

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 janvier 2018

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Gutmann, assesseur  
Greffière : Mme Laurency

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 8 al. 2, 29 al. 2 et 70 Cst. ; art. 3 Cst-VD ; art. 18 al. 1, 19 al. 1, 24 al. 1 et 25 LAA ; art. 36 al. 1 OLAA**



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

**A.** N.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1959, travaillait à 100 % (45 heures par semaine) comme aide-monteur en échafaudages pour le compte de l'entreprise individuelle V.\_\_\_\_\_ à [...] (aujourd'hui radiée du registre du commerce). A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 17 janvier 2014, l'assuré a reçu une barre d'échafaudage sur le pouce droit. Il a été en arrêt de travail dès cette date.

Une radiographie du pouce droit de l'assuré a été effectuée le 4 mars 2014. Il ressort du rapport établi le 7 mars 2014 par la Dresse M.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, qu'il existait, sur le versant ulnaire de l'articulation trapézo-métacarpienne du 1<sup>er</sup> rayon, un possible micro-arrachement osseux visible uniquement sur l'incidence oblique et qu'il n'y avait pas de consolidation nette par rapport à l'examen antérieur. Selon le rapport, l'articulation trapézo-métacarpienne restait congruente et il n'y avait pas de trait de fracture visible ailleurs ou de remaniement osseux en faveur d'une éventuelle fracture passée inaperçue. Les axes et les rapports anatomiques du pouce étaient conservés.

Suite à une radiographie du poignet droit, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a fait le constat suivant dans son rapport médical du 12 mars 2014 :

Transparence osseuse normale. Séquelles de fracture-arrachement de la styloïde cubitale.  
Pas de fracture visible au niveau du scaphoïde.  
Discret remaniements dégénératifs scapho-trapéziens et rhizarthrose débutante.  
Fine calcification en regard de la styloïde radiale aspécifique. Les rapports articulaires sont préservés.  
Proposition : si persistance de la clinique, il est souhaitable de compléter le bilan par une IRM du poignet.

L'assuré a repris le travail à 50 % à partir du 21 mai 2014, mais a de nouveau été arrêté à 100 % selon certificat médical du 23 mai 2014 établi par la Dresse H.\_\_\_\_\_, médecin assistante, auprès du J.\_\_\_\_\_ SA.

Le cas a été soumis au médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr S.\_\_\_\_\_. On extrait ce qui suit de son rapport médical du 23 juin 2014 :

#### **4. Constatations**

Patient en état général conservé. Droitier.

##### Main D :

A l'inspection, on note la présence d'une tuméfaction globale dorsale des métacarpiens 1 à 4 avec douleurs diffuses à la palpation. Présence d'un gradient thermique très relatif à ce niveau. Présence également d'une discoloration érythémateuse très légère à D. Un complément d'anamnèse relève que le patient présenterait des alternances de sensations froides ou chaudes de sa main associées à des phénomènes de sudation asymétriques. La palpation est décrite comme douloureuse au niveau des métacarpiens 1, 2 et 3 avec deux zones particulièrement sensibles, la première à hauteur de la MP [métacarpo-phalangienne] du pouce, la seconde localisée à la région radio-carpienne ainsi qu'à la styloïde radiale. Pas de présence de pouce du skieur avec un ligament collatéral cubital de tenue correcte mais décrit comme très douloureux. [...]

A noter qu'une reprise d'anamnèse concernant la description de l'événement nous permet de mettre en évidence que le patient a subi un traumatisme par une barre métallique qui a heurté la première commissure de la main D.

[...]

##### Diagnostic :

Status après contusion de la première commissure de la main D avec suspicion de Sudeck, séquelles de fracture-arrachement de la styloïde cubitale et discret remaniement mécanique interphalangien, métacarpo-phalangien et de type rhizarthrose.

#### **5. Appréciation**

[...]

Du point de vue médical, nous sommes frappés par une importante tuméfaction de la main D persistant à 6 mois du traumatisme, avec réaction sudeckoïde. De plus, des investigations n'ont été effectuées que sous forme de radiologie conventionnelle, ne permettant pas d'exclure la présence de lésions ligamentaires.

Dans ces conditions, des investigations complémentaires par IRM et un traitement intensif nous paraissent indispensables, raison pour laquelle nous proposons à l'assuré de l'adresser à la Clinique X. \_\_\_\_\_ [Clinique X. \_\_\_\_\_], ce qu'il accepte.

[...]

Du point de vue asséculoologique, la situation n'est pas stabilisée et justifie une incapacité totale dans la profession exercée.

Nous précisons que compte tenu d'une évolution difficile, une annonce à l'AI devrait être effectuée au titre de détection précoce.

Le 15 juillet 2014, une demande de prestations a été déposée auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

Suite au séjour de l'assuré à la Clinique X. \_\_\_\_\_ du 23 juillet au 3 septembre 2014, les Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et Dr P. \_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont exposé les éléments suivants dans leur rapport du 9 septembre 2014 :

#### **STATUS LOCAL D'ENTREE**

[...]

**Poignets** : pas d'anomalie à l'*inspection*.

Douleur importante à la *palpation* de la tabatière anatomique au niveau de la main droite ainsi qu'à la palpation des styloïdes radiale et ulnaire. Douleurs à la palpation des tendons court extenseur du pouce et court adducteur du pouce.

[...]

**Mains et doigts** : *inspection* : on note une coloration rosée de la main droite, léger œdème à la base du pouce. Pas de signe dystrophique.

Exclusion fonctionnelle du pouce.

*Palpation* : on note des douleurs importantes à la palpation de la MP de d1, d'un moindre degré de d2, quelques douleurs à la palpation des os du carpe, aux faces palmaire et dorsale de la main. Le pouce est globalement stable en abduction et en extension.

[...]

#### **Examen neurologique**

*Réflexes* ostéo-tendineux normovifs et symétriques.

*Hyposensibilité* diffuse au niveau de toute la main droite avec des dysthésies à la base du pouce et de l'index qui remontent au bord radial du poignet.

[...]

#### **APPRECIATION ET DISCUSSION**

**A l'admission**, le patient se plaint de douleurs au niveau du pouce et de la main du côté droit, essentiellement aux mouvements, cotées entre 6 et 7/10 à l'échelle EVA. Ces douleurs sont plus importantes à la mobilisation du pouce en abduction ou en extension ainsi qu'au niveau du bord radial du poignet. La main gonfle après chaque effort, avec des sensations de chaleur ainsi que des changements de coloration. Le patient nous signale aussi des décharges électriques sur la base du pouce et le bord radial de la main et du poignet avec des irradiations dans l'avant-bras ainsi que des troubles de sensibilité diffus de toute la main, plus importants au niveau du pouce ainsi qu'au niveau des pulpes de d2 et de d3.

[...]

**Les diagnostics suivants** ont été posés au cours du séjour :

Sur le plan orthopédique : **syndrome douloureux régional complexe (SDRC) de type I (algodystrophie des trois premiers rayons de la main droite à prédominance sur le pouce)**. Les critères de Budapest sont remplis et l'aspect scintigraphique est évocateur en l'absence d'autres explications à la symptomatologie douloureuse.

Sur le plan psychiatrique : nihil. Le patient a eu un suivi psychologique pour des explications sur l'algodystrophie. On note une situation professionnelle précaire.

Sur le plan neurologique : **légère souffrance axonale des fibres sensibles du nerf médian droit** à l'ENMG [électroneuromyogramme] du 11.08.2014 (Cf. rapport d'ENMG).

Autre : nihil.

**Les plaintes et limitations fonctionnelles** s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (Cf. liste diagnostics).

[...]

**Le traitement antalgique** a consisté en du Brufen 600 mg 2x/jour, ainsi qu'en du Dafalgan 1 g 4x/jour en réserve, si douleurs ainsi que Tramal 50 mg si augmentation importante des douleurs. Le patient a eu deux perfusions de 60 mg de Pamidronate les 13.08.2014 et 14.08.2014, avec une bonne amélioration de la symptomatologie douloureuse du pouce permettant une meilleure mobilisation.

**L'évolution subjective et objective** est partiellement favorable (Cf. rapports et tests fonctionnels) avec nette diminution des douleurs et régression de l'œdème au niveau du pouce. Amélioration de la mobilité, de l'enroulement des doigts. Par contre le patient n'utilise pas spontanément son pouce et a tendance toujours à utiliser les autres doigts quand il veut ramasser des objets. Il a souvent besoin d'être stimulé. Le but actuellement est d'augmenter l'utilisation de la main et du pouce droits le plus possible dans les actes ordinaires de la vie quotidienne.

Les irradiations douloureuses dans le membre supérieur droit ont bien diminué. On note une amélioration des mobilités qui sont quasi-complètes et symétriques ddc [des deux côtés], au niveau de l'épaule et du coude. Le patient présente toujours quelques

compensations qui empêchent l'intégration complète de la main droite.

**La participation du patient** aux thérapies a été considérée comme élevée.

Aucune incohérence n'a été relevée.

**Les limitations fonctionnelles** provisoires suivantes sont retenues : les travaux nécessitant le port de charges lourdes au-dessus de 5 kg, les activités nécessitant les mouvements répétitifs du poignet et de la main droite.

**La situation n'est pas stabilisée** du point de vue médical.

**Une stabilisation médicale est attendue dans un délai de 3 à 6 mois.** L'évolution dans le cadre d'un SDRC peut être longue. Nous proposons une réévaluation à l'agence dans 3 à 4 mois.

Aucune intervention n'est proposée.

**Le pronostic de réinsertion** dans l'ancienne activité est défavorable (facteurs médicaux retenus après l'accident). A noter que le patient a reçu sa lettre de licenciement durant le séjour.

**Le pronostic de réinsertion** dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est favorable.

Le rapport relatif à l'ENMG réalisé le 11 août 2014 dans le cadre du séjour à la Clinique X. \_\_\_\_\_ mentionnait à titre de conclusion une légère souffrance axonale des fibres sensibles du nerf médian droit, dirigée sur le deuxième et le troisième doigts, par compression au niveau distal du poignet.

L'assuré a été licencié le 25 août 2014 avec effet au 31 octobre suivant.

La situation a été à nouveau soumise au médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Aux termes de son rapport médical du 9 mars 2015, l'évolution a été décrite comme lente, mais favorable, avec néanmoins la mention d'une épicondylite du coude droit, ainsi que des douleurs qui irradiaient jusqu'à l'épaule droite. Le Dr W. \_\_\_\_\_ a conclu à l'issue de son examen que la situation n'était pas stabilisée et que l'incapacité de travail était justifiée. Le médecin a encore indiqué que l'assuré devait poursuivre le traitement conservateur

prescrit et qu'il convenait de le revoir en juillet-août 2015 afin d'établir les limitations fonctionnelles, l'incapacité de travail dans une activité adaptée et calculer une éventuelle indemnité pour atteinte à l'intégrité (indemnité pour atteinte à l'intégrité).

Dans un rapport médical du 31 mai 2015, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a indiqué ce qui suit :

[...]

Depuis lors, malgré un long séjour à la Clinique de [...], suivie d'une prise en charge musclée (Ergo 2x/sem, physio, antalgique), le patient est handicapé à la moindre activité quotidienne [...]. Depuis peu, il présente des crampes du fléchisseur du pouce associé à une discrète acrocyanose des D1-D4, de plus de 30 min.

Je connais également ce patient pour les *diagnostics suivants* :

*Diabète type 2 insulino requérant sans néphropathie ni neuropathie*

*HTA [hypertension artérielle] traitée*

*Carence Vit. D supplémentée*

*2014 Algoneurodystrophie de Sudeck*

[...]

Appréciation :

Après une évolution de 15 mois, la situation « piétine », heureusement sans ankylose majeure du pouce D. Que peut-on apporter de plus à ce patient, qui peu à peu glisse vers une invalidité ?

En date du 14 septembre 2015, les Drs B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, et C.\_\_\_\_\_, médecin assistant, du Centre hospitalier K.\_\_\_\_\_ (ci-après : le Centre hospitalier K.\_\_\_\_\_), ont constaté que l'assuré décrivait des douleurs dans les articulations métatarso-phalangiennes des trois premiers rayons de la main droite, ainsi qu'à l'épicondyle latéral du coude droit, et une gêne liée à une tuméfaction persistante de la main. Les médecins ont relevé que les douleurs étaient estimées à 7-8/10 à l'échelle visuelle analogique et qu'elles étaient exacerbées lors de l'habillage et des mobilisations courantes, mais réduites à une intensité de 3-4/10 lors de la prise de Tramadol. Les Drs B.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ n'avaient pas de proposition thérapeutique différente de celle dont bénéficiait déjà l'assuré. Sous le paragraphe « Status », les praticiens ont exposé ce qui suit :

Tuméfaction de la main droite avec douleurs à la palpation des MCP [métacarpo-phalangien] I à III et de la 5e MCP, ainsi que des douleurs à la palpation de la 1ère IPP [interphalengienne proximale] droite ; parésie en flexion des doigts de la main droite, en particulier des 2e et 3e rayons, moindre au niveau des 1er, 4e et 5e rayons ; légère limitation en flexion/extension du poignet droit à 30° d'extension et 30° de flexion palmaire ; douleurs à la palpation de l'épicondyle latéral ; douleurs au même site provoquées par la flexion dorsale du poignet droit contrariée ; peau moite, retrouvée de manière symétrique sur les bras ddc.

Selon l'appréciation du Dr W.\_\_\_\_\_ rédigée à la suite de l'examen de l'assuré du 24 septembre 2015, l'évolution était stagnante et la mobilité du poignet, ainsi que des doigts de la main droite, avait même diminué par rapport à l'examen de mars 2015. Le médecin a indiqué que l'assuré avait des douleurs dès qu'il mobilisait les doigts de la main droite ou le poignet droit et que les douleurs irradiaient vers l'épicondyle du coude droit, parfois vers l'épaule droite. Le cas n'était ainsi pas stabilisé et il convenait selon le praticien de revoir l'assuré dans six mois. Le Dr W.\_\_\_\_\_ a estimé que l'assuré était apte à travailler uniquement dans un travail mono-manuel gauche en utilisant le membre supérieur droit uniquement pour des gestes d'appoint. Enfin, le Dr W.\_\_\_\_\_ a souligné que l'amélioration des connaissances en français de l'assuré était primordiale.

Dans une note interne de la CNA du 1<sup>er</sup> avril 2016, intitulée « Soumission au médecin d'arrondissement », les indications suivantes figuraient sous la rubrique « Problématique » :

Assuré examiné par vos soins le 24.9.2015, le moment est venu de le reconvoquer pour un bilan final, exigibilité et indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Selon le rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ du 18 avril 2016, les diagnostics de séquelles de CRPS [*complex regional pain syndrome* - syndrome douloureux régional complexe] type I (algodystrophie) des trois premiers rayons de la main droite, de status après contusion du poignet et du pouce droits, de diabète insulino-dépendant et d'hypertension artérielle en traitement ont été posés. Des douleurs irradiant vers le coude et l'épaule droits étaient toujours rapportées, ainsi que des douleurs à la

palpation des tendons qui s'inséraient à l'épicondyle droit. Sous le titre « Appréciation », le médecin a indiqué les éléments suivants :

L'assuré est vu à 28 mois de l'accident.

Il n'y a eu aucune amélioration durant les 6 derniers mois ni sur le plan des douleurs ni sur le plan de la mobilité des doigts. [...]

On peut considérer que le cas est stabilisé.

L'assuré ne [peut] plus effectuer son travail de monteur en échafaudage. Il est apte à travailler uniquement dans une activité mon-manuelle G utilisant la main D uniquement pour les gestes d'appoint.

[...]

Suite à l'événement en cause, il y a eu une atteinte durable de l'intégrité corporelle qui fait l'objet d'une appréciation séparée.

S'agissant de ladite appréciation, le Dr W. \_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit :

[...]

## **2 Evaluation de l'atteinte à l'intégrité : 15 %**

### **3 Motif**

Suite à l'accident du 17.01.2014, l'assuré a développé une importante algodystrophie de la main D. Persistance d'une tuméfaction de la main D, d'importantes douleurs et d'une atteinte des 3 premiers doigts sous forme d'une importante limitation de la mobilité en flexion. L'assuré ne peut effectuer qu'un travail mono-manuel G.

La table no 3 des indemnisations des atteintes à l'intégrité selon la LAA prévoit en cas de la perte du pouce et des 2 premiers doigts (figure no 22) une indemnisation de 35 %.

Dans le cas de M. N. \_\_\_\_\_, il n'[a] pas perdu les segments mais il a perdu partiellement la fonction de ces 3 doigts.

La table no 1 des indemnisations des atteintes à l'intégrité selon la LAA prévoit en cas de paralysie du nerf médian distal une IPAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité] de 15 %.

Dans le cas de M. N. \_\_\_\_\_, une IPAI de 15 % me semble justifiée.

On extrait ce qui suit de la notice établie par un gestionnaire de dossier de la CNA suite à l'entretien du 18 avril 2016 qui a eu lieu avec l'assuré après l'examen médical du Dr W. \_\_\_\_\_ de la même date :

A toujours autant de douleurs, ne peut rien faire, est droitier.

Consulte toujours le Dr R. \_\_\_\_\_, prend des antiinflammatoires, antidouleurs (morphine) et suit un traitement de physio + ergo. par semaine.

L'avise que notre médecin-conseil estime que son cas est stabilisé. Une reprise de son activité antérieure est impossible et une capacité de travail est entière dans une activité mono-manuelle g.

Ipai : notre médecin-conseil ne peut pas se déterminer avec précision au moment de l'examen.

Par courrier du 14 octobre 2016, la CNA a informé l'assuré que, selon l'examen médical du 18 avril 2016, il n'avait plus besoin de traitement médical spécifique et qu'il serait par conséquent mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 novembre 2016 au soir. La Caisse a rappelé les dispositions légales relatives à la rente d'invalidité et indiqué qu'elle examinait actuellement si elle pouvait allouer à l'assuré d'autres prestations d'assurance. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la CNA a mentionné que dite indemnité serait confirmée dans le cadre d'une décision d'attribution.

Par décision du 13 décembre 2016, la Division prestations d'assurance de la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 24 % à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2016 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %.

L'assuré a formé opposition contre cette décision le 11 janvier 2017 (date du timbre postal). Il a notamment produit un avis de son médecin-traitant, le Dr R. \_\_\_\_\_, daté du 8 janvier 2017, dont le contenu était le suivant :

Le soussigné

certifie être le médecin traitant du patient susnommé depuis son accident de 2014.

Depuis cette date, ce patient souffre au quotidien et en permanence de douleurs pouvant se chiffrer, par période, à 7-8/10, et ce malgré la prescription d'antalgiques majeurs, d'un séjour à la clinique SUVA de [...], un avis académique, et une prise en charge musclée en physiothérapie et ergothérapie. Au cours des mois, un état dépressif s'est installé, et n'a pu être que modestement corrigé par la prescription d'un traitement spécifique.

Finalement, la SUVA propose une invalidité de 24 % pour perte de la fonction de sa main D d'un droitier. Si ce calcul pourrait s'appliquer à la perte d'une main, il me semble qu'il ne saurait correspondre au Syndrome Dououreux Complexe dont souffre le patient, qui contrairement à une perte, une absence, se comporte comme un poids, voire un boulet dans la vie du patient, par ses souffrances au quotidien, la dysthymie secondaire et le syndrome épaule main débutant. Cette compensation me semble inadéquate et disproportionnée, car elle ne tient pas compte des effets globaux de l'atteinte à la santé.

Je souhaiterais également exprimer mon indignation de citoyen et thérapeute, motivé et par le mutisme et l'inaction de la Suva dans cette situation, quelques années après l'acceptation de « Mesures de Détection précoce » par le Peuple Suisse. En effet, aucune mesure n'a été entreprise pour ce patient possédant un diplôme universitaire en économie handicapé de la main D, pour tâcher de lui proposer des mesures de réadaptation professionnelle. C'est vraiment « la chronique d'une catastrophe annoncée ».

Par décision sur opposition du 27 janvier 2017, la CNA a confirmé la teneur de sa décision du 13 décembre 2016. Dans sa motivation, la Caisse a notamment retenu qu'il convenait de se fonder entièrement sur les constatations médicales et les conclusions du Dr W.\_\_\_\_\_, qui avaient été émises en toute connaissance de cause et qui atteignaient un degré de vraisemblance prépondérante.

**B.** Par acte du 1<sup>er</sup> mars 2017 (date du sceau postal), N.\_\_\_\_\_ a déféré la décision rendue le 27 janvier 2017 par la CNA devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, fixées « à hauteur de la réalité ». En substance, il reprochait à la CNA de ne pas avoir tenu compte de différents rapports médicaux, notamment de ceux du Dr R.\_\_\_\_\_, et d'avoir tronqué le contenu de l'examen du Dr W.\_\_\_\_\_ du 24 septembre 2015 en ignorant la conclusion selon laquelle son état n'était pas stabilisé. L'assuré prétendait également, en se référant à une note du 1<sup>er</sup> avril 2016, que c'était sous l'impulsion d'un gestionnaire de dossier que l'examen médical final avait eu lieu et non en

raison de l'appréciation d'un médecin. Il invoquait en outre une violation de son droit d'être entendu car il n'avait pas eu connaissance de certains rapports médicaux, notamment de celui du Dr W.\_\_\_\_\_ établi à la suite de l'examen final du 18 avril 2016. L'assuré évoquait ensuite des propos que le Dr W.\_\_\_\_\_ auraient tenus lors dudit examen, propos selon lesquels la CNA ne laissait pas suffisamment de temps pour procéder à l'examen médical nécessaire, avec la rigueur exigée, et que l'invalidité du recourant aurait été d'au moins 61 %. N.\_\_\_\_\_ remettait également en cause la neutralité des médecins de la CNA, requérant la mise en œuvre d'une expertise neutre. Il disait souffrir d'une dépression, de diabète et d'un syndrome de Sudeck, qui empirait et qui rendait inutilisable tout le bras et l'épaule droits, ainsi que le côté droit de la nuque, ce qui justifiait une indemnité pour atteinte à l'intégrité plus élevée. Il ajoutait qu'il parlait très peu français et qu'il n'avait pas disposé d'une traduction lors de certaines étapes importantes de la procédure, ne comprenant ainsi pas les indications données, notamment lors de l'entretien avec un gestionnaire du 18 avril 2016. Il mettait enfin en exergue ne pas avoir bénéficié de mesures d'ordre professionnel. A l'appui de son recours, l'assuré a notamment produit des photos montrant le gonflement de sa main droite et les traitements appliqués sur son épaule, ainsi qu'un rapport médical du 3 janvier 2017 du Dr Z.\_\_\_\_\_, faisant état du diagnostic d'omalgie droite chronique dans un contexte d'atrophie de Sudeck.

Dans sa réponse du 16 mai 2017, la CNA a conclu au rejet du recours et intégralement renvoyé à la décision entreprise, estimant que l'assuré ne faisait valoir aucun élément nouveau. Elle a néanmoins observé que les documents médicaux produits n'étaient pas de nature à modifier l'appréciation du Dr W.\_\_\_\_\_ du 18 avril 2016 et que la mise en place de mesures d'ordre professionnel incombait à l'assurance-invalidité. Enfin, elle a soutenu qu'une éventuelle violation du droit d'être entendu avait été réparée vu que l'assuré avait eu la possibilité de prendre connaissance de l'entier du dossier dans le cadre de la procédure de recours, de faire valoir ses arguments et, partant, de déposer de nouvelles appréciations médicales.

Par réplique du 26 juin 2017, N.\_\_\_\_\_ a réitéré le point de vue selon lequel sa situation n'était pas stabilisée, rappelant en substance les arguments déjà invoqués dans son recours du 1<sup>er</sup> mars 2017.

Dupliquant le 20 juillet 2017, l'intimée a principalement renvoyé à ses précédentes écritures.

L'assuré a déposé d'ultimes déterminations en date du 14 août 2017.

### **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) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir 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 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) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, déposé en temps utile, auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations en espèces (indemnités journalières ou rente) de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 30 novembre 2016, respectivement le taux de son atteinte à l'intégrité.

**3.** Dans un premier moyen de nature formelle, le recourant invoque une violation de son droit d'être entendu, en tant que l'intimée ne lui aurait pas remis certaines pièces essentielles du dossier.

**a)** L'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues (également l'art. 42 LPGA dans le cadre des procédures devant les assureurs sociaux).

La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 III 48 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3 ; 136 I 265 consid. 3.2 et les références citées).

Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu peut être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. La

réparation de la violation du droit d'être entendu doit toutefois rester l'exception et n'est admissible que dans l'hypothèse d'une atteinte aux droits procéduraux de la partie lésée qui n'est pas particulièrement grave. En revanche, si l'atteinte est importante, il n'est en règle générale pas possible de remédier à la violation (ATF 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, même si la violation du droit d'être entendu est grave, une réparation de ce vice procédural devant l'autorité de recours est également envisageable si le renvoi à l'autorité inférieure constituerait une vaine formalité. L'allongement inutile de la procédure qui en découlerait est en effet incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 137 I 195 consid. 2.3.1 et 2.3.2 ; 133 I 201 consid. 2.2 ; TF 6B\_33/2014 du 13 mars 2014 consid. 2).

**b)** En l'espèce, la question de savoir si l'intimée a violé le droit d'être entendu du recourant en ne lui communiquant pas certaines pièces importantes du dossier peut demeurer indécise, dans la mesure où cette violation a, en tout état de cause, été réparée en procédure de recours, puisque le recourant a pu prendre connaissance desdites pièces et s'exprimer à leur sujet dans le cadre du recours. Le grief titré d'une violation du droit d'être entendu doit en conséquence être rejeté.

**4.** Le recourant reproche également à l'intimée de ne pas avoir bénéficié des services d'un traducteur lors de l'entretien du 18 avril 2016 avec un gestionnaire de dossier. Il indique ne pas avoir compris les informations données. Il fait aussi valoir à ce titre une communication lacunaire avec l'intimée vu ses problèmes de français et le fait de ne pas avoir saisi l'ampleur des décisions rendues.

**a)** Aux termes de l'art. 8 al. 2 Cst., nul ne doit subir de discrimination du fait notamment de sa langue. D'autre part, la liberté de la langue est garantie (art. 18 Cst.). Selon l'art. 70 al. 1 Cst., les langues officielles de la Confédération sont l'allemand, le français et l'italien, le romanche étant aussi langue officielle pour les rapports que la Confédération entretient avec les personnes de langue romanche. Les cantons déterminent leurs langues officielles (art. 70 al. 2, première

phrase Cst.). Selon l'art. 3 de la Cst-VD (Constitution du Canton de Vaud du 14 avril 2013 ; RSV 101.01), la langue officielle du canton est le français.

La liberté de la langue garantit l'usage de la langue maternelle, ou d'une autre langue proche, voire de toute langue de son choix. Dans les rapports avec les autorités toutefois, la liberté de la langue est limitée par le principe de la langue officielle. En effet, sous réserve de dispositions particulières (par exemple les art. 5 par. 2 et 6 par. 3 lettre a CEDH), il n'existe en principe aucun droit à communiquer avec les autorités dans une autre langue que la langue officielle (ATF 127 V 219 consid. 2b/aa et les références citées).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, ni l'art. 6 CEDH, ni la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu ne confèrent au justiciable le droit d'obtenir la traduction dans sa propre langue des pièces du dossier établies dans une langue qu'il ne maîtrise pas ou de manière seulement imparfaite (ATF 127 V 219 consid. 2b/bb et les références citées). Aussi appartient-il en principe au justiciable de se faire traduire les actes officiels du dossier (ATF 115 la 65 consid. 6b).

**b)** En l'occurrence, pour autant que l'on puisse déduire un grief de l'absence d'interprète au cours de l'entretien du 18 avril 2016, celui-ci apparaît mal fondé. On ne voit en effet pas – et le recourant ne l'explique pas – en quoi la décision sur opposition du 27 janvier 2017 aurait été influencée par l'entretien du 18 avril 2016 et par l'absence de traducteur à ce moment-là. Il ressort au contraire du dossier que le gestionnaire de dossier a transmis des informations au recourant au sujet du déroulement de la procédure, renseignements qui ont été réitérés par écrit (notamment par courrier du 14 octobre 2016, dans la décision du 13 décembre 2016 et dans la décision sur opposition du 27 janvier 2017). Le recourant a bénéficié d'une information complète et a donc pu faire valoir ses arguments tant dans le cadre de l'opposition du 11 janvier 2017 que lors du recours du 1<sup>er</sup> mars 2017. De même, l'absence de traduction des

pièces ne saurait être reprochée à l'intimée vu la jurisprudence exposée au considérant précédent.

**5.** Sur le fond, il convient en premier lieu d'analyser la question de savoir si l'intimée était fondée à cesser le versement des indemnités journalières au profit d'une rente, singulièrement si la situation était stabilisée au 1<sup>er</sup> décembre 2016.

**a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

**b)** Selon l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident.

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

A teneur de l'art. 19 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.

**c)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge, s'il y a un recours – a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

**d)** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

**e)** En l'occurrence, le recourant a développé à la suite de son accident un syndrome douloureux régional complexe (algodystrophie) de la main droite, qui n'a pas évolué favorablement.

Sur la base des rapports établis les 24 septembre 2015 et 18 avril 2016 par le Dr W.\_\_\_\_\_, l'intimée a retenu que l'état de santé du

recourant pouvait être considéré comme stabilisé, compte tenu de l'absence prolongée d'amélioration sur le plan des douleurs et sur le plan de la mobilité des doigts. Le Dr R.\_\_\_\_\_ constatait également que la situation « piétinait » (rapport du 31 mai 2015). En septembre 2015, les Drs B.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ n'avaient pas de traitement à proposer au recourant pour améliorer la situation.

Les avis médicaux versés au dossier par le recourant, soit en particulier les rapports des 3 et 8 janvier 2017, ne sont pas de nature à établir - au degré de la vraisemblance prépondérante - que l'on pouvait encore attendre d'un traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé du recourant au-delà du 30 novembre 2016. En particulier, rien ne permet d'établir - mises à part les plaintes du recourant - l'existence d'une péjoration objective de son état de santé. Notamment, la présence de douleurs irradiant tout le long du bras jusqu'à l'épaule ne sont pas nouvelles, puisqu'elles étaient déjà mentionnées dans de précédents avis médicaux (rapports du Dr W.\_\_\_\_\_ des 9 mars, 24 septembre 2015 et 18 avril 2016 ; rapports des Drs B.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ du 14 septembre 2015).

Dans son rapport du 8 janvier 2017, le Dr R.\_\_\_\_\_ mentionne un état dépressif « modestement corrigé par la prescription d'un traitement spécifique ». Le praticien n'explique néanmoins pas en quoi cet état - dont on ne connaît pas la date de survenance et les détails - aurait péjoré la situation du recourant par rapport à celle qui prévalait auparavant. Le Dr R.\_\_\_\_\_ explique du reste que l'état dépressif est « corrigé ».

Enfin, les critiques du recourant relatives à la note du 1<sup>er</sup> avril 2016 qui figure au dossier sont infondées, dès lors que le gestionnaire de dossier pouvait légitimement demander un bilan final au médecin d'arrondissement vu les documents médicaux reçus et le dernier examen qui datait de septembre 2015.

Partant, il convient d'admettre que l'état de santé du recourant était stabilisé au 1<sup>er</sup> décembre 2016.

**6.** Il s'agit ensuite de déterminer la capacité de travail du recourant, ceci sur la base des rapports médicaux au dossier.

**a)** Dans ses rapports rédigés les 24 septembre 2015 et 18 avril 2016, le Dr W. \_\_\_\_\_ n'indique aucune réduction de la capacité de travail dans une activité adaptée, soit une activité mono-manuelle gauche en utilisant le membre supérieur droit uniquement pour des gestes d'appoint. Il n'est donc nullement contesté que le recourant n'est plus en mesure d'utiliser son bras droit et qu'il ne peut plus exercer son activité habituelle.

**b)** Le recourant réfute cependant toute capacité de travail en se fondant sur les rapports médicaux du Dr R. \_\_\_\_\_ des 31 mai 2015 et 8 janvier 2017. Dans son premier rapport, le Dr R. \_\_\_\_\_ indique que le recourant est handicapé à la moindre activité quotidienne et dans le second, il parle de « l'inadéquation » de l'invalidité de 24 % car elle ne tient pas compte selon lui des effets globaux de l'atteinte à la santé.

**c)** La Cour de céans retient qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation médicale du Dr W. \_\_\_\_\_, laquelle repose sur une discussion exhaustive et approfondie de l'ensemble des renseignements recueillis au cours de la procédure. On soulignera en particulier qu'elle intègre les observations contenues dans le rapport du 9 septembre 2014 de la Clinique X. \_\_\_\_\_, qui faisait état d'un pronostic de réinsertion favorable dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles du recourant. Il n'y a d'ailleurs pas de contradictions avec les autres rapports médicaux au dossier s'agissant des éléments objectifs - qui ne font pas état d'autres limitations que celles relatives à l'utilisation du bras droit - et aucun indice concret ne permet de remettre en cause le bien-fondé des rapports du Dr W. \_\_\_\_\_ précités (consid. 5c *supra*).

Quant au Dr R. \_\_\_\_\_, il n'explique pas les raisons pour lesquelles le recourant ne disposerait que d'une capacité de travail réduite

dans une activité adaptée et en quoi les autres rapports médicaux au dossier seraient erronés ou incomplets, justifiant d'admettre une incapacité de travail totale. Il fonde son argumentaire sur les plaintes du recourant, que les différents rapports médicaux au dossier mentionnent déjà.

Par conséquent, d'un point de vue strictement médical, en l'absence d'autres limitations fonctionnelles que celles liées au bras droit, il convient de retenir que c'est à bon droit que l'intimée a considéré que le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

**7.** Doit ensuite être examinée l'exigibilité de l'activité mono-manuelle gauche retenue par l'intimée.

**a)** Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives ; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références citées *in* VSI 1998 p. 293). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la

recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TFA I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références citées *in* VSI 1999 p. 246).

**b)** Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le marché du travail offre suffisamment de possibilités pour les personnes qui sont considérées d'un point de vue fonctionnel comme ne pouvant exercer qu'une activité mono-manuelle et effectuer que des travaux légers. Selon le Tribunal fédéral, toutes les tâches et fonctions requises dans le processus de travail au sens le plus large dans le contexte de la surveillance et des tests ne sont pas toutes exécutées par des ordinateurs et des machines automatisées. Indépendamment de ce constat, de tels dispositifs doivent également être exploités et leur utilisation surveillée et contrôlée (TF 8C\_217/2015 du 28 août 2015, consid. 2.2.1). On peut aussi penser à de simples activités de surveillance, de test et de contrôle ainsi qu'à l'exploitation et à la surveillance de machines (semi-) automatiques ou d'unités de production qui ne nécessitent pas l'utilisation des deux bras et des deux mains. De tels emplois existent également dans les entreprises de production, de sorte qu'il n'y a pas lieu de limiter le marché du travail à prendre en compte au secteur des services (notamment TF 8C\_37/2016, consid. 5.1.2 ; 8C\_100/2012 du 29 mars 2012, consid. 3.4).

**c)** En l'occurrence, sur le plan économique, le marché du travail offre un éventail suffisant d'activités légères qui sont adaptées aux limitations du recourant, soit des activités mono-manuelles, comme on l'a vu au considérant précédent. Un nombre significatif de ces activités ne nécessitent aucune formation spécifique. Le recourant n'apporte du reste aucun élément permettant de s'écarter de ce constat. On relève par ailleurs qu'il n'y a pas lieu de tenir compte des difficultés liées à l'âge du recourant (58 ans). Partant, il y a lieu de considérer qu'une activité mono-manuelle gauche est parfaitement exigible.

**8.** Il y a lieu d'examiner le degré d'invalidité du recourant, fixé sur la base d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à

ses limitations fonctionnelles, plus particulièrement la détermination des revenus avec et sans invalidité.

**a)** Chez les assurés actifs – soit les assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à plein temps –, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, 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. 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

**b)** Pour fixer le revenu d'invalide, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé par l'assuré après la survenance de l'atteinte à la santé si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et 126 V 75 consid. 3b/aa ; TF 8C\_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1). Il s'agira en revanche de se fonder sur un revenu hypothétique lorsque l'assuré ne met pas – ou pas pleinement – à profit sa capacité de travail après l'accident (Jean-Maurice Frésard / Margit Moser-Szeless, *L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit* 3<sup>ème</sup> éd., Bâle 2016, n° 234, p. 978). Dans ce cas, la jurisprudence a dégagé deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalide, entre lesquelles le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence ; la première se fonde sur les données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS) dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), tandis que la seconde repose sur les données salariales résultant de descriptions de postes de

travail (DPT) récoltées par la CNA (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et les références citées).

**c)** Selon la jurisprudence, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle pourrait effectivement réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 8C\_563/2014 du 12 janvier 2015 consid. 4.1).

**d)** S'agissant de la comparaison des revenus effectuée par l'intimée, elle ne prête pas flanc à la critique.

La CNA a fixé le revenu sans invalidité à 66'288 fr. 20 (26 fr. 15 de tarif horaire du recourant auprès de son ancien employeur x 45 heures x 52 semaines) + 8.33 % pour le 13<sup>ème</sup> salaire. Elle a ainsi annualisé le salaire horaire et, dans ces circonstances, n'a à juste titre pas ajouté d'indemnité pour les vacances et pour les jours fériés, ce qui reviendrait à comptabiliser deux fois ces montants (TF 8C\_47/2014 du 28 mai 2014 consid. 4.3 et la référence citée).

Quant au revenu d'invalidé, l'intimée s'est conformée aux exigences de la jurisprudence fédérale en se référant à l'ESS des salaires 2014 de l'OFS, soit à la valeur moyenne de la rémunération pour des hommes chargés de tâches simples et répétitives (niveau de compétences 1) dans le secteur privé, qui correspond à 66'453 fr. 12 en 2014 (pour 41.7 heures usuelles par semaine, 5'312 fr. x 12 : 40h x 41.7h), et en prenant en compte l'augmentation nominale des salaires pour 2015 et 2016, respectivement de 0.4 % et de 0.7 % (et non 0.5 %, ce qui ne modifie néanmoins pas le résultat de la comparaison). Afin de tenir compte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles susceptibles d'influer sur les perspectives salariales du recourant, une déduction de

25 % - soit le maximum - sur le salaire statistique a été opérée à juste titre.

La comparaison d'un revenu d'invalidé de 50'389 fr. 45 avec un revenu sans invalidité de 66'288 fr. 20, aboutit à un degré d'invalidité, respectivement à une rente d'invalidité de 24 %.

Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter de la comparaison des revenus effectuée par l'intimée, ce d'autant moins que le recourant ne formule aucune critique précise à son encontre.

**8.** Le recourant reproche encore à l'intimée de ne pas avoir entrepris des démarches en vue d'une réadaptation professionnelle.

On rappelle à cet égard que les prestations de l'assurance-accidents ne comprennent pas de mesures destinées à la réadaptation professionnelle, lesquelles relèvent exclusivement de l'assurance-invalidité.

Le grief selon lequel la CNA n'aurait pas examiné cette problématique doit dès lors être écarté.

**9.** En dernier lieu, le recourant remet en cause l'estimation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité faite par l'intimée.

**a)** Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite de l'accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Selon l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. A teneur de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est

allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral du 18 août 1976 à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents *in* FF 1976 III p. 171). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence, etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références citées). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (Frésard / Moser-Szeless, *op. cit.*, n° 311, p 998). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références citées).

Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel (anatomique ou fonctionnel), mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C\_703/2008 précité consid. 5.2 avec les références citées).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb et les références citées) - des lésions fréquentes et caractéristiques,

évaluées en pourcent. L'indemnité allouée pour ces lésions s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas de valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à faire assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 de l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C\_195/2013 du 15 octobre 2013 consid. 6.1 et les références citées).

**b)** En l'espèce, pour déterminer le taux de l'atteinte à l'intégrité, l'intimée s'est fondée sur l'avis du 18 avril 2016 du Dr W.\_\_\_\_\_. Se référant à la table 1 du document Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, qui prévoit une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % en cas de paralysie du nerf médian distal, le médecin a fixé le droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 15 %. Il a relevé que la table 3 des indemnisations des atteintes à l'intégrité selon la LAA - relatif notamment à la perte du pouce et des deux premiers doigts - ne pouvait pas s'appliquer dès lors que le recourant n'avait pas perdu des segments, mais qu'il avait partiellement perdu la fonction de ces trois doigts.

Le recourant fait valoir qu'il a également subi une atteinte à son poignet, à son coude, à son épaule ainsi qu'à la partie droite de sa nuque, vu les douleurs qu'il ressent.

**c)** Comme rappelé ci-dessus, l'atteinte à l'intégrité doit être évaluée exclusivement sur la base de constatations médicales objectives (consid. 9a *supra*). A la suite de l'ENMG réalisé le 11 août 2014 dans le cadre du séjour à la Clinique X.\_\_\_\_\_, les médecins ont diagnostiqué une légère souffrance axonale des fibres sensibles du nerf médian droit, dirigé

sur le deuxième et le troisième doigts, par compression au niveau distal du poignet, ce qui correspond à l'atteinte retenue par le Dr W.\_\_\_\_\_. Le recourant n'allègue aucun élément précis qui mettrait en évidence l'existence d'une autre atteinte à la santé dont il conviendrait de tenir compte. En particulier, le rapport du 3 janvier 2017 du Dr Z.\_\_\_\_\_ produit par le recourant ne renseigne pas sur la question de l'atteinte durable à l'intégrité, ni sur le lien de causalité, de sorte qu'il n'est d'aucun secours sur ce point.

A titre superfétatoire, il convient de relever que les douleurs invoquées par le recourant ont un caractère évolutif, ce qui est confirmé par les différents rapports médicaux (notamment rapport du 9 septembre 2014 de la Clinique X.\_\_\_\_\_ ; rapport du 14 septembre 2015 des Drs B.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_), et ne sauraient par conséquent être retenus à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui concerne les atteintes durables, soit celles qui subsisteront avec au moins la même gravité pendant toute la vie (Frésard / Moser-Szeless, *op. cit.*, n° 313, p 999).

Le recourant n'apporte donc aucun élément permettant de douter de l'évaluation faite par l'intimée.

**10.** Vu l'issue de la procédure, la mise en œuvre de l'expertise requise par le recourant n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves (ATF 137 III 208 consid. 2.2 ; 135 II 286 consid. 5.1).

**11. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** La procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, ni d'allouer de dépens au vu de l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,**

**la Cour des assurances sociales**  
**prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 27 janvier 2017 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.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- N. \_\_\_\_\_,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, Division juridique,
- 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 :