

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 mai 2020

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
M. Métral, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, avocat à Monthey.

Art. 6, 18 et 24 LAA

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé pour C._____ dès le 1^{er} juillet 2011 comme ouvrier en [...]. A ce titre, il s'est trouvé assuré contre le risque d'accident et de maladie professionnelle auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la SUVA, la Caisse, ou l'intimée).

Dans la nuit du 4 au 5 novembre 2011 (à 2h30 selon la lettre du 10 novembre 2011), l'assuré a chuté dans des escaliers à la gare de [...] en tenant une bouteille en verre qui s'est brisée dans sa main. Il s'est rendu à l'Hôpital B._____, où il a reçu les premiers soins à 2h45. Cet hôpital a ensuite adressé le patient à la Clinique D._____.

Le 5 novembre 2011, l'assuré a été opéré à la Clinique D._____ par le Dr T._____, chef de clinique et spécialiste en chirurgie de la main, pour une section des tendons fléchisseurs profonds et superficiels avec suture des lombricaux des doigts D2 et D3 et de la bandelette neuro-vasculaire commissurale 2 dans la paume de la main droite.

En date du 17 novembre 2011, l'employeur a adressé à la CNA une déclaration de sinistre dont il résultait que le travail avait été interrompu dès le 7 novembre 2011 en raison de l'accident précité. Il était encore précisé que l'horaire de travail dans l'entreprise était de 42,15 h par semaine, ce qui correspondait à l'horaire de travail de l'assuré. Celui-ci percevait un salaire de 5'000 fr. brut, versé treize fois l'an.

A la suite de cette annonce, la Caisse a pris en charge le cas (indemnités journalières et traitements médicaux).

La CNA a diligenté une brève enquête sur les circonstances de l'accident (cf. compte-rendu d'enquête des 26 avril, 30 mai et 28 juin 2012).

Par courrier du 27 février 2012, C. _____ a résilié les rapports de travail pour le 30 mars 2012.

Dans un premier temps et selon les chirurgiens de la Clinique D. _____, l'état de santé de l'assuré a évolué favorablement avec reprise d'un emploi dans l'activité habituelle dès le 1^{er} septembre 2012 (cf. rapports du Dr T. _____ du 11 avril 2012 et du Dr E. _____, spécialiste en chirurgie et chef de clinique, du 2 mai et 2 août 2012). Par rapport du 4 octobre 2012, ce second a adressé une demande d'évaluation à la CNA, constatant que l'assuré présentait une régression de la force, attribuée à un absentéisme aux séances d'ergothérapie, indiquant qu'il s'était retrouvé sans emploi, ce chirurgien ayant de la peine à imaginer les difficultés réelles de l'intéressé à exercer son activité professionnelle. Ce dernier a été examiné le 6 novembre 2012 par le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA. On extrait ce qui suit de son rapport du même jour :

« 5. Appréciation

[...]

Actuellement, le patient dit qu'il a encore passablement de douleurs, notamment au froid. Il a de la peine à récupérer la mobilité de ses doigts et il n'a pas de force. Il a aussi tendance à lâcher ce qu'il tient. Lorsqu'il fait quelque chose avec la main droite, il se sert surtout de son pouce et de son auriculaire.

Objectivement, la main droite, qui est amincie et dépourvue de marques d'utilisation, est laissée de côté. Elle a quand même une bonne trophicité et les doigts sont souples. La mobilité digitale est globalement récupérée et les fléchisseurs paraissent tous fonctionnels mais le patient a tendance à systématiquement fléchir le poignet lorsqu'il fléchit les doigts sans qu'il y ait de status adhérentiel évident. La force de serrage de la main droite est nettement réduite. Le patient décrit une anesthésie bien systématisée à la 2^{ème} commissure et il y a un signe de Tinel au milieu de la paume.

Si on comprend bien que ce patient n'est pas guéri sans séquelles, une certaine surcharge ne fait guère de doute.

On propose au patient une évaluation stationnaire et multidisciplinaire à la Clinique U. _____ [...]. »

Suite au séjour de l'assuré à la Clinique U._____ (ci-après : la Clinique U._____) de [...] du 28 novembre 2012 au 8 janvier 2013, le Dr H._____, spécialiste en rhumatologie, et le Dr V._____, médecin-assistant, ont exposé les éléments suivants dans leur rapport du 29 janvier 2013 :

« DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- ***Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitation fonctionnelle au niveau de la main droite***

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- ***05.11.2011 : chute dans les escaliers (avec une bouteille en verre dans la main droite qui s'est cassée) avec section des fléchisseurs profonds et superficiels D2 et D3, des lombricaux D2 et D3 et de la bandelette neuro-vasculaire commissurale 2 dans la paume de la main droite***
- ***5 11 2011 : suture tendons fléchisseurs D2 et D3, des lombricaux D2 et D3 et de la bandelette neuro vasculaire. Trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive en voie de rémission.***
- ***Tabagisme actif***
- ***Antécédent d'ulcère de l'estomac opéré en 2008***

[...]

APPRECIATION ET DISCUSSION

1. **A l'admission**, M. A._____ est principalement gêné par une douleur dans la paume de la main droite, continue, évaluée à 5/10 au repos et qui peut atteindre jusqu'à 7/10 à la mobilisation. Les douleurs sont décrites comme "un coup de couteau" et irradient également distalement aux 2^e, 3^e et 4^e doigts de la main. Le patient signale qu'occasionnellement les douleurs sont encore plus importantes pendant la nuit. Il décrit une limitation de la force et une perte de la sensibilité qui, dans la région palmaire à partir de la moitié radiale du 4^e doigt jusqu'à la partie radiale du 2^e doigt, est complète. Dans la partie dorsale de la région supra-mentionnée, la perte de sensibilité est partielle. Il signale également des hypoesthésies versus dysesthésies en région de la cicatrice palmaire. En association au cadre clinique supra-décrit, il y a des épisodes occasionnels de gonflement, de changement de couleur, d'augmentation de la transpiration de la main droite.

A l'examen clinique, la fermeture des doigts est incomplète à la main droite avec réduction de cette limitation avec le poignet en flexion palmaire. En passif, on arrive à fermer complètement les doigts de la main. Présence également d'une limitation de la mobilisation en actif de la MP et de l'IP du pouce droit, réductible en passif. La force est globalement réduite à la main droite. Présence également d'une anesthésie palmaire à partir de la partie radiale du 4ème doigt jusqu'à la partie radiale du 2ème doigt, en région dorsale de ce doigt présence d'une hyposensibilité. Mise en évidence d'un signe de Tinel à la cicatrice palmaire. Pas de signes évidents d'algodystrophie.

La radiographie des 2 mains de face du 30 11 2012 est normale en particulier pas de déminéralisation.

Selon le chirurgien de la main, à une année de l'accident, la zone d'hyposensibilité dépasse le territoire des nerfs incriminés et il n'y a pas d'obstacle mécanique à la mobilité des tendons. Il est conseillé de faire un ENMG et de poursuivre la rééducation active, avec révision de l'attelle nocturne d'extension.

L'ENMG du 19 12 2012 montre pour les neurographies sensitivomotrices des valeurs normales en ce qui concerne les neurographies sensitives vers les 2^e, 3^e et 4^e doigts, à droite. A noter que l'examen sélectif des nerfs collatéraux n'est techniquement pas possible. On retrouve cependant une diminution de l'amplitude de la réponse motrice du nerf médian vers le 2^e lombrical à droite qu'on ne retrouve pas, lors de la stimulation du nerf ulnaire, ce signe oriente soit vers une atteinte axonale légère motrice de cette branche du nerf médian, soit vers une diminution sur hypoamyotrophie. Cependant, les limitations de la mobilité active de la main droite dépassent largement cette atteinte.

Du point de vue psychiatrique, ce patient présente un certain nombre de traits de personnalité de type anxieux et obsessionnels (sans pour autant atteindre un seuil pathologique de type trouble de la personnalité), il a présenté suite à son licenciement une décompensation de type anxio-dépressive, actuellement en cours de rémission. Un traitement par remeron a été débuté pendant le séjour en raison de troubles du sommeil, avec une bonne efficacité.

[...]

Au total : le diagnostic d'algodystrophie n'est pas retenu en l'absence des critères requis. Il s'agit de séquelles douloureuses d'une atteinte tendineuse et neurologique à la paume de la main. Il faut noter une épargne importante de la main avec une peur de la douleur et du mouvement (questionnaire kinésiophobie à 50 %) et une auto évaluation élevée du handicap (DASH à 56/100, questionnaire poignet à 114/150, questionnaire PACT à 9) qui nous font dire que l'évolution et la reprise d'une activité professionnelle vont

être difficiles. Il n'y a pas à notre avis d'indication chirurgicale complémentaire. La situation sera bientôt stabilisée d'ici 4 mois maximum. Un changement d'activité est plus que probable et devra tenir compte des limitations fonctionnelles suivantes: exposition au froid, activités répétitives en force avec la main droite, port de charges lourdes. La CT est entière dans une activité adaptée. »

Le Dr F. _____ a réexaminé l'assuré le 17 juin 2013. Le médecin d'arrondissement a qualifié la situation de « catastrophique », émettant l'hypothèse d'un trouble fonctionnel et réadressant l'intéressé au Dr H. _____ à la Clinique U. _____. Ce dernier a confirmé le trouble fonctionnel lors d'un consilium de l'appareil locomoteur en date du 17 septembre 2013, constatant que l'intéressé présentait toujours une exclusion partielle voire presque totale de la main droite et des troubles trophiques (œdème, main un peu violacée) plutôt en rapport avec l'exclusion fonctionnelle de cette main. Ce spécialiste avait du mal à comprendre la cause de cette exclusion, reprenant les explications post-opératoires. Il a préconisé la reprise d'un suivi psychologique et une consultation auprès du Dr. I. _____, spécialiste en chirurgie de la main et en chirurgie plastique et reconstructive à la Clinique D. _____, cette deuxième proposition répondant à une demande de l'assuré.

La CNA a conséquemment adressé l'assuré au Dr I. _____. Par rapport du 27 mars 2014, ce dernier a notamment exposé ce qui suit :

« Impression générale de l'examineur face au patient :

J'ai eu l'impression d'avoir affaire à un patient dont les capacités intellectuelles et cognitives semblent tout à fait normales. [...]. On relève que le consilium psychiatrique n'a mis en évidence aucun trouble ayant valeur de maladie, mais a mis en évidence certains traits de personnalité propre au patient. Globalement, on n'a pas l'impression d'avoir affaire à un patient de mauvaise volonté, ni à un simulateur, mais à un patient dont la volonté et la capacité de révolte sont peut-être limitées face à l'adversité. Il n'y a aucune revendication, même discrète, dans le discours du patient, que ce soit à l'égard des thérapeutes qui l'ont pris en charge ou des assureurs.

[...]

- S'il n'y a pas de problème somatique, alors pourquoi la main du patient est-elle dans cet état ?

Je rejoins les appréciations portées jusqu'ici, à savoir que l'on a affaire à un « trouble fonctionnel ». Bien entendu, cela ne signifie pas pour autant qu'il ne s'agisse pas d'un trouble réel. Quant à l'état manifestement pathologique de cette main et de sa fonction, elle découle à mon sens directement du non usage, de l'exclusion subtotale, de l'incapacité apparente à commander les muscles en cause. Cela explique autant la limitation de la mobilité active, l'absence de force, les troubles trophiques modérés mentionnés. L'intolérance au froid peut-elle découler, comme cela est presque toujours le cas, de l'atteinte du nerf suturé, qui évidemment ne fonctionne pas comme un nerf intact. Cela n'explique pour autant qu'une petite partie de cette intolérance au froid.

- Pronostic ?

Extrêmement réservé. La seule piste thérapeutique éventuellement digne d'intérêt (cf. supra) ou du moins la seule dans laquelle je mettrais quelque espoir, serait peut-être un traitement d'hypnothérapie, mais avec toutes les réserves que justifient mes incompétences dans ce domaine. Au-delà, ou à défaut de cela, le problème se limite au volet socioprofessionnel de la situation, ce qui est fort loin d'être gagnée d'avance. »

Dès l'été 2014, l'assuré a été pris en charge par le Dr K._____, spécialiste en psychothérapie et en psychiatrie. Il ressort d'un courrier adressé par le Dr F._____ au psychiatre précité le 20 avril 2015, alors que le premier envisageait de clore le cas, que l'intéressé déclarait ne pas s'être remis psychologiquement d'une collision intervenue sur l'autoroute en 2008 et qu'il convenait d'éclaircir les suites psychiques des deux accidents. Afin d'explorer cette hypothèse, l'assuré a été examiné le 9 juillet 2015 par le Dr M._____, spécialiste en psychothérapie et en psychiatrie et médecin conseil de la CNA, qui a exposé ce qui suit dans son rapport du 30 juillet 2015 :

« Résumé des antécédents sur la base des pièces communiquées

09.04.2008 L'assuré est victime d'un AVP à environ 110km/h avec brève perte de connaissance, sans amnésie [...]. Douleurs au niveau du talon D, de la colonne lombaire basse et de la colonne cervicale. Les diagnostics suivants ont été retenus : traumatisme cranio-cérébral simple, contusion du 3^{ème} métacarpien à D, contusion de la colonne lombaire basse, fracture non déplacée du

calcanéum D. Traitement : antalgie, AINS per os, botte de décharge au niveau du pied D.

[...]

Diagnostic

Trouble dépressif moyen F32.0

Trouble anxieux phobique F40.9

Trouble dissociatif mixte F44.7

Appréciation

La première question qui se pose ici est celle des traumatismes psychiques. En fait, on ne peut parler, chez cet assuré, d'état de stress post-traumatique car même l'accident de la route de 2008 n'atteint pas la catégorie d'événement catastrophique requis pour en faire le diagnostic. A la suite de l'accident de la route de 2008, il n'y a pas eu de trouble psychiatrique important. L'assuré a su dépasser une tendance à la peur et aux angoisses et a repris rapidement une activité professionnelle malgré le fait d'avoir perdu sa place d'apprentissage. Il a donc fait preuve de résilience à la suite du premier accident. L'assuré fait actuellement état de reviviscence de scènes d'accident et d'hôpital, mais ces énoncés sont très vagues et d'intensité relativement diminuée.

Le trouble dépressif moyen actuellement présent se justifie par la diminution de l'estime de soi, les idées de dévalorisation, la perte de plaisir, d'entrain et d'initiative, une humeur basse fréquente, de vagues idées suicidaires de temps en temps. Ce trouble apparaît comme ayant été déclenché par le dernier accident de 2011 dans une dynamique renforcée par la perte de la capacité de travail et de son emploi. Le trouble anxieux phobique se réfère à ses craintes voire à l'impossibilité de sortir seul de la maison ainsi qu'à ses craintes nocturnes que quelque chose de grave arrive à ses proches.

Le trouble dissociatif mixte regroupe en premier lieu l'exclusion fonctionnelle du bras D au niveau du schéma corporel qui semble considérer ce bras presque comme un corps étranger. L'exclusion motrice fait penser à une paralysie de type trouble de conversion. Le vécu visuel d'une vision périphérique avec la sensation de brouillard sombre, voire de noir, hautement chargé symboliquement, entre aussi dans ce registre dissociatif. On a l'impression d'une surcharge de significations personnelles de ces symptômes encore que partiellement conscientes pour l'assuré.

Les troubles décrits se sont développés à la suite et en lien direct avec le dernier accident de 2011. En s'imaginant que cet accident n'aurait pas eu lieu, il est difficile de penser que les mêmes troubles psychiques auraient pu apparaître. Il n'y a pas d'antécédent psychiatrique, ni dans la famille, ni chez l'assuré. Certains symptômes anxieux ou phobiques apparus après l'accident de 2008 n'ont pas atteint un seuil diagnostique et ont été surmontés par

l'assuré tout seul. Certains traits de caractère impulsifs ou explosifs étaient peut-être présents à la suite mais pas non plus avec une intensité telle que, rétrospectivement, un trouble de la personnalité avant le dernier accident serait envisageable.

Il s'agit en somme d'admettre la causalité naturelle entre les troubles psychiques décrits et l'accident du 04.11.2011. Cette causalité naturelle atteint un degré de probabilité entre probable et certain. Il s'agit d'une causalité partielle dans le sens que le vécu de l'accident de 2008 a certainement préparé un terrain de fragilité pour une évolution malheureuse après le dernier accident. D'autres facteurs ont contribué à ce terrain de fragilité : fracture du poignet D à 7 ans, invalidité du père à cause d'un accident de travail à l'avant-bras G. Malgré ces facteurs, la cause naturelle principale des troubles psychiques présents reste l'accident du 04.11.2011.

L'assuré nécessite un suivi psychiatrique vu ses troubles psychiques présents. Ceci est le cas depuis un peu plus d'une année auprès du Dr K. _____ qui réalise un traitement psychiatrique intégré avec soutien, traitement psychotrope et traitement psychothérapeutique. L'indication d'un traitement psychothérapeutique spécifique, par exemple un traitement par hypnose, reste du ressort et de la compétence du psychiatre-traitant. C'est à lui de décider quelle technique doit être appliquée et à quel moment. Le traitement psychiatrique est à la charge de la Suva avec des séances hebdomadaires de une à deux heures de durée ainsi qu'avec le traitement psychotrope inclus. Un nouveau rapport médical devra être demandé au Dr K. _____ d'ici une année.

Quant à la question d'une possible tendance à l'aggravation, la simulation ou la manipulation l'examineur n'a du point de vue clinique et à travers les renseignements disponibles pas l'impression d'une aggravation intentionnelle ou consciente.

Malgré cela, il est évident que l'assuré se trouve dans une dynamique de renforcement du rôle de passivité, de victime. Il apparaît que la situation actuelle constitue un dispositif qui renforce la passivité chez cet assuré. Il a trouvé quelque part déjà un modèle d'une situation semblable par son père dont la rente d'invalidité est vue par l'assuré comme un fait naturel évident et non questionnable. »

Parallèlement, la CNA a continué de suivre l'assuré sur le plan somatique. A l'initiative du Dr F. _____, l'intéressé a été réadressé au Dr H. _____ à la Clinique U. _____. Ce dernier a exposé ce qui suit dans son rapport du 2 décembre 2015 :

« APPRECIATION ET DISCUSSION

Ce jeune homme de 27 ans qui est maintenant père de famille, est donc à 4 ans d'une plaie de la paume de la main avec dans les suites une exclusion fonctionnelle que nous avons notée lors du 1er

séjour. Depuis, le patient dit avoir bénéficié d'une prise en charge psychothérapeutique avec un traitement anti-dépresseur et des séances d'hypnose. J'ai observé qu'il exclut beaucoup moins la main qu'avant et qu'elle bouge quand même beaucoup mieux qu'avant. Néanmoins, je n'ai pas l'impression qu'il soit capable de s'en servir sur des longues périodes.

Comme je lui ai dit, je suis prêt à envisager une évaluation des capacités fonctionnelles et une évaluation professionnelle avec une éventuelle phase ECP mais il faut qu'il soit motivé pour un tel séjour. Le 2ème pré-requis serait qu'il revoie le Dr I. _____ et qu'il y ait une clarification quant à une éventuelle intervention dont le patient me parle mais dont je n'ai pas vu de trace dans l'excellent rapport du Dr I. _____.

Je pense que si le Dr I. _____ ne retient aucune indication chirurgicale complémentaire et que le psychiatre-traitant du patient est d'accord, nous pourrions alors prendre ce patient avec un objectif précis d'évaluation des capacités fonctionnelles et évaluation professionnelle avec discussion d'une phase ECP. Nous verrons assez vite à ce moment-là quelle est sa motivation. »

L'assuré a bénéficié d'une intervention chirurgicale à la Clinique D. _____ le 15 février 2016, le Dr I. _____ procédant à une ténolyse des fléchisseurs de l'index et du majeur droits à la paume.

Dans un rapport adressé au Dr F. _____ le 25 avril 2016, le Dr I. _____ a décrit une évolution favorable sur les plans fonctionnel et psychologique, indiquant ne pas voir d'obstacle à la reprise de l'activité habituelle de traceur et monteur en ventilation. Il a en outre recommandé que l'assuré suive un séjour d'évaluation socio-professionnelle à la Clinique U. _____.

Courant 2016, le Dr N. _____, spécialiste en psychothérapie et en psychiatrie, a repris la psychothérapie entamée par le Dr K. _____.

Suite au séjour de l'assuré à la Clinique U. _____ du 14 septembre au 11 octobre 2016, le Dr X. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et la Dresse Y. _____, médecin-assistante, ont exposé les éléments suivants dans leur rapport du 4 novembre 2016 :

« DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitation fonctionnelle chroniques de la main droite

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- 04.11.2011: chute dans les escaliers (avec une bouteille en verre dans la main droite, qui s'est cassée) avec section des fléchisseurs profonds et superficiels d2 et d3, des lombricaux d2 et d3 et de la bandelette neuro-vasculaire commissurale 2 dans la paume de la main droite

[...]

APPRECIATION ET DISCUSSION

A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont : des douleurs de la paume de la main droite, d'intensité un peu diminuée, cotées jusqu'à 6/10 sur l'échelle EVA, décrites comme des coups de couteaux ou d'électricité allant de la cicatrice de la paume aux deuxième et troisième doigts. Le patient dit que les douleurs augmentent après les activités ou les mouvements effectués avec la main droite. Il remarque parfois un gonflement, un changement de couleur, une augmentation de la transpiration de la main droite et porte une attelle souple au poignet. Il se dit très content du résultat de la dernière intervention et décrit une amélioration de la mobilité de tous les doigts longs et principalement des index et majeur, une augmentation de la force, ce qui le rend plus à l'aise dans les gestes de la vie quotidienne.

En ce qui concerne le moral, il reste toujours très préoccupé par son avenir professionnel et maintient un suivi hebdomadaire auprès de son psychiatre traitant.

L'examen clinique est décrit ci-dessus.

Examens radiologiques :

[...]

Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour.

Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (Cf. liste diagnostics). Des facteurs contextuels (longueur de l'incapacité de travail, incertitudes vis-à-vis de son avenir professionnel) influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient qui sous-estime le niveau d'activité qu'il peut réaliser (score au PACT correspondant à l'appréciation par le patient de ne pouvoir réaliser que des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis).

[...]

Au terme du séjour, subjectivement le patient décrit un gain de mobilité et d'intégration des doigts de la main droite.

Objectivement, l'enroulement des doigts est en amélioration et il y a un léger gain de force (Cf. rapports et tests fonctionnels).

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

Hormis le fait que le patient sous-estime le niveau d'activité qu'il estime pouvoir réaliser (score au PACT correspondant à l'appréciation par le patient de ne pouvoir réaliser que des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis), aucune incohérence n'a été relevée.

Aux ateliers professionnels, M. A. _____ a été planifié par périodes allant jusqu'à quatre heures consécutives dans des activités très légères. Il est demandeur d'un soutien pour sa reconversion et souhaiterait pouvoir faire un apprentissage de projeteur en technique du bâtiment ventilation (CFC de 4 ans. [...]).

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues : ports répétés de charges supérieures à 5 kg, activités nécessitant des mouvements répétitifs avec la main droite ou des préhensions de force.

La situation est stabilisée du point de vue médical. Le patient a rendez-vous le 04.11.2016 à la consultation du Dr I. _____.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable, en lien avec les facteurs médicaux retenus après l'accident.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus reste limité par des facteurs contextuels, chez un patient dans l'attente d'une formation avec l'aide de l'AI. Comme dit plus haut, il doit reprendre contact avec l'AI pour préciser les mesures qui pourraient encore lui être accordées. »

L'assuré a été réexaminé par le Dr M. _____, qui a exposé ce qui suit dans son rapport du 24 janvier 2017 :

« Diagnostic

Trouble dépressif, épisode actuel léger F32.0

Trouble anxieux phobique, sans précision F 40.9

Appréciation

[...].

Evolution :

Après que son premier psychiatre, le Dr K. _____, a subi un problème de santé, l'assuré a repris avec le Dr N. _____ à raison d'une séance toutes les deux semaines. L'approche intégrée psychopharmacologique et psychothérapeutique englobe des séances d'hypnose et des exercices d'auto-hypnose entre les séances. On note une nette amélioration au niveau de l'utilisation de la main D

qui en juillet 2015, était complètement exclue du schéma corporel et quasiment sans utilisation aucune. Actuellement, cette main bouge spontanément et elle est utilisée dans les AVQ, traduisant des automatismes réacquis et comme qu'une reconnexion, réintégration au schéma corporel ; l'assuré exprime une volonté d'améliorer encore l'utilisation de cette main.

Diagnostics :

On ne retrouve plus le trouble dissociatif mixte retenu il y a une année et demie puisqu'il n'y a plus d'exclusion de la main et que les symptômes dissociatifs de perception ont diminué un peu d'intensité. D'un autre côté, le trouble dépressif a diminué d'intensité et on peut le caractériser actuellement de léger. C'est le trouble anxieux phobique qui est toujours aussi important qu'il y a une année et demi et c'est ce trouble avec les comportements d'évitement associés qui atteint principalement la vie de l'assuré et qui renforce l'impasse dans laquelle l'assuré se trouve actuellement.

Traitement :

L'assuré investit assidument son traitement psychiatrique et psychothérapeutique et en profite bien. On constate qu'il s'agit d'un travail de longue haleine avec des résultats encourageants encore que de progression lente. Actuellement le traitement se trouve dans une impasse pour dépasser le comportement phobique, car sans objectifs définis à l'extérieur avec des horaires à respecter dans le cadre d'une réinsertion professionnelle, il est difficile, voire impossible d'altérer le comportement phobique par la psychothérapie. D'autre part, avec un programme de formation établi, on peut tout-à-fait prévoir que l'assuré pourra arriver, avec l'aide du traitement psychiatrique et psychothérapeutique, à se déplacer seul et d'arriver à l'heure au lieu de formation.

Il est pourtant à noter qu'il existe toujours d'importants facteurs qui renforcent et qui maintiennent le comportement phobique. Il s'agit surtout de l'entourage familial qui, avec plusieurs membres éloignés de toute réalité professionnelle, sont à tout moment prêts à secourir l'assuré et à l'accompagner voire à le conduire pour ses sorties, le renforçant dans son rôle d'handicapé et de victime.

Capacité de travail et exigibilité :

L'exploration, directement avec l'assuré, des différentes facettes qui, ensemble, constituent la capacité de travail permet un regard bien plus différencié qu'une appréciation se basant uniquement sur la psychopathologie. Des 13 critères ou capacités regroupés dans l'échelle d'évaluation Mini-ICF-APP (traduction française non publiée), on retrouve que 9 critères sont affectés, la plupart par une limitation légère. L'atteinte principale est celle de la capacité de déplacement qui se trouve fortement limitée par les phobies ainsi que par le comportement déjà ritualisé d'évitement et de se faire toujours accompagner.

Il est important de réitérer que la situation psychiatrique n'est pas encore stabilisée et que des progrès sont encore possibles et même probables au niveau du traitement des phobies, surtout quand un programme de réinsertion professionnel sera mis en route.

Actuellement, l'assuré est incapable de travailler du point de vue psychiatrique, dû à la forte limitation de la capacité de déplacement par la pathologie phobique. Pourtant, en faisant abstraction de l'incapacité totale de se déplacer seul ou en supposant qu'elle soit suffisamment allégée par le traitement psychiatrique et psychothérapeutique, on peut s'imaginer que l'assuré soit capable de s'engager dans une activité professionnelle adaptée à son handicap de la main avec, du point de vue exclusivement psychiatrique, un taux d'occupation de 80 % et ceci avec un rendement de 75 %, dont résulterait une capacité de travail globale d'environ 60 %.

Ceci constitue une estimation hypothétique et en aucun cas définitive. L'assuré donne des signes d'une bonne motivation pour apprendre un nouveau métier. En supposant que l'assuré puisse obtenir l'opportunité de mesures de réintégration professionnelles et qu'il réussisse à y adhérer à l'aide de son psychiatre, la capacité de travail pourra s'améliorer considérablement. »

Le 24 mars 2017, le Dr I. _____ a opéré l'assuré d'une bride cicatricielle remontant au traumatisme initial, qui formait une ligne de tension désagréable, en procédant à une « plastie cutanée en Z. »

Le 5 septembre 2017, le Dr F. _____ a procédé à l'examen médical final de l'assuré au terme duquel il a fait l'appréciation suivante :

« Appréciation

[...].

Si l'intervention du 24.03.2017 a permis une extension plus aisée du pouce D, le patient dit que l'état de sa main D est globalement inchangé. Le patient se lève le matin avec une main D inerte comme une éponge qu'il doit réveiller. Par la suite, des douleurs apparaissent dans la paume de la main D, irradiant dans les doigts médians, s'accroissant avec l'utilisation de celle-ci, prenant un caractère pulsatile, le tout s'accompagnant d'un manque de force. Le patient mange avec une fourchette adaptée mais il ne peut pas couper sa viande. Il se rase avec la main G, ne supportant pas les vibrations de son rasoir électrique dont il n'arrive de toute façon pas à soutenir longtemps le poids. Il ne peut pas non plus changer les vitesses d'une voiture manuelle. En fin de compte, il fait la plupart des choses avec la main G.

A l'examen clinique, sans être exclue, la main D, qui présente pourtant de bonnes marques d'utilisation, est mise de côté. Alors que son aspect est normal au repos, quand on demande au patient de l'ouvrir, elle se déforme en griffe avec une hyperextension des MCP et une flexion des IPP des doigts médians qui présentent également une perte d'autonomie, bougeant d'un bloc, comme s'ils étaient collés, le tout d'allure fonctionnel, en l'absence de tout déficit moteur ou tendineux clairement objectivable. Toutes les

cicatrices dans la paume sont bien fermées, peu visibles. Il n'y a plus de bride. Les téguments ont un aspect normal. La température et la sudation sont symétriques. Il n'y a pas d'amyotrophie de la musculature intrinsèque. Il n'y a pas de Tinel franc, pas d'allodynie, le patient décrivant essentiellement une hypoesthésie du versant cubital de D2 et du versant radial de D3. Le pouce et l'auriculaire sont normo-fonctionnels. La mobilité active des 3 doigts médians est changeante, difficile à mesurer, l'enroulement est finalement complet, sauf pour l'index qui est toujours un peu à la traîne mais toutes les articulations sont parfaitement souples avec des amplitudes articulaires complètes. La force de serrage de la main D est à peine mesurable chez un patient qui grimace comme s'il fournissait un effort énorme mais qui ne serre pas vraiment les appareils de mesure.

L'évolution de cette main D est vraiment déroutante.

Pour ma part, je n'ai pas d'explication somatique au pseudo-handicap qui persiste.

Il me semble avant tout évocateur d'un trouble factice.

En fin de compte, les séquelles organiques objectivables de l'accident sont modestes et l'incapacité de travail procède de troubles psychiques.

A cet égard, il convient de rappeler que le Dr I. _____, qui a suivi et opéré le patient à deux reprises, se demandait même, l'année passée, si la reprise de l'activité habituelle de monteur en ventilation n'était pas envisageable.

Ce qui est sûr, comme je l'ai déjà dit, c'est que la capacité de travail est entière dans une activité légère, ne demandant pas de dextérité particulière.

Pour en revenir aux troubles psychiques, qui sont allés en s'aggravant rapidement dans les années qui ont suivi l'accident pour s'améliorer quelque peu avec un important investissement thérapeutique, s'ils sont en relation de causalité naturelle avec l'accident, la question de la causalité adéquate devrait être examinée soigneusement [...].

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 7,5 % peut être retenu, la situation correspondant, du point de vue fonctionnel, à la moitié de la fig. 28 (50 % de 15 % = 7,5 %). »

Par courrier du 20 septembre 2017, la CNA a communiqué à l'assuré que, selon l'examen médical pratiqué le 5 septembre 2017, la situation médicale était stabilisée pour les suites de l'accident du 5 novembre 2011 et qu'il serait mis fin au paiement des indemnités

journalières avec effet au 31 octobre 2017. La Caisse a précisé que l'examen du droit à d'autres prestations d'assurance était en cours.

Dans un document interne du 12 octobre 2017, la CNA a en particulier sélectionné cinq descriptions de postes de travail (ci-après : DPT), soit un poste d'employé de garage et quatre postes de collaborateurs de production. Compte tenu des données résultant de ces DPT, la CNA a mis en évidence un salaire moyen (valeur 2017) s'élevant à 59'785 francs.

Par décision du 13 octobre 2017, la CNA a nié à l'assuré l'octroi d'une rente d'invalidité. Sur le plan des séquelles organiques, elle a retenu que l'intéressé était apte à exercer à temps plein une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition que celle-ci n'exige pas de dextérité particulière. La Caisse a retenu qu'une telle activité était exigible sur toutes la journée et lui permettait de réaliser un salaire annuel moyen de 59'785 fr., soit une perte de 8,02 % par rapport au salaire de 65'000 fr. (13 × 5'000 fr.) réalisable sans l'accident. Le seuil de 10 % prévu par la LAA n'était pas atteint, une diminution notable de la capacité de travail n'étant pas établie. Sur le plan psychique, la CNA n'a pas considéré que les séquelles étaient dans un lien de causalité adéquate avec l'accident de 2009, de sorte qu'il n'existait pas de droit aux prestations.

Enfin, compte tenu de l'appréciation médicale du sinistre, la Caisse a octroyé à son assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 9'450 fr. (7,50 %), compte tenu d'un gain annuel de 126'000 francs.

Par acte du 15 novembre 2017, complété le 4 janvier 2018, l'assuré, représenté par S._____, a formé opposition à l'encontre de la décision précitée. Il a fait valoir que son état de santé psychologique n'était pas stabilisé et que les troubles psychiques étaient en lien avec l'accident en question et les accidents antérieurs. A cet égard, il a soutenu que l'accident dont il avait été victime devait être qualifié de grave,

subsidiairement de gravité moyenne. L'assuré a en outre estimé qu'il convenait de tenir compte des troubles psychiques dans le calcul de l'IPAI. A l'appui de l'opposition, l'assuré a produit :

- Un rapport du Dr N._____ daté du 29 mai 2016, ce dernier étant d'avis que l'assuré n'était pas employable pour un nouveau métier, quel qu'il soit, que les troubles psychiques auraient leur origine dans les accidents de 2008 et 2011, que lors de l'accident de 2011, le médecin des urgences l'aurait renvoyé chez lui alors que l'artère radiale aurait été sectionnée et que lors d'une récente opération, du matériel opératoire aurait été oublié *in situ*.
- Un rapport du Dr N._____ daté du 15 décembre 2017 indiquant, sur le plan de la causalité adéquate, que l'appréciation de la CNA sur les circonstances de l'accident faisait l'impasse sur la prise en charge à l'hôpital B._____ sur l'hémorragie subie, et concluant à un état de stress post-traumatique compliqué par un état dépressif.
- Un rapport du Dr. J._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, du 12 mars 2018, attestant que son patient ne pouvait plus se servir de sa main droite qui restait douloureuse et hyposensible avec une perte de force et une position spontanée en griffe, que des douleurs de type névralgiques, majorées au froid persistaient et que l'incapacité de travail dans la profession de ferblantier était totale, une profession adaptée excluant la préhension de force, la réalisation de gestes fins ou l'utilisation de machine ou outil dangereux était envisageable après reconversion à un taux devant être évalué en fonction des douleurs et d'une capacité de résistance limitée

Par décision sur opposition du 21 mars 2018, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision du 13 octobre 2017. Elle a retenu que les troubles psychiques devaient être écartés de l'examen du droit aux prestations de l'assurance accident dès lors que, sous l'angle de la causalité adéquate, l'accident du 5 novembre 2011 était un accident de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité. La caisse a considéré que les critères requis pour établir la causalité adéquate entre les troubles psychogènes et l'accident de 2011 n'étaient pas réunis. Sur le plan économique, elle a exposé s'être fondée sur un revenu d'invalidé de 59'785 fr. déterminé à la lumière des cinq DPT choisies et sur un revenu de valide de 65'000 francs selon les indications de l'employeur. Or, la comparaison de ces deux revenus n'avait pas révélé de perte de gain au moins équivalente à 10 % ouvrant le droit à une rente invalidité. S'agissant du calcul de l'IPAI, la CNA a confirmé le taux de 7,5 %, estimant que la décision se fondait à juste titre sur une pondération de 50 % de la table 3, figure 28, du barème d'indemnisation des atteintes à l'intégrité, pour la seule atteinte somatique objectivable, limitée à certains doigts.

B. En date du 3 mai 2018, A. _____, assisté de Me Gilles-Antoine Hofstetter, a interjeté recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition rendue par la CNA le 21 mars 2018, prenant les conclusions suivantes :

« **I.** Le recours est admis.

Préalablement

II. Une expertise multidisciplinaire du recourant est en tant que de besoin ordonnée ;

Principalement :

III. La décision sur opposition rendue par la SUVA dans la cause ES06473/2017 en date du 21 mars 2018 est réformée en ce sens que :

- a. L'intimée continuera de verser au recourant des indemnités journalières correspondant à une incapacité totale de travail jusqu'à ce que son état de santé soit stabilisé, *subsidiativement* versera au recourant une rente entière de l'assurance-accidents, *plus subsidiativement* une rente partielle de l'assurance-accidents, dont le taux sera

fixé selon précisions à fournir en cours d'instance/d'instruction ;

- b. L'intimée versera au recourant une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle d'un montant de CHF 50'400, correspondant à un taux d'atteinte à l'intégrité de 40 %.

Subsidiairement :

IV. La décision attaquée est annulée, le dossier de la cause étant renvoyé à l'autorité intimée pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants. »

L'assuré a fait grief à la Caisse de ne pas avoir retenu de causalité adéquate entre les accidents de 2008 et de 2011 et les troubles psychiques apparus à la suite du second accident. Pour l'intéressé, l'accident de 2011 était un accident de gravité moyenne, voire à la limite des accidents graves, entouré de circonstances concomitantes dramatiques (erreurs médicales, traitement anormalement long, incapacité de travail longue et complications apparues en cours de guérison). Il a estimé qu'au vu des difficultés des médecins à expliquer les limitations de la mobilité et de la force de la main, une expertise pluridisciplinaire devrait être mise en œuvre dans l'hypothèse où l'invalidité ne pouvait pas être retenue du point de vue psychiatrique. Sur le plan économique, l'intéressé a critiqué la fixation du revenu d'invalidé, le choix des DPT retenues par la CNA, selon lui inadaptées à ses limitations physiques, ainsi que l'absence de recours à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : l'ESS). Il a ajouté qu'un abattement supplémentaire d'au moins 20 % se justifiait pour tenir compte de son handicap, de son âge, du fait qu'il était arrivé en Suisse en cours de scolarité et qu'il ne disposait pas d'une formation professionnelle. S'agissant de l'IPAI, il a réclamé une indemnité de 40 %, soit 20 % pour la main droite, alléguée inutilisable, et 20 % pour les troubles psychiques.

Par écriture complémentaire du 22 mai 2018, l'assuré a précisé ses griefs concernant le calcul de l'IPAI. Il a relevé que l'examen clinique a mis en évidence des troubles de la sensibilité au niveau du nerf médian et qu'il convenait de retenir une paralysie distale partielle du nerf médian selon la table 1 (révision 2000). Il en a déduit que le taux de l'IPAI

devrait être arrêté à un minimum de 10 %, voire de 15 %, puisque la discrimination sensitive est absente sur l'index, le majeur et la moitié radiale de l'annulaire et qu'elle est en outre pathologique sur le pouce.

Dans sa réponse du 5 juin 2018, la CNA, sous la plume de Me Olivier Dérivaz, a conclu au rejet du recours. Elle a maintenu que l'accident du 5 novembre 2011 était de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité, étant relevé que son médecin d'arrondissement avait qualifié l'évolution somatique de la main droite de déroutante et que cela ne pouvait s'expliquer que par une pseudo-invalidité, d'ordre factice. La Caisse a par ailleurs justifié la période prolongée de versement des indemnités journalières par le fait qu'il fallait trouver la meilleure solution pour son assuré et d'entreprendre tout ce qui pouvait être fait sur le plan chirurgical. Elle a précisé qu'elle avait mis en œuvre toutes les investigations nécessaires. S'agissant de l'IPAI, La CNA a déclaré s'en tenir à sa décision, les fonctions de la main étant préservées malgré des restrictions quant à la force et à la préhension.

Par écritures des 13 juin, 5 et 17 juillet 2018, les parties ont maintenu leurs conclusions respectives.

Le 23 octobre 2018, le recourant a produit des pièces relatives au dossier AI (cf. C. ci-dessous). Le lendemain, il a en outre produit le lendemain un rapport du Dr N. _____ du 22 octobre 2018 dont la teneur est la suivante :

« Ce petit mot pour faire suite à notre échange téléphonique de tout à l'heure à propos d'A. _____ et insister sur les quelques points suivants :

- la SUVA et l'AI, qui ne fait que reprendre la position de la SUVA, sont passées à côté de l'élément central de ce dossier : le syndrome de stress post-traumatique majeur consécutif au dernier accident où le patient faillit mourir suite à une brèche artérielle non diagnostiquée. Ce diagnostic n'est repris nulle part dans le rapport que vous a adressé le Dr [...]. Et ses recommandations n'en tiennent nul compte.

- L'état dépressif, la phobie invalidante, ne sont que des conséquences de ce traumatisme. Et ce sont ces conséquences, psychiques, qui réalisent l'essentiel du handicap actuel.

- Il est donc fautif de ne tenir compte que du handicap moteur pour déterminer l'aptitude au travail de A. _____. A noter à ce sujet

que ledit handicap moteur se voit minimisé sous prétexte qu'il serait essentiellement d'ordre psychique (ce qui, pour ma part, demeure plus que douteux), mais qu'il n'est plus tenu compte de cette dimension psychique par la suite, sinon pour concéder l'indication d'une expertise psychiatrique.

- Comme je l'ai déjà souligné, la manière dont est traité son dossier par les administrations concernées, le sentiment d'incompréhension et d'injustice, bien légitime, qui en résulte pour le patient a contribué, ces deux dernières années, à une notable aggravation de son état psychique.

- Il faut aussi se souvenir que A._____ avait dû interrompre sa formation (c'est pour cela qu'il n'a pas de CFC) suite à deux premiers événements traumatisants pour lesquels ni la SUVA, ni l'AI ne sont entrées en matière : une perforation d'ulcère de l'estomac sur son lieu d'apprentissage qui faillit lui être fatale, suivie immédiatement d'un grave accident de voiture avec blessure, entre autres, à la main droite. C'est donc pour des raisons médicales qu'il n'a pas de CFC. Il est donc très injuste de mettre le fait qu'il n'ait pas ce diplôme pour lui refuser une formation tenant compte de ses véritables capacités et de sa forte motivation à trouver un métier où il pourrait valoriser ses compétences techniques.

(...) »

La CNA s'est déterminée le 19 novembre 2018, maintenant ses motifs et conclusions.

C. En parallèle, le 18 décembre 2012, A._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Par décision du 10 juillet 2013, l'OAI a refusé à l'intéressé une rente d'invalidité et un reclassement au motif que l'intéressé présentait un degré d'invalidité de 14 %.

Le 8 mai 2018, suite aux renseignements communiqués par la CNA et indiquant que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas amélioré, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet d'acceptation de rente entière du 1^{er} avril 2014 au 28 février 2017, retenant un degré d'invalidité de l'ordre de 9 % dès le 1^{er} mars 2017 en raison des atteintes physiques.

Le 15 octobre 2018, le SMR a proposé la mise en œuvre d'une expertise afin de déterminer les capacités fonctionnelles de l'assuré et d'évaluer son état de santé psychique.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accident (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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accident et sur la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité des suites de l'accident du 5 novembre 2011.

c) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce,

vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

3. 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) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b avec les références citées ; TF 8C_727/2016 du 20 octobre 2017 consid. 3).

Si l'on peut admettre que l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute manière survenu sans cet évènement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (TF 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2 avec la référence citée ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^e éd., 2016, n. 107 p. 930). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'évènement assuré (TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177

consid. 3.1 et 129 V 402 consid. 4.3.1 ; TF 8C_283/2017 précité consid. 4.2 *in fine*).

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 en se conformant à 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 les références citées).

c) Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; 129 V 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a avec les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 6a ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 *in fine* et les références).

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, non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF 8F_2/2016 du 27 juin 2016 consid. 3).

d) aa) En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5) ou d'un traumatisme psychique consécutif à un choc émotionnel (ATF 129 V 177 consid. 4.2).

En présence – comme en l’espèce – d’une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l’accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l’affection psychique. C’est ainsi que la jurisprudence a tout d’abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour évaluer le degré de gravité de l’accident, il convient en effet non pas de s’attacher à la manière dont l’assuré a ressenti et assumé le choc traumatique mais bien plutôt de se fonder, d’un point de vue objectif, sur l’événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 115 V 403 consid. 5c/aa).

Ainsi, lorsque l’événement accidentel est insignifiant, l’existence du lien en question peut d’emblée être niée, tandis qu’il y a lieu de le considérer comme établi lorsque l’assuré est victime d’un accident grave. Par contre, lorsque la gravité de l’événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l’examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont : les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l’accident ; la gravité ou la nature particulière des lésions physiques ; l’administration prolongée d’un traitement médical spécifique et pénible ; l’intensité des douleurs ; les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l’accident ; les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ; l’importance de l’incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l’assuré (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; TF 8C_525/2017 du 30 août 2018 consid. 8.2.2 et 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 6.1). De manière générale, lorsque l’on se trouve en présence d’un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l’un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l’accident (TF 8C_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5, *in* SVR 2010 UV n. 25 p.

100 et TF 8C_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 3.2 et les références citées).

Lorsque deux ou plusieurs accidents sont en cause, l'existence d'un lien de causalité adéquate doit en principe être appréciée séparément pour chaque accident. Cela vaut en particulier dans les cas où les accidents concernent diverses parties du corps et provoquent des blessures tout à fait distinctes (ATF 115 V 133 consid. 6 ; RAMA 1996 n° 248 p. 176 ; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.1).

bb) Parmi les exemples jurisprudentiels relatifs à des blessures aux mains ou aux doigts, ont été classés parmi les accidents de gravité moyenne à la limite supérieure les accidents ayant occasionné les lésions de la main suivantes : l'amputation totale du pouce, de l'index, du majeur et de l'auriculaire, et partielle de l'annulaire chez un serrurier dont la main droite s'était trouvée coincée dans une machine (TFA U 233/95) ainsi que l'amputation du petit doigt, de la moitié de l'annulaire et des deux-tiers de l'index chez un aide-scieur dont la main gauche avait été atteinte (TFA U 280/97 du 23 mars 1999 publié dans RAMA 1999 U 346 p. 428). En revanche, a été jugé comme étant de gravité moyenne l'accident subi par un scieur dont la main gauche avait été prise dans la chaîne de la machine avec pour résultat une amputation de l'auriculaire, un annulaire douloureux et une atrophie des autres doigts (TFA U 5/94 du 14 novembre 1996), de même que celui dont a été victime un aide-serrurier avec une scie entraînant l'amputation des extrémités de deux doigts à la main droite et de trois doigts à la main gauche (TFA U 185/96 du 17 décembre 1996) ou encore l'accident ayant causé un raccourcissement du pouce phalangien d'un demi-centimètre et un index hypoesthésique (TFA U 25/99 du 22 novembre 2001 publié dans RAMA 2002 U 449 p. 53 ; pour une vue d'ensemble de la casuistique, TF 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1.2). A aussi été jugé comme étant de gravité moyenne, à la limite de l'accident des accidents de faible gravité le cas d'un ouvrier qui avait subi des blessures aux nerfs et aux tendons de la main gauche alors qu'il travaillait avec une fraiseuse (TF U 325/04 du 1^{er} avril 2005 consid. 3.2.1).

4. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

b) D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la

jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353 et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) aa) Sur le plan somatique, à l'examen final du 5 septembre 2017, le Dr F._____ s'est trouvé confronté à un patient dont la force de serrage de la main droite était à peine mesurable et qui grimaçait comme s'il fournissait un effort énorme, mais sans toutefois serrer vraiment les appareils de mesure. L'examineur a décrit l'évolution de la main droite comme « vraiment déroutante » sans trouver d'explication somatique au « pseudo-handicap » qui persistait, pour lui évocateur *in fine* d'un « trouble factice » et non d'une séquelle objectivable. Cet avis motivé de spécialiste est particulièrement probant dans la mesure où le Dr F._____ a suivi l'assuré depuis le 6 novembre 2012 jusqu'à l'examen final précité, explorant toutes les pistes propres à améliorer la situation de l'intéressé. En revanche, le rapport du 12 mars 2018 du Dr J._____, médecin généraliste traitant du recourant, guère motivé, n'est pas probant. Il doit être écarté sur le plan assécurologique du fait du lien thérapeutique. Ce rapport n'est pas accompagné d'avis

concordant de tiers spécialistes (chirurgien, neurologue), plus à même de déceler de plus amples pathologies. On relève aussi que cet avis de médecin généraliste est en contradiction avec l'avis du Dr I._____, spécialiste consulté par le recourant, qui, dans son rapport du 25 avril 2016, relevait une évolution favorable sur le plan fonctionnel, indiquant même ne pas voir d'obstacle à la reprise de l'activité habituelle. De plus, l'avis du Dr I._____ a ensuite été confirmé suite au séjour de l'assuré à la Clinique U._____, le Dr X._____ et la Dresse Y._____ confirmant la stabilisation du cas et ne relevant aucun nouveau diagnostic.

En définitive, il y a lieu de confirmer la stabilisation de l'état de santé du recourant sur le plan somatique.

bb) Sur le plan psychique, les parties admettent la persistance de troubles sous la forme d'un trouble dépressif, épisode actuel léger (F32.0) et d'un trouble anxieux phobique, sans précision (F 40.9) (cf. rapport du Dr M._____ du 24 janvier 2017). Ce rapport n'est pas contesté au stade du recours (cf. mémoire du 3 mai 2018, p. 6).

b) Le Dr M._____ a admis une causalité naturelle entre les affections psychiques qui ont affecté le recourant et l'accident de 2011 à un degré de probabilité entre probable et certain. Il est apparu difficile au psychiatre-conseil de la CNA d'imaginer que les pathologies en question aient pu apparaître sans l'accident survenu en 2011. En revanche et contrairement à ce que soutient le recourant dans ses écritures (cf. mémoire du 3 mai 2018, pp. 9-10), ce spécialiste a écarté un rapport de causalité avec l'accident de la circulation survenu en 2008. Cet accident a fait l'objet d'un examen particulier exposé dans le rapport du 30 juillet 2015 au terme duquel le Dr M._____ a conclu que les symptômes anxieux ou phobiques apparus à la suite de l'accident de 2008 avaient été surmontés sans atteindre de seuil diagnostique. Le psychiatre-conseil a relevé que l'intéressé avait fait preuve de résilience à cette époque et que s'il avait fait état de reviviscence de scènes d'accident et d'hôpital datant de 2008 à la suite de l'accident de 2011, celles-ci étaient très vagues et d'intensité relativement diminuée. Il a aussi constaté que, si l'accident de

2008 a préparé le terrain, d'autres événements traumatisants vécus par l'intéressé y ont aussi contribué. Les rapports du Dr N. _____ des 29 mai 2016 et 15 décembre 2017 ne remettent pas en cause l'absence de causalité naturelle.

On en conclut que la causalité naturelle n'est établie que pour l'accident du 5 novembre 2011.

c) La qualification de l'accident du 5 novembre 2011 retenue par l'intimée ne prête pas flanc à la critique. Il s'agit d'une chute à hauteur d'homme avec une bouteille en verre qui se brise dans la main, le recourant s'étant ensuite rendu par ses propres moyens à l'Hôpital B. _____. On constate ainsi que la gravité de cet accident n'est pas comparable à celle des exemples d'accidents de gravité moyenne et de ceux à la limite supérieure cités par le Tribunal fédéral (cf. consid. 3d/bb *supra*), de sorte qu'il convient de retenir un accident de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité.

d) Le recourant soutient que six des sept critères jurisprudentiels propres à entraîner une causalité adéquate entre un accident et des troubles psychologiques sont réunis dans le cas présent, dont l'un de manière particulièrement marquée (cf. mémoire du 3 mai 2018, pp. 10-11 et réplique du 13 juin 2018, pp. 3-4).

aa) A l'instar de l'intimée, l'on peut considérer que les circonstances concomitantes de l'accident de 2011 ne sont pas objectivement impressionnantes s'agissant d'une chute involontaire à hauteur d'homme. Le protocole opératoire du 5 novembre 2011 établi à la Clinique D. _____ par le Dr T. _____ ne fait pas état d'une artère sectionnée, d'une importante hémorragie ou d'une situation d'urgence vitale contrairement à ce qui est soutenu en procédure. Il serait invraisemblable que le protocole opératoire ne fasse pas mention de soins portés à une hémorragie. Une telle situation n'a pas davantage été décrite dans le rapport du 29 janvier 2013 des Drs H. _____ et V. _____ à la suite du premier séjour du recourant à la Clinique U. _____, document

multidisciplinaire pourtant très complet. On constate également que l'intéressé n'a pas décrit de telle urgence vitale au Dr M. _____ lors des examens psychiatriques (cf. rapports des 30 juillet 2015 et 24 janvier 2017). Le rapport du Dr N. _____ du 15 décembre 2017 émane du psychiatre-traitant, qui n'était pas présent lors de l'accident de 2011, et qui relaie les plaintes de son patient sans trouver appui dans les pièces au dossier. De plus, aucune autre circonstance particulière ne ressort du dossier et en particulier de la brève enquête diligentée par la CNA (cf. compte-rendu d'enquête des 26 avril, 30 mai et 28 juin 2012).

Le rapport du Dr N. _____ du 22 octobre 2018 n'apporte pas d'éléments médicaux nouveaux ignorés par l'intimée au moment de rendre la décision litigieuse.

Ce moyen doit être rejeté.

bb) Rien ne démontre que des erreurs médicales aient été commises à la suite de l'accident de 2011. Le médecin-assistant de l'Hôpital B. _____ a constaté une plaie profonde et une atteinte aux tendons fléchisseurs et s'est acquitté des premiers soins, adressant ensuite le recourant à la Clinique D. _____, établissement spécialisé dans la chirurgie de la main. S'agissant du matériel opératoire qui aurait été oublié *in situ*, apparemment lors de l'opération pratiquée par le Dr I. _____ le 16 février 2016, cette plainte n'est fondée que sur un rapport du Dr N. _____ daté du 29 mai 2016 et adressé au médecin d'arrondissement de la CNA le 29 août 2016. Or, le psychiatre-traitant n'a pas constaté ce fait de lui-même, de sorte qu'en l'absence d'autre document, ce rapport ne présente pas une garantie asséculoologique suffisante.

Il y a lieu d'écarter de grief.

cc) S'agissant de la longueur du traitement, le recourant perd de vue que la seule durée n'est pas suffisante à l'aune de la jurisprudence précitée. Est décisive, l'administration prolongée d'un traitement médical

spécifique et pénible. Il n'est pas contesté que l'assuré ait été opéré à plusieurs reprises, qu'il ait vu sa main immobilisée (attelle, etc.), qu'il ait suivi une psychothérapie, qu'il se soit vu prescrire un traitement antalgique et psychotrope et qu'il ait séjourné à répétées reprises à la U._____. Toutefois, le critère invoqué n'est pas réalisé en l'occurrence, dès lors que le traitement subi par l'intéressé n'a pas le caractère de pénibilité requis par la jurisprudence.

Il convient de rappeler que si l'évolution initiale a été favorable sur le plan somatique (cf. rapports du Dr T._____ du 11 avril 2012 et du Dr E._____ du 3 mai et 2 août 2012), la durée du traitement est en grande partie attribuable au comportement du recourant. Ainsi, dans son rapport du 6 novembre 2012, le Dr F._____ a concédé que si le recourant n'était pas guéri sans séquelles, une certaine surcharge ne faisait guère de doute. Lors du premier séjour à la Clinique U._____, les Drs H._____ et V._____ ont aussi constaté une épargne importante de la main avec une peur de la douleur et du mouvement (questionnaire kinésiophobie à 50 %) et une auto évaluation élevée du handicap (DASH à 56/100, questionnaire poignet à 114/150, questionnaire PACT à 9) (cf. rapport du 29 janvier 2013). A l'issue de son examen clinique, le Dr M._____ a considéré dans son rapport du 30 juillet 2015 que si une aggravation intentionnelle ou consciente paraissait exclue, le recourant se trouvait dans une dynamique de renforcement du rôle de passivité et de victime. Dans le cadre de l'évaluation socio-professionnelle effectuée à la Clinique U._____, le Dr X._____ et la Dresse Y._____ ont estimé que l'intéressé sous-estimait le niveau d'activité qu'il pouvait réaliser. Dans ces circonstances, c'est bien la sous-utilisation, voire la non utilisation de la main, sur une période prolongée qui est en cause (cf. rapport du Dr H._____ du 17 septembre 2013 et rapport du Dr I._____ du 27 mars 2014).

Ce moyen doit être rejeté.

dd) En ce qui concerne la longueur de l'incapacité de travail, il convient de souligner que seule l'évaluation sur le plan somatique est

déterminante. La décision sur opposition de l'intimée peut aussi être confirmée en tant que le recourant a relativement rapidement retrouvé une capacité de travail dans une activité adaptée, les limitations résultant des troubles psychiques (rapport du Dr M. _____ du 24 janvier 2017). Ce critère se mesurant à l'aune des efforts de l'assuré, il convient de relever que les médecins ont constaté une surcharge, une auto évaluation élevée du handicap, une dynamique de renforcement du rôle de passivité et de victime (rapport du Dr F. _____ du 6 novembre 2012 ; rapport de la Clinique U. _____ des 29 janvier 2013 et 5 novembre 2016 ; rapport du Dr M. _____ du 30 juillet 2015).

Par conséquent, ce critère doit également être nié.

ee) L'examen clinique final du Dr F. _____ du 5 septembre 2017 a montré que la main droite du recourant présentait de bonnes marques d'utilisation et un aspect normal au repos, une allure fonctionnelle, des cicatrices bien refermées et une absence de tout déficit moteur ou tendineux clairement objectivable.

Dans ces circonstances, l'on ne peut pas retenir que les lésions subies en 2009 sont, au regard de leurs conséquences purement physiques, d'une gravité et d'une nature particulière propre, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques.

ff) Enfin, le recourant soutient que la longueur du traitement et de l'incapacité de travail démontrerait les importantes complications qui seraient intervenues. En l'occurrence, ces deux critères ont été niés ci-dessus, de sorte que l'intéressé ne saurait s'en prévaloir. D'autre part, le trouble fonctionnel ayant affecté le recourant a résulté du non usage de la main en question et non d'une complication séquellaire objectivable (cf. rapport du 17 juin 2013 du Dr F. _____ ; rapport du 17 septembre 2013 du Dr H. _____ ; rapport du 27 mars 2014 du Dr I. _____).

Ce grief doit également être rejeté.

gg) Le recourant n'a ainsi pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que trois critères soient réunis ou que l'un ne le soit de manière particulièrement marquante. C'est dès lors à juste titre que l'intimée n'a pas retenu de lien de causalité adéquate entre d'une part les troubles psychiques constatés par le Dr M._____ dans son dernier rapport du 24 janvier 2017, et d'autre part l'accident du 5 novembre 2011.

6. a) En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, cf. consid. 3 *supra*), si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (cf. art. 8 LPGGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 al. 1 LPGGA). L'art. 7 al. 2 LPGGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

A teneur de l'art. 19 al. 1, première phrase, 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.

b) A l'instar de l'intimée, il convient de se fonder sur l'avis final du Dr F._____, du 5 septembre 2017 et sur le rapport des Dr X._____ et la Dresse Y._____ du 5 novembre 2016 selon lesquels les séquelles somatiques objectivables étaient modestes, l'incapacité de travail résultant essentiellement des troubles psychiques et la situation

médicale étant stabilisée du point de vue médical. Le recourant n'a rien apporté rien de plus à cet égard.

Par surabondance, on relève que dans son projet de décision du 8 mai 2018, l'OAI a nié au recourant un droit à une rente invalidité dès le 1^{er} mars 2017, soit antérieurement à la clôture du cas par l'intimée qui est intervenue le 31 octobre 2017.

Dès lors que le recourant ne démontre pas qu'il y a lieu d'attendre d'un traitement médical une amélioration de l'état de santé de l'intéressé, c'est à juste titre que l'intimée a clos le cas et examiné le droit à la rente et à une IPAI.

7. 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 137 V 334 consid. 3.1.1 et 130 V 343 consid. 3.4 ; TF 9C_163/2017 du 2 mai 2017 consid. 3.1).

b) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible - le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données

salariales résultant des DPT établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

La jurisprudence admet que les DPT, qui reposent sur des postes de travail concrets et permettent de ce fait une approche différenciée des activités exigibles en prenant en compte les limitations dues au handicap de l'assuré, les autres circonstances personnelles et professionnelles, ainsi que les aspects régionaux, constituent une base plus concrète que les données tirées de l'ESS pour apprécier le salaire d'invalidé, même si le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence à l'une ou l'autre de ces méthodes d'évaluation (ATF 129 V 472 consid. 4.2 ; cf. Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, op. cit., n. 240 p. 980).

Pour que le revenu d'invalidé corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui, l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre elles (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; TF 8C_216/2016 du 30 septembre 2016 consid. 5.1 et 8C_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2). La jurisprudence exige de plus la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap de l'assuré, 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 ; TF 8C_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2). Il s'agit d'assurer une certaine représentativité des DPT produites et de garantir le respect du droit d'être entendu du recourant (ATF 129 V 472 ; TF 8C_809/2008 précité consid. 4.2.2).

c) En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidé. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux

travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322, consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 5 ; TF 8C_80/2013 du 17 janvier 2014 consid. 3.2 et 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3).

d) aa) En l'espèce, le recourant ne conteste pas le revenu sans invalidité retenu par l'intimée. Il conteste le choix des cinq postes de travail sélectionnés par l'intimée pour le calcul du revenu avec invalidité, respectivement la méthode de calcul. Selon lui, ces postes nécessiteraient tous une force importante dans le bras droit.

Sur le principe, le recours au DPT est justifié dans la mesure où ceux-ci constituent une base d'évaluation tenant justement compte des spécificités de la situation de l'assuré (cf. consid. 7b supra), l'aspect psychique n'étant pas déterminant faute de causalité adéquate. En l'occurrence, l'intimée a respecté les exigences posées par la jurisprudence en cas d'évaluation du revenu d'invalidité sur la base des DPT. Elle a en effet retenu cinq descriptifs de postes, mais a communiqué le nombre total de postes disponibles, à savoir 130, en indiquant à chaque fois le salaire le plus bas, le salaire le plus haut, et le salaire moyen. Dans la mesure où la sélection des cinq DPT n'est pas critiquable, il n'y a pas à examiner, respectivement tenir compte des salaires offerts par les autres DPT. En outre, pour calculer le gain d'invalidité, l'intimée a sélectionné cinq postes respectant les limitations fonctionnelles finales retenues par les médecins de la Clinique U. _____ dans leur rapport du 4 novembre 2016. Elle a ensuite fait la moyenne des salaires médians pour ces cinq postes afin de déterminer le revenu d'invalidité auquel l'assuré peut prétendre,

soit en l'espèce 59'785 francs. Partant, on ne saurait admettre que la situation particulière du recourant justifie que l'on s'écarte du salaire moyen, les limitations fonctionnelles ayant été analysées lors du choix des DPT.

La comparaison entre le revenu sans invalidité (65'000 fr., cf. annonce de l'employeur à la CNA du 17 novembre 2011) et le revenu avec invalidité (59'785 fr.) correspond à une perte de gain de 8,02 %, de sorte que le recourant n'a pas droit à une rente d'invalidité.

bb) Au demeurant, la référence aux statistiques salariales tirées de l'ESS ne permettrait pas d'aboutir à un résultat plus favorable au recourant, contrairement à ce qu'allègue celui-ci dans son mémoire de recours du 3 mai 2018 (p. 3). Il n'y a pas lieu d'exclure le domaine de la production du calcul dans la mesure où les limitations fonctionnelles retenues par les médecins de la Clinique U._____ ne sont pas incompatibles. Compte tenu du fait que l'intéressé n'a pas de formation certifiée et qu'il n'a plus retravaillé depuis son accident de novembre 2011, il y a lieu de retenir comme salaire de référence, celui auquel peuvent prétendre les hommes sans qualifications professionnelles requises dans le secteur privé (production et services), soit en 2017, 4'999 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2016, TA 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2012 (41,7 heures selon La Vie économique, 2012/12, p. 90, tableau B 9.2), le revenu mensuel s'élève à 5'211 fr. 46 ($4'999 \text{ fr.} \times 41,7 \div 40$), ce qui donne un salaire annuel de 62'537 fr. 52, soit après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2016 à 2017 (0.4% ; cf. site internet de l'OFS), un revenu annuel de 62'787 fr. 67 ($62'537 \text{ fr.} 52 + 0.4 \%$).

En l'occurrence, le taux d'abattement de 20 % dont se prévaut le recourant est excessif, l'impossibilité de ports répétés de charges supérieures à 5 kg et d'activités nécessitant des mouvements répétitifs avec la main droite ou des préhensions de force ne représentent pas des

limitations fonctionnelles particulièrement importantes dans les fonctions envisageables pour lesquels la capacité de travail est entière. Pour le reste, le recourant est jeune et de nationalité suisse, de sorte qu'aucun abattement n'apparaît justifié. Même à supposer que l'on admette un abattement de 5 %, ce qui est douteux vu les emplois non qualifiés visés, le revenu avec invalidité s'élèverait à 59'648 fr. 28. Comparé au revenu sans invalidité (65'000 fr.), il en résulterait un taux d'invalidité de l'ordre de 9 % ($1 - [60'459 \text{ fr. } 28 \div 65'000 \text{ fr.}]$), insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

cc) Par surabondance et même si ce n'est pas déterminant, l'OAI estimé le degré d'invalidité à 9 % dès le 1^{er} mars 2017 dans son projet de décision du 8 mai 2018, si bien que le recourant ne saurait tirer d'argument de ce document.

e) Au vu de ce qui précède, la décision litigieuse doit être confirmée en tant qu'elle refuse une rente d'invalidité de l'assurance-accidents à l'intéressé.

8. Finalement, il reste encore à examiner l'IPAI dont la quotité est contestée par le recourant.

a) aa) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, 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. Aux termes de l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 ; 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. D'après l'art. 25 al. 1 LAA, l'IPAI 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.

bb) Selon la jurisprudence, l'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel (anatomique ou fonctionnel), mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives (ATF 115 V 147 consid. 1 et 113 V 218 consid. 4b). De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'aggravation prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (TF 8C_705/2010 du 15 février 2012 consid. 4.3). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'IPAI est échelonnée selon la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 et 113 V 218 consid. 4b et les références citées).

cc) L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent du montant maximum du gain assuré (ATF 124 V 29 consid. 1b et 113 V 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (cf. ch. 1 al. 2 de l'annexe). En vue d'une évaluation encore plus affinée de certaines atteintes, la Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à

l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc et 116 V 156 consid. 3a ; TF 8C_563/2014 du 12 janvier 2015 consid. 5.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

b) En l'espèce, dans son rapport du 5 septembre 2017, le Dr F._____ s'est référé à la table 3 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (détail N° 2870/3.f-2000). Le choix de la table 3 est justifié, dans la mesure où les lésions objectivables concernent singulièrement les tendons fléchisseurs profonds et superficiels des doigts D2 et D3 de la main droite, ainsi que la bandelette neuro-vasculaire commissurale 2 dans la paume de la même main et non sur l'ensemble de la main comme le soutient en vain le recourant.

Le Dr F._____ a proposé de retenir un taux de 7,5 %, la situation correspondant, du point de vue fonctionnel, à la moitié de la situation décrite à la figure 28 de cette table pour laquelle l'IPAI est de 15 %. S'agissant de restrictions quant à la force et à la préhension à la suite des blessures susmentionnées, l'appréciation du Dr F._____ ne prête pas flanc à la critique. Les rapports du Dr N._____ du 15 décembre 2017 et du Dr J._____ du 12 mars 2018 ne peuvent être suivis dans la mesure où les affections décrites relèvent, selon le Dr F._____ d'une évolution déroutante et d'un trouble factice. S'agissant enfin des troubles psychiques allégués, lesquels sont mentionnés pour qu'une IPAI d'un taux plus élevé soit allouée, ils ne sont pas en lien de causalité adéquate avec l'accident. Ils ne peuvent dès lors justifier l'octroi d'une IPAI d'un taux supérieur à celui de 7,5 % retenu en l'espèce par l'intimée.

Partant, sous cet angle également, la position de l'intimée échappe à la critique.

9. Au regard des considérations qui précèdent, 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 et 135 II 286 consid. 5.1).

10. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (cf. art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205).

**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 21 mars 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 :

Le greffier :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour A. _____),
- Me Olivier Derivaz (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :