

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 9 octobre 2018

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
MM. Berthoud et Gutmann, assesseurs  
Greffière : Mme Huser

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

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

et

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

---

**Art. 4, 7, 8 al. 1 LPGA ; 6 al. 1, 18 al. 1, 19 al. 1 et 24 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** P.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1954, travaillait pour le compte de la société G.\_\_\_\_\_Sàrl, en qualité de plâtrier-peintre et réalisait un revenu mensuel de 5'000 francs. A ce titre, il était assuré obligatoirement auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 12 août 2016, l'assuré a chuté dans des escaliers à la suite d'un malaise survenu sur son lieu de travail, entraînant un traumatisme crânien, un arrachement de la plaque palmaire D3-D4 ainsi qu'une fracture métaphysaire P2-D4 à droite. Un traitement conservateur (port d'une attelle, physiothérapie et ergothérapie) lui a été prodigué pour la main droite, le traumatisme crânien n'ayant laissé aucune séquelle. L'assuré souffrait cependant depuis longtemps d'une insuffisance cardiaque terminale, maladie pour laquelle il était suivi par le personnel médical du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_ (ci-après : le Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_).

Une incapacité de travail totale a été attestée par certificat médical et la CNA a pris en charge cet accident professionnel.

Dans un rapport médical du 17 mars 2017, le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin assistant au sein du Centre L.\_\_\_\_\_, Service de chirurgie plastique et de la main du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, a retenu le diagnostic d'arrachement de la plaque palmaire D3-D4 et de fracture métaphysaire de la tête P2-D4. Au niveau du suivi, ce médecin a indiqué que le patient ressentait toujours des douleurs et une impotence fonctionnelle D3-D4 malgré les sept séances de physiothérapie et que l'évolution était lentement favorable, un contrôle étant prévu six mois plus tard.

La Dresse W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique reconstructive et esthétique, ainsi qu'en chirurgie de la main, a indiqué, dans un rapport du 28 mars 2017, que l'assuré s'était présenté à sa

consultation le 7 mars 2017, sur demande du médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie. Ce rapport fait état des constatations suivantes :

« **Rappel anamnestique** : Le 12 août 2016, le patient chute d'une échelle dans un contexte de syncope d'origine cardiaque (insuffisance cardiaque terminale sur cardiopathie ischémique avec dysfonction systolique sévère ... - cf. le dossier en votre possession) entraînant un probable TC [traumatisme crânien] avec perte de connaissance et une fracture-arrachement de la plaque palmaire de l'IPP [interphalangienne proximale] D3 et D4 main droite. Depuis cet accident, le patient est régulièrement suivi par le service de cardiologie du Centre hospitalier G. \_\_\_\_\_. Depuis le 15 août 2016, Monsieur P. \_\_\_\_\_ est suivi au Centre L. \_\_\_\_\_. Il a bénéficié d'une immobilisation par une attelle palmaire pendant 4 semaines, puis 2 semaines supplémentaire (sic) par une attelle confectionnée par l'ergothérapeute. Il a débuté la rééducation en ergothérapie seulement fin septembre 2016, puis complétée par une rééducation en physiothérapie dès mi-octobre 2016. Ce traitement se poursuit jusqu'à ce jour. Mise à part des séances de rééducation, le patient n'a plus bénéficié de traitement complémentaire, en particulier par des attelles dynamiques.

**Plaintes subjectives** : Monsieur P. \_\_\_\_\_ souffre de douleurs pratiquement permanentes, même au repos, de toute sa main droite, dominante. Il signale un œdème résiduel avec changement de couleur, prenant parfois toute la main. La symptomatologie douloureuse est exacerbée lors des changements de temps et à l'exposition au froid. Monsieur P. \_\_\_\_\_ est surtout gêné par l'impotence fonctionnelle avec un déficit de préhension des petits, ainsi que des gros objets, associée à un manque de la force globale.

**Status clinique** : A l'inspection déjà, on constate que le patient a partiellement exclu l'utilisation de sa main droite, qui est globalement hypotrophique. Au moindre toucher, surtout des articulations inter-phalangiennes des doigts longs, on provoque de fortes douleurs. Il n'y a pas de gradient thermique. La peau est légèrement brillante. La mobilité du poignet est quasi symétrique : extension-flexion 55-0-40 à droite (55-0-45 à gauche). La mobilité du pouce est également symétrique. On note la présence d'un déficit important de l'enroulement des doigts longs, avec une distance paume-pulpe de 3.5 cm pour l'index, 4.5 cm pour le médus et l'annulaire et 3 cm pour l'auriculaire.

[...]

**Appréciation du cas / proposition thérapeutique** : Après une longue discussion avec le patient concernant l'évolution de sa main depuis l'accident, j'ai pu comprendre que, selon ses dires, elle est très lente et relativement peu satisfaisante, malgré de nombreuses séances de physio et d'ergothérapie de rééducation. Monsieur G. \_\_\_\_\_ Sarl décrit tout de même que sa main a été une période très tuméfiée et encore plus douloureuse. Malheureusement, dans la lettre de son médecin, le Docteur K. \_\_\_\_\_ du Centre L. \_\_\_\_\_

[...], on ne trouve aucune information sur l'état de sa main, ni sur ses plaintes subjectives, ...

Vu ses plaintes actuelles, le tableau clinique avec une importante ankylose globale de tous les doigts longs et des douleurs pluri-digitales, je ne peux que confirmer que votre assuré souffre d'une algoneurodystrophie avancée de sa main droite dominante.

Je tiens encore à préciser qu'il s'agit d'un patient de 63 ans, qui souffre d'une insuffisance cardiaque terminale sur cardiopathie ischémique, candidat pour une greffe cardiaque. Au vu de la complexité et de la gravité de son cas, du fait qu'il s'agit d'un patient indépendant peintre-carreleur de profession et en plus 2 ans avant sa retraite, il me semble peu probable que ce patient puisse un jour reprendre son activité professionnelle.

Au vu de ce qui précède, il serait souhaitable de convoquer ce patient pour une réévaluation globale de son cas et dans le même temps, évaluer l'indication pour un séjour à la Clinique V.\_\_\_\_\_, en tenant compte de son problème cardiaque sévère. Dans la mesure du possible, il faudra prévoir l'adaptation d'une attelle dynamique pour l'enroulement des doigts longs, pour éviter une ankylose définitive de ces petites articulations de sa main droite.

J'espère qu'une solution sera rapidement trouvée pour ce sympathique patient, collaborant et qui a envie de retrouver une certaine utilité de sa main droite dominante, gravement handicapée pour le moment. »

qui suit : Dans un rapport du 12 avril 2017, le Dr H.\_\_\_\_\_ a retenu ce

« **Constatations**

[...]

**Main droite :**

Le patient se sert assez normalement de son MSD [membre supérieur droit] qui n'est du tout exclu.

La main D [droite] ne présente pas de signes dystrophiques manifestes.

Le pouce est normo-fonctionnel

Il y a surtout un défaut d'enroulement modéré des doigts longs avec une raideur des MCP [métacarpo-phalangiennes] et des IPP se soldant par une distance pulpes-paumes de l'ordre de 2 cm.

On note également un flessum d'une vingtaine de degrés et des douleurs assez vives à la palpation des IPP des 2 doigts médians.

La force de serrage de la main D est assez réduite, compte tenu qu'il s'agit de la main dominante (Jamar 15 par rapport à 32 à G [gauche], Key-pinch 3,5 par rapport à 7 à G).

## Appréciation

[...]

Actuellement, le patient se plaint d'une raideur de tous les doigts longs et de douleurs résiduelles des IPP du médium et de l'annulaire D. Il n'est pas trop gêné dans les AVQ [activités de la vie quotidienne], continuant notamment à se raser avec la main D, soulignant qu'il n'est pas très habile avec la G, mais il ne peut pas travailler en raison de douleurs à l'effort qui remontent dans le MSD jusqu'à la nuque (*sic*). Le genou D serait aussi un peu douloureux et le périmètre de marche limité dans les suites du 1<sup>er</sup> accident.

A l'examen clinique, le patient, qui est orienté et adéquat, se sert assez normalement de son MSD qui n'est du tout exclu.

Objectivement, la main D ne présente pas de signes dystrophiques manifestes. Le pouce est normo-fonctionnel. Il y a surtout un défaut d'enroulement modéré des doigts longs avec une raideur des MCP et des IPP. On note également un flessum d'une vingtaine de degrés et des douleurs assez vives à la palpation des IPP des 2 doigts médians. La force de serrage de la main D est assez réduite, compte tenu qu'il s'agit de la main dominante.

Pour ma part, je ne suis pas sûr que M. P. \_\_\_\_\_ ait réellement fait une algodystrophie.

Je pense plutôt à une raideur digitale faisant suite à une immobilisation prolongée chez un patient ayant passablement de problèmes de santé, présentant une précarité évidente et dont la rééducation n'a probablement pas été la 1<sup>ère</sup> priorité.

A mon avis, un séjour à la Clinique V. \_\_\_\_\_ [Clinique V. \_\_\_\_\_] n'apportera pas grand-chose. Quoi qu'on fasse la reprise de l'activité habituelle n'est guère envisageable. Pour ma part, je préconise la poursuite de la physiothérapie et de l'ergothérapie en ambulatoire. L'assuré est d'accord qu'on fasse ainsi.

Lorsque la situation sera stabilisée du point de vue médical, probablement à 1 année de l'accident, je reverrai le patient à l'agence et je terminerai le cas. »

Dans un rapport de prise en charge de l'assuré du 4 juillet 2017, établi à la suite d'une consultation ambulatoire effectuée au Centre L. \_\_\_\_\_, le Dr B. \_\_\_\_\_, médecin au sein de ce Centre, a notamment indiqué, sous la rubrique « histoire de la maladie » que malgré l'intégration de plusieurs intervenants (physio et ergo) parlant la même langue, le patient ne s'impliquait pas dans sa prise en charge et ne faisait aucun effort pour faire les exercices recommandés. Il a précisé que lorsque le patient était conscient des exercices, il disait ne pas pouvoir

mobiliser ses doigts de la main droite, mais lorsqu'on lui tendait un objet à prendre, il le manipulait sans problème ni douleurs de la même main. Ce médecin a encore mentionné ce qui suit, sous la rubrique « attitude diagnostique » :

« [...] Le patient dit ne pas pouvoir travailler en raison d'une mobilité et d'une force réduite, atteste avoir fait les exercices de manière scrupuleuse aussi bien à la physiothérapie qu'à la maison. Il demande une résonance (sic) magnétique et une poursuite de son arrêt de travail pour atteindre le total de 12 mois. Il lui a été expliqué que la résonance (sic) n'apportera rien ni dans le diagnostic (sic) ni dans le traitement. En outre, j'apprends qu'une demande AI est en cours et que cette dernière ne sera considéré (sic), selon les dires du patient, qu'à compter d'un an d'incapacité de travail. Je refuse de rentrer en matière concernant l'incapacité de travail car, au vu du fonctionnement de sa main, ceci me semble injustifié et le (sic) reprise du travail me semble possible, du moins au moins une tentative serait possible ce contre quoi le patient est absolument opposé. De plus, au vu de son implication dans sa thérapie, et après consultation avec les différents intervenants tels que ergothérapeute et physiothérapeute, qui eux ne peuvent plus rien obtenir de ce patient qui montre soit une compliance très pauvre soit manque ses rendez-vous, je mets fin au traitement ce jour. »

En date du 11 septembre 2017, le Dr H. \_\_\_\_\_ a établi un rapport d'examen final dont on extrait ce qui suit :

« **Constatations :**

[...]

**Main droite :**

Le patient se sert tout à fait normalement de sa main D.

La main D ne présente aucun signe réactif ou dystrophique manifeste et elle a conservé de bonnes marques d'utilisation.

Le pouce est normo-fonctionnel.

On retrouve un défaut d'enroulement modéré des doigts longs, notamment des 3 doigts médians, avec une raideur des MCP et surtout des IP [interphalangiennes].

On note également un flessum de 10 à 20° des IPP des 2 derniers doigts.

[...]

La force de serrage est réduite compte tenu qu'il s'agit de la main dominante chez un patient tremblant et qui ne semble plus avoir

beaucoup de force (Jamar 13 par rapport à 26 à G, Key-pinch 3 par rapport à 7 à G).

### **Appréciation**

[...]

Actuellement, le patient, qui s'exprime en italien, dit qu'il n'y a pas de changement. Il a des douleurs diffuses du dos de la main D lorsqu'il mobilise ses doigts. La mobilité reste limitée et la force n'est pas revenue.

A l'examen clinique, le patient se sert tout à fait normalement de sa main D.

Objectivement, la main D ne présente aucun signe réactif ou dystrophique manifeste et elle a conservé de bonnes marques d'utilisation. Le pouce est normo-fonctionnel. On retrouve un défaut d'enroulement modéré des doigts longs, notamment des 3 doigts médians, avec une raideur des MCP et surtout des IP. On note également un flessum de 10 à 20° des IPP des 3 derniers doigts. La force de serrage est réduite compte tenu qu'il s'agit de la main dominante chez un patient tremblant et qui ne semble plus avoir beaucoup de force que ce soit à G ou à D.

Du point de vue diagnostique et thérapeutique, mes réflexions du 12.04.2017 restent d'actualité.

Elles sont corroborées par les observations faites par les différents intervenants thérapeutiques.

A noter que le patient semble avoir été équipé d'une assistance ventriculaire dans l'attente d'une hypothétique greffe cardiaque. Pour les seules suites de l'accident, la reprise de l'activité habituelle est probablement difficilement envisageable, en tout cas en plein, mais il est clair que M. P. \_\_\_\_\_ peut travailler à 100% dans une activité légère, privilégiant le contrôle et la surveillance au travail purement manuel et ne nécessitant pas de dextérité particulière.

Au vu des comorbidités présentées, on peut également se demander, s'agissant de l'incapacité de travail, si on n'est pas dans un cas de causalité dépassée ou dépassante.

Si on se réfère à la table 3 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/3.f-2000, un taux de 10% peut être retenu en présence d'une perte fonctionnelle de 25% de la main D (25% de 40% = 10%). »

Par courrier du 19 septembre 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 septembre 2017, dans la mesure où il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de son accident du 12 août 2016. Elle a

encore précisé qu'elle examinerait son éventuel droit à d'autres prestations d'assurance.

Par décision du 11 octobre 2017, la CNA a refusé d'octroyer à l'assuré une rente d'invalidité, au motif qu'il n'y avait pas de diminution notable de la capacité de gain due à l'accident, dans la mesure où il était à même d'exercer, à plein temps, une activité légère dans différents secteurs de l'industrie et à la condition de ne pas trop mettre à contribution sa main droite. Sur cent trente-huit descriptions de postes dans des entreprises vaudoises listées, tirées de sa base de données relative à des descriptions de postes de travail auprès de différentes entreprises suisses (DPT), la CNA en a retenu en particulier cinq, soit employé de garage (DPT n° 1551), collaborateur de production en tant que conducteur de palan (DPT n° 5825) ou dans une fonction de contrôle (DPT n° 595767), ouvrier de scierie en tant qu'empileur (DPT n° 593892) ou en tant que trieur (DPT n° 834346). Ces activités lui permettaient de réaliser un revenu résiduel moyen d'environ 59'691 francs. Comparé au gain de 65'000 fr. réalisable sans l'accident, il en résultait une perte de 8.16% n'ouvrant pas de droit à une rente d'invalidité. La CNA a en revanche octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 14'820 fr. (calculée sur un gain annuel de 148'200 fr.), compte tenu d'une atteinte à l'intégrité de 10%.

Par courrier du 13 novembre 2017, l'assuré a fait opposition à la décision précitée, en invoquant en particulier le rapport du 28 mars 2017 de la Dresse W.\_\_\_\_\_, dans lequel celle-ci avait retenu comme atteinte une algoneurodystrophie avancée de la main droite dominante. L'assuré a mentionné à ce propos que ce type d'atteinte se soignait très lentement et que les douleurs dont il souffrait n'étaient pas contestées. Il a relevé que le Dr H.\_\_\_\_\_ avait procédé à une appréciation personnelle non étayée médicalement lorsqu'il indiquait, dans son rapport du 11 septembre 2017, qu'il n'était pas sûr que le patient ait réellement fait une algodystrophie. L'assuré a énuméré les travaux proposés avec sa main droite et a précisé à cet égard qu'il n'avait plus aucune dextérité avec cette main et que les mouvements de certains doigts provoquaient des

douleurs irradiant jusqu'à la nuque. Les postes proposés étaient donc, de son avis, irréalistes dès lors qu'il n'était en mesure ni de suivre le rythme, ni de manipuler les pièces en question. Il a par conséquent sollicité la reprise du paiement des indemnités journalières depuis leur interruption ainsi que l'octroi d'une rente d'invalidité.

Par décision sur opposition du 17 janvier 2018, la CNA a maintenu sa position. Elle a en effet considéré qu'elle avait tenu compte des limitations fonctionnelles mentionnées dans le rapport médical du 11 septembre 2017 du Dr H.\_\_\_\_\_, en retenant des emplois adaptés à l'atteinte du recourant, lesquels permettaient de réaliser un gain annuel moyen de 59'691 fr., part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise. La comparaison entre le salaire annuel exigible (59'691 fr.) et un gain présumable perdu de 65'000 fr. aboutissait à une perte économique de 8.16%, raison pour laquelle la CNA avait nié le droit à une rente d'invalidité. La CNA a encore rappelé qu'elle n'avait pas à répondre de troubles de la santé d'origine non accidentelle, tels que les sévères problèmes cardiaques du recourant, de sorte que ceux n'avaient pas été pris en compte dans l'évaluation de l'invalidité. Sur le plan médical, la CNA a précisé que le diagnostic d'algoneurodystrophie retenu par la Dresse W.\_\_\_\_\_ en mars 2017 avait été remis en cause par le Dr H.\_\_\_\_\_ dans ses appréciations médicales d'avril et de septembre 2017, lequel avait en substance retenu que le recourant se servait tout à fait normalement de sa main droite avec toutefois un manque général de force accentué à cette main. L'intimée a, en dernier lieu, constaté que les postes de travail sélectionnés pour évaluer le gain d'invalidité ne requéraient pas de dextérité particulière et a mentionné que les documents joints début décembre 2017 à l'opposition n'apportaient pas d'éléments nouveaux aptes à remettre en cause l'appréciation du médecin d'arrondissement.

**B.** Par acte du 19 février 2018, l'assuré a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée, en concluant à l'annulation de cette décision, à l'octroi des indemnités journalières accident depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2017 ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité. Il fait valoir en substance que la

CNA sous-estime ses problèmes, étant toujours en incapacité totale de travail « surtout en raison de [ses] problèmes avec la main » et indique qu'un rapport médical complémentaire sera produit. Il relève par ailleurs, concernant ses indemnités journalières, que le courrier du 19 septembre 2017 par lequel l'intimée a indiqué cesser le versement de ces indemnités ne contenait pas de voies de droit, précisant ne pas avoir compris qu'il devait recourir contre cette décision et relevant qu'il s'était opposé à la première décision de la CNA concernant le refus de rente d'invalidité tout en requérant la poursuite du paiement des indemnités journalières. Le recourant mentionne encore que la CNA lui a reconnu un taux d'invalidité de 25% en raison de l'atteinte à sa main et qu'il ne comprend dès lors pas pour quelle raison il n'a pas droit à une rente.

En date du 4 mai 2018, le recourant a produit deux pièces, soit un certificat du 28 février 2018 du Dr N.\_\_\_\_\_, chef de clinique du Service de cardiologie du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, attestant de l'implantation d'une assistance ventriculaire dans l'attente d'une greffe cardiaque, ainsi qu'un courrier du 3 mai 2018 du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, par lequel celui-ci adresse son patient au Centre L.\_\_\_\_\_, sollicitant de ce service qu'il se prononce sur les capacités de travail du recourant et précisant que ce dernier est porteur d'une pompe cardiaque et d'un défibrillateur.

Par réponse du 14 mai 2018, l'intimée relève que, du point de vue médical, la situation devait être considérée comme stable, dans la mesure où il n'était pas possible de s'attendre à une amélioration notable des suites de l'accident par la poursuite du traitement médical. Elle était donc justifiée à mettre fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 septembre 2017. L'intimée précise à cet égard que le courrier y relatif, dépourvu de voies de droit, ne faisait qu'anticiper le contenu de la décision formelle rendue le 11 octobre 2017, laquelle pouvait être contestée par le recourant par voie d'opposition, ce qui a d'ailleurs été le cas. Enfin, l'intimée relève que le recourant se trompe lorsqu'il mentionne que celle-ci a reconnu un taux d'invalidité de 25% puisqu'il figure dans la décision du 11 octobre 2017 un taux relatif à

la perte de gain subie de 8.16%, n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité.

Le recourant a déposé quatre pièces le 6 juin 2018, soit une attestation d'une convocation du recourant au Centre L.\_\_\_\_\_ pour le 31 mai 2018, un certificat médical attestant d'une incapacité de travail du 9 au 31 mai 2018 établi par le Dr D.\_\_\_\_\_, un document du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, daté du 23 mai 2018, relatif au contrôle du défibrillateur, un rapport médical du 31 mai 2018 du Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main, précisant qu'il n'y avait pas d'autre traitement possible à part de l'ergothérapie, le port d'une attelle d'enroulement ayant été stoppé. Il est également mentionné que le tremor des membres supérieurs constaté devait être investigué par le Prof. T.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Le recourant a encore produit une ordonnance du 31 mai 2018 pour des séances d'ergothérapie.

Par déterminations du 15 juin 2018, l'intimée a en substance mentionné que les pièces produites par le recourant n'étaient pas de nature à modifier l'appréciation de la situation sur le plan médical mais qu'elles attestaient au contraire une stabilisation du cas.

### **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) devant le 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)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, composée de trois magistrats (art. 94 al. 4 LPA-VD), est compétente pour en connaître (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, le recours a été formé en temps utile devant l'autorité compétente et satisfait aux autres conditions de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il 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 (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1) ; 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 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a). On précisera que les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurances allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit.

**b)** En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations en espèce (indemnités journalières ou rente) de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 30 septembre 2017.

On relèvera d'emblée que le recourant ne remet pas en cause le taux de 10% retenu par l'intimée comme diminution de l'intégrité. Il n'y

a donc pas lieu de revenir plus avant sur le calcul de l'IPAI effectué par la CNA.

**3. a)** En vertu de l'art. 4 LPGA, 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. 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/aa)** Le droit aux prestations suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1 et réf. cit.). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C\_511/2010 du 22 mars 2011 consid. 2 et réf. cit.).

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 (non-application du

raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2).

**bb)** En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et réf. cit. ; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.2).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle et qu'il n'y a pas lieu d'examiner séparément ces deux liens de causalité (ATF 138 V 248 consid. 4 ; 127 V 102 consid. 5b/bb ; 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C\_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3 ; 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

**c/aa)** L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

**bb)** Si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 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 d'invalidité 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 - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C\_735/2010 du 10 août 2011 consid. 2.2) - 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.

**cc)** L'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 24 al. 2 LAA).

**4.** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 4.1)

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit. ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2).

**5.** Il convient en premier lieu d'analyser la question de savoir si l'intimée était fondée à cesser le versement des indemnités journalières, singulièrement si la situation était stabilisée au 1<sup>er</sup> octobre 2017. On précisera que la lettre du 19 septembre 2017 de la CNA ne constitue pas une décision formelle, mais une communication à l'intéressé précédant une telle décision, raison pour laquelle le courrier en question ne contenait pas de voies de droit.

Sur la base des rapports établis les 12 avril et 11 septembre 2017 par le Dr H.\_\_\_\_\_, l'intimée a retenu que l'état de santé du recourant pouvait être considéré comme stabilisé, dans la mesure où il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de son accident du 12 août 2016. Le Dr B.\_\_\_\_\_ avait d'ailleurs mis un terme au traitement le 4 juillet 2017 vu le manque d'implication de l'intéressé lequel ne faisait aucun effort pour effectuer les exercices recommandés en physiothérapie et ergothérapie (rapport de prise en charge du 4 juillet 2017). Le 11 septembre 2017, le Dr H.\_\_\_\_\_ relevait que l'assuré devait encore faire une séance de physiothérapie et quatre d'ergothérapie et qu'il n'avait plus de rendez-vous au Centre L.\_\_\_\_\_, précisant que d'un point de vue thérapeutique,

ses réflexions du 12 avril 2017 restaient d'actualité. Enfin, la prescription d'autres séances d'ergothérapie par le Dr X. \_\_\_\_\_ ne remet pas en cause la stabilisation du cas, ce praticien précisant qu'il n'y avait pas d'autre traitement possible sans toutefois conclure à une amélioration possible.

Au vu des avis médicaux versés au dossier, il sied de retenir que l'on ne pouvait encore attendre d'un traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé du recourant au-delà du 30 septembre 2017, compte tenu de l'absence prolongée d'une telle amélioration sur le plan des douleurs, de la mobilité et de la force. Partant, il convient d'admettre que l'état de santé du recourant était stabilisé au 30 septembre 2017.

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

**a)** En l'occurrence, il n'est pas contesté que le recourant présente des atteintes à sa main droite d'origine accidentelle, lesquelles ont été prises en charge par l'intimée.

L'intéressé ne revient par ailleurs pas, dans son recours, sur ses graves problèmes cardiaques qui n'ont, à juste titre, pas été pris en compte par la CNA dans l'évaluation de l'invalidité, dès lors que, comme celle-ci l'a rappelé, elle n'a pas à répondre de troubles de la santé d'origine non accidentelle.

**b)** Le recourant considère en revanche, contrairement à l'intimée, que sa capacité de travail est nulle dans toute activité. Il se réfère à cet égard au rapport médical du 28 mars 2017 de la Dresse W. \_\_\_\_\_, dans lequel cette spécialiste retient une algoneurodystrophie avancée de sa main droite dominante.

Dans ses rapports rédigés les 12 avril et 11 septembre 2017, le Dr H. \_\_\_\_\_ n'indique aucune réduction de la capacité de travail dans

une activité adaptée, soit une activité légère, privilégiant le contrôle et la surveillance au travail purement manuel et ne nécessitant pas de dextérité particulière. Il n'est donc nullement contesté que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de peintre-carreleur. Les rapports précités, postérieurs à celui de la Dresse W.\_\_\_\_\_, remettent en cause le diagnostic posé par ce médecin, dans la mesure où ils ne retiennent aucune algoneurodystrophie mais au contraire font état du fait que l'assuré se servait tout à fait normalement de sa main droite qui ne présentait aucun signe réactif ou dystrophique et avait conservé de bonnes marques d'utilisation avec un pouce normo-fonctionnel, tout en constatant un manque général de force, accentué à la main droite. En l'occurrence, le rapport d'examen final du 11 septembre 2017 du Dr H.\_\_\_\_\_, intervenu six mois après celui de la Dresse W.\_\_\_\_\_, contient une appréciation détaillée de la situation, fait état des plaintes de l'assuré ainsi que d'un examen clinique complet de sa main droite et contient des conclusions claires et motivées. Ce rapport, auquel il convient d'accorder une pleine valeur probante, rejoint également l'appréciation du Dr B.\_\_\_\_\_ du 4 juillet 2017, concluant qu'une reprise du travail était possible. Le rapport H.\_\_\_\_\_ n'est au demeurant nullement remis en cause par des avis médicaux postérieurs. En particulier, les pièces produites par le recourant dans le cadre de la procédure de recours n'amènent aucun élément nouveau sur le plan médical en rapport avec les suites de l'accident. Au contraire, le Dr X.\_\_\_\_\_ mentionne, dans son rapport du 31 mai 2018, qu'il n'y a pas d'autre traitement possible hormis de séances d'ergothérapie, ce qui penche également en faveur d'une stabilisation du cas. Par ailleurs, le trémor des deux membres supérieurs constaté par ce même médecin, qui nécessite selon lui une investigation plus approfondie par un spécialiste, ne saurait avoir de lien de causalité avec l'accident du 12 août 2016. Quant à la perte de force, déjà constatée par le Dr H.\_\_\_\_\_, elle a été prise en compte dans le cadre de l'évaluation de la capacité de travail, en ce sens que l'activité habituelle n'est plus exigible de la part du recourant.

