

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 décembre 2012

---

Présidence de       Mme     PASCHE  
Juges     :       Mmes Dormond Béguelin et Rossier, assesseurs  
Greffière     :       Mme Pradervand

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.**\_\_\_\_\_, au [...], recourant,

et

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

---

**Art. 10 al. 1, 16, 18 al. 1 et 19 al. 1 LAA; 6, 8 et 16 LPG**

**E n f a i t :**

**A.** Z.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1962, ressortissant portugais, a travaillé en qualité de manœuvre pour l'entreprise H.\_\_\_\_\_SA, à [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA ou l'intimée).

Le 30 août 2005, alors qu'il était occupé sur un chantier, il s'est fait une entorse au poignet droit en portant des briques. La CNA a pris en charge le cas. L'assuré s'est ainsi retrouvé en incapacité totale de travailler, attestée par la Dresse N.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré en [...].

Une IRM du poignet droit, effectuée le 23 novembre 2005, a montré qu'il n'y avait pas de lésion focale osseuse ligamentaire ou tendineuse patente.

La société H.\_\_\_\_\_SA a licencié l'assuré avec effet au 30 novembre 2005.

Le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr X.\_\_\_\_\_, chirurgien, a examiné l'assuré le 10 mars 2006. Dans son rapport du 13 mars 2006, il a observé qu'à l'examen clinique, il n'y avait aucun trouble dystrophique au niveau de la main droite ni aucun trouble neurologique et que la fonction du poignet droit, comme tous les doigts de la main droite, était conservée. Cependant, il notait encore que la situation n'était pas éclaircie, en raisons des douleurs alléguées par l'assuré et de la force de préhension au Jamar effondrée par rapport à la force de la main gauche.

Dans un rapport du 12 avril 2006 à la Dresse N.\_\_\_\_\_, le Dr L.\_\_\_\_\_ du Service [...] du Centre hospitalier W.\_\_\_\_\_ a indiqué que le résultat de l'électromyogramme effectué le 24 mars 2006 avait confirmé la présence d'un syndrome du canal carpien modéré pouvant expliquer en

partie les douleurs de l'assuré. Le Dr L.\_\_\_\_\_ prévoyait dès lors une intervention sur le canal carpien le 18 mai 2006.

La Dresse G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main auprès de la Clinique R.\_\_\_\_\_, a examiné l'assuré le 4 mai 2006. Dans son rapport du 18 mai 2006, cette médecin a relevé qu'il existait une certaine discordance entre l'état clinique du poignet droit de l'assuré, ses plaintes et l'incapacité de travail persistante. Elle a demandé à l'assuré d'annuler l'intervention du tunnel carpien prévue, laquelle ferait tout au plus disparaître les fourmillements nocturnes. Elle a dès lors proposé une arthro-IRM du poignet suspectant des lésions ligamentaires vu les plaintes réitérées de l'assuré.

Cet examen, réalisé le 7 juin 2006, a montré une déchirure du ligament lino-triquetral sur sa partie dorsale médiale et palmaire, du ligament scapho-lunaire sur son faisceau dorsal, ainsi qu'une déchirure partielle non transfixiante du complexe fibrocartilagineux triangulaire du carpe (TFCC) au niveau de son attachement cubital.

Le rapport de l'arthrographie et arthro-IRM du 7 juin 2006 a été transmis à la Dresse G.\_\_\_\_\_ pour appréciation. Cette dernière a constaté, dans son rapport du 3 juillet 2006, que l'instabilité du pyramidal était majeure. Elle a évoqué plusieurs options thérapeutiques. Elle a cependant estimé qu'un essai de reprise du travail avec un poignet de cuir sur mesures devait être tenté.

Par avis médical du 6 septembre 2006 adressé à la Dresse N.\_\_\_\_\_, le Dr L.\_\_\_\_\_ préconisait, dans un premier temps, de libérer le nerf médian au niveau du canal carpien, puis éventuellement de faire un brochage luno-trichétral, estimant que les propositions d'intervention faites à la Clinique R.\_\_\_\_\_ étaient trop agressives.

L'assuré a séjourné à la Clinique C.\_\_\_\_\_, à [...], du 25 septembre au 6 octobre 2006. Dans un rapport de synthèse du 22 novembre 2006, les Drs F.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_, chef de Clinique

rhumatologue, respectivement médecin assistant, ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles, ainsi que les diagnostics secondaires de déchirure complète du ligament lunotriquétral, du ligament scapholunaire et déchirure partielle non transfixiante du TFCC du poignet droit, ainsi que de traumatisme du poignet droit. Ils ont retenu une capacité de travail de l'assuré de 100% dès la sortie. Ils ont en outre constaté que plusieurs chirurgiens de la main consultés par l'assuré, à l'instar de celui de la Clinique C.\_\_\_\_\_, estimaient qu'une intervention chirurgicale était indiquée. En ce sens, une consultation avec le Dr L.\_\_\_\_\_ a été agendée afin de discuter de l'option chirurgicale.

Le 12 décembre 2006, l'assuré s'est annoncé à l'assurance-invalidité. Il a déposé une demande de prestations tendant à une orientation professionnelle et à l'octroi d'une rente, en faisant état de lésions au poignet droit depuis le 30 août 2005, date de l'accident.

Le 18 janvier 2007, l'assuré a été opéré au Centre hospitalier W.\_\_\_\_\_ par le Dr L.\_\_\_\_\_. Il a eu une arthroscopie du poignet droit qui a finalement montré que le ligament scapho-lunaire était intact, visualisant en revanche une grosse lésion centrale du ligament triangulaire. Un embrochage luno-triquétral a été réalisé, ainsi qu'une neurolyse du nerf médian au canal carpien qui présentait une compression importante.

Le 24 octobre 2007, le médecin d'arrondissement de la CNA était d'avis qu'il était trop tôt pour déterminer si l'état de santé de l'assuré était stabilisé ou non, ce dernier étant encore en traitement auprès du Dr L.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport médical intermédiaire, réceptionné le 5 décembre 2007 par la CNA, le Dr L.\_\_\_\_\_ a signalé que le traitement médical de l'assuré pouvait être considéré comme stabilisé.

Une algodystrophie étant suspectée, l'assuré a été dirigé vers le Dr T.\_\_\_\_\_, praticien hospitalier en Anesthésie-Réanimation au Centre

hospitalier W.\_\_\_\_\_. Ce dernier a indiqué, par ajout manuscrit sur la lettre de la CNA du 18 mars 2008 reçue en retour le 11 avril 2008, que les douleurs et les raideurs subies par l'assuré suite à l'intervention ne permettaient pas de conclure à une stabilisation de sa maladie.

Dans un rapport médical du 14 janvier 2009 adressé au Dr L.\_\_\_\_\_, le Dr Q.\_\_\_\_\_, chef du Service de chirurgie orthopédique main aux Hôpitaux P.\_\_\_\_\_, a estimé que les douleurs alléguées par l'assuré étaient banales après un traumatisme ancien du poignet. Il a observé que la statique carpienne n'était pas mauvaise, qu'il n'y avait aucun problème radiologique à corriger et que la force était pratiquement inexistante contre presque 60 kg du côté gauche. Selon lui, il existait visiblement un problème psychologique surajouté. Il a par ailleurs mentionné que l'algodystrophie était guérie cliniquement. Il a ainsi conclu qu'il n'y avait aucune indication à faire un geste ostéoarticulaire complémentaire et proposait tout de même de compléter le bilan par une scintigraphie. Ainsi, sous réserve d'une scintigraphie négative, il préconisait une réinsertion rapide dans le milieu professionnel.

Le 23 février 2009, le Dr V.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA et chirurgien, a examiné l'assuré. Le même jour, il a établi un rapport dont la teneur est notamment la suivante:

«[...] Objectivement, chez un patient gaucher, le poignet droit est calme, un peu plus froid que le gauche. Il est bien aligné, sans instabilité résiduelle majeure. Il a conservé une mobilité convenable avec une E/F à 45-0-45 et une IR/IC à 15-0-30 par rapport à 70-0-70 et 30-0-45 à gauche. La pronosupination est complète. Le pouce et les doigts longs ont également une mobilité complète. La force de serrage de la main droite est nettement réduite (Jamar 12 par rapport à 60 à gauche).

La situation n'a donc rien de catastrophique mais le patient veut un poignet "neuf". [...]

Une scintigraphie osseuse effectuée le 2 avril 2009 a montré une hyperfixation en projection du semi-lunaire au temps tardif. Cependant, une IRM effectuée le 11 mai 2009 n'a pas mis en évidence de signe en faveur de nécrose du semi-lunaire.

Dans un courrier du 11 juin 2009 au médecin d'arrondissement, le Dr L.\_\_\_\_\_ a expliqué que, compte tenu des derniers résultats, ni son équipe, ni le Dr Q.\_\_\_\_\_, au plan chirurgical, ni le Dr T.\_\_\_\_\_, ne voyaient de solution, de sorte qu'il pensait se trouver dans une impasse thérapeutique.

A la suite de son examen médical final du 5 octobre 2009, le Dr V.\_\_\_\_\_ a notamment relevé ce qui suit dans son rapport:

**«Appréciation:**

A l'examen clinique, on est en présence d'un patient faisant plus vieux que son âge, extrêmement renfermé, paraissant même vaguement hostile, qui ne sert absolument pas sa main droite, laquelle repose étendue, de manière démonstrative, sur sa cuisse.

Objectivement, le poignet droit est tout à fait calme. Il est un peu plus froid que le gauche. Il paraît douloureux à la mobilisation en fin de course mais il est souple. Il est bien aligné. Il ne présente pas de laxité résiduelle notable. La mobilité est modérément limitée. Le pouce et les doigts ont une mobilité complète. La main droite a une bonne trophicité. La force de serrage est apparemment réduite.

Il y a donc une discordance importante entre le handicap majeur qui est affiché et les constatations objectives de l'examen radio-clinique qui vont plutôt dans le sens de séquelles modérées.

On sait que l'approche thérapeutique de ce genre de patient est quasiment impossible.»

Dès lors, le Dr V.\_\_\_\_\_ était d'avis que l'assuré pouvait travailler à plein temps dans une activité légère, privilégiant le contrôle et la surveillance au travail purement manuel.

Le 20 octobre 2009, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a rendu un projet d'acceptation de rente entière pour la période du 1<sup>er</sup> août 2006 au 31 mai 2009, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de travail de l'assuré survenue le 23 février 2009 (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]).

Par courrier du 8 février 2010 à l'assuré, la CNA l'a informé que l'examen médical qu'il avait subi avait révélé qu'il n'avait plus besoin de traitement, si bien qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 28 février 2010.

Par décision du 29 avril 2010, l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger a confirmé le projet de décision du 20 octobre 2009, reconnaissant à l'assuré le droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> août 2006 au 31 mai 2009.

Par décision du 17 mai 2010, la CNA a reconnu le droit de l'assuré à une rente d'invalidité mensuelle de 527 fr. 55 dès le 1<sup>er</sup> mars 2010, compte tenu d'une incapacité de gain de 15% et d'un gain annuel assuré de 50'486 francs. La CNA s'est fondée sur les descriptions de postes de travail pour déterminer un salaire exigible de 4'048 fr. dans une activité légère privilégiant le contrôle et la surveillance au travail purement manuel, et sur un salaire de 4'760 fr. réalisable sans l'accident selon les indications de l'ancien employeur. La CNA a en outre reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10'680 fr., compte tenu d'un gain annuel de 106'800 fr. et d'un taux de 10%.

Par courrier du 1<sup>er</sup> juin 2010, complété le 7 septembre 2010, l'assuré s'est opposé à cette décision. Pour l'essentiel, il a expliqué que la quotité de la rente lui semblait dérisoire.

Le 22 décembre 2010, la CNA a rendu une décision sur opposition, confirmant la décision du 17 mai 2010 et rejetant l'opposition. En substance, elle a retenu qu'il convenait de se référer à l'avis du Dr V.\_\_\_\_\_, lequel retenait une capacité de travail entière de l'assuré dans une activité légère. Elle a en outre précisé que l'assuré n'amenait aucun élément médical déterminant qui permettrait de douter du bien-fondé de l'avis du Dr V.\_\_\_\_\_. Enfin, elle a ajouté qu'elle n'engageait pas sa responsabilité s'agissant de la composante psychogène qui semblait peser sur l'évolution du status de l'assuré.

Selon une note d'entretien téléphonique du 19 janvier 2011 entre l'amie de l'assuré et un collaborateur de la CNA, l'état de l'intéressé se serait aggravé, de nouvelles radiographies auraient été effectuées et une éventuelle arthrodèse serait nécessaire. Etait encore indiqué sur cette note que les documents médicaux seraient adressés prochainement à la CNA.

A l'occasion d'un téléphone du 20 janvier 2011, un collaborateur de la CNA a confirmé à l'amie de l'assuré que les rapports médicaux et les radiographies étaient attendus avant que le médecin d'arrondissement ne puisse se prononcer.

Par courrier du 20 février 2011, l'assuré a fait parvenir à la CNA un rapport du Dr L.\_\_\_\_\_, daté du 2 février 2011. Selon ce rapport, l'assuré aurait fait état d'une augmentation des douleurs et d'une diminution de la sensibilité au niveau de la main, raison pour laquelle le Dr L.\_\_\_\_\_ avait fait effectuer un électromyogramme. Ce dernier a en outre maintenu sa position s'agissant d'une arthrodèse, doutant qu'elle puisse être bénéfique.

L'assuré a également requis, dans le courrier précité, le règlement de frais de pharmacie pour l'achat d'une attelle et de frais de transport.

La CNA, dans sa lettre du 2 mars 2011 à la Dresse N.\_\_\_\_\_, a requis la transmission de l'électromyogramme mentionné dans le rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ précité afin de se prononcer sur la prise en charge des frais médicaux.

**B.** Par acte daté du 30 janvier 2011, reçu le 21 février 2011 au greffe de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, Z.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision sur opposition du 22 décembre 2010. Il conclut implicitement à sa réforme en ce sens que sa rente soit arrêtée à un taux supérieur, compte tenu de ses douleurs.

Dans sa réponse du 21 juin 2011, l'intimée conclut au rejet du recours, reprenant les motifs exposés dans la décision litigieuse. En particulier, elle note que les médecins consultés sont unanimes pour considérer qu'aucun traitement ne semble susceptible d'améliorer sensiblement l'état de santé du recourant. Dès lors, elle maintient sa position, à savoir que, pour les seules séquelles de l'accident, l'état de santé du recourant était stabilisé au moment de l'octroi d'une rente le 1<sup>er</sup> mars 2010. S'agissant en outre du taux d'invalidité de 15% critiqué par le recourant, elle indique s'être fondée sur l'appréciation médicale du Dr V. \_\_\_\_\_ pour retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Elle confirme ainsi son calcul du taux d'invalidité basé sur cinq descriptions de postes de travail.

Selon ordonnance du Tribunal de céans du 24 juin 2011, la réponse de l'intimée a été transmise au recourant. Un délai au 15 juillet 2011, prolongé au 8 septembre 2011, lui a été imparti pour faire parvenir sa réplique. Il a également été informé qu'en l'absence de nouvelle de sa part dans ce délai, un jugement serait rendu. Le recourant ne s'est pas déterminé.

**C.** Sur requête du nouveau juge instructeur, les pièces versées au dossier à compter du 3 juin 2011 ont été produites par l'intimée. Il ressort d'une note d'entretien téléphonique entre le Centre hospitalier W. \_\_\_\_\_ et un collaborateur de la CNA du 20 juin 2011, que la dernière consultation du recourant remontait au 2 février 2011, date dès laquelle il n'avait plus donné de nouvelles. Il ressort également d'une note similaire du 17 juin 2011 que la Dresse N. \_\_\_\_\_ n'avait pas revu le recourant depuis le 8 janvier 2009.

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

**1.** **a)** 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 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. 56 et 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, la recevabilité de l'acte de recours paraît douteuse, dans la mesure où la décision sur opposition a été rendue le 22 décembre 2010 et que le recours, certes daté du 30 janvier 2011, a finalement été reçu au greffe de la Cour de céans le 21 février 2011. Toutefois, compte tenu de la suspension du délai pendant les fêtes et du fait que la CNA n'a pas excipé de la tardiveté éventuelle du recours, il sera entré en matière.

S'agissant de la compétence à raison du lieu, le recourant a agi auprès du tribunal compétent, à savoir celui du canton de domicile de son dernier employeur suisse (art. 58 al. 2 LPGA).

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre une décision prise 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 (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** Le litige porte sur le taux de la rente d'invalidité allouée au recourant, singulièrement sur le point de savoir si son état est stabilisé. Le recourant ne conteste par contre pas le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui lui a été reconnue, de sorte qu'il n'y a pas lieu de revenir sur cette question.

**3. a)** Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA), elle-même subordonnée, en principe, à la stabilisation, d'un point de vue médical, de l'état de l'assuré (Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2e éd., Bâle/Genève/Munich 2007, no 153 p. 895).

**b)** Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il

prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées, 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee, et les références citées; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2; 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

**c)** 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. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 343 consid. 3.4 p. 348 sv.).

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible – le revenu d'invalide peut être évalué sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 135 V 297

consid. 5.2, 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 8C\_287/2010 du 18 novembre 2010, consid. 3).

Cette méthode d'évaluation du revenu d'invalidé repose sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT), tirées d'une vaste base de données établie par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents. Dans ce cas, pour que le revenu d'invalidé corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui (ATF 128 V 29 consid. 1), l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre eux (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2; TF 8C\_809/2008 du 19 juin 2009, consid. 4.2.2; 8C\_4/2008 du 25 juin 2008, consid. 3.2).

**4. a)** En l'espèce, il est médicalement établi qu'au moment où l'intimée a pris sa décision, l'état de santé du recourant était stabilisé à compter du jour de l'examen final par le médecin d'arrondissement, élément confirmé par les médecins consultés. En effet, ceux-ci n'ont pas proposé de nouvelles mesures thérapeutiques propres à améliorer sensiblement l'état de santé du recourant. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a relevé, dans son rapport du 14 janvier 2009, qu'il existait visiblement un problème psychologique surajouté, que l'algodystrophie était guérie cliniquement et qu'il n'y avait dès lors pas d'indication à faire un geste ostéoarticulaire complémentaire. Toutefois, il proposait de compléter le bilan du recourant par une scintigraphie. Cet examen a été réalisé le 2 avril 2009 et a montré une hyperfixation en projection du semi-lunaire au temps tardif. Cependant, l'IRM effectuée le 11 mai 2009 a pu infirmer le diagnostic de nécrose du semi-lunaire. Quant au Dr V.\_\_\_\_\_, en procédant à l'examen final du recourant le 5 octobre 2009, il a constaté qu'il existait une discordance importante entre le handicap majeur affiché par le recourant et les constatations objectives de l'examen radio-clinique allant davantage dans le sens de séquelles modérées. Il a ainsi conclu que l'approche thérapeutique de ce genre de patient était quasiment impossible.

Finalement, le Dr L.\_\_\_\_\_ expliquait, dans son courrier du 11 juin 2009, qu'il pensait se trouver dans une impasse thérapeutique.

Certes, le recourant a allégué en janvier 2011, postérieurement à la décision litigieuse, une évolution défavorable de son état de santé, affirmant que de nouvelles radiographies avaient été effectuées et qu'une éventuelle arthrodeèse était nécessaire. Il résultait d'un rapport du 2 février 2011 du Dr L.\_\_\_\_\_ que le recourant l'avait consulté, et qu'en raison de l'aggravation des douleurs dont il faisait état, le médecin précité avait fait procéder à un électromyogramme, sans toutefois modifier son appréciation médicale liée à une nouvelle intervention chirurgicale. Malgré de réitérées demandes, la CNA n'a obtenu aucun nouveau document ni examen médical susceptible d'attester une aggravation de l'état de santé du recourant. Par ailleurs, il est ressorti des investigations de la CNA que le recourant n'avait plus consulté son médecin traitant, la Dresse N.\_\_\_\_\_, depuis janvier 2009 et qu'il n'avait plus donné de nouvelles après sa dernière consultation le 2 février 2011 au Centre hospitalier W.\_\_\_\_\_.

Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir, avec l'intimée, que l'état de santé du recourant était stabilisé au moment de l'octroi de la rente d'invalidité le 1<sup>er</sup> mars 2010.

**b)** Se fondant sur les conclusions du Dr V.\_\_\_\_\_, l'intimée a considéré que le recourant pouvait travailler à plein temps et avec un plein rendement dans une activité légère, privilégiant le contrôle et la surveillance au travail purement manuel. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ ne s'est, quant à lui, prononcé ni sur la capacité de travail de son patient, ni sur les activités encore exigible, se limitant à préconiser une réinsertion rapide dans le milieu professionnel.

Le recourant n'a, pour sa part, apporté aucun élément concret permettant d'établir que sa capacité de travail serait diminuée. Il convient dès lors de retenir que l'appréciation du médecin d'arrondissement de la CNA est convaincante et qu'aucun motif ne permet de la remettre en

cause. En effet, le Dr V.\_\_\_\_\_ a établi son rapport en connaissance du dossier médical de l'assuré et au terme d'un examen clinique. Il a dûment pris en considération les plaintes de l'assuré, et sa description de l'état de santé et de son influence sur la capacité de travail est claire et motivée. On rappellera à ce propos 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), ce qui est le cas du rapport du Dr V.\_\_\_\_\_.

En définitive, il y a lieu d'admettre, à l'instar de la CNA, qu'à la date du 5 octobre 2009, le recourant présentait, d'un point de vue somatique, une capacité de travail pleine et entière, dans une activité adaptée, des suites de l'accident du 30 août 2005.

**c)** A défaut d'activité exercée depuis le jour de l'accident, la CNA s'est basée, à juste titre, sur les DPT pour établir le revenu d'invalidé du recourant. Il est incontestable que les cinq DPT produites par la CNA sont compatibles avec l'état de santé du recourant, dans la mesure où il s'agit de travaux légers qui ne requièrent pas de sollicitations particulières du poignet droit. En outre, elles satisfont aux conditions formelles posées par la jurisprudence (ATF 129 V 472). Dès lors, la CNA était fondée à se référer aux cinq DPT produites. Quant au revenu d'invalidé fixé sur cette base pour l'année 2010 – soit 48'968 fr. 60. –, il n'est pas critiquable. En comparant le revenu d'invalidé à un revenu sans invalidité de 57'120 fr., basé sur les informations fournies par l'ancien employeur, on aboutit à une incapacité de gain de 14,27%.

Il appert dès lors que la CNA était fondée à allouer une rente d'invalidité calculée sur la base d'un taux d'incapacité de gain de 15%.

**5.** S'agissant d'une éventuelle atteinte à la santé psychique, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a relevé, dans son rapport du 14 janvier 2009, qu'il existait

visiblement un problème psychologique surajouté. Toutefois, une atteinte à la santé psychique du recourant, à supposer qu'elle soit établie, n'impliquerait pas l'octroi des prestations litigieuses par l'intimée, pour les motifs suivants.

**a)** L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'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. En effet, 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 les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'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, 129 V 402 consid. 4.3; TF 8C\_858/2008 du 14 août 2009, consid. 3).

**b)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 129 V 402 consid. 2.2 et les références; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009, consid. 2).

Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime, la jurisprudence a posé plusieurs critères. 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 ex. 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. 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. En présence d'un accident de gravité moyenne, 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 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140, 115 V 403 consid. 5c/aa p. 409).

**c)** En l'espèce, il paraît douteux qu'un lien de causalité naturel entre l'accident et une éventuelle atteinte à la santé psychique du recourant puisse être admis. Quoi qu'il en soit, le lien de causalité adéquate fait dans tous les cas défaut. L'accident dont le recourant a été victime entre tout au plus dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité, selon la classification établie par la jurisprudence du Tribunal fédéral. Ainsi, il ne revêt pas un caractère impressionnant ou dramatique. Les lésions organiques subies par le recourant ne sauraient être qualifiées objectivement de graves et propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. L'évolution thérapeutique s'est déroulée normalement, hormis l'évolution postopératoire de l'arthroscopie qui semble avoir été compliquée par une algodystrophie, laquelle a été complètement guérie. Enfin, les douleurs persistantes alléguées par le recourant n'ont pu être objectivées par les investigations des différents médecins, de sorte qu'elles ne peuvent être prise en considération.

Compte tenu de ce qui précède, la CNA ne serait pas tenue de prendre en charge une éventuelle affection psychique du recourant, si elle devait exister.

**6.** En conclusion, la décision sur opposition de la CNA du 22 décembre 2010 est fondée et l'assuré ne peut prétendre à une rente supérieure. Le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition litigieuse. 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 et l'absence de représentation par un mandataire professionnel (art. 61 let. g LPGA).

Invité par avis du juge instructeur du 1<sup>er</sup> mars 2011 à élire domicile en Suisse afin que les notifications puissent lui être adressées

selon l'art. 17 LPA-VD, le recourant n'a pas réagi. Il est ainsi réputé avoir élu domicile à l'adresse de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, le présent arrêt y étant dès lors notifié.

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 22 décembre 2010 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Z. \_\_\_\_\_,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :