

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 mars 2011

---

Présidence de     Mme     DI FERRO DEMIERRE  
Juges     :     MM. Neu et Métral  
Greffière     :     Mme     Berberat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Y.**\_\_\_\_\_, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Me Charles Munoz, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

---

**Art. 8, 16 LPGA ; 18 al. 1, 24 al. 1 LAA ; 36 al. 2 OLAA**

**E n f a i t :**

**A. a)** Y.\_\_\_\_\_, né en 1981, marié et père de trois enfants, travaillait en qualité d'ouvrier polyvalent auprès de l'entreprise N.\_\_\_\_\_ à [...] depuis le 11 août 2003. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA).

Le 24 mars 2005, alors qu'il était occupé à percer une plaque de métal à l'aide d'une perceuse à accu munie d'une mèche de 4 mm, cette dernière a passé à travers la plaque de métal, puis est entrée dans la pulpe de l'index de sa main gauche qui soutenait alors ladite plaque, perforant ensuite l'os puis l'ongle du doigt en question. Souffrant d'une fracture ouverte de la phalange distale de l'index gauche, il a été soigné à l'Hôpital [...]. La pulpe et l'ongle ont ainsi été suturés aux plans cutané et sous-cutané. La CNA a pris en charge le cas et a donc garanti le versement des prestations légales d'assurance.

L'intéressé a repris son travail le 11 avril 2005 en protégeant uniquement son doigt qui était encore un peu sensible. En raison de l'augmentation de douleurs persistantes, il a consulté en date du 24 juin 2005 le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive, chirurgie de la main, à la Clinique [...] (D.8), qui a qualifié l'évolution de déroutante voire d'inquiétante, raison pour laquelle il a attesté une incapacité totale de travail dès cette date, en indiquant ce qui suit :

"On est en présence d'un index gauche légèrement dystrophique, mais curieusement extrêmement douloureux (devenu secondairement extrêmement douloureux) au niveau pulpaire, et d'un doigt qui est fonctionnellement entièrement exclu. Aucune flexion IPP ou IPD active ne peut être obtenue. L'intégrité du tendon fléchisseur profond est impossible à documenter cliniquement, raison pour laquelle nous demandons un examen échographique, qui conclut à une possible discontinuité de ce tendon à la partie distale du doigt. Notons que s'il y avait eu une lésion tendineuse, il se

serait agi d'une lésion par avulsion, à ciel fermé, à l'occasion d'une violente réaction de retrait du doigt contre-résistance.

L'acuité extrême de ces douleurs pulpaire apicales, douleurs survenues semble-t-il secondairement, est tout à fait singulière. On note une extension douloureuse à toute la pulpe, et à la 3<sup>ème</sup> phalange dans son ensemble. Tel qu'il est ce doigt est fonctionnellement inutilisable".

Plusieurs traitements sous forme de Miacalcic intranasal, ainsi de deux blocs stellaires à gauche et du nerf médian gauche ont été dispensés, toutefois sans efficacité. L'intéressé a également suivi plusieurs séances d'ergothérapie. Il a finalement séjourné du 10 janvier 2006 au 8 février 2006 à la Clinique L. \_\_\_\_\_ à Sion en vue d'une réadaptation du membre supérieur gauche et d'une évaluation psychosomatique. Dans un rapport de synthèse du 21 février 2006 (D.33), les Drs J. \_\_\_\_\_, chef de clinique, spécialiste en rhumatologie et I. \_\_\_\_\_, médecin-assistant ont posé les diagnostics secondaires d'algodystrophie de la main gauche stade II (M 84.0), de fracture ouverte de la P3 de D2 de la main gauche le 24 mars 2005 (T 92.2) et d'intolérance à l'Aredia (T 88.7). Ils ont ainsi mis en évidence des signes cliniques d'algodystrophie évolutive et un syndrome douloureux chronique qui avait tendance à s'étendre à l'ensemble du membre supérieur droit sans qu'il n'y ait d'anomalie objectivable à ce niveau. Ils ont relevé que la prise en charge était difficile, en raison de l'inefficacité des traitements et de la méfiance du patient vis-à-vis du corps médical. Dans un rapport du 19 janvier 2006 faisant suite à un consilium psychiatrique du 11 janvier 2006, le Dr G. \_\_\_\_\_, médecin associé, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a conclu que le tableau actuel ne révélait pas de psychopathologie, bien que le niveau d'anxiété soit relativement élevé, alimenté par des préoccupations légitimes concernant l'évolution. De nombreux facteurs sociaux défavorables étaient notés (mère à l'AI et un père en cours de reclassement AI). Au vu du contexte, les Drs J. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_ ont considéré que l'ensemble des éléments précités faisait craindre une évolution clinique défavorable malgré un pronostic médical qui devait être bon, puisque cette algodystrophie était essentiellement limitée à un rayon. L'incapacité de travail a été prolongée à l'issue du séjour à la L. \_\_\_\_\_

jusqu'au 24 février 2006, l'assuré ayant toutefois fait part de son désir d'essayer de reprendre une activité adaptée.

Dans un rapport du 23 mars 2006 (D.39), le Dr R.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de la CNA et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a constaté la présence d'une atrophie cicatricielle de l'extrémité de la pulpe de l'index qui restait hyperalgique et une limitation de la flexion active de l'index décrite comme étant douloureuse. Passivement, la flexion de l'IPP (articulations interphalangiennes proximales) était conservée, mais on ne pouvait exclure une limitation de la flexion passive de l'IPD (articulations interphalangiennes distales), les douleurs signalées ne permettant pas une évaluation complète de l'amplitude articulaire de cette articulation. Il a en outre relevé une disproportion entre les plaintes subjectives et les constatations objectives et l'absence de réponses à divers traitements spécifiques de l'algodystrophie, ce qui permettait de conclure que cette dernière ne jouait qu'un rôle secondaire, l'évolution défavorable étant vraisemblablement influencée par des facteurs psycho-sociaux dont l'adéquation avec l'accident devrait tôt ou tard être évaluée. Le Dr R.\_\_\_\_\_ a, d'entente avec l'assuré, fixé une reprise à 25 % auprès de N.\_\_\_\_\_ (mi-temps, mi-rendement) dès le 1<sup>er</sup> avril 2006 avec augmentation progressive visant au retour à une pleine capacité d'ici le 1<sup>er</sup> juillet 2006.

Au vu de cette nouvelle situation, la CNA a reconnu une incapacité de travail à 75 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2006 et a versé les indemnités journalières y relatives (D.56).

L'assuré a séjourné une nouvelle fois à la L.\_\_\_\_\_, soit du 15 novembre au 5 décembre 2006, en vue d'une réadaptation du membre supérieur gauche et d'une évaluation pluridisciplinaire en raison de la persistance d'un syndrome algoneurodystrophique de la main gauche 1 an et demi après le traumatisme initial. Dans un rapport de synthèse du 5 janvier 2007 (D.89), les Drs J.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_, médecin-assistant ont confirmé les diagnostics secondaires d'algodystrophie de la main gauche stade II (M 84.0), de fracture ouverte de la P3 de D2 de la main gauche le

24 mars 2005 (T 92.2) et d'intolérance à l'Aredia (T 88.7). Ils ont en outre constaté l'absence d'évolution favorable entre les deux séjours, malgré la poursuite d'un traitement d'ergothérapie. Des signes d'algodystrophie étaient toujours présents tout comme un syndrome douloureux chronique qui avait tendance à s'étendre à tout le membre supérieur droit. La prise en charge demeurait difficile, les capacités fonctionnelles ayant même diminué par rapport au précédent séjour. Ils ont maintenu une capacité de travail de 25 % qui devait cependant pouvoir être augmentée à 50 % dans un avenir proche dans le même poste adapté que l'assuré occupait actuellement. Le pronostic d'une augmentation effective de la capacité de travail était toutefois réservé, au vu des éléments non médicaux présents.

Dans un rapport du 14 mars 2007 (D.109), le Dr R.\_\_\_\_\_ a constaté la stabilisation de l'état de santé de l'assuré. Ce praticien a relevé que l'intéressé présentait un tableau de status après fracture ouverte de la phalange distale de l'index gauche. L'évolution atypique et invalidante vers un tableau dépassant le cadre d'une algodystrophie classique, malgré un ensemble de mesures thérapeutiques engagées jusqu'ici, évoquait une importante composante psychosomatique. Compte tenu des séquelles objectives de l'accident, il a considéré que l'assuré pourrait vraisemblablement mettre en valeur une pleine capacité de travail dans toute activité n'exigeant pas de sollicitation bimanuelle soutenue, ni de sollicitation répétée de la main gauche (côté non dominant). Il a enfin estimé l'atteinte à l'intégrité subie du fait de l'accident survenu le 24 mars 2005 à 5 % (D.108).

**b)** Dans l'intervalle, soit en date du 11 juillet 2006, Y.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) tendant à l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente en raison d'un Südeck à l'index gauche. Sous l'égide de l'AI, l'assuré a suivi une formation pratique d'opérateur sur machines et dessinateur auprès de l'entreprise N.\_\_\_\_\_. Des indemnités journalières ont été versées par l'AI du 17 mars au 17 septembre 2008.

Par prononcé du 24 septembre 2008, l'OAI a octroyé une rente entière du 1<sup>er</sup> mars 2006 (à l'échéance du délai d'attente d'un an) au 31 janvier 2007, l'assuré ayant perçu une indemnité journalière AI dès le 1<sup>er</sup> février 2007 jusqu'au terme de sa formation pratique le 17 septembre 2008. A l'issue des mesures de réadaptation professionnelle, il a estimé que le préjudice économique subi par l'assuré était de 28 % en application de la méthode de comparaison des revenus.

**c)** Dans une note du 29 janvier 2009 (D.180), la CNA a recueilli des informations relative à la place de travail nouvellement occupée par l'assuré auprès de N.\_\_\_\_\_ en qualité de dessinateur-programmeur. Cette activité consiste ainsi :

"(...) à faire le plan dans l'ordinateur d'une pièce métallique puis de la réaliser sur les différentes machines de l'atelier. La programmation de la découpe laser se fait depuis l'ordinateur et ce dernier va donner les indications à la machine pour la réalisation. Cependant, l'employé doit aller physiquement poser les tôles sur la machine et placer la bonne tête de découpe dans la machine laser. La machine fait après elle-même le travail. L'employé doit alors reprendre les pièces découpées pour les donner aux collègues concernés par la suite des opérations de réalisation de l'objet.

L'employé doit aussi pouvoir oeuvrer au centre d'usinage. Sur cette machine, il doit poser des barres métalliques ou des pièces pour la réalisation de certains travaux de perçages, fraisages et taraudages. L'employé doit alors poser les différents outils sur la machine, les fixer, les caler puis programmer ladite machine pour procéder après à la réalisation des pièces finales.

**Activités alternatives :**

En cas de grosses pièces, l'employé peut se faire aider, mais très souvent il est seul à ce poste. Une fois les pièces usinées terminées, il ôte les pièces de la machine et les place sur un chariot destiné à être amené au stock ou à d'autres collègues. Le chariot est pris en charge par une tierce personne. M. Y.\_\_\_\_\_ manipule des poids allant jusqu'à 5 kg, mais au-delà, il utilise le palan ou un collègue, ne pouvant pas porter plus avec régularité".

En date du 11 février 2009, le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a indiqué que l'assuré pouvait mettre en

valeur une pleine capacité de travail dans son activité actuelle, le nouveau poste de travail entrant dans le cadre de l'exigibilité fixée (D.181).

Le 29 juin 2009, le Dr R.\_\_\_\_\_ a procédé à un nouvel examen clinique de l'intéressé, au cours duquel il a constaté que l'état de ce dernier était superposable à ce qui avait été observé lors du bilan final en mars 2007 (D.199). Il subsistait ainsi une exclusion fonctionnelle globale du membre supérieur gauche, associée à des hyper-réactions ne permettant pas une évaluation fiable des limitations fonctionnelles réelles. Le Dr R.\_\_\_\_\_ a ajouté qu'il n'avait pas constaté, à la mesure des périmètres du bras et de l'avant-bras, l'atrophie que l'on pouvait attendre d'une épargne prolongée du membre supérieur.

**d)** Par deux décisions du 26 mars 2009, confirmées par décision sur opposition du 17 septembre 2009, la CNA a tout d'abord refusé l'octroi d'une rente d'invalidité au motif que les séquelles de l'accident ne réduisaient pas la capacité de gain de manière importante. Au vu des constatations cliniques du Dr R.\_\_\_\_\_, de la description du poste de travail de l'assuré et de l'avis du Dr F.\_\_\_\_\_ du 11 février 2009, la CNA a estimé que l'activité d'opérateur sur machines et dessinateur devait pouvoir être exercée à pleins temps et rendement par l'intéressé, dans la mesure où elle était adaptée à l'atteinte à la phalange distale de l'index gauche. Les douleurs intenses éprouvées par l'assuré s'inscrivaient dans un contexte de développement de facteurs non-organiques. Or, la CNA ne pouvait engager sa responsabilité pour la composante psychosomatique affectant Y.\_\_\_\_\_. Dès lors, compte tenu de la seule atteinte à la phalange distale de l'index gauche consécutive à l'accident du 24 mars 2005, il y avait lieu de considérer qu'il n'y avait pas de diminution importante de la capacité de gain justifiant l'octroi d'une rente d'invalidité.

La CNA a en outre alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % ascendant à 5'340 fr.. La CNA s'est référé à l'appréciation du Dr R.\_\_\_\_\_ du 14 mars 2007 (D.108) qui a retenu le taux de 5 % par analogie à la quotité attribuée à une amputation de

l'index (figure 6 de la table 3 relative à l'intégrité résultant de la perte d'un ou plusieurs segments des membres supérieurs).

**B. a)** Par acte de son mandataire du 20 octobre 2009, Y.\_\_\_\_\_ interjette recours contre la décision sur opposition de la CNA. Il conclut à l'admission du recours, à la réforme de la décision entreprise, en ce sens que la diminution de l'intégrité retenue doit correspondre à un taux d'au moins 20 %, alors que la rente d'invalidité doit être basée sur un degré de 30 %, subsidiairement de 10 % au moins. Il se réfère ainsi au prononcé du 24 septembre 2008 de l'OAI qui a considéré que le préjudice économique qu'il subissait était de 28 % au terme des mesures de réadaptation professionnelle. Il soutient par conséquent que son incapacité de gain partielle est bien réelle et que son rendement, vu les séquelles de l'accident, n'est pas supérieur à 70 %. Se référant notamment à un courrier du 8 octobre 2009 du Dr D.\_\_\_\_\_, il estime douteux de conclure que les maux dont il souffre proviennent principalement de troubles non-organiques et psychosomatiques. En effet, la baisse de rendement ne résulte pas uniquement des douleurs ressenties, mais également du fait qu'il doit être à présent considéré comme mono-manuel. Il transmet en outre une lettre du 7 octobre 2009 de Madame P.\_\_\_\_\_, ergothérapeute, attestant une aggravation de l'état du membre supérieur gauche (limitations articulaires importantes dans l'épaule, le coude, le poignet et les doigts, l'index s'étant au demeurant davantage atrophié). S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le recourant est d'avis que le taux retenu est manifestement insuffisant et qu'il doit être fixé à 20 %, dans la mesure où il souffre également d'une impotence fonctionnelle partielle du membre supérieur gauche, liée à un état douloureux chronique et diffus.

**b)** Dans sa réponse du 19 janvier 2010, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a précisé que l'événement du 24 mars 2005 avait été qualifié de blessure de bagatelle par le Dr D.\_\_\_\_\_ (courrier du 8 octobre 2009). De plus, les importants troubles d'essence non organique ne pouvaient être reliés de manière adéquate à l'accident. Compte tenu des seules séquelles accidentelles, le recourant était ainsi en mesure d'exercer

à plein temps et à plein rendement l'activité d'opérateur sur machine spécialisé pour laquelle il avait bénéficié d'un reclassement professionnel. Dès lors c'était un revenu de l'ordre de 72'000 fr. qu'il était en mesure de réaliser, malgré son handicap (D.133). Or, ce gain était à peu près équivalent à celui qu'il aurait obtenu sans la survenance de l'événement en question, s'il avait poursuivi son activité de constructeur métallique, soit 70'195 fr. (D.162). Faute d'une perte de gain supérieur à 10 %, l'intéressé ne pouvait donc prétendre à l'octroi d'une rente d'invalidité. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, le recourant n'avait pas fait valoir une appréciation d'un médecin qui divergerait de l'appréciation du Dr R. \_\_\_\_\_ (D.108).

**c)** Dans ses observations complémentaires du 10 février 2010, le recourant a estimé qu'une expertise, telle que préconisée par le Dr D. \_\_\_\_\_, était inéluctable afin d'apporter des éclaircissements quant à la nature plus précise des troubles. L'annexe dont faisait état la CNA retenait un taux de 5 % pour la perte d'une phalange du pouce ou d'au moins deux phalanges d'un autre doigt, respectivement 20 % pour la perte totale d'un pouce. Or, les suites de l'accident ne lui permettaient presque plus d'utiliser son bras gauche, si bien qu'il devait être considéré comme mono-manuel, le Dr D. \_\_\_\_\_ faisant référence à une impotence fonctionnelle partielle du membre supérieur gauche. Enfin, la perte d'une main justifiait de retenir un taux de 40 %.

**d)** Dans sa duplique 23 février 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

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

**1.** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles

contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 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 recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent contre une décision sur opposition, est donc recevable. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, composée de trois magistrats, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a et 94 al. 4 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]).

**2.** En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'assurance de la CNA pour la période postérieure au 31 mars 2009. L'assuré estime tout d'abord avoir droit à une rente d'invalidité de 30 % correspondant à une baisse de rendement.

**a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, 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. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; TF 8C\_125/2010 du 2 novembre 2010, consid. 2 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2<sup>e</sup> éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n. 165 p. 898).

**b)** L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose toutefois un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (TF du 1<sup>er</sup> février 2008, 8C\_87/2007 consid. 2.2). La question de la causalité adéquate ne se pose que si la causalité naturelle est établie (ATF 119 V 335 consid. 4).

L'exigence du lien de causalité naturelle 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. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié TFA U 80/05 du 18 novembre 2005 consid. 1.2; ATF 129 V 177 consid. 3.1; 119 V 337 consid. 1).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; TF U\_61/91 du 18 décembre 1991 consid. 4b [RAMA 1992 no U 142 p. 75]; Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, n. 80 p. 865). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «*post hoc, ergo propter hoc*»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb, pp. 340 ss; TF U\_215/97 du 23 février 1999 consid. 3b [RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv.]). Il convient en principe d'en rechercher

l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré.

**c)** Par ailleurs, on rappellera que d'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports établis par les médecins de la CNA aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee p. 353 ss.).

**4.** En l'espèce, l'intimée ne s'est pas prononcée sur l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles au membre supérieur gauche dont souffre le recourant et l'accident du 24 mars 2005.

**a)** Après le traumatisme précité, l'évolution a été marquée par une aggravation et une extension progressive des douleurs dans l'ensemble de la main gauche et quelques mois plus tard irradiant vers le coude gauche et l'épaule gauche, en dépit des traitements conservateurs prescrits (notamment antalgique et d'ergothérapie). Le diagnostic d'atteinte somatique à tout le membre supérieur gauche a été écarté de manière convaincante par le Dr R. \_\_\_\_\_ de la CNA dans ses rapports successifs des 23 mars 2006, 14 avril 2007 et 29 juin 2009. Ce praticien a fait état d'une évolution atypique et invalidante vers un tableau dépassant le cadre d'une algodystrophie classique. Le Dr R. \_\_\_\_\_ a considéré que la disproportion entre les plaintes subjectives et les constatations objectives, ainsi que l'absence de réponses à divers traitements spécifiques de l'algodystrophie permettaient de conclure que cette dernière ne jouait qu'un rôle secondaire, l'évolution étant plutôt influencée par des facteurs psycho-sociaux. Le Dr R. \_\_\_\_\_ s'est dit frappé par l'absence d'amyotrophie significative à la mesure des périmètres de l'avant-bras et de limitation au niveau de la rotation externe ou de l'amplitude articulaire passive que l'on pourrait attendre d'un syndrome épaule-main chronifié, voire d'une épargne prolongée du membre

supérieur. Les diagnostics retenus notamment par le Dr J.\_\_\_\_\_, suite au deux séjours de l'assuré à la L.\_\_\_\_\_ en 2006, sont pratiquement superposables, en ce sens que seuls des signes cliniques d'algodystrophie évolutive limitée à un seul rayon et attestée par scintigraphie osseuse triphasique du 26 janvier 2006, ainsi qu'un syndrome douloureux chronique ayant tendance à s'étendre à l'ensemble du membre supérieur droit, ont pu être mis en évidence, toutefois sans anomalie objectivable à ce niveau (D.33/89). Une radiographie des deux mains et de l'épaule gauche pratiquée le 21 novembre 2006 (D.87) a exclu une anomalie de l'épaule, tout en constatant une déminéralisation des os du deuxième rayon. En outre, l'examen neurologique couplé à l'EMNG n'a montré aucun élément électroclinique en faveur d'une participation neurogène tronculaire plexuaire ou radiculaire aux douleurs du membre supérieur gauche (D.88). Une seconde scintigraphie osseuse pratiquée le 28 novembre 2006 a au contraire constaté une évolution scintigraphique favorable pour l'algodystrophie de la main gauche et en particulier de l'index, alors que l'image d'accentuation discrète de la captation de l'épaule gauche restait stationnaire, sans signes nets de réactivation du syndrome épaule-main (D.86).

Dès lors, les nombreux examens effectués ont permis d'écartier le diagnostic d'atteinte somatique, tel qu'un syndrome épaule-main. Certes, la radiographie effectuée le 29 juin 2009 (D.201) a démontré la présence d'un corps étranger ne dépassant pas 3 mm de longueur se projetant en regard de l'extrémité de la phalange distale. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a toutefois considéré que cette minime poussière métallique ne jouait pas de rôle dans l'étiologie et la persistance des troubles du patient (D.205), tout en ajoutant que les cervicalgies dont se plaignait son patient étaient de nature musculo-tendineuse et entraient dans le cadre de la crispation de tout le membre supérieur gauche. En définitive, aucune atteinte somatique n'a permis d'expliquer l'extension des douleurs à l'ensemble du membre supérieur gauche, le Dr D.\_\_\_\_\_ précisant que si les limitations étaient la conséquence de l'accident, elles n'en découlaient pas de manière naturelle et exclusive (lettre du 8 octobre 2009).

**b)** Le recourant fait grief à l'intimée de ne pas avoir pris en considération l'appréciation du Dr D. \_\_\_\_\_ qui a relevé que les limitations fonctionnelles étaient pour l'essentiel dues à un état douloureux, que l'absence d'organicité de ces troubles ne signifiaient pas pour autant qu'ils étaient irréels ou que le patient fut un simulateur et que la douleur était une réalité par nature subjective (lettre du 8 octobre 2009). Le point de vue du Dr D. \_\_\_\_\_ n'est pas aussi catégorique que l'affirme le recourant, en ce sens qu'il ne remet pas en question l'absence d'atteinte somatique. En effet, le Dr D. \_\_\_\_\_ s'est montré perplexe face au tableau clinique développé par son patient ne parvenant pas à faire le lien entre les plaintes et une lésion anatomique. Le Dr Heirli a en outre clairement fait référence à un problème psychosomatique, élément que le patient lui-même n'était pas en mesure de concevoir. Enfin, l'attestation du 7 octobre 2009 de l'ergothérapeute P. \_\_\_\_\_ n'a pas permis de déterminer l'origine traumatique des douleurs au membre supérieur gauche, se limitant à faire état d'une aggravation des douleurs en question. De toute manière, le juge statue en matière de fait au degré de la vraisemblance prépondérante. Or, en l'espèce, si l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident paraît possible, elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier si bien que le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié.

**5.** Même si l'on devait retenir, comme le soutient le recourant, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre ces troubles et l'accident, le lien de causalité adéquate ferait de toute manière défaut.

**a)** En effet, le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose également entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité adéquate. Il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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 p. 181 et la référence), au point que le dommage puisse encore équitablement être

mis à la charge de l'assurance-accidents eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (ATF 123 V 98 consid. 3 p. 100 ss et les références; TF 8C\_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1). Selon la jurisprudence, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques consécutifs à l'accident 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 (ATF 115 V 133, 403).

La jurisprudence a posé plusieurs critères pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les 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 (chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Le degré de gravité d'un accident s'apprécie d'un point de vue objectif, en fonction de son déroulement; il ne faut pas s'attacher à la manière dont la victime a ressenti et assumé le choc traumatique (cf. ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140, 403 consid. 5c/aa p. 409; voir également Frésard, Moser-Szeless, op. cit., no 89 ss). Le Tribunal fédéral a encore récemment précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C\_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1.1 et les références citées).

Dans la pratique, ont été classés parmi les accidents de gravité moyenne à la limite supérieure les accidents ayant occasionné les lésions de la main suivantes : l'amputation totale du pouce, de l'index, du majeur et de l'auriculaire, et partielle de l'annulaire chez un serrurier dont la main droite s'était trouvée coincée dans une machine (cas U 233/95 cité

par le recourant) ainsi que l'amputation du petit doigt, de la moitié de l'annulaire et des deux-tiers de l'index chez un aide-scieur dont la main gauche avait été atteinte (TFA U 280/97 du 23 mars 1999 publié dans RAMA 1999 U 346 p. 428). En revanche, a été jugé comme étant de gravité moyenne l'accident subi par un scieur dont la main gauche avait été prise dans la chaîne de la machine avec pour résultat une amputation de l'auriculaire, un annulaire douloureux et une atrophie des autres doigts (TFA U 5/94 du 14 novembre 1996), de même que celui dont a été victime un aide-serrurier avec une scie entraînant l'amputation des extrémités de deux doigts à la main droite et de trois doigts à la main gauche (TFA U 185/96 du 17 décembre 1996) ou encore l'accident ayant causé un raccourcissement du pouce phalangien d'un demi-centimètre et un index hypoesthésique (TFA U 25/99 du 22 novembre 2001 publié dans RAMA 2002 U 449 p. 53; pour une vue d'ensemble de la casuistique : TF 8C\_77/2009 du 4 juin 2009, consid. 4.1.2).

**c)** En l'occurrence, selon les constatations médicales figurant au dossier, l'assuré a subi une fracture ouverte de la phalange distale de l'index gauche sans atteinte du tendon fléchisseur. Sa main est restée entière. En comparaison aux cas les plus graves d'accidents de la main cités ci-dessus qui ont occasionné des amputations d'une partie des doigts et/ou du pouce, on doit retenir que les forces mises en jeu sur la main gauche du recourant au moment de l'accident étaient d'importance moyenne. Les circonstances dans lesquelles l'événement du 24 mars 2005 est survenu ne sont toutefois ni dramatiques, ni impressionnantes. En effet, les lésions physiques (fracture de l'index gauche) n'étaient pas de nature, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. L'assuré a subi une longue incapacité de travail, ainsi que des douleurs persistantes pendant une longue durée, sans toutefois que l'on puisse les rattacher à un substrat organique. Il n'y a pas eu d'erreur dans le traitement médical. Dans ces conditions, les critères posés par la jurisprudence pour admettre le rapport de causalité adéquate entre l'événement du 24 mars 2005 et les atteintes éventuelles à la santé psychique du recourant ne sont pas remplis.

Par conséquent, seule l'atteinte à la phalange distale de l'index gauche consécutive à l'accident du 24 mars 2005 doit être retenue, la responsabilité de la CNA n'étant pas engagée pour un syndrome douloureux chronique, évoqué par le Dr J.\_\_\_\_\_ ou une atteinte psychosomatique relevée par le Dr D.\_\_\_\_\_. Il n'existe dès lors aucune appréciation médicale motivée, ni aucun élément susceptible de mettre sérieusement en doute les conclusions du Dr R.\_\_\_\_\_, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter.

**d)** Compte tenu des limitations fonctionnelles retenues par le Dr R.\_\_\_\_\_ et la description du poste de travail de l'assuré dans sa nouvelle activité d'opérateur sur machines et dessinateur (D.180), le Dr F.\_\_\_\_\_ de la CNA a considéré que l'assuré était en mesure de mettre en valeur une pleine capacité de travail dans l'emploi exercé auprès de N.\_\_\_\_\_ (D.181) pour lequel il avait bénéficié d'un reclassement professionnel sous l'égide de l'Al. Ainsi, malgré son handicap, l'assuré est en mesure de réaliser un revenu annuel de 72'000 fr. (D.133), soit un gain à peu près équivalent à celui qu'il aurait obtenu sans la survenance de l'événement en question, s'il avait poursuivi son activité de constructeur métallique (70'195 fr.). Certes, le SMR a considéré que l'assuré présentait une baisse de rendement de 30 % dans l'activité adaptée exercée à plein temps en raison de la persistance de douleurs. Il y a toutefois lieu de rappeler que les douleurs éprouvées par l'assuré sont liées à des facteurs non-organiques pour lesquels l'intimée ne saurait engager sa responsabilité.

Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a conclu que l'intéressé ne pouvait prétendre à l'octroi d'une rente d'invalidité faute d'une perte de gain supérieure à 10 %. Les conclusions du recourant sur ce point sont donc mal fondées.

**6.** Le recourant conteste le taux de 5 % sur lequel est fondée l'indemnité pour atteinte à l'intégrité allouée par l'intimée. Il soutient qu'il présente un taux d'atteinte de 20 % au moins, compte tenu de

l'impotence fonctionnelle partielle de son membre supérieur gauche, liée à un état douloureux chronique et diffus.

**a)** Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite d'un accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives. De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'importance prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b et les références).

L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b et les références). Il représente une "règle générale" (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de

l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1; TF 8C\_365/2007 du 15 mai 2008, consid. 7.2; ATF 124 V 211 consid. 4a/cc) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

**b)** En l'espèce, compte tenu des atteintes subies par l'assuré, soit une lésion accidentelle de l'index gauche sous forme de fracture ouverte de la phalange distale, avec une atrophie de l'extrémité pulpaire qui reste hyper-sensible, le Dr R. \_\_\_\_\_ a retenu par analogie le taux de 5 % attribué en cas d'amputation de l'index (D.108), qui vaut aussi pour la main adominante comme c'est le cas en l'espèce. Au vu de ces constatations, la décision de l'intimée d'appliquer par analogie la situation représentée par la figure 6 sous point 3.2 de la table trois édictée par sa division médicale - qui prévoit un taux d'atteinte à l'intégrité de 5 % en cas de perte de deux phalanges de l'index -, ne prête pas le flanc à la critique, compte tenu de l'absence de causalité adéquate entre l'impotence fonctionnelle partielle du membre supérieur gauche, liée à un syndrome douloureux chronique et l'événement du 24 mars 2005.

**7.** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision attaquée du 17 septembre 2009. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu d'ordonner une nouvelle expertise. Enfin, il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA) ni alloué de dépens, vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision sur opposition rendue le 17 septembre 2009 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Munoz (pour le recourant),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours

constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :