stabilisé. Au sujet du critère des

"douleurs physiques persistantes", la CNA souligne qu'en septembre 2004 déjà, soit un an après l'accident, le recourant ne présentait plus que des "douleurs résiduelles modérées", hormis pour ce qui est de l'annulaire fracturé peu avant lors de la chute à vélo. De même, en septembre 2004, le recourant a concédé au médecin d'arrondissement de la CNA qu'il ne prenait pas d'antalgiques. A plusieurs reprises, il a d'ailleurs confirmé que sa main droite ne le faisait guère souffrir.

La CNA a alors conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision entreprise.

**e)** Par courrier du 29 août 2008, le recourant déclare renoncer à déposer des déterminations complémentaires, se référant purement et simplement aux moyens développés dans son recours.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 831.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (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 sont sujettes à recours (art. 56 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 (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recourant étant domicilié dans le canton de Vaud, son recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (cf. la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD).

**2.** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413, consid. 2c; 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

En l'occurrence, est litigieuse la causalité adéquate entre l'accident du 24 septembre 2003 et les troubles psychiques présentés par le recourant.

**3.** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, 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 réputée 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.

**4.** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. 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 ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. 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 l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177, consid. 3.1; 402, consid. 4.3.1; 119 V 335, consid. 1; 118 V 286, consid. 1b, et les références).

En l'espèce, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 24 septembre 2003 et les troubles psychiques consécutifs à cet accident n'est pas litigieuse.

**5. a)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose toutefois également, outre un lien de causalité naturelle, un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402, consid. 4.4.1 *in limine*). Selon la jurisprudence, 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 129 V 177, consid. 3.2; 402, consid. 2.2; 125 V 456, consid. 5a, et les références). L'appel à l'expérience a pour but de distinguer la simple relation de causalité naturelle - entre les lésions physiques et les suites psychiques éventuelles - de la relation de causalité adéquate, seules les conséquences qualifiées pouvant être retenues à ce titre (RAMA 2002 p. 53, consid. 4b). 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 les experts médicaux (ATF 107 V 173, consid. 3b).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102, consid. 5b/bb, et les références). En revanche, pour parer aux incertitudes liées aux nombreux cas d'espèce et au risque d'inégalité de traitement, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), 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 129 V 402, consid. 4.4.1; TF 8C\_262/2008 du 11 février 2009, consid. 3.1; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR] XIV, 2<sup>e</sup> éd. 2007, n. 89 s.).

Ainsi, selon la jurisprudence, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques doit, en règle générale, être niée d'emblée, tandis qu'elle doit être admise en cas d'accident grave; pour admettre le rapport de causalité adéquate entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants:

- 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.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402, consid. 4.4.1; 115 V 133, consid. 6c/aa; 403, consid. 5c/aa; Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, n. 91).

**b)** En l'espèce, compte tenu de son déroulement et des blessures qu'il a provoquées, l'accident survenu le 24 septembre 2003 n'appartient ni à la catégorie des accidents insignifiants ou de peu de gravité, ni à celle des accidents graves, mais doit être considéré comme un accident de gravité moyenne, ce qu'admettent les parties. Le recourant considère, à la différence de la CNA, que cet accident se situe à la limite supérieure de la catégorie des accidents moyens.

**aa)** Le recourant soutient que la question de la causalité adéquate doit être tranchée également au regard des effets probables d'un accident sur des assurés appartenant à une catégorie dite à risque élevé, autrement dit sur des personnes peu aptes à assumer pleinement un choc traumatique, et non uniquement sur un assuré jouissant d'une constitution psychique normale. Selon le recourant, l'évolution après

l'accident doit être appréciée par comparaison avec la personnalité de l'assuré avant l'accident, c'est-à-dire au regard de son psychisme antérieur, ainsi que de la capacité de travail et de gain qu'il présentait précédemment.

Il convient de rappeler, au vu de la jurisprudence constante, que la question de la causalité adéquate doit être tranchée sur la base de critères objectifs. On ne saurait en aucun cas apprécier uniquement de manière subjective les circonstances d'un cas d'espèce, en particulier la situation personnelle de l'assuré, pour établir une causalité adéquate entre un accident et des troubles psychiques consécutifs. L'arrêt dont se prévaut le recourant souligne le revirement jurisprudentiel qui a été effectué. En effet, à la différence de la jurisprudence antérieure – laquelle se basait sur un assuré jouissant d'une constitution psychique normale pour trancher la question de la causalité adéquate –, la jurisprudence considère depuis qu'il convient de se référer à un large cercle d'assurés, comprenant aussi les personnes qui, en raison de certaines prédispositions morbides, sont davantage sujettes à des troubles mentaux et qui, sur le plan psychique, assument moins bien l'accident que des assurés jouissant d'une constitution normale. Cette question doit dès lors être tranchée en fonction d'une norme représentative de la réalité. Cette jurisprudence ne consacre en aucun cas une appréciation subjective d'un cas d'espèce, comme semble le suggérer le recourant. Cette appréciation demeure basée sur des critères objectifs.

**bb)** Afin d'établir une causalité adéquate entre l'accident et ses troubles psychiques, le recourant relève que sa main et son bras droits ont été gravement atteints et que, dans la vie quotidienne, il ne peut utiliser que le pouce et l'index – lequel a été raccourci – de la main droite. En outre, il se prévaut du fait que ces lésions ont nécessité un traitement long et cinq interventions chirurgicales, que plusieurs années après l'accident, des douleurs persistent et que le Dr R.\_\_\_\_\_ lui-même qualifiait les séquelles de "handicap évident". S'agissant du caractère dramatique, le recourant soutient que la CNA, dans sa décision sur opposition, ne conteste pas le caractère hautement dramatique de

l'accident. En outre, il relève que le Dr R. \_\_\_\_\_ a déclaré qu'il se sent anéanti, nul et inefficace, que l'accident est à l'origine d'un véritable épisode dépressif et a provoqué un sentiment de ruine et d'anéantissement, que son état de santé ne peut être amélioré par un traitement, que son état dépressif se chronifie et que ses troubles sont à même susceptibles de s'aggraver au fur et à mesure que s'effrite le contexte familial dans lequel il évolue. Au vu de ce tableau clinique, le recourant considère que l'événement accidentel et les circonstances concomitantes revêtent une importance indéniable au regard non seulement de sa personnalité antérieure à l'accident mais également de l'ensemble du contexte.

Comme relevé auparavant, la résolution de la question de la causalité adéquate doit être basée sur des critères objectifs. Dès lors, les considérations subjectives du recourant ne permettent en aucun cas, à elles seules, de trancher cette question. Par conséquent, il ne suffit pas de se baser sur le ressenti du recourant pour estimer la gravité de son atteinte, mais d'examiner les circonstances du cas d'espèce à la lumière des critères objectifs dégagés par la jurisprudence.

S'agissant du caractère dramatique de l'accident, le recourant, ayant travaillé de nombreuses années avec ce genre d'appareil, en connaissait les risques. Par ailleurs, lors de l'accident, il a pu dégager seul sa main de la machine et se faire un garrot, suite à quoi il a attendu l'ambulance durant 20 à 30 min.

En ce qui concerne la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, le recourant a dû subir un raccourcissement de son index, sans amputation d'un des autres doigts. Or, selon la jurisprudence, une telle atteinte ne peut à elle seule justifier l'établissement d'une causalité adéquate. En effet, dans un arrêt non publié du 14 novembre 1996 (U 5/96), le Tribunal fédéral a refusé de reconnaître une telle causalité dans un cas concernant un scieur dont l'annulaire douloureux ne pouvait plus être utilisé et l'auriculaire avait dû être amputé et qui présentait une atrophie des autres doigts. Le Tribunal fédéral a retenu la

même solution lors d'une cause concernant un aide serrurier qui avait dû subir l'amputation des extrémités de deux doigts de la main droite et de trois doigts de la main gauche (arrêt non publié du 17 décembre 1996, U 185/96). Dans le cas d'espèce, les lésions subies par le recourant n'ont pas requis d'intervention aussi radicale; on ne saurait, dès lors, sur la seule base de cette atteinte, retenir une causalité adéquate, alors que tel n'était pas le cas dans ces deux derniers arrêts. Pour le surplus, le recourant a déclaré que sa main droite était toujours un peu douloureuse; toutefois, il ressort des pièces qu'il ne prenait plus d'antalgique et qu'aucun traitement ni rendez-vous n'étaient prévus en ce qui concerne les atteintes à sa main. Il convient en outre de retenir que l'atteinte subie par le recourant ne l'empêche pas de conduire sa voiture, ce qu'il a fait sans difficulté, et que le recourant est capable de faire du vélo. Il ressort également des pièces que le recourant intègre bien l'usage de sa main droite dans une activité répétitive avec des pièces légères qu'il peut saisir entre le pouce, l'index et le majeur.

Au sujet du traitement, celui-ci a duré environ une année. En effet, les médecins de la CRR ont estimé, en janvier 2005, que l'essentiel du traitement médical était terminé et que l'état de santé du recourant était quasiment stabilisé. En outre, dans le cas de blessures complexes aux mains, des opérations ultérieures sont inévitables (TFA U 19/06 du 18 octobre 2006). Pour le surplus, les autres critères ne sont pas remplis: il n'y a pas eu d'erreurs médicales, ni de difficultés particulières et, compte tenu des atteintes physiques, la durée de l'incapacité de travail n'est pas extraordinaire.

**6.** Au vu de ce qui précède, on ne saurait retenir, compte tenu du faisceau d'éléments, que le recourant satisfait un seul, voire plusieurs des critères dégagés par la jurisprudence dans une mesure suffisante pour établir une causalité adéquate entre l'accident du 24 septembre 2003 et les troubles psychiques consécutifs. Par conséquent, le recours est mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice (art. 61 let. a LPGA) ni d'allouer de dépens dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours déposé le 30 avril 2008 par D.\_\_\_\_\_ est rejeté.
- II. La décision rendue le 31 mars 2008 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaire ni alloué de dépens.

Le président:

Le greffier:

**Du**

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

- Me N.\_\_\_\_\_ (pour D.\_\_\_\_\_),
- Me U.\_\_\_\_\_ (pour la 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).

Le greffier: