

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 mars 2021

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Métral, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

U._____, à [...], recourant,

et

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

Art. 4, 6, 7, 8 et 16 LPGA ; art. 6,10 et 18 LAA ; art. 36 OLAA

E n f a i t :

A. U._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...]1960, droitier, sans formation professionnelle, a été engagé le 15 décembre 2001 comme ouvrier auprès de B._____. 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).

A titre d'activité accessoire, l'assuré était concierge pour D._____ depuis 2012.

Le 5 octobre 2016, travaillant pour B._____, l'assuré a vu sa main droite happée en nettoyant une ponceuse. Il a subi un écrasement de cette main, avec une plaie dorso-radiale de la base des deux premiers métacarpiens et une contusion-hématome de l'éminence Thénar et de M2 (rapport de prise en charge du 9 novembre 2016 au Centre hospitalier E._____ [...], Dre F._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique). Un syndrome douloureux régional complexe (SDRC ou CRPS) est également évoqué.

Faisant suite à une déclaration de sinistre du 6 octobre 2016, la CNA a pris en charge les suites de cet accident par courrier du 7 novembre 2016.

Après une période d'incapacité de travail totale, l'assuré a pu reprendre son activité à un taux d'activité de 50 % le 24 avril 2017, de 70 % le 4 mai 2017 et de 100 % le 4 septembre 2017.

Le 13 novembre 2017, B._____ a informé la CNA qu'elle devait se résoudre à résilier les rapports de travail de l'assuré en raison de difficultés économiques.

L'assuré s'est à nouveau retrouvé en incapacité de travail à 50 % dès le 22 novembre 2017.

A la demande du Dr C._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, la Dre G._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, ainsi qu'en chirurgie de la main, a examiné l'assuré en *consilium* (rapport du 1^{er} décembre 2017). Elle a estimé que l'assuré présentait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée (sans effort, sans exposition au froid, sans mouvements répétitifs de préhension avec sa main droite dominante) encore pour une durée de six semaines, après quoi il conviendrait d'augmenter progressivement la capacité de travail dès le début de l'année, ceci toujours dans une activité adaptée.

Le Dr C._____ a examiné l'assuré le 6 février 2018. En accord avec l'intéressé, il a recommandé un séjour à la Clinique de réadaptation H._____ [...] afin de mieux préciser d'éventuelles limitations fonctionnelles.

L'assuré a séjourné à la Clinique de réadaptation H._____ du 23 mars au 24 avril 2018. Dans leur rapport du 2 mai 2018, les Drs I._____, spécialiste en neurologie et J._____, médecin assistant, ont posé le diagnostic d'écrasement de la main droite le 5 octobre 2016 avec plaie dorso-lombaire de la base des deux premiers métacarpiens, contusion-hématome des éminences Thénar et M2 droits, ainsi qu'avec fracture consolidée de l'os pyramidal droit. A titre de comorbidités, ils ont retenu une hypertension artérielle traitée et une rhizarthrose à droite. Les Drs I._____ et J._____ ont en revanche exclu un syndrome douloureux régional complexe (SDRC) après leurs examens. Une stabilisation était attendue dans un délai de trois ou quatre mois. Les médecins de la Clinique de réadaptation H._____ ont estimé que l'assuré présentait les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activités avec gestes répétitifs et/ou prolongés du membre supérieur droit nécessitant force et endurance et pas de port de charges supérieures à 10 kg de manière prolongée et/ou répétitive. Au terme du séjour, ils ont estimé à 50 % la capacité de travail

de l'assuré dans son activité habituelle. S'agissant d'une activité adaptée, les Drs I._____ et J._____ ont indiqué que sur le plan médico-théorique, l'intéressé devrait pouvoir travailler à temps complet à stabilisation. Le rapport principal était accompagné de radiographies et d'un scanner des deux mains du 29 mars 2018, d'un électromyogramme (ENMG) du Dr K._____ du 29 mars 2018, d'un rapport d'atelier du 23 mars 2018, d'un rapport d'évaluation des capacités fonctionnelles du 23 avril 2018, d'un rapport d'ergothérapie du 24 avril 2018 et d'un rapport de physiothérapie du 24 avril 2018.

A la suite du séjour à la CRR, le Dr C._____ a recueilli des renseignements auprès de la Dre A._____, spécialiste en médecine interne générale (rapport intermédiaire du 8 juin 2018 et courrier du 19 juillet 2018, accompagné des rapports d'IRM de la main et du poignet droit des 12 et 18 juin 2018, ainsi que du rapport du 9 juillet 2018 de la Dre O._____, spécialiste en rhumatologie).

Le 28 août 2018, la Dre A._____ a transmis au médecin d'arrondissement un rapport d'ergothérapie du 29 mai 2018 (M._____ M._____) et de physiothérapie non daté (N._____).

B._____ et l'assuré ont stipulé un nouveau contrat de travail pour un poste au taux d'activité de 50 % du 1^{er} juillet 2018 au 31 décembre 2018.

Le 4 septembre 2018, le Dr C._____ a réalisé l'examen final de l'assuré. Dans son rapport du même jour, il a indiqué qu'il n'y avait pas de traitement susceptible d'améliorer notablement l'état de santé de l'assuré, la physiothérapie et l'ergothérapie n'ayant pas vocation à être indéfiniment poursuivies. Il a retenu la persistance de douleurs résiduelles sans explication claire, modulées par la situation socioprofessionnelle. S'agissant des limitations fonctionnelles, il a renvoyé à l'évaluation de la Clinique de réadaptation H._____. Le Dr C._____ a retenu que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée.

Dans le même rapport, il a retenu, par analogie avec une arthrose intra-carpienne toute débutante, un taux d'atteinte à l'intégrité de 5 % en référence à la table 5 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (détail N° 2870/5.f-2000).

La CNA a recueilli des renseignements économiques pour les années 2017 et 2018 (revenus et horaire de travail hebdomadaire moyen) auprès de B._____. Le 14 septembre 2018, cette société a indiqué que le salaire horaire était de 28 fr. 05, auquel s'ajoutaient 8,33 % pour le treizième salaire et 8,33 % pour les vacances et jours fériés, que l'horaire hebdomadaire était de 45 heures et que le salaire brut se montait à 75'249 fr. 70 en 2015 et à 76'465 fr. 60 en 2016.

Dès le 1^{er} octobre 2018, l'assuré s'est retrouvé en incapacité de travail à 100 % (cf. certificats de la Dre A._____ des 2 et 29 octobre 2018, par la suite renouvelés).

Lors d'un entretien le 30 octobre 2018 entre l'assuré, la CNA, l'employeur et l'OAI, l'intéressé a signalé des douleurs persistantes et des enflures à la main droite y compris lors de travaux adaptés sans port de charges.

Réinterrogé par la CNA à ce propos, le Dr C._____ a maintenu son appréciation le 15 novembre 2018.

Par communication du 17 janvier 2019, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 1^{er} mars 2019, se fondant sur l'examen final pratiqué par le Dr C._____. Elle a précisé examiner si d'autres prestations d'assurances pouvaient être allouées. En annexe à cette communication figurent deux décomptes des indemnités journalières pour les périodes du 16 novembre 2016 au 19 décembre 2018 (B._____) et du 16 novembre 2016 au 5 septembre 2017 (D._____).

Le même jour, la CNA a recueilli des renseignements économiques pour l'année 2019 (revenus et horaire de travail hebdomadaire moyen) auprès de B._____. Le 31 janvier 2019, cette société a indiqué que le salaire horaire brut était de 28 fr. 05 en 2019, auquel s'ajoutaient 8,33 % pour le treizième salaire et 8,33 % pour les vacances et jours fériés. L'horaire hebdomadaire était de 45 heures.

Interrogé le 29 avril 2019 par la CNA, l'assuré a déclaré avoir cessé l'activité accessoire de concierge pour D._____ en raison de l'accident.

