

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 septembre 2019

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
M. Métral et Mme Dessaux, juges  
Greffière : Mme Guardia

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Jana Burysek, avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 et 16 LPGA ; art. 6 al. 1, 18 al. 1 et 24 al. 1 LAA ; art. 36 al. 1 OLAA**

**E n f a i t :**

**A. a)** H. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], gaucher, sans formation, travaillait depuis le 19 juin 2013 en qualité de [...] auprès de [...], au taux de 100 %. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 22 août 2013, alors qu'il découpait une lambourde en bois sur un chantier, l'assuré s'est coupé le bout de la phalange de l'index de la main gauche avec une scie circulaire.

Le même jour, il a été traité à la [...], où ont été posés les diagnostics de subamputation de l'index gauche au niveau de l'articulation interphalangienne proximale (ci-après : IPP) avec perte de substance au niveau du tiers distal de la P1 et lésion complète de l'appareil extenseur de l'index gauche, de perte post traumatique du tiers distal de la phalange proximale de l'index gauche, de plaie profonde de la face palmaire du pouce gauche, avulsion des deux tiers des ongles du majeur et de l'auriculaire gauches (cf. lettre de sortie du 9 décembre 2013 du Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

La CNA a pris le cas en charge.

Le 15 octobre 2013, il a été procédé à l'ablation d'une broche et à l'arthrodèse de l'articulation IPP par une plaque Aptus Hand 2.3.

Le 21 février 2014, l'assuré a subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse de l'index gauche, une amputation distale de P1-D2 et une cure de Kocher du bord cubital du pouce gauche.

Dans un rapport du 6 mars 2014, le Dr F.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint auprès du [...], a posé les diagnostics de subamputation de l'index gauche au niveau de l'articulation IPP avec perte de substance au niveau du tiers distal de la P1 et lésion complète de l'appareil extenseur de l'index gauche, perte post-traumatique du tiers distal de la phalange proximale de l'index gauche et de plaie profonde de la face palmaire du pouce gauche, avulsion des deux tiers des ongles du majeur et de l'auriculaire gauches.

Le 23 avril 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : OAI), en indiquant, quant au genre d'atteinte à la santé, « passage de la main dominante dans une [s]cie circulaire qui a engendré l'amputation de l'index de la main gauche et une atteinte à la mobilité du pouce de la même main ».

Dans un rapport du 18 septembre 2014, le Dr F.\_\_\_\_\_ a notamment indiqué ce qui suit :

**« Anamnèse :**

Il s'agit d'un patient de 43 ans connu pour un accident de travail par scie circulaire occasionnant une plaie complexe de la main G, opéré en urgence à la [...] en août 2013. Une 2ème intervention est effectuée le 15.10.2013 pour révision d'arthrodèse IPP index G. L'évolution est peu favorable avec une allodynie pouce et index, ainsi que des douleurs articulaires IPP de l'index. Le patient écarte en permanence ces 2 doigts.

**Evolution :**

30.01.2014 : pas d'amélioration, patient souhaite ou envisage une amputation de l'index car dit avoir des douleurs persistantes et écarte continuellement son index, ne l'utilise pas. La sensibilité de la pulpe est moindre.

08.05.2014 : à 2,5 mois, toujours allodynie pouce et index.

24.07.2014 : à 5 mois post amputation index : lente évolution, persiste actuellement une allodynie versant palmo-cubital de l'index et au niveau de la perte de substance du pouce.

Allodynie versant palmo-cubital index et pulpe pouce ».

L'assuré a été examiné le 5 décembre 2014 par le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA. Aux termes de son rapport du 15 janvier 2015, ce médecin a constaté la

persistance d'une importante allodynie du moignon de l'index gauche, une allodynie du bord cubital de l'extrémité distale du pouce gauche, un déficit de flexion du pouce gauche et une faiblesse des doigts 3, 4 et 5 en flexion. Il a conclu que le cas n'était pas stabilisé.

Le 12 février 2015, l'assuré a subi une révision et résection d'un névrome douloureux du nerf cubital de l'index gauche.

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> mai 2015, le Dr F. \_\_\_\_\_ a notamment relevé ce qui suit:

« **Diagnostic :**

- Plaie complexe par scie circulaire à la main gauche avec :
  - Sub-amputation de l'index gauche, section du pédicule vasculo-nerveux cubital en zone II, section partielle de l'appareil extenseur et fracture ouverte complexe IPP.
  - Plaie complexe versant cubital de l'IP du pouce avec perte de substance et section nerf collatéral cubital ainsi qu'une perte partielle de la matrice unguéale.
- Amputation secondaire trans-P1 gauche le 12.2.2014.
- Névrôme douloureux du nerf collatéral cubital index gauche sur status plaie complexe nécessitant une amputation secondaire trans-P1 D2 gauche le 12.2.2014 ».

Le 19 mai 2015, le Dr K. \_\_\_\_\_ a à nouveau examiné l'assuré. Dans son rapport du même jour, le spécialiste a posé les diagnostics de subamputation traumatique de l'index gauche traitée initialement par arthrodèse IPP puis par amputation au niveau de P1, de status après plaie profonde de la face palmaire du pouce gauche, de status après révision et résection d'un névrome du nerf collatéral cubital de l'index gauche le 12 février 2015, d'allodynie persistante du moignon de l'index gauche et d'allodynie du bord cubital du pouce gauche. Il a considéré que le cas n'était pas stabilisé tout en précisant que, sur le plan professionnel, l'assuré était désormais apte à travailler dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles et pouvait avoir une activité mono-manuelle avec son membre supérieur droit et utiliser la main gauche uniquement pour des gestes d'appoint, sans activité de préhension fine.

Le 24 novembre 2015, l'assuré a subi une intervention tendant à l'amputation de la base du 2<sup>ème</sup> rayon et au resurfaçage de la face

palmo-cubitale interphalangienne du pouce gauche par un lambeau de type Foucher.

Il ressort d'une notice téléphonique du 20 janvier 2016 que l'assuré a déclaré pouvoir conduire, mais n'être pas en mesure de serrer fort le volant de sa main gauche. Il a précisé posséder une voiture automatique.

Lors d'un entretien du 16 mars 2016, l'assuré a réitéré ses propos et a précisé que, dans le cadre de la conduite, il utilisait sa main gauche comme appui.

L'assuré a été examiné par le Dr K. \_\_\_\_\_ le 23 mai 2016. Aux termes de son rapport du même jour, le médecin d'arrondissement a indiqué ce qui suit :

« **Diagnostic**

- Status après subamputation traumatique de l'index G, traitée initialement par arthrodèse IPP puis par amputation au niveau de P1 (22.08.2013).
- Status après plaie profonde de la face palmaire du pouce G (22.08.2013).
- Status après révision et résection d'un névrome du nerf collatéral cubital de l'index G (12.02.2015).
- Status après complément d'amputation du 2<sup>ème</sup> rayons (sic) de la main G et resurfaçage par lambeau de type Foucher de la face palmo-cubitale du pouce G (24.11.2015).
- Allodynie persistante du bord cubital du pouce G et de la commissure entre le pouce et le 3<sup>ème</sup> doigt de la main G.

**Appréciation**

L'assuré est vu à 33 mois de l'accident et à 6 mois de la dernière intervention chirurgicale.

L'évolution n'est pas du tout favorable. Les résultats de cette dernière intervention sont très mitigés. Persistance d'une allodynie du bord cubital du pouce G et dans la zone greffée de la commissure entre le pouce et le majeur.

En accord avec la Dresse [...] de N. \_\_\_\_\_, l'assuré va bénéficier d'un séjour à N. \_\_\_\_\_ pour réadaptation de la main et évaluation des capacités fonctionnelles ».

L'assuré a séjourné du 8 juin au 6 juillet 2016 à N.\_\_\_\_\_. Dans un rapport daté du 19 août 2016, les Drs Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et M.\_\_\_\_\_, médecin-assistante, ont indiqué notamment ce qui suit :

« APPRECIATION ET DISCUSSION

[...]

Une évaluation des capacités fonctionnelles est réalisée le 22.06.2016. Pendant l'évaluation, la volonté de donner le maximum aux différents tests est jugée réelle et le niveau de cohérence élevée. M. H.\_\_\_\_\_ a pu lever sur sol et à hauteur de sa taille 12 kg, a pu lever de la taille à hauteur de la tête 5 kg, porter de la main D dominant de 15 kg, porter de la main G n'a pas été réalisé avec une caisse vide de 2,5 kg (arrêt-sécuritaire).

Les limitations provisoires suivantes sont retenues : activités bimanuelles nécessitant la main gauche ; ports répétés de charges supérieures à 10 kg.

La situation n'est pas complètement stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. L'évaluation d'un bloc antalgique périphérique qui pourrait apporter une diminution des douleurs doit encore être faite.

Une stabilisation médicale est attendue à un an de la dernière intervention.

Aux ateliers professionnels, le patient a travaillé 3 heures consécutives au maximum pendant son séjour.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable au vu des facteurs médicaux retenus après l'accident.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est limité par la longueur de l'incapacité de travail, chez un patient non qualifié ayant encore des signes de phobie aux scies pouvant limiter l'accès à des ateliers professionnels actuellement ».

En annexe à leur rapport, les Drs Z.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ ont produit plusieurs documents, soit notamment :

- un rapport du 8 juillet 2016 de Mme I.\_\_\_\_\_, ergothérapeute, concluant que, si l'assuré avait amélioré sa forme physique et morale et la mobilité de son membre supérieur gauche durant son séjour, la très forte allodynie de la commissure entre D1 et D3

n'avait pas diminué et de nombreuses activités étaient encore très douloureuses voire impossibles à réaliser. Elle a également relevé :

#### «CAPACITES FONCTIONNELLES

- **Signalées** : M. H. \_\_\_\_\_ effectue la majorité des AVQ avec sa main D non-dominante. Il éprouve des difficultés à couper la nourriture, à cuisiner, à conduire, à soulever des charges. Il ne parvient pas à faire le ménage, ni à faire toute activité bilatérale nécessitant de la force.
- **Observées** : Idem. Les douleurs sont la principale limitation dans la réalisation d'activités. La main G est principalement utilisée avec D3-4-5 pour les préhensions (en crochet) et avec la face palmaire du poignet/avant-bras comme soutien (p. ex. pour porter un plateau). La pince avec le pouce ne peut être utilisée que pour des pinces sans résistance.

#### ÉVOLUTION OBJECTIVE

(entre parenthèses : évolution depuis le début du séjour)

- **Bilan 400 points** (nouvelle version) : Le pourcentage d'utilisation fonctionnelle de la main lésée (G) est de 23 % (+ 3 %). Il s'agit de la moyenne des épreuves suivantes :
  - *mobilité de la main* 30 % (=)  
Tous les mouvements des doigts et du poignet sont déficitaires, la résistance dans les prises est fortement limitée.
  - *force de préhension* 11 % (+ 4 %)  
Jamar 2<sup>ème</sup> cran : D 50.5 kg, G 5 KG (+ 3 kg) la prise est effectuée sans appui distal dans la paume  
Pinchmètre (pince pulpo-latérale D1-D2) : D 10.8 kg, G 1.5 kg (+ 0.3 kg)  
Fortes douleurs déclenchées par la passation de cette épreuve de force.
  - *prise monomanuelle et déplacements d'objets* 17 % (+ 9 %)  
Seuls les objets légers et de taille petite à moyenne peuvent être saisis et déplacés. D2 et D3 sont généralement exclus.
  - *fonction bimanuelle* 33 % (=)  
Les activités en force sont très difficiles voire impossibles » ;
- un rapport rédigé à l'issue d'une évaluation du 22 juin 2016 par J. \_\_\_\_\_, physiothérapeute ;
- un rapport portant sur un consilium psychiatrique du 21 juin 2016 de la Dre T. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, posant le diagnostic de phobie spécifique en lien avec le séjour [recte : les scies] (F 40.2) ;

- un rapport du 28 juin 2016 de la Dre [...], spécialiste en anesthésiologie et en traitement interventionnel de la douleur.

Dans un rapport de consultation ambulatoire du 26 octobre 2016, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et en traitement interventionnel de la douleur, a relevé qu'à l'examen clinique, la mobilité du pouce, du majeur, de l'annulaire et de l'auriculaire gauches restaient dans les normes, sans troubles neurovasculaires. Il a constaté l'absence de troubles vasculaires au niveau de l'index gauche mais une section complète de l'appareil extenseur au niveau de la zone 2.

Dans un rapport de consultation ambulatoire du 8 novembre 2016, le Dr R.\_\_\_\_\_ a relevé que son patient présentait un bon état général, sans déficit sensitivo moteur aux membres supérieurs, excepté la main, avec une bonne mobilité des coudes et épaules. Il a relevé que l'assuré présentait une allodynie massive au niveau de sa main avec par contre une absence de limitation du poignet, du coude et de l'épaule.

Dans un rapport du 23 décembre 2016, le Dr R.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'allodynie du bord ulnaire du pouce gauche et de la première commissure. Il a confirmé que malgré cette allodynie de la main, l'assuré présentait une absence de limitation du poignet, du coude et de l'épaule. Il a précisé que depuis l'opération du 24 novembre 2016, les douleurs avaient augmenté, l'assuré présentant des douleurs depuis la cicatrice d'amputation de l'index gauche qui remontaient le long du bras de manière assez générale et vers la nuque. Les douleurs étaient plutôt du moignon que fantômes, avec une hypersensibilité à tout (mécanique, température), aussi lors de la douche.

**b)** Le 27 avril 2017, l'assuré s'est coupé à la main gauche en coupant de la viande. Les plaies palmaires du 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> doigts ont été suturées le 30 avril 2017. La CNA a pris le cas en charge.

Par rapport du 18 mai 2017, le Dr R.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de neuropathie du bord ulnaire du pouce gauche et de la première commissure.

Par courriel à la CNA du 25 septembre 2017, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et en traitement interventionnel de la douleur, a relevé ce qui suit :

« Il était évoqué de proposer une stimulation électrique centrale ou périphérique chez M. H.\_\_\_\_\_, en raison de douleurs chroniques post traumatiques et chirurgicales de sa main gauche. J'ai réalisé un bloc pronostic (bloc du nerf radial superficiel sous contrôle ultrasonographique) en date du 11.09.17. Le patient a présenté une anesthésie de la paume de la main mais pas de la région du pouce, et les douleurs étaient inchangées. Dans ce contexte, nous renonçons à réaliser un test de stimulation périphérique. Quant à la stimulation médullaire, le patient souhaite la différer le plus tard possible, en raison notamment du risque non négligeable de complications ».

Dans un rapport du 15 octobre 2017, S.\_\_\_\_\_, ergothérapeute, a relevé que l'assuré présentait une allodynie toujours assez importante au niveau de la face latérale du pouce, de la 1<sup>ère</sup> commissure et au niveau du collatéral cubital du Vème. La force évaluée au Jamar était de 7,5 kg à gauche. L'assuré présentait des difficultés dans de nombreuses préhensions : il parvenait à se doucher et s'habiller - tout en présentant des difficultés au niveau de la fermeture de certains boutons -, mais peinait à préparer les repas ou à prendre un verre plein.

Le Dr K.\_\_\_\_\_ a procédé à l'examen final de l'assuré le 20 novembre 2017. Dans son rapport du même jour, il a établi l'historique de l'atteinte à la santé du recourant, résumant en particulier l'entier des rapports médicaux produits. Il a également retranscrit les déclarations de l'assuré. Le médecin a retenu ce qui suit :

« *Traitement actuel* : Dafalgan® 1 g 3 à 4 cp/jour.  
Irfen® 600 mg 2 à 3 cp/jour.  
Tramal® gttes 25 gttes en réserve 2 à 3  
x/semaine.  
Ergothérapie 2x/semaine.

### **Constatations**

[...]

*Epaules :*

Mobilité complète et symétrique, indolore [...]

*Coudes :*

Mobilité complète et symétrique

[...]

Pas de douleurs aux insertions tendineuses.

*La mobilité du poignet et de la main D* est dans la limite de la norme.

[...]

La mobilité des doigts de la main D est complète.

A gauche, pour ce qui concerne le pouce, importante allodynie du bord cubital. L'interphalangienne a une extension complète et une flexion limitée à 20°.

L'articulation métacarpo-phalangienne du 1<sup>er</sup> rayon a un déficit d'extension de 10° et une flexion à 20°.

La distance entre la pulpe du pouce et la paume de la main est de 4 cm.

*Pour ce qui concerne les doigts 3, 4 et 5 :* la flexion des articulations métacarpo-phalangiennes est :

Pour le 3<sup>ème</sup> rayon : 70°

Pour le 4<sup>ème</sup> rayon : 90°

Pour le 5<sup>ème</sup> rayon : 80°.

L'extension est complète.

*Pour ce qui concerne les articulations IPP des doigts 3,4 et 5 :* la flexion est de 90°.

Pour le 3<sup>ème</sup> doigt : 30°

Pour le 4<sup>ème</sup> doigt : 30°

Pour le 5<sup>ème</sup> doigt : 0°.

Importante allodynie du bord cubital du 5<sup>ème</sup> doigt et de la commissure entre le pouce et le 3<sup>ème</sup> doigt.

## **Diagnostic**

- Status après subamputation traumatique de l'index G, traitée initialement par arthrodèse IPP puis par amputation au niveau de P1 (22.08.2013).
- Status après plaie profonde de la face palmaire du pouce G (22.08.2013).
- Status après révision et résection d'un névrome du nerf collatéral cubital de l'index G (12.02.2015).
- Status après complément d'amputation du 2<sup>ème</sup> rayon de la main G et resurfaçage par lambeau de type Foucher de la face palmo-cubitale du pouce G (24.11.2015).
- Allodynie persistante du bord cubital du pouce G et de la commissure entre le pouce et le 3<sup>ème</sup> doigt de la main G.
- Status après plaie palmaire du 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> doigts de la main G avec section du fléchisseur profond et troubles sensitifs du 5<sup>ème</sup> doigt (30.04.2017).
- Satus après suture des tendons fléchisseurs profonds des 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> doigts de la main G et neurolyse du nerf collatéral palmaire cubital du 5<sup>ème</sup> doigt (15.05.2017).
- Allodynie persistante du bord cubital de l'auriculaire à G.

## **Appréciation**

L'assuré est vu à plus de 4 ans du premier accident. On peut considérer le cas comme stabilisé. Aucune amélioration notable n'est à attendre.

Pour ce qui concerne les plaies des 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> doigts survenues en avril 2017, le cas est stabilisé, selon son médecin.

Sur le plan professionnel, l'assuré ne pourra plus exercer son métier habituel. L'assuré est désormais apte à travailler uniquement dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Il peut avoir une activité mono-manuelle D (patient gaucher). La main G peut être utilisée pour des gestes d'appoint occasionnels sans activité de préhension fine.

Suite à l'événement du 23.08.2013 et à celui de 2017, il y a eu une atteinte durable et importante à l'intégrité corporelle qui fera l'objet d'une appréciation séparée. »

Le même jour, le Dr K. \_\_\_\_\_ a proposé de retenir un taux d'atteinte à l'intégrité de 25 %, se fondant sur la motivation suivante :

« Suite à l'accident du 23.08.2013, l'assuré a eu une importante plaie du pouce G et de l'index G qui a dû être amputé au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne. Il a développé une importante allodynie du pouce et de la commissure entre le pouce et le majeur. L'état actuel de la main G est équivalent à celle d'une amputation du pouce et de l'index au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes.

Suite à l'accident du 24.04.2017 les séquelles n'atteignent pas le seuil indemnisable.

La table no 3 figure no 19 des indemnisations pour les atteintes à l'intégrité selon la LAA prévoit une indemnisation de 25 % en cas d'amputation du pouce et de l'index au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes.

Dans le cas de Mr H. \_\_\_\_\_, une indemnisation de 25 % me paraît justifiée ».

Par courrier du 24 novembre 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle comptait mettre fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 décembre 2017.

Par courriel du 4 décembre 2017, [...] a indiqué qu'en 2017, l'assuré aurait touché un salaire mensuel de 4'789 fr., auquel s'ajoutait un 13<sup>ème</sup> salaire de 8.33 % du salaire de base, soit 399 fr. 08, et que l'horaire hebdomadaire de travail s'élevait à 41 heures.

Par décision du 9 janvier 2018, la CNA a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 31'500 francs. Elle a refusé l'allocation d'une rente d'invalidité, en considérant que la perte de gain subie s'élevait à 8,16 %, taux insuffisant à ouvrir le droit à la rente. A l'appui de sa décision, la CNA a indiqué que selon ses investigations, l'assuré était à même d'exercer une activité mono-manuelle droite, la main gauche pouvant être utilisée pour des gestes d'appoint occasionnels sans activité de préhension fine et qu'une telle activité, exigible durant toute la journée, lui permettrait de réaliser un revenu de 57'179 francs.

Il ressort des pièces au dossier que, pour déterminer le revenu avec invalidité, la CNA s'est fondée sur son fichier de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT). Elle a sélectionné cinq fiches de postes actuels dans le canton de Vaud, savoir : n<sup>os</sup> 11554 (collaborateur de production, fonction : contrôleur), 3488 (employé de brasserie, fonction : cariste), 5825 (collaborateur de production, fonction : conducteur de palan), 4605 (collaborateur de production, fonction : adoucissage circulaire) et 593892 (ouvrier de scierie, fonction : empileur). Le revenu avec invalidité retenu par la CNA correspondait à la moyenne des revenus de ces cinq postes.

Le 9 février 2018, l'assuré, représenté par son conseil Me Jana Burysek, s'est opposé à la décision susmentionnée, en concluant à sa réforme en ce sens que son droit à une rente d'invalidité entière soit reconnu dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018, et que son atteinte à l'intégrité soit fixée à 40 %, l'IPAI étant arrêtée à un montant minimum de 50'400 francs. En substance, il a fait valoir que le rapport du Dr K. \_\_\_\_\_ du 20 novembre 2017 sur lequel s'était fondée la CNA présentait des lacunes et que cette autorité n'avait pas tenu compte de l'ensemble des éléments médicaux au dossier en particulier des différents rapports rendus par N. \_\_\_\_\_. Il a indiqué se trouver en incapacité totale d'exercer une activité mono-manuelle droite durant toute une journée. Il a contesté les choix des cinq DPT retenues par la CNA, considérant celles-ci incompatibles avec sa situation. Il a enfin requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise par un médecin indépendant.

Le 14 mai 2018, Me Burysek a adressé à la CNA un rapport du 16 avril 2018 du Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, par lequel ce médecin a confirmé que la capacité de travail de ce dernier était restreinte. Il a indiqué que le seul traitement fonctionnant correctement était la morphine, à bonne dose, mais qu'à la dose prescrite, les capacités de travail, de déplacement et de fonctionnement étaient impossibles. Le Dr D. \_\_\_\_\_ a précisé que tant en l'absence de traitement qu'avec une dose de morphine insuffisante, les douleurs étaient maximales. Le médecin a ajouté que si la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était de trois heures par jour au maximum, il ignorait ce qu'il en serait lorsqu'il aurait dépassé les 50 ans, sur un marché du travail difficile. Il a conclu que son patient présentait une incapacité de travail qu'il a estimée à 70 %.

Par décision sur opposition du 23 mai 2018, la CNA a confirmé sa décision du 9 janvier 2018. Dans sa motivation, elle a notamment retenu que le rapport du 16 avril 2018 du Dr D. \_\_\_\_\_ ne se prononçait pas explicitement sur les conclusions du Dr K. \_\_\_\_\_ et portait sur les problèmes rencontrés par son patient dans le cadre de la gestion et du traitement de la douleur. Elle a en outre considéré que les rapports

médicaux rendus à l'occasion du séjour de l'assuré auprès de N. \_\_\_\_\_ n'étaient pas pertinents dès lors qu'à l'époque où ils avaient été rédigés, la situation de l'assuré n'était pas stabilisée. Elle a enfin confirmé la pertinence des DPT sélectionnées en vue de déterminer le gain réalisable annuel moyen.

**B.** Par acte du 25 juin 2018, H. \_\_\_\_\_, représenté par Me Burysek, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, dont le taux était à déterminer en cours d'instance, ainsi qu'à l'octroi d'une IPAI de 40 % - respectivement de 50'400 fr. -, et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision. Le recourant a fait valoir que l'intimée avait violé son devoir d'instruction en ne se prononçant que sur la base de l'examen du 20 novembre 2017 du Dr K. \_\_\_\_\_, estimant ce document « incomplet », « contradictoire » et « lacunaire ». A cet égard, il a tout d'abord relevé que, dans son rapport du 16 avril 2018, le Dr D. \_\_\_\_\_ avait déploré l'impossibilité d'une antalgie adéquate permettant l'exercice d'une activité professionnelle dès lors que la dose de morphine prescrite rendait impossible les capacités de travail, de déplacement et de fonctionnement. Cette appréciation confirmait, selon lui, les constats de N. \_\_\_\_\_ qui avaient décrit les douleurs comme principale limitation des activités. Le recourant a ainsi reproché au Dr K. \_\_\_\_\_ de n'avoir pas traité cette problématique, ni indiqué la prise, respectivement la dose prescrite, de morphine ainsi que les conséquences de cette médication sur son atteinte à la santé. Il a également soutenu que le rapport du Dr K. \_\_\_\_\_ était en contradiction avec les constatations des Drs R. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_ et de Mme S. \_\_\_\_\_ et ne motivait pas les raisons l'ayant conduit à se distancier de leurs appréciations. Il a en particulier relevé que le Dr R. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 18 mai 2018 [recte : 2017], avait constaté une augmentation des douleurs ensuite de l'intervention du 24 novembre 2015 et a contesté qu'alors que sa situation médicale s'était péjorée dès cette date, le Dr K. \_\_\_\_\_ ait pu retenir les mêmes limitations fonctionnelles depuis 2014. L'appréciation du médecin d'arrondissement

selon laquelle le recourant aurait été en mesure d'utiliser sa main gauche était également contredite par le fait qu'il avait développé une hypersensibilité de cette main. Enfin, le recourant a reproché au Dr K. \_\_\_\_\_ de n'avoir pas indiqué à quelle fréquence il serait en mesure d'exercer une activité professionnelle alors que tant N. \_\_\_\_\_ que le Dr D. \_\_\_\_\_ avaient estimé qu'il était incapable de travailler plus de 3 heures consécutives. Le recourant a également affirmé que l'intimée avait mal apprécié sa situation. Se référant aux rapports des ergothérapeutes, il a indiqué n'être pas en mesure d'exercer une activité bilatérale nécessitant de la force. Il a affirmé que dès lors que l'entier de sa main gauche, respectivement de son membre supérieur gauche, était inutilisable en raison de douleurs irradiantes, même dans la vie quotidienne, il ne lui était pas possible d'exercer les activités monomanuelles proposées par l'intimée 8 heures par jour, 5 jours par semaine. Il a précisé que les 5 DPT retenues étaient incompatibles avec sa situation, puisqu'elles nécessitaient des actions qu'il n'était pas en mesure d'effectuer de sa main droite (le port de charges, la conduite de véhicule, ou un travail de précision), qu'elles réclamaient l'usage des deux mains et qu'elles imposaient de travailler plus de 3 heures consécutives ce dont il était incapable. Il a enfin affirmé que le taux d'IPAI retenu était insuffisant et devait être de 40 % en se fondant sur la table 3, figure n° 43. Finalement, le recourant a requis, à titre de mesures d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire par un spécialiste en chirurgie orthopédique, un psychiatre, ainsi qu'un ergothérapeute.

Dans sa réponse du 19 octobre 2018, la CNA, représentée par Me Didier Elsig, a conclu au rejet du recours.

Par réplique et duplique des 12 novembre et 3 décembre 2018, les parties ont persisté dans leurs précédents motifs et conclusions.

### **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-accidents (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 ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le présent litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et sur la quotité de l'IPAI.

**3.** 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'assurance 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.

**4.** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte,

son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire.

**5. a)** Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à 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\_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) – 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 (art. 19 al. 1 LAA).

**b)** Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA).

**c)** La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C\_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 8C\_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

**d)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

**e)** Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3).

**f) aa)** Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué selon deux méthodes d'évaluation.

**bb)** Le revenu avec invalidité peut être déterminé en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les

entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

**cc)** Le revenu avec invalidité peut également être évalué sur la base des données salariales résultant des DPT établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; 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'invalidité, 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 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : SBVR, 2<sup>ème</sup> éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 176).

Pour que le revenu d'invalidité corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui (ATF 128 V 29 consid. 1), 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\_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2 ; TF 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 précité 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). De jurisprudence constante, dans le cadre de la méthode des DPT, aucune réduction liée à la situation personnelle et professionnelle (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/permis de séjour et taux d'occupation, qui permettent un taux d'abattement global de 25 % au maximum sur le revenu statistique, TF 8C\_800/2015 du 7 juillet 2016 consid. 3.4.2) n'est possible, contrairement à ce qui est admis dans la méthode fondée sur l'ESS (ATF 139 V 592 consid. 7.3 ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.3). En effet, dans le cadre de la méthode des DPT, les différents éléments précités doivent être pris en compte dans le cadre du choix du salaire de référence entre le revenu minimum et le revenu maximum mentionnés dans les DPT retenues (ATF 139 V 592 consid. 7.3 ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.3).

**6. a)** 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.

Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme

à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133V 224 consid. 2.2).

**b)** L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b ; 113 V 2018 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 (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

**7.** En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, consacré notamment à l'art. 61 let. c LPGA, le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu ; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, 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 plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352 ; TF 9C\_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.1).

Il importe pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude

circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 9C\_851/2012 du 5 mars 2013 consid. 2.2).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs 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 permette de mettre en cause leur bien-fondé. 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). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA 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, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères

jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C\_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

**8. a)** Le 22 août 2013, le recourant a été victime d'un accident lors duquel il s'est coupé l'index gauche avec une scie circulaire. Il a ensuite été victime, en avril 2017, d'un nouvel événement accidentel, lorsqu'il s'est blessé au niveau des 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> doigts de la main gauche en découpant de la viande.

Il est constant que depuis l'accident d'août 2013, l'assuré n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle d'ouvrier actif dans [...]. Il n'est en outre, à juste titre, pas remis en question que l'état de santé de l'assuré est stabilisé. L'intimée considère que l'assuré est à même d'exercer une activité monomanuelle droite, en utilisant sa main gauche pour des gestes d'appoint occasionnels, sans activité de préhension fine, au taux de 100 %. Le recourant affirme quant à lui ne pas être en mesure d'exercer une telle activité et être incapable de travailler plus que 3 heures par jour.

**b)** En l'occurrence, dans son rapport du 20 novembre 2017, le Dr K.\_\_\_\_\_ a décrit les limitations fonctionnelles auxquelles est confronté le recourant pour l'exercice d'une activité professionnelle. Dans ce cadre, il a estimé qu'une activité adaptée était exigible, en retenant que l'assuré pouvait effectuer une activité mono-manuelle droite, la main gauche pouvant être utilisée pour les gestes d'appoint occasionnels sans

préhension fine. Cette appréciation n'est pas contredite par les autres médecins. En particulier, le fait que les médecins de N. \_\_\_\_\_ aient fait état d'une possibilité de travail de 3 heures consécutives ne permet pas de considérer qu'il s'agit du taux d'activité raisonnablement exigible de l'assuré. A l'époque où il a séjourné à N. \_\_\_\_\_, son cas n'était en effet pas encore stabilisé, à quelque six mois de l'amputation de la base du 2<sup>ème</sup> rayon et du surfaçage de la face palmo-cubitale de l'interphalangienne du pouce par un lambeau de type Foucher, intervention qui a été effectuée le 24 novembre 2015. Or, dans le cadre de son examen du 20 novembre 2017, le Dr K. \_\_\_\_\_ a relevé que la mobilité des épaules, comme celle des coudes, était complète et symétrique. La mobilité du poignet, de la main et des doigts de la main droite était dans la norme. Quant à la main gauche, il a constaté une importante allodynie persistante du bord cubital du pouce gauche et de la commissure entre le pouce et le 3<sup>ème</sup> doigt de la main gauche, ainsi que du bord cubital de l'auriculaire gauche. Toutefois, le recourant n'a pas été considéré comme se trouvant dans la situation d'une personne privée de l'usage d'un bras ou d'une main. En particulier, le Dr K. \_\_\_\_\_ n'a pas exclu tout usage de la main gauche, mais estimé que celle-ci pouvait être utilisée pour des gestes d'appoint occasionnels sans activité de préhension fine, n'écartant ainsi pas toute utilisation de la main gauche comme main d'aide.

Les arguments du recourant dirigés contre l'appréciation du Dr K. \_\_\_\_\_ ne peuvent être suivis. Ce médecin a en effet tenu compte de l'entier des documents médicaux au dossier, qu'il a résumés ; il a listé les déclarations de l'assuré, l'a examiné, et a posé des conclusions claires, qui ne sont pas contredites. En outre, il est erroné d'affirmer que la décision attaquée ne repose que sur le rapport du Dr K. \_\_\_\_\_ du 23 novembre 2017. Le dossier de l'intimée a en effet fait l'objet d'une instruction complète depuis août 2013. La remarque du Dr D. \_\_\_\_\_ déplorant, dans son rapport du 16 avril 2018, ne pas trouver l'antalgie adéquate est sans effet à cet égard. Il ressort en effet du rapport du 23 novembre 2017 du Dr K. \_\_\_\_\_ que le traitement médicamenteux du recourant consiste en du Dafalgan et de l'Irfen, les gouttes de Tramal ne

venant qu'en réserve, deux à trois fois par semaine. Dès lors, l'avis du médecin traitant selon lequel la morphine prescrite réduirait la capacité de travail, de même que les capacités de déplacement et de fonctionnement, ne peut être suivi. Du reste, il ressort du dossier que le recourant conduit (cf. note téléphonique et procès-verbal d'entretien des 20 janvier et 16 mars 2016). Ainsi et contrairement à ce qu'allègue le recourant, le Dr K. \_\_\_\_\_ a bien tenu compte dans son appréciation de la prise de Tramal en réserve, et a indiqué le dosage de ce médicament. Pour le surplus, on peine à voir la contradiction dont se prévaut le recourant entre les constatations du Dr K. \_\_\_\_\_ et celles du 18 mai 2017 du Dr R. \_\_\_\_\_. Les douleurs dont a fait état ce dernier ne sont pas contestées. Le fait qu'elles aient augmenté depuis l'intervention du 24 novembre 2016 a conduit le Dr K. \_\_\_\_\_ - comme le Dr R. \_\_\_\_\_ - à poser les diagnostics d'importante allodynie persistante du bord cubital du pouce gauche et de la commissure entre le pouce et le 3<sup>ème</sup> doigt de la main gauche, ainsi que du bord cubital de l'auriculaire gauche. C'est le lieu de relever que, dans ses rapports des 8 novembre et 23 décembre 2016, le Dr R. \_\_\_\_\_ a aussi relevé une absence de limitation du poignet, du coude et de l'épaule et qu'il a indiqué dans un rapport du 26 octobre 2016, que la mobilité du pouce, du majeur, de l'annulaire et de l'auriculaire étaient dans la norme, rejoignant en cela les constatations du Dr K. \_\_\_\_\_. Le recourant a d'ailleurs lui-même indiqué, lors d'un entretien du 16 mars 2016, qu'il utilisait sa main gauche comme appui pour la conduite. Il ne peut ainsi être suivi lorsqu'il affirme que sa main gauche, respectivement l'entier de son membre supérieur gauche, est inutilisable. Dans ces circonstances, c'est à juste titre que la CNA a retenu que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail du recourant était entière.

**c) Il convient d'examiner le droit à la rente du recourant.**

Avec la CNA, il y a lieu d'arrêter le revenu sans invalidité au montant que le recourant aurait gagné à la date de la naissance du droit à la rente, soit en 2017 (cf. rapport du 20 novembre 2017 du Dr K. \_\_\_\_\_), s'il avait toujours travaillé auprès de [...]. Ce montant s'élève à 62'256 fr.

96 (12 mois x [4'789 fr. + 399 fr. 08]) (cf. courriel du 4 février 2017 de [...]).

**d)** Pour déterminer le revenu avec invalidité, l'intimée s'est fondée sur les DPT. Or, parmi les cinq DPT retenues, les n<sup>os</sup> 11554 (collaborateur de production, fonction : contrôleur), 4605 (collaborateur de production, fonction : adoucissage circulaire), 3488 (employé de brasserie, fonction : cariste) et 5825 (collaborateur de production, fonction : conducteur de palan) ne sont pas adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré. La DPT n<sup>o</sup> 11554 (collaborateur de production, fonction : contrôleur) requiert en effet de tester des pipettes et des doseurs, en contrôlant les doses délivrées à l'aide d'une balance, activité qui implique une action répétitive du pouce sur le poussoir. Or, le recourant présente une allodynie persistante du bord cubital du pouce sur sa main dominante. La DPT n<sup>o</sup> 4605 (collaborateur de production, fonction : adoucissage circulaire) impose de tenir des brucelles. Or bien qu'il soit possible pour une personne handicapée d'une main ou d'un bras d'exercer cette activité, le bras ou la main atteinte ne doit pas être dominant. Il paraît également douteux que les DPT n<sup>os</sup> 3488 et 5285 respectent les limitations fonctionnelles retenues. Ces postes impliquent en effet des activités de motricité fine nécessitant le maniement de commandes d'élévation pour l'une (n<sup>o</sup> 3488) et d'un boîtier pour donner une impulsion ou aligner une charge suspendue (n<sup>o</sup> 5825). Enfin, la DPT n<sup>o</sup> 593892 (ouvrier de scierie, fonction : empileur) est en inadéquation avec le diagnostic retenu par la Dre T. \_\_\_\_\_ de phobie spécifique en lien avec des scies (cf. rapport du 13 juin 2016). En conséquence, les DPT choisies ne permettent pas de procéder au calcul du taux d'invalidité du recourant.

Il convient dès lors d'examiner le taux d'invalidité du recourant sur la base de l'ESS.

A cet égard, au vu du large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail, il y a lieu d'admettre qu'un nombre significatif des données salariales ressortant de

l'ESS, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont adaptées aux problèmes physiques du recourant. A titre d'exemples, on peut citer des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle (TF 9C\_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.3). Le salaire de référence, pour des hommes exerçant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), s'élevait, en 2016, à 5'340 fr. mensuels, part au treizième salaire comprise (ESS 2016, TA 1, niveau de qualification 1).

Compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2017 (41,7 heures), ce montant doit être porté à 5'566 fr. 95, auquel il convient d'appliquer l'évolution des salaires nominaux de 2016 à 2017 (+ 0.4 %), soit 5'589 fr. 21. Un taux d'abattement de 25 % tenant compte des limitations fonctionnelles importantes du recourant est adéquat. C'est du reste ce taux d'abattement qui a été retenu par l'OAI, quand bien même l'appréciation de l'assurance-invalidité ne lie pas l'assureur accidents (cf. ATF 131 V 362 consid. 2.3). Le revenu annuel avec invalidité s'élève ainsi à 50'302 fr. 96 ( $[5'589 \text{ fr. } 21 - 25\%] \times 12 \text{ mois}$ ).

La comparaison d'un revenu d'invalidé de 50'302 fr. 96 avec un revenu sans invalidité de 62'256 fr. 96 aboutit à un degré d'invalidité de 19.2 %, arrondi à 19 %. Le recourant a par conséquent droit à une rente d'invalidité de 19 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018 (cf. art. 19 al. 1 LAA).

**9.** Le recourant reproche encore à l'intimée d'avoir retenu un taux d'IPAI insuffisant. Il estime que celui-ci devrait s'élever à 40 % sur la base de la table 3, figure 43. Dans ce cadre, il requiert également la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

Il ressort de la motivation développée par le Dr K.\_\_\_\_\_ à l'appui de son évaluation de l'atteinte à l'intégrité que celui-ci a appliqué la table 3 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, qui prévoit une IPAI de 25 % en cas d'atteinte résultant de la perte du pouce et de l'index, aussi bien pour la main dominante qu'adominante. Le Dr

K.\_\_\_\_\_ a ainsi considéré que l'importante plaie du pouce gauche et de l'index gauche, qui a été amputé, l'importante allodynie du pouce et de la commissure entre le pouce et le majeur équivalait à une main amputée du pouce et de l'index au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes. Cette appréciation ne paraît pas critiquable puisqu'elle admet que l'entier des doigts considérés est atteint.

Le degré d'indemnisation que le recourant voudrait se voir reconnaître correspond à une atteinte résultant de la perte de l'entier de sa main gauche. Il ressort cependant des rapports médicaux au dossier que seuls le pouce et l'index ont été touchés par l'accident considéré (cf. lettre de sortie du 9 décembre 2013 du Dr L.\_\_\_\_\_ ; rapports des 6 mars, 18 septembre 2014 et 1<sup>er</sup> mai 2015 du Dr F.\_\_\_\_\_ ; des 15 janvier 2015, 19 mai 2015, 23 mai 2016, 20 novembre 2017 du Dr K.\_\_\_\_\_ ; du 19 août 2016 des Drs Z.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ ; du 8 juillet 2016 de Mme I.\_\_\_\_\_ ; du 22 juin 2016 de Mme J.\_\_\_\_\_ ; du 28 juin 2016 de la Dre [...]; des 26 octobre 2016, 8 novembre 2016, 23 décembre 2016 et du 18 mai 2017 du Dr R.\_\_\_\_\_ ; du 15 octobre 2017 de Mme S.\_\_\_\_\_). Plusieurs intervenants ont d'ailleurs souligné la possibilité d'utiliser la main lésée (rapport du 8 juillet 2016 de Mme I.\_\_\_\_\_), et la mobilité du pouce, du majeur, de l'annulaire et de l'auriculaire gauches (cf. rapports du 26 octobre 2016 du Dr R.\_\_\_\_\_ et du 20 novembre 2017 du Dr K.\_\_\_\_\_). Enfin, comme relevé ci-dessus, l'assuré a admis utiliser sa main gauche comme appui dans le cadre de la conduite. Ainsi, on ne saurait considérer que le recourant se trouverait dans une situation équivalant à la perte de l'entier de sa main. La mise en place d'une nouvelle expertise serait sans effet à cet égard.

Il convient donc de retenir que l'évaluation de l'IPAI par le Dr K.\_\_\_\_\_ tient compte de façon proportionnée de l'importance de l'atteinte au pouce et à l'index et ne prête pas le flanc à la critique.

**10.** Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert le recourant par la mise en œuvre d'une

expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 c. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 ; TF 8C\_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2).

**11. a)** Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents à hauteur de 19 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**c)** Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé.

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

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 23 mai 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est réformée, en ce sens que H.\_\_\_\_\_ a droit à une rente d'invalidité de 19 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

**IV.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à H.\_\_\_\_\_ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jana Burysek (pour H.\_\_\_\_\_),
- Me Didier Elsig (pour 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 :