

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 12 octobre 2016

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
MM. Gutmann et Riesen, juges assesseurs  
Greffière : Mme Rochat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**E.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Alain Pichard, avocat à Vevey,

et

**Q.**\_\_\_\_\_, à Lucerne, intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, avocat à Monthey.

---

**Art. 6 LPGA ; art. 6 et 16 LAA**

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

**A.** E.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], travaillait depuis [...] en qualité de menuisier-poseur à plein temps auprès de K.\_\_\_\_\_, à [...]. Il était assuré à titre obligatoire auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Il a été victime d'un accident non professionnel le 28 juillet 2011. Alors qu'il coupait une main-courante avec une scie circulaire au domicile de [...] au [...], il s'est blessé à la main gauche. L'index et l'annulaire ont subi une amputation, le médius et l'auriculaire étant également blessés. Il a été soigné en urgence au [...].

A son retour en Suisse, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main, a pratiqué le 15 septembre 2011 une intervention sur l'index et une arthrodèse du médius, avec flexion de 40° pour permettre la pince avec le pouce. Il a pratiqué une nouvelle intervention le 27 janvier 2012, en raison d'une infection au niveau du médius.

L'assuré a repris son activité de menuisier, dans un premier temps à but uniquement thérapeutique, puis avec une exigence de rendement de 10% dès le 1<sup>er</sup> avril 2012, de 20% dès le 1<sup>er</sup> juin 2012 et de 30% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2012. La CNA a alloué les indemnités journalières correspondant à l'incapacité de travail résiduelle et a pris en charge le traitement médical.

Le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA et spécialiste en chirurgie, a procédé à un examen clinique de l'assuré le 17 avril 2012. Dans son rapport daté du même jour, il a fait les observations suivantes :

« Objectivement, il y a un status après amputation de l'index à la moitié de la 1<sup>ère</sup> phalange et de l'annulaire à la base de la première phalange. Les moignons d'amputation sont souples, harmonieux, correctement étoffés, sans caractère allodymique. L'IPP du médius, qui a une bonne trophicité, est bloquée à 40° de flexion. Il y a une

toute petite mobilité résiduelle de l'IPD dans un secteur utile. Le pouce et l'auriculaire sont normo-fonctionnels. Une pince efficace est possible entre le pouce et le bord radial de la 2<sup>ème</sup> phalange du médius mais la force de serrage de la main gauche est très réduite. Le traitement touche à sa fin.

S'il ne fait guère de doute que la capacité de travail est encore susceptible de progresser, il est très peu probable que le patient arrive à un rendement suffisant pour lui permettre de poursuivre son activité antérieure. Un reclassement professionnel va donc s'imposer.

Une pleine capacité de travail est bien entendu envisageable dans une activité légère, privilégiant le contrôle et la surveillance au travail purement manuel et ne nécessitant pas de dextérité particulière ».

Selon le rapport médical du 2 octobre 2012 établi par le Dr R.\_\_\_\_\_, ce spécialiste avait prescrit une physiothérapie des insertionites multiples du membre supérieur droit « (angle supéro-interomoplate, trapèze, acromion, épicondyle et épitrochlée) », auxquelles il attribuait « une étiologie compensatrice » à la suite de l'accident de la main gauche. Il avait encore constaté qu'une reprise du travail à 40% était envisageable dès le 12 novembre 2012, puis à 50% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2012. En revanche, une capacité de travail plus importante dans la profession de menuisier-poseur n'était pas exigible sur le long terme.

La CNA, qui avait d'abord refusé la prise en charge de la physiothérapie prescrite par le Dr R.\_\_\_\_\_, a accepté d'entrer en matière après consultation de son médecin-conseil.

Dans son rapport du 28 janvier 2013, le Dr R.\_\_\_\_\_ a constaté que l'état médical de la main gauche était stable et définitif, et qu'il n'y avait plus d'acte thérapeutique à envisager. Il a proposé une capacité de travail médicale théorique de 50% dès le 1<sup>er</sup> mars 2013.

Le 5 février 2013, le médecin d'arrondissement a examiné l'assuré, et constaté dans son rapport daté du même jour, qu'il présentait une épaule droite légèrement enraidie et douloureuse à la mobilisation en fin de course, avec des tendons de la coiffe des rotateurs fonctionnels

alors que la mise sous tension contrariée de tous les groupes musculaires était un peu sensible. Le constat était le même au niveau du coude, pour la musculature épicondylienne. Selon le Dr N.\_\_\_\_\_, la main gauche, sévèrement mutilée, était une main d'appoint et la surcharge fonctionnelle du membre controlatéral était la preuve que l'activité habituelle de l'assuré n'était pas adaptée aux séquelles de l'accident, un reclassement professionnel devant s'imposer. Il a à nouveau préconisé une activité plus légère, privilégiant le contrôle et la surveillance, et ne nécessitant pas de dextérité particulière. Dans une telle activité, une pleine capacité de travail était exigible, un taux d'atteinte à l'intégrité de 17,5% pouvant être retenu.

Le 2 avril 2013, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a pratiqué une arthroscopie de l'épaule droite, avec bursectomie sous-acromiale et acromioplastie ainsi qu'une ténotomie du long chef du biceps et régularisation du bourrelet glénoïdien. Il a posé les diagnostics de conflit sous-acromial et bursite sous-acromiale de l'épaule droite, chondrite de stade IV de la tête humérale droite, chondrite de stade III à IV de la glène de l'épaule droite et lésion dégénérative du long chef du biceps de l'épaule droite.

Dans un rapport médical intermédiaire du 5 avril 2013 à la CNA, le Dr P.\_\_\_\_\_ a précisé que les atteintes à l'épaule n'étaient pas en relation avec les amputations de doigts de la main gauche. Il a attesté une incapacité de travail totale depuis la date de l'opération.

Pour sa part, le Dr N.\_\_\_\_\_ a estimé, dans une détermination du 19 avril 2013, que l'arthroscopie était à la charge de l'assurance-maladie. La CNA a poursuivi le paiement des indemnités journalières correspondant à une incapacité de travail de 70 %, comme auparavant, et l'assurance-maladie a versé des indemnités journalières pour une incapacité de travail de 30 %.

Un stage d'observation professionnelle (COPAI) a été mis sur pied auprès de Y.\_\_\_\_\_, à [...], du 14 avril au 9 mai 2014.

Il ressort du rapport final du 5 juin 2014 établi par les responsables de stage et complété par les observations du 19 mai 2014 du Dr B.\_\_\_\_\_, médecin-conseil, que les limitations de la main gauche et les douleurs dorsales, principalement au niveau de l'épaule droite, avaient singulièrement réduit la productivité de l'assuré. Il atteignait vite la limite maximale qu'il pouvait supporter et devait alors prendre des pauses plus souvent. Ils ont estimé que dans une activité permettant d'œuvrer avec des machines préréglées, sans surélever les bras, c'est-à-dire en aménageant le poste pour que le travail soit à bonne hauteur, le rendement exigible était de 70 % à plein temps. L'assuré ne pouvait pas effectuer de travaux exclusivement manuels.

Par courrier du 25 juillet 2014, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin aux indemnités journalières et au traitement médical dès le 31 août 2014. Elle a souligné qu'il avait droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) qui seraient fixées dans une décision ultérieure.

Le 1<sup>er</sup> septembre 2014, le Dr P.\_\_\_\_\_ a certifié une incapacité totale de travailler de l'assuré en raison des douleurs à l'épaule droite.

Par décision du 28 octobre 2014, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité d'un taux de 30% correspondant à une rente mensuelle totale de 1'393 fr. 70 dès le 1<sup>er</sup> septembre 2014. Selon la CNA, la capacité résiduelle de travail, compte tenu des seules séquelles accidentelles, était de 100 % dans une activité adaptée, c'est-à-dire une activité légère ne mettant pas trop à contribution la main gauche. Le degré d'invalidité résultait de la comparaison des revenus mensuels sans et avec invalidité de 6'211 fr., respectivement de 4'362 francs. La CNA n'a pas tenu compte de l'atteinte à l'épaule droite, celle-ci n'étant pas d'origine accidentelle. Elle a également octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 17.50%, soit un montant de 22'050 francs.

Par courrier du 1<sup>er</sup> décembre 2014, l'assuré, représenté par son conseil Me Eduardo Redondo, a formé opposition à la décision du 28 octobre 2014. Selon lui, la rente d'invalidité et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité doivent également prendre en compte l'atteinte à l'épaule droite. Il a contesté par ailleurs la stabilisation médicale de cette épaule. A l'appui de son opposition, l'assuré a produit un avis médical du 7 novembre 2014 établi par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel atteste avoir vu l'assuré à deux reprises à sa consultation, les 28 avril et 5 juin 2014. Il constatait une rupture partielle du tendon sus-épineux de l'épaule droite, sur sa face articulaire, précisant qu'il s'agissait d'une lésion de type traumatique dans la plupart des cas. L'assuré présentait également une omarthrose de l'épaule droite. Une réinsertion dans une activité professionnelle adaptée, c'est-à-dire sans port de charges de plus de 2 kg, sans travaux au-dessus de l'horizontale et sans mouvements répétitifs, était envisageable ou alors l'assuré devait bénéficier d'une rente associée à un pourcentage de travail de 50% dans son emploi actuel.

Par décision sur opposition du 3 février 2015, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision du 28 octobre 2014. En substance, elle a rappelé les constatations des 5 avril 2013 et 1<sup>er</sup> septembre 2014 du Dr P.\_\_\_\_\_ pour nier l'existence d'un lien de causalité entre les amputations subies à la main gauche et les atteintes au niveau de l'épaule droite.

**B.** Par acte du 5 mars 2015, E.\_\_\_\_\_, représenté par son conseil Me Eduardo Redondo, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 3 février 2015. Il conteste la stabilisation de son état de santé au 31 août 2014 et soutient que les atteintes à l'épaule opérées par le Dr P.\_\_\_\_\_ sont d'origine accidentelle. Il requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire sur ce point. Sur le fond, il conclut, en substance, à la réforme de la décision entreprise en ce sens que l'intimée alloue des indemnités journalières pour une incapacité de travail totale, dès le 2 avril 2013, et jusqu'à stabilisation de son état de santé. Il conclut également,

« alternativement », qu'une rente LAA transitoire lui soit allouée, calculée sur la base d'un taux d'invalidité de 100 %. Bien qu'il ne prenne pas de conclusion formelle sur ce point, on comprend de l'acte de recours que le recourant souhaite également la poursuite de la prise en charge du traitement médical par l'intimée, en particulier en ce qui concerne les atteintes à la l'épaule droite. Le recourant conclut encore à l'annulation de la décision litigieuse concernant le droit à la rente et à l'indemnité pour intégrité corporelle, « en tous les cas [que] réserve [soit] faite de l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle complémentaire relative aux lésions [de son] épaule ». Enfin, le recourant demande que « lorsque [son] état de santé sera stabilisé et les conditions d'octroi d'une rente transitoires périmées, l'intimée prononcera une nouvelle décision d'octroi d'une rente invalidité et d'une indemnité tenant compte des limitations de l'épaule droite également, mais en aucun cas inférieures au taux d'invalidité et d'atteinte à l'intégrité corporelle fixé par décision du 28 octobre 2014 ».

L'intimée, représentée par son conseil Me Olivier Derivaz, a produit sa réponse au recours le 27 mars 2015, en proposant le rejet. Se fondant sur les avis médicaux des 5 avril 2013 et 1<sup>er</sup> septembre 2014 établis par le Dr P.\_\_\_\_\_, elle a nié tout lien de causalité entre les amputations subies à la main gauche du recourant et les troubles survenus à l'épaule droite, soulignant par ailleurs qu'il n'avait pas allégué avoir subi un traumatisme pour expliquer les lésions de l'épaule en question.

Par courrier du 20 avril 2015, le recourant a noté que l'intimée admettait le caractère peu motivé des avis médicaux du Dr P.\_\_\_\_\_ sur lesquelles elle se fondait, relevant que pour sa part, il les considérait « tout simplement pas motivés ».

Par courrier du 7 juillet 2015, le recourant, désormais représenté par Me Alain Pichard, a renoncé à déposer des déterminations relatives au contenu du dossier de l'assurance-invalidité produit par l'intimée en cours de procédure.

## **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).

**b)** Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** Le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, satisfait aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont

identiques si 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 pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

Les différents aspects de la motivation d'une décision font partie de l'objet du litige sur lequel le juge peut être appelé à se prononcer, quand bien même ils ne seraient pas formellement contestés, pour autant que cette motivation concerne l'un des rapports juridiques tranchés dans le dispositif de la décision et contestés par le recourant. Le tribunal ne se prononce toutefois sur les éléments qui forment l'objet du litige, mais qui n'ont pas été contestés, que s'il a des motifs suffisants de le faire en raison des allégations des parties ou d'autres indices ressortant du dossier (ATF 125 V 413 cité et 110 V 48 consid. 4a in fine ; Meyer/von Zwehl, op. cit., p. 443 ss.).

**b)** En l'occurrence, le litige porte, à titre principal, sur le droit du recourant à des indemnités journalières correspondant à une incapacité de travail totale pour la période courant dès le 2 avril 2013, ainsi que sur la prise en charge du traitement de l'épaule droite du recourant. Les conclusions de ce dernier sont recevables sur ce point.

Il s'agit plus particulièrement de déterminer si les atteintes à l'épaule sont en lien de causalité avec l'accident assuré. Le recourant ne conteste pas, à juste titre, que l'état de santé soit stabilisé, en ce qui concerne l'atteinte subie à la main gauche. Il n'y a pas lieu de revenir sur ce point.

La conclusion alternative prise par le recourant est irrecevable en tant que telle. Il convient de l'interpréter comme conclusion subsidiaire à celle tendant à la poursuite du versement des indemnités journalières.

La recevabilité de la dernière conclusion prise par le recourant est également douteuse, mais la question peut demeurer ouverte, compte tenu de ce qui suit.

**3. a)** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Conformément à l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment le traitement médical (art. 10 LAA), les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA) et de survivants (art. 28 LAA), et les prestations en espèce versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA).

Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il 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 (al. 2). Est réputée incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA toute perte, totale ou partielle, d'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas

survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute manière survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine* ; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.3 et les références citées ; Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, n° 80, p. 865) ; le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_6/2009 du 30 juillet 2009 consid. 3). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C\_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.2). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative

qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 4, U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3).

**4.** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011 ; consid. 5).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi

longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 et les références citées ; VSI 2001 p. 106 consid. 3b ; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

**5. a)** En l'espèce, il est constant que le recourant n'a subi aucune atteinte traumatique directe de l'épaule droite. Il a été atteint à la main gauche lors de l'accident du 28 juillet 2011. A cet égard, le rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ auquel se réfère le recourant ne suffit donc pas à établir un rapport de causalité entre cet accident et les lésions constatées à l'épaule.

**b)** Le recourant soutient que les lésions de l'épaule sont dues à une surcharge du membre supérieur droit, dès lors qu'il avait dû épargner sa main gauche après la reprise d'une activité professionnelle. Le Dr R. \_\_\_\_\_ a, certes, prescrit le 2 octobre 2012 des séances de physiothérapie pour cette épaule, en évoquant une étiologie «compensatrice» à la suite de l'accident de la main gauche. Cela étant, il n'avait pas encore connaissance, à l'époque, des examens qui ont conduit le Dr P. \_\_\_\_\_ à pratiquer une arthroscopie en avril 2013. Il en va de même du Dr N. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 5 février 2013. Au vu des atteintes constatées lors de cette arthroscopie, le Dr P. \_\_\_\_\_ a nié leur origine accidentelle, tout comme le Dr N. \_\_\_\_\_ (déterminations du 19 avril 2013). Bien que non réellement motivée, leurs constatations sur ce point emportent la conviction. Une éventuelle surcharge de l'épaule droite, en raison d'une épargne de la main gauche, a pu révéler des lésions malades préexistantes qui étaient précédemment asymptomatiques, mais n'a manifestement pas entraîné elle-même ces

lésions. Une expertise n'est pas nécessaire pour poser ce constat en l'absence au dossier de tout avis médical contraire sérieusement motivé. L'intimée a donc nié à juste titre le lien de causalité entre les atteintes à l'épaule droite et l'accident du 28 juillet 2011.

c) L'intimée a constaté à juste titre que l'état de santé du recourant était stabilisé, au plus tard le 31 août 2014, en ce qui concerne les séquelles de l'accident du 28 juillet 2011. Partant, sa décision est fondée en tant qu'elle met fin aux indemnités journalières et au traitement médical dès cette date.

6. Le recourant ne soulève aucun grief relatif à la capacité résiduelle de travail constatée par l'intimée ni à l'évaluation de l'invalidité qu'elle a effectuée, en relation avec les séquelles accidentelles de la main gauche, ni au calcul du gain assuré ou du montant de la rente. La décision litigieuse ne prête pas le flanc à la critique sur ces points, sans qu'il y ait lieu d'y revenir plus en détail en l'absence de griefs. Partant, la conclusion subsidiaire du recourant relative à une rente transitoire LAA est mal fondée, de même que celle relative à la réévaluation du taux et du montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Les autres conclusions sont également mal fondées dans la mesure où elles sont recevables.

7. Il résulte de l'ensemble des éléments qui précèdent que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

Le présent arrêt est rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA ; 45 LPA-VD), ni allocation de dépens dès lors que le recourant, assisté d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 3 février 2015 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Alain Pichard (pour E. \_\_\_\_\_),
- Me Olivier Derivaz (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).

La greffière :