

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 novembre 2015

Composition : M. NEU, président
M. Métral et Mme Dessaux, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

J._____, à U._____, recourant, représenté par Me Florence Bourqui, avocate auprès du Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 16 al. 1 et 2, 18 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1962, travaillait comme chauffeur de poids lourd pour l'entreprise «R._____ SA» à I._____. Il est assuré contre les accidents par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA ou l'intimée).

Le 3 juillet 2007, l'employeur de J._____ a annoncé à la CNA que ce dernier s'était fracturé l'avant-bras gauche en tombant du pont d'un camion, le 23 juin 2007. Les premiers soins ont été donnés par la Dresse T._____, médecin assistant à la Permanence chirurgicale G._____. Dans un rapport du 19 juillet 2007, cette dernière a précisé, sous la rubrique «indications du patient», que celui-ci s'était coincé la main gauche, au niveau du poignet, dans la ridelle d'un camion. Elle a constaté une hypoesthésie de D1 à D3 dorso-palmaire et en regard des premier et troisième rayons, avec une sévère tuméfaction. Le diagnostic de fracture intra-articulaire de l'épiphyse distale du radius a été posé. Une atteinte du nerf médian gauche était également suspectée, de sorte que J._____ a été adressé au Dr M._____, spécialiste en neurologie, qui a confirmé une neuropathie sévère du médian à la hauteur du poignet gauche, vraisemblablement par écrasement lors de l'accident du 23 juin 2007 (rapport du 24 août 2007). Le 12 septembre 2007, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie et chirurgie de la main, a procédé à une opération de décompression du tunnel carpien gauche, avec exploration du nerf médian au niveau du pli de flexion distal du poignet. Il a attesté une incapacité de travail totale depuis l'accident, pour une durée indéterminée. La durée du traitement prévue était d'environ un an pour une récupération du nerf à long terme. La CNA a pris en charge le traitement et alloué des indemnités journalières.

Le 28 novembre 2007, la Dresse H._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale et médecin d'arrondissement de la CNA, a examiné l'assuré. Elle a constaté une fracture consolidée, une force de préhension de 34 kg à droite au Jamar, contre 15 kg à gauche,

avec une douleur immédiate et assez vive, chez un assuré droitier. Elle a également observé une discrète limitation de la flexion dorsale et palmaire et des inclinaisons radio-cubitales du poignet, sans signes congestifs associés. L'enroulement et le déroulement passif des doigts s'effectuaient sans limitation, notamment sans attitude en flessum des doigts. Un déficit moteur des mouvements de pronation-flexion du poignet, des fléchisseurs, avec une force résiduelle de 3 à 4 sur 5, persistait, de même qu'une opposition du pouce de 3 sur 5. La Dresse H. _____ a également constaté une hypoesthésie au niveau du territoire du médian à la paume de la main et une «quasi sensation» d'anesthésie au niveau des doigts. L'évolution allait dans le sens d'une amélioration sur une durée d'une année environ, mais l'assuré avait perdu son emploi. L'incapacité de travail restait totale au moins jusqu'à la prochaine consultation du Dr D. _____ le 12 janvier 2007 (recte: 2008). Il appartiendrait alors à ce médecin de déterminer si une reprise était envisageable, d'un point de vue théorique, à 25 % du 12 janvier au 28 février 2008, puis à 50 %, sous réserve de limitations fonctionnelles du membre supérieur gauche (rapport du 28 novembre 2007).

Dans un rapport du 9 avril 2008, le Dr D. _____ a constaté une bonne récupération de la sensibilité de la main gauche, avec encore une discrète hyperesthésie sur le bout des doigts. La force globale de cette main était d'environ 10 kg, soit à peu près un tiers de celle de la main droite. La mobilité du poignet était encore légèrement limitée et la discrimination aux deux points sur les bouts des doigts 02 et 03 était encore à 10 mm. Une reprise du travail à 50 % était exigible depuis le 3 mars 2008.

Le 18 août 2008, le Dr Q. _____, médecin d'arrondissement de la CNA et spécialiste en chirurgie, a procédé à un nouvel examen de l'assuré. Celui-ci lui a fait part de douleurs persistantes du poignet gauche, notamment lorsqu'il était au volant d'un véhicule. Le traitement était terminé, sous réserve d'un traitement d'antalgiques de temps à autres, sans bénéfice notable. L'assuré souffrait par ailleurs d'une arthrose de la base du pouce à droite et signalait des lombalgies. Depuis le mois de juin,

il travaillait trois jours par semaine comme chauffeur de taxi. D'un point de vue clinique, le Dr Q. _____ a constaté un poignet gauche calme, bien aligné, un peu sensible à la mobilisation et surtout au ballottement. La mobilité était bien récupérée et la prosupination était complète. Le pouce et les doigts longs avaient une mobilité complète. La force de serrage de la main gauche paraissait réduite («Jamar 7 par rapport à 30 à droite») chez un assuré qui semblait ne pas donner toute la mesure de ses possibilités. De nouvelles radiographies du poignet gauche de face et de profil révélaient une arthrose radio-carpienne relativement avancée. D'un point de vue thérapeutique, comme le poignet avait tout de même récupéré une bonne fonction, il n'y avait plus rien à entreprendre. La capacité de travail de l'assuré était totale, notamment comme chauffeur de taxi. Par ailleurs, une atteinte à l'intégrité devrait être allouée, que le Dr Q. _____ proposait de fixer à 10 % (rapport du 18 août 2008).

Le 9 septembre 2008, la CNA a informé l'assuré qu'elle l'estimait apte à travailler à 100 % dès le 10 septembre 2008 et que les indemnités journalières seraient versées «en tenant compte de ce qui précède». Par décision du 10 septembre 2008, la CNA a alloué à J. _____ une indemnité de 10'680 fr. pour une atteinte à l'intégrité fixée à 10 %.

L'assuré a contesté disposer d'une pleine capacité de travail depuis le 10 septembre 2008 et a allégué subir une incapacité de travail persistante de 50 %, au motif que sa profession de chauffeur nécessitait «divers manoeuvre et concentration». Le 19 décembre 2008, la CNA a rendu une décision formelle par laquelle elle a confirmé les termes de sa lettre du 9 septembre 2008.

B. Le 10 janvier 2009, l'assuré s'est opposé à cette décision en maintenant ses allégations relatives à une capacité de travail résiduelle de 50 % seulement. L'incapacité de travail était motivée comme suit: «mes capacités physiques et mes réflexes sont très diminués par rapport à ma compétence de gestion et d'anticipation d'avant l'accident».

Le 28 janvier 2009, le Dr B._____, médecin-chef au Service de traumatologie du Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital A._____, a vu l'assuré à sa consultation. Celui-ci lui a décrit des douleurs au moindre mouvement. Il était sous anti-inflammatoires et portait une attelle palmaire. La dernière radiographie montrait un début d'arthrose radio-carpienne. Le Dr D._____ proposait une nouvelle intervention chirurgicale et le Dr B._____ a adressé l'assuré au Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, pour un second avis (rapport du 30 janvier 2009).

Le 4 février 2009, le Dr V._____ a examiné l'assuré et posé les diagnostics suivants:

- «- Arthrose radio-carpienne gauche, péjorée de façon déterminante par l'accident du 23.06.2007.
- Neuropathie irritative résiduelle du médian au poignet gauche.
- Status après décompression du médian au tunnel carpien gauche le 12.09.2007.
- Status après écrasement du poignet gauche le 23.06.2007 avec fracture articulaire in situ de la facette lunarienne dorsale du radius distal et neuropathie sensitivo-motrice sévère du médian.
- Status après ancienne fracture méconnue intra-articulaire des facettes scaphoïdienne, lunarienne et sigmoïde du radius distal gauche, avec arthrose radio-carpienne débutante et radio-cubitale inférieure avancée, préexistante à l'accident de 2007.
- Rhizarthrose bilatérale, débutante à gauche et plus avancée à droite.
- Probable conflit sous-acromial chronique de l'épaule droite, d'origine indéterminée.»

En bref, le Dr V._____ a constaté que l'assuré présentait des troubles dégénératifs post traumatiques anciens de son poignet gauche, avant l'accident du 23 juin 2007, même s'il n'en gardait aucun souvenir. Toutefois, l'accident avait provoqué une fracture intra-articulaire de la facette lunarienne du radius et péjoré les troubles dégénératifs à ce niveau dans une mesure probablement déterminante. Cette arthrose radio-carpienne constituait le problème prépondérant de l'assuré, qui ne se plaignait pratiquement pas de l'articulation radio-cubitale inférieure. Il convenait par conséquent d'envisager une arthrodèse radio-carpienne. Sur le plan neurologique, l'évolution était globalement satisfaisante, mais une

révision du nerf médian pourrait être faite lors de l'arthrodèse, en fonction du résultat d'un examen électromyographique (EMG) qui restait à effectuer. Le problème de l'épaule droite semblait être d'apparition récente et probablement de nature dégénérative. En ce qui concerne la capacité de travail de l'assuré, le Dr V._____ précisait: «Dans ce contexte d'imbrication de troubles traumatiques et dégénératifs des deux membres supérieurs, il est naturellement difficile d'évaluer la capacité de travail résiduelle et encore plus de faire la part de ce qui découle directement des suites de l'accident de 2007. A priori, le patient devrait pouvoir reprendre une activité professionnelle de chauffeur de taxi environ 6 mois après une intervention chirurgicale telle que celle proposée plus haut, au besoin en portant l'attelle en cuir qui est bien adaptée» (rapport du 5 février 2009).

L'EMG demandée par le Dr V._____ a été réalisée le 18 février 2009. Le 17 mars suivant, ce dernier a constaté, en se fondant sur cet examen, une amélioration de la neuropathie du médian gauche. La persistance d'une discrète neuropathie sensitive ne justifiait pas une révision chirurgicale. Le Dr V._____ a donc proposé de limiter le traitement à une arthrodèse radio-carpienne du poignet gauche de l'assuré, «ce qui devrait lui permettre de reprendre son travail de chauffeur de taxi environ 6 mois plus tard». Pour les troubles dégénératifs du membre supérieur droit (conflit sous-acromial, rhizarthrose), le Dr V._____ a proposé dans un premier temps un traitement orthopédique, puis une réévaluation, au besoin, de la nécessité d'une intervention chirurgicale quelques années plus tard.

J._____ s'est soumis à une arthroscopie du poignet gauche avec débridement de la synovite, pratiquée par le Dr D._____ le 3 juin 2009. Ce médecin a notamment constaté lors de l'opération un début d'arthrose post-traumatique avec destruction du cartilage dans la fossa lunaris sur l'épiphyse distale du radius gauche. Il a attesté une incapacité de travail totale dès la date de l'opération, pour une durée indéterminée (protocole opératoire du 3 juin 2009 et rapport du 3 juillet 2009).

Le 20 juillet 2009, le Dr Q._____ s'est déterminé et a proposé d'admettre une rechute justifiant une incapacité de travail dès l'opération du 3 juin 2009. En revanche, il n'y avait pas de motif de revenir sur les conclusions prises le 6 août 2008 (recte: 18 août 2008) en termes de capacité de travail.

Par décision sur opposition du 31 juillet 2009, la CNA a nié le droit de l'assuré à des indemnités journalières pour la période du 10 septembre 2008 au 2 juin 2009. Elle a en revanche admis le droit à ces indemnités dès le 3 juin 2009, en raison d'une rechute.

Statuant sur le recours formé par l'assuré contre cette décision par arrêt du 27 janvier 2012 (AA 109/09 - 129/2011), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud l'a rejeté, motif pris que l'intéressé présentait une pleine capacité de travail dans une activité de chauffeur de taxi du 10 septembre 2008 au 2 juin 2009, de sorte qu'il ne pouvait prétendre le paiement des indemnités journalières litigieuses. Cet arrêt est entré en force.

C. Le 7 juillet 2010, le Dr C._____, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a procédé à un bilan clinique de l'assuré. Il a alors proposé à celui-ci une prise en charge stationnaire à la Clinique P._____, afin de faire le point sur les possibilités thérapeutiques de son poignet gauche et envisager une réinsertion professionnelle (rapport du 7 juillet 2010).

L'assuré a été admis à la Clinique P._____ du 11 août 2010 au 7 septembre suivant. Dans le cadre de ce séjour, l'indication à une arthrodèse radio-carpienne, dans le but de diminuer la symptomatologie douloureuse a été posée. Une intervention chirurgicale a également été préconisée pour ce qui touche à la rhizarthrose droite, étrangère à l'accident assuré. Dans leur rapport de synthèse du 4 octobre 2010, les Drs F._____, spécialiste en rhumatologie, et X._____, médecin assistant, ont relevé que l'intéressé présentait des limitations fonctionnelles pour les ports de charges lourdes répétés, les activités qui

demandaient de la force de serrage au niveau de la main et des mouvements très répétitifs de préhension. Dans une activité tenant compte de ces restrictions, la capacité de travail demeurait entière.