**c)** Par conséquent, d'un point de vue strictement médical, en l'absence d'autres limitations fonctionnelles que celles liées à la main

droite, il convient de retenir que c'est à bon droit que l'intimée a considéré que le recourant disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

**7.** Il y a encore 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)** Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; TF 8C\_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus, avec et sans invalidité, et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1).

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité assurée ou alors aucune activité normalement exigible - le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 8C\_761/2012 du 29 juillet 2013 consid. 3.3).

Selon la jurisprudence, la détermination du revenu d'invalide sur la base des données salariales résultant des DPT suppose, en sus de la

production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2). Un abattement en pour-cent du salaire d'invalidité déterminant n'est pas admissible dans le système des DPT (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; TF 8C\_88/2014 du 10 septembre 2014 consid. 3.3 ; 8C\_715/2008 du 16 mars 2009 consid. 4.3).

**b)** En l'espèce, le Dr H. \_\_\_\_\_ a retenu comme limitations fonctionnelles une diminution de la force de la main droite du recourant impliquant pour celui-ci de ne plus pouvoir travailler dans son activité habituelle de peintre-carreleur mais conservant une capacité de travail entière dans une activité légère, privilégiant le contrôle et la surveillance au travail purement manuel et ne nécessitant pas de dextérité particulière.

La CNA a ainsi retenu cinq postes, soit employé de garage, collaborateur de production en tant que conducteur de palan ou ayant une fonction de contrôle, ouvrier de scierie comme empileur ou trieur, qu'elle a jugés pouvoir être occupés par le recourant. A cet égard, l'intimée a relevé, dans sa décision sur opposition du 17 janvier 2018, que ces postes ne requéraient pas de dextérité particulière et que l'activité (DPT n° 595767) au sein de l'entreprise [...], dont le recourant conteste le caractère adapté, consistait en un poste de contrôle exclusivement sans exigence de manipulations d'une grande délicatesse. A lire le descriptif des cinq activités proposées, force est de constater que ces postes sont pleinement compatibles avec les limitations fonctionnelles retenues par le Dr H. \_\_\_\_\_ dans son rapport d'examen final du 11 septembre 2017. Le choix des DPT opéré par la CNA n'apparaît ainsi pas critiquable.

S'agissant en particulier du calcul du taux d'invalidité, la CNA a retenu un revenu mensuel moyen de 59'691 fr. déterminé sur la base des DPT. Comparé au gain de 65'000 fr. réalisable sans l'accident, il en résultait une perte de gain de 8.16%. Le recourant ne remet pas ce taux en cause mais prétend, dans son recours, que la CNA lui aurait reconnu un

taux d'invalidité de 25%, lui ouvrant le droit à une rente. Ce n'est toutefois pas ce qui ressort de la décision du 11 octobre 2017, comme l'a relevé l'intimée dans sa réponse du 14 mai 2018. Cette décision retient précisément un taux de 8.16%, n'ouvrant pas de droit à une rente. Le recourant doit très certainement confondre la notion de perte fonctionnelle de 25% mentionnée par le Dr H. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 11 septembre 2017, permettant de calculer le pourcentage de diminution de l'intégrité en lien avec l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, et celle de perte de gain de 8.16% retenue par la CNA.

**c)** En définitive, la comparaison des revenus opérée par l'intimée, aboutissant à une perte de gain de 8.16%, ne prête pas le flanc à la critique, de sorte que la décision litigieuse, refusant au recourant tout droit à une rente d'invalidité, peut être confirmée au stade du recours.

**8. a)** Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 17 janvier 2018 confirmée.

**b)** La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires. Par ailleurs, le recourant – qui au demeurant n'est pas assisté d'un mandataire professionnel – n'obtenant pas gain de cause, il n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 17 janvier 2018 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.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- P. \_\_\_\_\_,
- 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 :