Le 1^{er} novembre 2010, le Dr Q._____ a procédé à un nouvel examen clinique de l'assuré. Le poignet gauche s'est avéré douloureux à la moindre sollicitation, alors que la mobilité n'avait pas changé depuis l'examen du 18 août 2008. Le pouce et les doigts longs avaient une mobilité complète. La force de serrage de la main gauche restait réduite chez un patient ne donnant pas toute la mesure de ses possibilités. Le Dr Q._____ en a conclu que la capacité de travail comme chauffeur de taxi demeurait entière et que l'estimation de l'atteinte à l'intégrité faite le 18 août 2008 restait d'actualité.

Par décision du 2 novembre 2010, la CNA a mis un terme au service de l'indemnité journalière ainsi qu'à la prise en charge des frais médicaux, avec effet au 7 novembre 2010, l'état de santé de l'assuré étant considéré comme stabilisé. Aussi, en l'absence d'incapacité de travail dans sa profession de chauffeur de taxi et d'aggravation des séquelles objectives de l'accident assuré, elle a nié le droit à une rente d'invalidité et maintenu à 10% l'estimation de l'atteinte à l'intégrité.

Cette décision est entrée en force.

D. Le 9 février 2011, le Dr D._____ a réalisé une intervention chirurgicale sur la personne de l'assuré. Cette opération consistait en une arthrodèse radio-scapho-lunaire et résection du pôle distal du scaphoïde du poignet gauche.

La CNA a pris en charge les frais médicaux et versé les indemnités journalières y afférents.

Répondant aux questions de la CNA, le Dr D._____ a relevé, en date du 9 juin 2011, une bonne consolidation de l'arthrodèse partielle du poignet gauche.

Le 30 novembre 2011, le Dr Q._____ a pratiqué un bilan clinique final. Il a alors été confronté à des plaintes vagues de l'assuré, dominées par un sentiment de ruine et contrastant avec un examen clinique largement rassurant. Relevant qu'une arthrodèse intra-carpienne consolidée était parfaitement compatible avec la reprise de l'activité habituelle, il a considéré que le cas était médicalement stabilisé, à moins que le service médical de la CNA n'estimait nécessaire d'examiner plus avant les troubles psychiques signalés par l'assuré.

Interpellé par la CNA, le Dr D._____ a confirmé le 8 mars 2012 qu'il n'y avait plus de traitement au niveau du poignet gauche, ce qui a conduit le Dr Q._____ à maintenir, en date du 19 mars 2012, les conclusions prises à l'issue de son examen du 30 novembre 2011.

Par décision du 19 avril 2012, la CNA a mis un terme à ses prestations (frais de traitement et indemnités journalières) avec effet au 30 avril 2012, motif pris que le cas était stabilisé et que la capacité de travail de l'assuré était entière dans son activité habituelle de chauffeur de taxi. Pour cette même raison, l'octroi d'une rente d'invalidité n'entrait pas en ligne de compte. S'agissant des troubles psychiques, elle a considéré qu'ils n'engageaient pas sa responsabilité, à défaut d'un lien de causalité adéquat avec l'accident assuré.

Le 16 mai 2012, l'assuré s'est opposé à cette décision, sollicitant l'octroi d'une prolongation de délai aux fins d'étayer sa motivation. Représenté par un avocat du Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, il a complété son acte en date du 24 juillet 2012. Il a conclu à la poursuite de la prise en charge du traitement médical qu'impliquent les séquelles de l'accident du 23 juin 2007, à l'octroi d'une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité ainsi qu'au versement d'une rente d'invalidité d'un degré à déterminer. Il s'est en particulier prévalu de l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique effectué par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) le 14 février 2012, concluant à une incapacité

totale de travail dans l'activité habituelle de chauffeur poids lourds et de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (rapport du 2 avril 2012).

La CNA a soumis ce rapport au Dr Q._____ pour détermination. Le 31 juillet 2012, celui-ci a expliqué que, dans son appréciation de la capacité de travail, le SMR avait pris en compte la rhizarthrose bilatérale et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger. Or, il s'agissait d'affections qui n'engageaient pas la responsabilité de la CNA. Il soutenait par ailleurs qu'une arthrodèse intra-carpienne, consolidée en bonne position, n'avait aucune raison de déboucher sur un comportement douloureux tel que celui présenté par l'assuré, en l'absence de facteurs contextuels dont l'assureur-accidents n'a pas à répondre. Sur le plan somatique et pour les seules suites de l'accident de 2007, il a une nouvelle fois conclu à une capacité de travail entière dans l'activité de chauffeur de taxi.

Par décision du 31 août 2012, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Se fondant en particulier sur les déclarations du Dr D._____, elle a expliqué qu'il ne pouvait être attendu de la continuation d'un traitement médical orthopédique une sensible amélioration de l'état de santé, de sorte qu'elle était légitimée à mettre un terme au paiement des frais médicaux ainsi qu'aux indemnités journalières au 30 avril 2012. Elle a ensuite rappelé que l'éventuel octroi d'une rente d'invalidité n'entrait pas en ligne de compte, au vu de la pleine capacité de travail reconnue à l'assuré dans sa profession habituelle de chauffeur de taxi. L'atteinte dépressive alléguée ne donnait pas non plus lieu à prestations de la part de la CNA, à défaut d'un lien de causalité adéquat avec l'accident assuré. Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le Dr Q._____ a estimé que l'arthrose radio-carpienne mise en évidence justifiait le taux de 10% précédemment retenu. Celui-ci pouvait donc être confirmé.

E. Le 29 septembre 2012, J._____ a saisi la Cour de céans d'un recours contre cette décision. En substance, il conteste les constatations

médicales opérées par la CNA et les conclusions que celle-ci en a tirées. Estimant que les investigations effectuées sont insuffisantes, il demande à pouvoir être examiné par des « médecins neutres et indépendants. » Il signale en outre que sa main [gauche] fera l'objet d'une prochaine intervention chirurgicale et sollicite à cet égard un délai pour produire toutes pièces utiles y relatives. Il conclut en conséquence à l'annulation de la décision attaquée et à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Il a produit un lot de pièces.

Le 29 novembre 2012, le recourant a produit un rapport du 16 novembre 2012, adressé à la CNA par le Dr K._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main. Celui-ci y faisait état d'une situation insatisfaisante du côté gauche, proche de l'impotence et nécessitant une consommation importante d'antalgiques. S'agissant du côté droit, le Dr K._____ concédait qu'il n'engageait pas la responsabilité de la CNA, même s'il notait la présence d'une arthrose trapézo-métacarpienne sévèrement symptomatique. Le patient indiquait qu'il était plus urgent de traiter son poignet gauche, qui le faisait le plus souffrir, et le Dr K._____ demandait à la CNA de se déterminer à ce sujet.

Dans sa réponse du 8 janvier 2013, la CNA considère que l'accident du 23 juin 2007 a fait l'objet d'une instruction détaillée et exhaustive de sa part, de sorte qu'il ne se justifie pas de mettre en œuvre d'autres mesures d'instruction. Elle estime que l'appréciation du Dr Q._____ revêt pleine valeur probante et que les pièces médicales produites par le recourant ne contiennent pas d'éléments qui n'auraient pas été décrits dans les documents médicaux figurant au dossier constitué. Elle conclut par conséquent au rejet du recours. Cela étant, elle observe que, dans la mesure où le recourant ne conteste ni l'absence de lien de causalité adéquate entre l'atteinte dépressive et l'accident assuré ni le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il convient d'admettre que la décision sur opposition litigieuse est entrée en force sur ces deux points.

Le 29 janvier 2013, le recourant a écrit au tribunal pour l'informer d'une hospitalisation entre le 25 et le 28 janvier précédent en raison d'une nouvelle opération à sa main gauche, effectuée par le Dr K._____ en date du 25 janvier 2013. Il s'agissait d'une arthrodèse totale du poignet gauche. Relevant que la récupération totale de l'usage de sa main n'était pas acquise, il réitère sa conclusion tendant à l'annulation de la décision attaquée.

Par l'intermédiaire de son conseil, le recourant s'est de nouveau adressé au tribunal par lettre du 15 février 2013. Se prévalant du protocole opératoire de l'intervention du 25 janvier 2013, il souligne que c'est à tort que le Dr Q._____ avait considéré en date du 31 juillet 2012 que l'arthrodèse litigieuse était consolidée en bonne position. Il demande dès lors l'administration d'une expertise judiciaire rhumatologique et produit le protocole opératoire accompagné de deux clichés de son poignet gauche.

Par écriture du 23 septembre 2013, le recourant met pour l'essentiel en exergue le désaccord existant entre le Dr Q._____ et les différents médecins l'ayant examiné à propos de l'évaluation de sa capacité de travail. Il observe que le Dr Q._____ est le seul à soutenir qu'il présenterait une capacité de travail de 100% dans son activité de chauffeur de taxi. Or, il est d'avis qu'elle n'excède pas 50%, compte tenu en particulier de son atteinte au poignet gauche. C'est la raison pour laquelle il demande derechef la mise en œuvre d'une expertise afin que sa situation soit examinée par un tiers neutre et que le désaccord au sujet de sa capacité de travail soit levé. Il a encore produit deux rapports du Dr K._____ du 9 avril 2013 et du 19 septembre suivant adressés respectivement à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI) et au Centre psychiatrique et psychothérapeutique N._____.

A l'appui de ses déterminations du 12 décembre 2013, la CNA a produit la version originale en langue allemande ainsi que la traduction en français d'un document intitulé « appréciation chirurgicale » daté du 31

octobre 2013, du Dr E._____, médecin auprès du Centre de compétence de médecine des assurances de la CNA et spécialiste en chirurgie. L'intimée en déduit qu'il n'existe pas de raison valable permettant d'attester une incapacité de travail de 50% et qu'il n'y a aucune limitation, d'un point de vue médical, à l'exercice de la profession de chauffeur de taxi. Selon le Dr E._____, cette activité est pleinement réalisable avec la force documentée de 3,5 à 4 kg du côté gauche, à plus forte raison si l'on considère qu'un effort peut être réalisé avec la main droite, dominante. Il n'existe ainsi pas de raison valable permettant d'attester une incapacité de travail de 50%. Sur ce point, l'expert souligne que l'assuré n'est pas en permanence exposé à des tâches pénibles dans le cadre de son activité et qu'il est difficilement compréhensible d'imaginer que l'intéressé puisse soulever / porter des charges à 50% et pas à 100%. Par ailleurs, l'intimée relève que, dans son rapport du 19 septembre 2013, le Dr K._____ exprimait des doutes quant à la réelle motivation du recourant de guérir et de travailler. Dans ces conditions, il ne peut être reproché au Dr Q._____ d'avoir tenu compte du fait que la force de serrage de la main gauche restait réduite chez un assuré ne donnant pas toute la mesure de ses possibilités. Quant à la consolidation chirurgicale, le Dr K._____ a écrit dans son rapport du 9 avril 2013 qu'elle paraissait acquise d'un point de vue radiologique. Se référant pour le surplus à son mémoire de réponse du 8 janvier 2013, la CNA déclare en confirmer intégralement les conclusions.

Dans une lettre du 20 janvier 2014, le recourant fait grief à l'intimée d'avoir requis l'avis du Dr E._____, en faisant fi de son droit d'être entendu et du principe de l'égalité des armes. Il s'ensuit que ce rapport ne saurait être valablement pris en considération. En outre, le Dr E._____ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail avant le 25 janvier 2013, date de la dernière opération à la main gauche. Or, le présent litige porte sur des prestations à compter du 1^{er} mai 2012 et non pas seulement à partir du 9 avril 2013, date du rapport du Dr K._____, dans lequel il constatait que la consolidation du poignet gauche était enfin acquise à la suite de l'intervention du 25 janvier 2013. Partant, le recourant maintient ses conclusions, notamment quant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. En annexe à son écriture, il a produit un

projet d'acceptation de rente du 20 janvier 2014, dans lequel l'office AI lui a reconnu le droit à une rente entière à compter du 1^{er} mars 2011, puis à une demi-rente dès le 1^{er} juin 2012, soit trois mois après que les médecins du SMR lui ont reconnu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée (rapport du 2 avril 2012, faisant suite à un examen clinique du 14 février précédent).

F. Le 10 juillet 2014, le magistrat instructeur, d'entente avec les parties, a confié au Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chirurgie de la main, le soin de procéder à l'expertise médicale du recourant. Dans son mandat d'expertise, le magistrat instructeur précisait que l'expert avait la possibilité de s'adjoindre les services d'un ou de plusieurs spécialistes de son choix.

Le Dr S._____ a déposé son rapport en date du 30 janvier 2015. S'ouvrant par un rappel de l'énoncé du motif de l'expertise ainsi qu'une liste des « documents déterminants » (pp. 2-3), le rapport contient ensuite un résumé de la situation asséculoologique, sociale et professionnelle de l'assuré (pp. 3-4). Puis l'expert résume les antécédents personnels et familiaux de l'assuré avant de procéder à un rappel des circonstances de l'accident et des soins médicaux dont l'assuré a fait l'objet par la suite (pp. 5-9). Après quoi, l'expert décrit le traitement de l'assuré, relate les plaintes exprimées et rend compte des résultats de l'examen clinique pratiqué les 9 septembre 2014 et 28 janvier 2015 (pp. 5-15). Dans la section suivante, l'expert résume le contenu de quelques-uns des documents annexés à son rapport : rapport d'examen neurologique du 30 octobre 2014 du Dr L._____, spécialiste en neurologie ; rapports d'examen psychiatrique des 13 octobre et 8 décembre 2014 du Centre psychiatrique et psychothérapeutique N._____ (Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) ; rapport final du 22 novembre 2013 dressé à l'issue du stage d'observation effectué sur mandat de l'office AI du 23 septembre au 5 octobre 2013 auprès de l'Office régional d'intégration et de formation professionnelle de Y._____ (ci-après : l'Orif) ainsi que le rapport du médecin-conseil de cet office du

28 octobre 2013 ; bilan d'ergothérapie effectué le 24 décembre 2014 à l'Hôpital Z._____, par O._____, ergothérapeute (pp. 15-17). Pour terminer, le Dr S._____ expose brièvement le contenu des différentes radiographies réalisées entre 2008 et 2014 (pp. 17-19), figurant également en annexe à son rapport. Était en outre joint à ce dernier un lot de clichés photographiques datant du 9 septembre 2014 montrant la capacité de l'assuré à effectuer différents mouvements avec ses mains.

L'expert a posé les diagnostics suivants (p. 19) :

1. Etat après arthrose post-traumatique du poignet gauche (M 19.9) sur ancienne fracture du radius distal (S 52.5) multi-opéré.
2. Etat après syndrome du tunnel carpien gauche post-traumatique (G 56.0) traité chirurgicalement.
3. Luxation trapézo-métacarpienne droite sur lésion dégénérative (M 19.9).
4. Arthrose trapézo-métacarpienne gauche (M 19.9).
5. Epicondylalgies frustes bilatérales (M 77.1).
6. Lombalgies post-traumatiques récurrentes (M 54.5).
7. Etat après entorse de la cheville gauche (S 93.4).
8. Etat dépressif récurrent (F 33.1).
9. Surpoids.

Le Dr S._____ a terminé son rapport en répondant aux questions qui lui étaient posées. Rédigées par l'intimée, elles ont été soumises au recourant qui a déclaré qu'il n'avait pas d'autres questions à poser (lettre au tribunal du 2 mai 2014). La teneur des questions et des réponses était la suivante :

« 1. L'évolution post-opératoire après l'intervention du 25 janvier 2013 est-elle satisfaisante ?

Partiellement. L'arthrodèse totale du poignet correctement réalisée et actuellement consolidée, a neutralisé les lésions dégénératives à l'origine des douleurs articulaires. La symptomatologie résiduelle actuelle consécutive au

traumatisme et aux multiples interventions chirurgicales, entrave la guérison totale du poignet.

2. Quelle est l'importance des lésions dégénératives préexistantes dans la région du poignet gauche ?

Il s'agit d'une arthrose avancée de l'articulation radio-carpienne consécutive à une ancienne fracture intra-articulaire du radius distal associée à une entorse scapho-lunaire (stade III de Watson). Il existe également une arthrose avancée de l'articulation radio-ulnaire distale.

3. Ces lésions dégénératives peuvent-elles expliquer une symptomatologie douloureuse à elles seules ?

Oui. Il faut toutefois relever que ces lésions étaient asymptomatiques avant l'évènement du 23 juin 2007. Si de telles lésions sont potentiellement douloureuses, elles peuvent en effet rester muettes jusqu'à ce qu'un nouveau traumatisme vienne les décompenser. Typiquement, les douleurs articulaires, des lésions dégénératives d'origine traumatique, de type mécanique, se manifestent lors de la sollicitation de celle-ci et sont absentes au repos.

4. Les lésions dégénératives préexistantes et/ou l'arthrodèse du poignet gauche expliquent-elles la perte de force de la main gauche alléguée par l'assuré ?

Non. La mobilisation d'une lésion dégénérative décompensée du poignet réveille la douleur. De même, le mouvement de serrage augmente les contraintes au niveau de ces lésions, ce qui réveille la douleur et limite la force de la main. Une arthrodèse a pour but de bloquer l'articulation malade. Ainsi, le mouvement et les contraintes étant neutralisés, les douleurs devraient disparaître ou pour le moins régresser et la force retrouver une valeur proche de la norme.

5. Pour autant qu'une perte de force de la main soit plausible, l'est-elle dans la mesure alléguée par l'assuré ?

Depuis son accident, avant comme après chaque intervention, la force de serrage de la main droite n'a jamais excédé 5 kg. Cela signifie soit que, pour une raison quelconque (algoneurodystrophie) les douleurs n'ont pas diminué ou que la motricité est sévèrement atteinte, ce que démentent l'examen clinique et l'examen neurologique, soit que l'assuré n'a pas fourni l'effort attendu au moment de l'épreuve. Lors de l'examen du 9 septembre 2014, la force de serrage de la main gauche de l'assuré était de 3 kg, à l'occasion du bilan d'ergothérapie du 24 décembre 2014 de 12 kg.

6. Considérant que la main droite est dominante, l'activité de chauffeur de taxi est-elle pleinement réalisable avec la force documentée pour la main gauche ?

Comme le montre le bilan d'ergothérapie, l'assuré assume parfaitement son activité de chauffeur du minibus dans le cadre de transports d'enfants, grâce à une direction assistée et à l'absence de port de charges. Concernant la profession de chauffeur de taxi, celle-ci est indissociable du port de charges. Or. M. J. _____ a montré de grandes difficultés à s'emparer d'un sac ou à soulever une valise même vides avec la main droite dont la force est pratiquement normale.

7. Au regard des seules suites de l'accident, quelles positions et fonctions (p. ex. porter et soulever des charges, manier des outils ou des objets, travailler les bras levés, etc.) ne sont-elles plus exigibles de l'assuré ?

Aucune a priori. Lors du bilan d'ergothérapie récent, l'assuré est capable d'assumer une activité assis, debout ou se déplacer, les activités manuelles en dextérité ou en force restant toutefois limitées. Pourtant, l'observation aux ateliers de l'Orif en 2013 atteste que, malgré le handicap de son poignet gauche et de son pouce droit, l'assuré est capable de travailler rapidement avec efficacité de sa propre initiative, pour autant que la cadence ne lui soit pas imposée.

8. Au regard des seules suites de l'accident, quelles positions et fonctions ne sont-elles exigibles de la personne assurée qu'avec une réduction horaire ou de rendement (veuillez mentionner les limites de temps et de charge) ?

Aucune a priori. Comme mentionné plus haut, si l'assuré montre de la difficulté à effectuer une tâche qui lui est imposée (manutention, travail en équipe) celui-ci semble en revanche capable d'assumer pleinement une activité pour laquelle il se sent motivé (transport de personnes).

9. La personne assurée peut-elle exercer toute la journée une fonction adaptée selon les réponses mentionnées précédemment ?

Oui. Le bilan d'ergothérapie du 24 décembre 2014 a montré que l'assuré est en mesure de prendre en charge le transport de personnes au volant d'un véhicule dont la direction est assistée davantage qu'au taux de 40% exercé actuellement.

10. Au regard des seules suites de l'accident, une capacité de travail dans l'activité habituelle de chauffeur de taxi est-elle justifiée ? Si oui, avec quel horaire et quel rendement ?

Comme énoncé plus haut, la profession de chauffeur de taxi est indissociable du port de charges. Le bilan d'ergothérapie a montré que, en dépit d'une bonne force de la main droite, M. J._____ a fait l'objet d'une telle difficulté à soulever un poids même limité, que son état reste a priori difficilement compatible avec cette profession.

11. L'expert peut-il dire si l'assuré est capable d'exercer son activité habituelle en modifiant sa technique de conduite, en adoptant un dispositif adapté à son handicap (si oui lequel) ou en utilisant des moyens courants d'aide à la conduite ?

Compte tenu du blocage de son poignet gauche, l'assuré a naturellement été amené à modifier sa technique de conduite. L'observation réalisée à l'occasion du bilan d'ergothérapie a permis d'observer qu'aucun dispositif adapté à son handicap n'était nécessaire. En revanche, la direction assistée du véhicule est le moyen d'aide à la conduite utile devant permettre à l'assuré une conduite avec un minimum de contrainte.

REMARQUE

L'assuré dit souhaiter exercer une activité de chauffeur de taxi. Il semble qu'il soit, en effet, à même de maîtriser la conduite d'un véhicule à direction assistée puisqu'il assure le transport de personnes en tant que chauffeur depuis six mois. En revanche, malgré une mobilité libre du membre supérieur, une sensibilité des doigts conservée et une force normale de sa main droite, chez un droitier, M. J._____ a toutes les peines à saisir un sac ou à soulever une valise même vide. Si tel est réellement le cas, malgré l'expérience indéniable de l'intéressé en tant que chauffeur et les nombreux avis favorables émis jusqu'ici, on est en droit de se demander si, dans le cadre de la circulation routière, les conditions de sécurité sont requises tant pour l'intéressé que pour les autres usagers. »

S'exprimant par pli du 25 février 2015, le recourant constate que le Dr S._____ retient que l'activité de chauffeur de taxi est incompatible avec l'atteinte subie à son poignet gauche. S'avisant que l'expert estime qu'il pourrait exercer l'activité de chauffeur de minibus à un taux supérieur à 40%, moyennant l'absence de port de charges et un véhicule muni de la direction assistée, le recourant demande que le Dr S._____ soit interpellé afin qu'il précise son point de vue « quant au taux d'activité que pourrait déployer [le recourant] dans une activité de chauffeur de minibus, sans port de charge, au volant d'un véhicule muni

d'une direction assistée, et en considération des impératifs minimaux en matière de sécurité routière. » En conséquence, le recourant déclare maintenir sa conclusion tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité, dès lors qu'il est désormais avéré qu'il n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle.

Dans ses déterminations du 30 mars 2015, l'intimée constate, en ce qui concerne le poignet gauche, qu'il ressort du rapport du Dr S._____ que ni les lésions dégénératives ni l'arthrodèse ne sont susceptibles d'expliquer la perte de force alléguée par l'assuré. L'expert met en outre en évidence le contraste existant entre la perte de force prétendue à la main gauche et les résultats de l'examen clinique, qui montrent une force de serrage se situant entre 3 et 12 kg du côté gauche entre septembre et décembre 2014. L'expert explique ces résultats par la médiocre coopération de l'assuré, déjà relevée par d'autres praticiens. L'intimée en déduit que, selon l'expert, l'assuré est parfaitement capable de maîtriser la conduite d'un véhicule à direction assistée. L'activité de chauffeur de taxi est donc pleinement exigible avec la force documentée de 3,5 à 4 kg du côté gauche, à plus forte raison si l'on admet qu'un effort peut être réalisé avec la main droite, qui est dominante. En conséquence, l'intimée maintient l'intégralité des conclusions prises dans ses précédentes écritures.

Cette lettre a été transmise pour information au recourant, qui n'a pas procédé plus avant.

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, 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 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (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 recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et satisfaisant aux conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) La loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; 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 let. a LPA-VD). S'agissant d'une contestation relative à des prestations de l'assurance-accidents d'un montant indéterminé, il n'est pas exclu que la valeur litigieuse soit supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD).

2. a) Selon la jurisprudence (TF 9C_406/2012 du 18 septembre 2012 consid. 3.1), l'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références citées). Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge

que s'il existe un rapport de connexité étroit entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 122 V 242 consid. 2a ; 117 V 294 consid. 2a ; 112 V 97 consid. 1a ; 110 V 48 consid. 3c et les références; voir également ATF 122 V 34 consid. 2a).

b) Par sa décision sur opposition du 31 août 2012 – qui détermine l'objet de la contestation –, la CNA a statué sur trois rapports juridiques bien distincts. Elle s'est d'abord prononcée sur la capacité de travail de l'assuré, respectivement sa capacité de gain, dans son activité habituelle de chauffeur de taxi et sur les prestations qui en dépendent (indemnités journalières et rente d'invalidité), puis sur l'existence éventuelle d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques dont se prévaut l'assuré et l'accident dont il a été victime le 23 juin 2007 et, enfin, sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Considérant en outre que l'état du recourant était stabilisé, elle a mis fin à sa prise en charge des frais de traitement au 30 avril 2012. Dans son recours du 29 septembre 2012, le recourant critique la capacité de travail qui lui a été reconnue par l'intimée. Selon lui, il n'est plus en mesure de reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle soit. Dans ses écritures subséquentes des 15 février 2013 et 23 septembre suivant, l'assuré conclut à l'octroi d'indemnités journalières, voire à une rente d'invalidité. Dans la mesure où il ne conteste ni l'absence de lien de causalité adéquate entre l'atteinte dépressive et l'accident assuré ni le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il y a lieu d'admettre que la décision attaquée est entrée en force sur ces deux points (cf. TF 9C_406/2012 du 18 septembre 2012 consid. 3.2). Est donc seul litigieux en l'espèce le droit du recourant à des indemnités journalières, voire à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, ce qui revient à examiner sa capacité de travail, respectivement sa capacité de gain, dans une activité adaptée à son état de santé.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations de l'assurance-accidents sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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 (art. 4 LPGA). En relation avec les art. 10 et 16 LAA, l'art. 6 al. 1 LAA implique, pour l'ouverture du droit aux prestations, l'existence d'un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident, d'une part, et l'incapacité de travail de la personne assurée, d'autre part.

En vertu de l'art. 16 al. 1 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité journalière s'éteint, notamment lorsque l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail (art. 16 al. 2 LAA).

Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide - l'invalidité est définie à l'art. 8 al. 1 LPGA comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée - à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. 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 (art. 19 al. 1 LAA).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité et notamment la capacité de travail, les limitations fonctionnelles ainsi que le rendement d'un assuré, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_24/2010 du 27 décembre 2010 consid. 2; 8C_1034/2009 du 28 juillet 2010 consid. 4.2 et 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2). La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de

santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée).

4. a) Le 23 juin 2007, l'assuré s'est coincé la main gauche au niveau du poignet en refermant la ridelle de son camion. Dans un rapport du 19 juillet 2007, la Dresse T._____, médecin assistant à la Permanence chirurgicale G._____, a constaté une hypoesthésie de D1 à D3 dorso-palmaire à gauche et en regard des premier et troisième rayons, avec une sévère tuméfaction. Le diagnostic de fracture intra-articulaire de l'épiphyse distale du radius gauche a été posé. Une atteinte du nerf médian du même côté était également suspectée.

Dans la décision dont est recours, la CNA rappelle que seules les lésions au poignet et à la main gauches engagent sa responsabilité, à l'exclusion notamment des troubles de la sphère psychique et d'une rhizarthrose bilatérale. S'appuyant sur l'instruction médicale effectuée, elle considère, d'une part, que l'état de santé du recourant est stabilisé de sorte qu'elle s'estime fondée à mettre un terme au paiement des frais médicaux au 30 avril 2012 et, d'autre part, que la capacité de travail du recourant est entière dans son activité habituelle de chauffeur de taxi. Partant, le versement des indemnités journalières est supprimé à la même date. Quant à l'octroi d'une rente d'invalidité, il n'entre pas en ligne de compte pour ce motif. De son côté, le recourant est d'avis que sa capacité de travail n'excède pas 50% dans sa profession de chauffeur de taxi. Il sollicite par conséquent l'administration d'une expertise neutre aux fins de lever les incertitudes subsistant à cet égard entre les différents médecins l'ayant examiné. Le magistrat instructeur a fait droit à sa requête en diligentant une expertise médicale auprès du Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chirurgie de la main.

b) Dans son rapport du 30 janvier 2015, l'expert pose différents diagnostics en relation avec l'atteinte subie par l'assuré au membre supérieur gauche. Il retient notamment un état après arthrose post-traumatique du poignet gauche (M 19.9) sur ancienne fracture du

radius distal (S 52.2) multi-opéré ainsi qu'un état après syndrome du tunnel carpien gauche post-traumatique (G 56.0) traité chirurgicalement. Il diagnostique aussi une arthrose trapézo-métacarpienne gauche (M 19.9). Il explique que la symptomatologie résiduelle actuelle consécutive au traumatisme et aux multiples interventions chirurgicales entrave la guérison totale du poignet. A cela s'ajoute une arthrose avancée de l'articulation radio-ulnaire distale. Par ailleurs, les douleurs articulaires, des lésions dégénératives d'origine traumatique, de type mécanique se manifestent en cas de sollicitation et sont absentes au repos. L'expert souligne que la mobilisation d'une lésion dégénérative décompensée du poignet réveille la douleur. De même, le mouvement de serrage augmente les contraintes au niveau des lésions dégénératives, ce qui réveille la douleur et limite la force de la main. Or, une arthrodèse a pour but de bloquer l'articulation malade. Ainsi, le mouvement et les contraintes étant neutralisés, les douleurs devraient disparaître ou pour le moins régresser et la force retrouver une valeur proche de la norme.

En annexe au rapport d'expertise du Dr S. _____ figure le compte-rendu de l'examen neurologique effectué le 30 octobre 2014 par le Dr L. _____. Celui-ci constate une limitation importante de la mobilité du poignet gauche. Le testing de la force musculaire est sans particularité à droite et caractérisé par des phénomènes de lâchages pluri-étagés au niveau du membre supérieur gauche, sans que le médecin puisse conclure à un franc déficit moteur. Ayant procédé à un électroneuromyogramme (ENMG), le Dr L. _____ en infère que le potentiel sensitif du nerf radial gauche est bien préservé. Enfin, l'étude myographique du membre supérieur gauche est sans anomalie significative confirmant le caractère de lâchage des déficits observés cliniquement. En conclusion, il considère que le bilan neurologique pratiqué permet d'écarter l'existence d'une atteinte neurologique périphérique significative à l'origine des plaintes persistantes formulées par l'assuré. Il admet cependant que le résultat du bilan réalisé ne fournit aucune explication aux troubles sensitivo-moteurs globaux présentés par l'intéressé.

c) Le Dr S._____ met en évidence le contraste existant entre la perte de force mentionnée par l'assuré et les résultats des examens clinique et neurologique effectués. Il relève que, lors de l'examen du 9 septembre 2014, la force de serrage de la main gauche est de 3 kg, tandis qu'elle atteint 12 kg à l'occasion du bilan d'ergothérapie du 24 décembre 2014. A son avis, ni les lésions dégénératives préexistantes ni l'arthrodèse du poignet gauche pratiquée le 25 janvier 2013 ne sont susceptibles d'expliquer la perte de force de ce membre, telle qu'alléguée par l'assuré. Dans le même sens, l'ergothérapeute O._____ indique dans son rapport du 24 décembre 2014 que l'assuré peut certes rencontrer des difficultés à la suite de son problème au niveau du poignet gauche, mais que celles qu'il a pu manifester lors des mises en situation lui paraissent disproportionnées. Elle écrit par ailleurs ne pas comprendre les résultats obtenus avec la main droite dominante, laquelle, à sa connaissance, ne présente pas de problème particulier. De son côté, le médecin-conseil de l'Orif constate dans son rapport du 28 octobre 2013, joint à l'expertise du Dr S._____, que l'assuré est effectivement limité dans tous les mouvements qui nécessitent une flexion/extension du poignet gauche et la prosupination de l'avant-bras gauche. Il trouve des mouvements compensatoires dans l'articulation de l'épaule, mais ces mouvements ne peuvent pas être durables. Les pinces pouce-longes doigts sont utilisables mais manquent de force. Il manque globalement de dextérité manuelle et lâche de nombreuses pièces. La force du côté droit est bonne. Sur le plan objectif, il y a peu d'anomalies, mise à part l'absence de flexion/extension et inversion/éversion du poignet gauche. Quant au Dr Q._____, il mentionne au terme de son examen du 30 novembre 2011 que le poignet gauche est diffusément sensible à la palpation, mais ne présente aucun signe réactif vraiment objectivable. La mobilité est modérément limitée. La pronosupination est complète. Le pouce et les doigts longs ont une mobilité complète.

L'ensemble des thérapeutes s'étant prononcés sur le cas de l'assuré s'accordent ainsi à reconnaître que celui-ci présente une limitation de la mobilité et de la force au niveau du poignet et de la main

gauches. Néanmoins, ils n'objectivent pas de lésions particulières permettant d'expliquer les plaintes formulées.

d) Cela étant, l'expert Dr S. _____ se demande, dans ce contexte, si l'assuré a fourni l'effort attendu au moment de l'épreuve destinée à mesurer sa force de serrage. Il note par ailleurs une collaboration relative de sa part lors des examens cliniques. De son côté, le Dr Q. _____ signale des plaintes vagues, dominées par un sentiment de ruine, contrastant avec un examen clinique largement rassurant. Pour sa part, l'ergothérapeute O. _____ relève le côté « très démonstratif » manifesté par l'intéressé dans les tâches demandées, qui s'accompagne d'une variabilité dans les symptômes. Quant au médecin-conseil de l'Orif, il souligne que, en situation d'observation en atelier, le principal problème de l'assuré réside dans son comportement qualifié d'inadéquat, qui le rend non fiable et incompatible avec une intégration dans une équipe de travail. On ne peut dès lors que constater que l'attitude inappropriée de l'assuré affecte dans une large mesure le bien-fondé des plaintes qu'il formule. A défaut d'être corroborées par des éléments médicaux objectifs, le recourant ne saurait rien en tirer pour l'appréciation de sa capacité de travail. Quoi qu'il en soit, celle-ci repose pour l'essentiel sur des documents médicaux, voire provenant d'autres spécialistes (cf. considérant 3b supra).

e) S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, l'expert Dr S. _____ relève que le souhait de l'assuré est d'exercer une activité de chauffeur de taxi. A ses yeux, cette profession lui est accessible, dans la mesure où il est à même de maîtriser la conduite d'un véhicule à direction assistée puisqu'il assure le transport d'enfants au volant d'un minibus équipé d'un dispositif de ce type. Il ajoute que, compte tenu du blocage de son poignet gauche, l'assuré a naturellement été amené à modifier sa technique de conduite. Cependant, l'observation réalisée à l'occasion du bilan d'ergothérapie a permis d'observer qu'aucun dispositif adapté à son handicap n'était nécessaire. En revanche, la direction assistée du véhicule est le moyen d'aide à la conduite utile devant permettre à l'assuré une conduite avec un minimum de contrainte. Cela

étant, l'expert est d'avis que la profession de chauffeur de taxi est indissociable du port de charges. Certes, l'assuré présente des limitations pour soulever des charges avec sa main gauche. Néanmoins, l'ergothérapeute O._____ n'exclut pas qu'il soit à même de soulever des charges d'un poids se situant entre 3 et 4 kg au maximum, le cas échéant en s'aidant de sa main droite dominante, laquelle ne présente pas de limitations particulières. Au demeurant, il ressort du compte-rendu de l'observation en ateliers dressé à l'issue du stage effectué du 23 septembre 2013 au 25 octobre suivant au Centre d'observation professionnelle de l'AI de Y._____ par l'assuré que celui-ci change de main lors de l'utilisation des outils en les passant de la gauche à la droite et qu'il utilise aussi ses deux mains en même temps pour déplacer des objets. Nonobstant une limitation relevant pour l'essentiel de la force et de la mobilité du poignet gauche, l'expertise du Dr S._____ ne fait pas état de contre-indications particulières à l'exercice d'une activité de chauffeur de taxi. Rien ne s'oppose dès lors d'admettre que l'assuré est capable d'exercer cette profession à plein temps. Il ne se justifie par conséquent pas de donner suite à la requête du recourant tendant à solliciter des précisions de la part de l'expert quant à sa capacité de travail en tant que chauffeur de minibus, sans port de charge, au volant d'un véhicule muni d'une direction assistée et en considération des impératifs minimaux en matière de sécurité routière (sur l'appréciation anticipée des preuves, cf. ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc).

f) Sur le vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation de l'expert Dr S._____, dont le rapport, ainsi que les annexes le documentant, satisfait aux réquisits jurisprudentiels résumés ci-avant (cf. considérant 3b supra) pour qu'une pleine valeur probante lui soit conférée. Ce rapport a en outre été rendu en connaissance de tous les autres avis médicaux se trouvant au dossier. Il n'est par ailleurs pas contredit par d'autres avis médicaux postérieurs. Sur le plan médical, il y a lieu d'admettre, à l'instar du Dr Q._____ lors de son examen final du 30 novembre 2011, que la situation est stabilisée, ce que confirme notamment les clichés radiologiques du poignet gauche effectués par le Dr K._____ le 8 octobre 2014 (cf. p. 18 du rapport d'expertise), soit après

l'arthrodèse du 25 janvier 2013. La caisse intimée était donc fondée à mettre un terme au service des indemnités journalières ainsi qu'à la prise en charge des frais de traitement au 30 avril 2012. De même, c'est à juste titre qu'elle a dénié le droit du recourant à une rente d'invalidité, en raison de la capacité de travail entière qu'il présente dans son activité habituelle de chauffeur de taxi.

g) Pour le surplus, on relèvera que l'appréciation des organes de l'assurance-invalidité ne lui est d'aucun secours. S'il est vrai que ceux-ci lui ont reconnu le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mars 2011, dite prestation a été réduite à une demi-rente dès le 1^{er} juin 2012, soit trois mois après l'amélioration constatée par les médecins du SMR (rapport du 2 avril 2012, faisant suite à un examen du 14 février précédent). De plus, outre le fait que leur évaluation de l'invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3), on retiendra qu'au vu notamment du rapport du 2 avril 2012 du SMR, sur lequel se fonde l'office AI, il ne peut être établi (au degré de vraisemblance requise) que seules les séquelles liées à l'accident de 2007, à l'exclusion des autres atteintes (douleurs mécaniques de la base du premier rayon droit en relation avec une rhizarthrose avancée [M 19.0] et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique [F 33.1]), ont motivé l'octroi d'une rente. D'ailleurs, le recourant n'a produit qu'un projet de décision daté du 20 janvier 2014 et l'on ignore en l'état si une décision définitive a été rendue.

5. En définitive, il apparaît que la décision sur opposition rendue par l'intimée en date du 31 août 2012 ne prête pas le flanc à la critique. Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

6. La procédure étant gratuite, il ne sera pas perçu d'émolument judiciaire (art. 61 let. a LPGA), ni alloué de dépens, vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents le 31 août 2012 est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu d'émolument 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 Florence Bourqui, avocate auprès du Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (pour J. _____),
- Me Didier Elsig, avocat (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 :