Le 6 mai 2019, la CNA a recueilli des renseignements économiques auprès de D._____. Le 18 mars 2019, cette société a indiqué que l'assuré réalisait un revenu annuel brut de 10'400 fr., gratification de 200 fr. comprise du 5 octobre 2015 au 4 octobre 2016, sans changement pour 2019. En outre, l'intéressé avait cessé son activité de concierge, reprise par sa fille.

Le Dr C._____ a indiqué le 31 juillet 2019 qu'il était possible que l'assuré ne puisse plus travailler comme concierge, mais qu'il pouvait exercer une activité dans le respect des limitations fonctionnelles reconnues lors du séjour à la Clinique de réadaptation H._____.

Par décision du 5 août 2019, portant la référence du sinistre concernant la main droite, la CNA a refusé le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. Elle a retenu qu'en dépit des séquelles de l'accident, l'assuré pouvait exercer une activité légère adaptée à ses limitations fonctionnelles dans différents secteurs de l'industrie. La comparaison entre les revenus sans invalidité (82'155 fr. selon les indications des employeurs) et avec invalidité (selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2016 [ESS], éditée par l'Office fédéral de la statistique [OFS], compte tenu de l'indexation pour les années 2017 à 2019, d'un horaire de travail de 41,7 heures et d'une réduction de 5 % pour les limitations fonctionnelles) aboutissait à une perte de gain de 6 %,

insuffisante pour ouvrir le droit à une rente. La CNA a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %, d'un montant de 7'410 francs.

Le 4 septembre 2019, U._____ a formé opposition à l'encontre de la décision précitée. Il a contesté pouvoir travailler à plein temps dans une activité adaptée, se prévalant notamment d'un nouveau rapport de la Dre A._____ du 23 août 2019 faisant état d'une complication en raison de l'apparition d'une capsulite de l'épaule gauche, avec enraidissement progressif de l'articulation et douleurs nocturnes. Il a aussi allégué que le revenu d'invalidé n'était pas réaliste compte tenu de l'atteinte à la main droite. Il s'est prévalu d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Il a par ailleurs critiqué le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité retenu, ainsi que sa motivation.

Par décision sur opposition du 9 septembre 2019, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Elle a relevé, en substance, que seules les séquelles accidentelles à la main droite devaient être prises en compte (à l'exclusion de la capsulite apparue à l'épaule gauche) et que l'assuré n'avait pas apporté d'éléments médicaux propres à remettre en cause l'appréciation de la capacité de travail telle qu'évaluée par les médecins de la Clinique de réadaptation H._____ et le Dr C._____. Reprenant le calcul du préjudice économique imputable à l'accident, la CNA a confirmé un revenu sans invalidité de 81'505 fr. (correspondant à 71'104 fr. 56 pour l'activité principale chez B._____ et à 10'400 fr. pour l'activité accessoire chez D._____) et un revenu avec invalidité de 77'472 fr. en se référant aux données statistiques de l'ESS 2016, compte tenu d'un horaire hebdomadaire déterminant de 41,7 heures, de l'évolution nominale des salaires jusqu'en 2019 et d'une réduction de 5 %, aboutissant à un degré d'invalidité de 4,92 % qui n'ouvrait pas le droit à la rente. En ce qui concernait le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la CNA a confirmé sa décision attaquée en retenant que, s'agissant d'une question essentiellement médicale, il y avait lieu de s'en remettre à l'estimation effectuée par le Dr C._____ qui n'était contredite par aucun élément au dossier.

B. Par acte du 8 octobre 2019, U._____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation, au paiement des indemnités journalières après le 28 février 2019, à l'octroi d'une rente de l'assurance-accidents de 50 % et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité au taux de 20 %. Le recourant invoque ne pas pouvoir travailler à plus de 50 % dans une activité adaptée en se fondant sur rapport de la Dre A._____ du 23 août 2019. Il soutient que la capsulite dont il souffre à l'épaule gauche serait due à un recours accru à son membre supérieur gauche en raison de la blessure à la main droite consécutive à l'accident. Il conteste le mode de calcul du degré d'invalidité retenu par l'intimée, singulièrement du salaire de valide et de l'abattement qu'il estime insuffisant du fait de ses difficultés à s'exprimer et à lire dans la langue française, respectivement du fait de son inaptitude à écrire en français et à utiliser un ordinateur. Il fait grief à l'intimée de ne pas l'avoir correctement informé sur la fin des indemnités journalières et de ne pas avoir assorti la décision y relative des voies de droit. Il critique le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité, affirmant que des douleurs constantes l'empêchent d'utiliser sa main droite dominante, ce qui serait comparable à une paralysie et devrait conduire à l'application de la table 1 (troubles fonctionnels des membres supérieurs), soit d'un taux de 20 %.

Dans sa réponse du 6 janvier 2020, la CNA, représentée par Me Didier Elsig, a proposé le rejet du recours. Elle indique que l'état de santé était stabilisé au plus tard au mois de février 2019, ce qui entraînait la fin du versement des indemnités journalières et l'examen du droit à la rente, respectivement à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. L'intimée rappelle que l'atteinte traumatique, documentée par les médecins de la Clinique de réadaptation H._____ et le Dr C._____, touchait exclusivement la main droite et qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible à 100 %. Elle confirme son calcul du degré d'invalidité selon l'ESS et ne voit pas la nécessité de relever le taux d'abattement en raison des difficultés linguistiques du recourant. S'agissant du taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'intimée

confirme l'évaluation opérée dans le cadre de la décision attaquée, faute de nouveaux éléments.

Le 8 janvier 2020, le recourant produit un rapport d'IRM de la main droite du 10 décembre 2019 et un rapport de la Dre A._____ du 6 janvier 2020.

Le 21 janvier 2020, le recourant a répliqué. Il requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Il soutient que sa capacité de travail est limitée à 50 %. A l'appui de sa réplique, le recourant produit un rapport de la Dre A._____ du 14 janvier 2020, un rapport de la Dre O._____, spécialiste en rhumatologie, du 11 octobre 2019, un rapport de physiothérapie du 20 janvier 2020 (N._____), ainsi qu'une attestation de son ancien employeur B._____.

Le 19 février 2020, le recourant a complété sa précédente écriture. Il produit un nouveau rapport de la Dre A._____ du 13 février 2020 et maintient ses conclusions, ainsi que sa réquisition tendant à la mise en œuvre d'une expertise.

Le 13 mars 2020, la CNA a dupliqué et confirmé ses conclusions.

Le 29 juin 2020, le recourant s'est déterminé, confirmant ses conclusions et sa réquisition tendant à la mise en œuvre d'une expertise. Il produit un ultime rapport de la Dre A._____ du 26 juin 2020.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte 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).

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Les parties conviennent que le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

3. Reste à examiner si la communication du 19 septembre 2017 par laquelle l'intimée aurait mis fin au paiement de l'indemnité journalière fait aussi partie de l'objet du litige et singulièrement si les dispositions relatives à l'indication des voies de droit sont respectées.

a) L'art. 49 LPGA prévoit que l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (al. 1). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3).

L'art. 124 let. b OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.02) précise que les assureurs doivent communiquer par écrit aux intéressés leurs décisions concernant notamment la réduction ou le refus de prestations d'assurances.

Aux termes de l'art. 51 LPGA, les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49 al. 1 LPGA, peuvent être traitées selon une procédure simplifiée (al. 1). L'intéressé peut exiger qu'une décision soit rendue (al. 2).

Le Tribunal fédéral a précisé que celui qui entend contester le refus (total ou partiel) de prestations communiqué à tort par l'assureur selon une procédure simplifiée, sans décision formelle, doit en principe le déclarer dans un délai d'une année. L'assureur doit alors rendre une décision formelle, contre laquelle la procédure d'opposition est ouverte. A défaut de réaction dans le délai utile, le refus entre en force comme si la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 al. 1 LPGA avait été appliquée à juste titre (ATF 134 V 145 consid. 5.3.2).

b) En l'espèce, la communication du 19 septembre 2017 alléguée par le recourant ne figure pas au dossier de la cause, étant précisé que l'intéressé ne l'a pas produite. Une fois le dossier de l'intimée reçu, le recourant n'a pas requis la production de cette pièce ni plus ample mesure d'instruction à ce sujet. Son existence n'est ainsi pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Cette problématique n'est évoquée par l'assuré qu'à l'occasion du dépôt du recours le 8 octobre 2019, soit plus d'une année après l'hypothétique communication du 19 septembre 2017. De surcroît, en cas de désaccord, il incombait à l'assuré de le faire savoir à la CNA et d'exiger qu'elle rende une décision formelle susceptible d'opposition (cf. art. 51 al. 2 LPGA). Or, le recourant n'a rien demandé de tel. Enfin, il ressort des décomptes du 17 janvier 2019 des indemnités journalières pour les périodes du 16 novembre 2016 au 19 décembre 2018 (B._____) et du 16 novembre 2016 au 5 septembre 2017 (D._____) que l'intimée a continué à verser les indemnités journalières selon le taux d'incapacité de travail attesté sur le plan médical et dont l'évolution n'est pas contestée avant le 1^{er} mars 2019. S'agissant de la communication du 17 janvier 2019 par laquelle l'intimée a mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 1^{er} mars 2019, le

recourant ne l'a pas contestée dans le cadre de son opposition et de son recours. En outre, aucun grief ne peut être reproché à l'intimée quant à l'indication des voies de droit vu ce qui précède.

En définitive, les indemnités journalières ne font pas partie de l'objet du litige.

4. 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]).

5. 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. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant

essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident 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 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

d) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la

jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

6. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA par renvoi de l'art. 18 al. 1 LAA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (première phrase). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (deuxième phrase).

b) 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).

c) 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).

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).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

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).

Toutefois, lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base de valeurs statistiques / moyennes. Autrement dit, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide (TF 8C_709/2018 du 18 juin 2019 consid. 3 et les références citées).

On ne tiendra compte d'une hypothétique évolution salariale en raison d'un développement des capacités professionnelles individuelles (complément de formation, par exemple) ou de circonstances telles qu'une éventuelle promotion ou d'un changement d'emploi que si des indices concrets rendent une telle évolution de la carrière professionnelle vraisemblable de manière prépondérante. De simples déclarations d'intention de la personne assurée ne suffisent pas (TF 8C_290/2013 du 11 mars 2014 consid. 6 ; TF 9C_486/2011 du 12 octobre 2011 consid. 4.1 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 18 ad art. 16 LPG).

Les revenus obtenus par l'exercice d'une ou de plusieurs activités accessoires sont pris en considération dans la fixation du revenu sans invalidité, lorsque l'assuré réalisait déjà de tels gains accessoires avant l'atteinte à la santé et si l'on peut admettre qu'il aurait, selon toute vraisemblance, continué à les percevoir s'il était resté en bonne santé. Est

décisif le fait que l'assuré obtenait un revenu qu'il continuerait à percevoir s'il n'était pas devenu invalide (parmi d'autres, TF 9C_699/2008 du 26 janvier 2009 consid. 3.3).

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). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

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 en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

bb) 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).

cc) 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'invalidé 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).

7. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). Il n'est au demeurant pas lié par les faits constatés dans la décision litigieuse (Jean Métral, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2018, n. 63 ad art. 61 LPGA).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

c) 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).

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).

8. a) Dans le cadre de son opposition le 4 septembre 2019, le recourant s'est prévalu pour la première fois d'une capsulite de l'épaule gauche. Il n'en n'a pas fait état précédemment. En particulier, la Dre F._____ n'a rien observé de tel lors de la prise en charge du recourant à la suite de l'accident (rapport du Centre hospitalier E._____ du 9 novembre 2016). L'intéressé n'a pas fait part de plainte concernant l'épaule gauche à l'occasion du *consilium* de la Dre G._____ (rapport du 1^{er} décembre 2017). Par la suite, l'intéressé ne s'est pas plaint de son épaule gauche lors de son premier examen à l'agence par le Dr C._____ (rapport du 6 février 2018) et lors de son séjour à la Clinique de réadaptation H._____ (rapport du 2 mai 2018 et ses annexes). Dans son rapport du 9 juillet 2018, la Dre O._____ a relevé que le recourant n'a jamais souffert de douleurs à la main droite avant l'accident ou au niveau

d'une autre articulation. Les physiothérapeute et ergothérapeute traitants n'ont également pas relevé d'atteinte à l'épaule gauche (rapports transmis à la CNA le 28 août 2018 par la Dre L._____). A l'examen final du 4 septembre 2018, le Dr C._____ n'a pas davantage relayé de plainte relative à l'épaule gauche. A cet égard, la Dre A._____ a relevé dans son rapport du 23 août 2019 que la situation de son patient s'était compliquée par la survenue d'une capsulite qui entraînait un enraidissement progressif de l'articulation et des douleurs nocturnes. Le 11 octobre 2019, la Dre O._____ a posé les diagnostics de capsulite rétractile idiopathique de l'épaule gauche, dans la phase de rétraction. Elle a aussi relevé la présence d'un os acromial, pouvant favoriser les conflits. En outre l'IRM de l'épaule gauche effectuée le 28 juin 2019 montrait des signes de tendinopathie du supra-épineux avec une composante fissuraire non transfixiante et de tendinopathie du sous-épineux. Dans son rapport du 14 janvier 2020, la Dre A._____ a précisé que la capsulite de l'épaule gauche était apparue au mois de juin 2019, ce qui est confirmé par le rapport du physiothérapeute N._____ le 20 janvier 2020. L'accident survenu le 5 octobre 2016 n'apparaît pas comme la condition *sine qua non* de l'atteinte à la santé apparue, ou devenue symptomatique, au mois de juin 2019 au niveau de l'épaule gauche

Quant à la rhizarthrose, le recourant a été examiné le 1^{er} décembre 2017 par la Dre G._____. Au terme de son rapport et après avoir commandé des radiographies (21 novembre 2017), celle-ci a indiqué qu'il n'y avait pas de troubles dégénératifs. Lors du premier examen à l'agence le 6 février 2018, le Dr C._____ n'a pas davantage évoqué le diagnostic de rhizarthrose. Les Drs I._____ et J._____ font la même analyse des radiographies à disposition, la rhizarthrose n'apparaissant qu'au scanner du 29 mars 2018 effectué à la Clinique de réadaptation H._____. En tout état de cause, rien ne permet de déduire de leur rapport du 2 mai 2018 que la rhizarthrose ait une origine accidentelle. Il en va de même des autres rapports subséquents au dossier et en particulier des rapports de la Dre O._____ du 9 juillet 2018 et de la Dre O._____ du 11 octobre 2019.

b) Dans ces circonstances, c'est à juste titre que l'intimée a retenu qu'aucun élément au dossier ne permettait de retenir un lien de causalité, au degré de la vraisemblance prépondérante, entre les suites de l'accident (écrasement de la main droite) et la capsulite rétractile de l'épaule gauche, respectivement la rhizarthrose.

En outre, le diagnostic attesté depuis le mois de juin 2019 au niveau de l'épaule gauche ne peut pas être qualifié de rechute ou de séquelle tardive dans la mesure où il ne s'agit pas d'une nouvelle manifestation de la même affection.

9. Dans leur rapport du 2 mai 2018, les Drs I. _____ et J. _____ ont apprécié la situation de la manière suivante :

« **A l'entrée**, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont des douleurs des premier et deuxième rayons de la main droite, avec irradiation dans le coude sur les versants ulnaire et radial, associées à des douleurs du cinquième rayon, douleurs décrites comme quasi constantes, cotées à 4/10 au repos; à 7-8/10 à l'effort, augmentées par tout mouvement du poignet et le port de charges; et soulagées par les antalgiques et le repos. Le patient se plaint d'une diminution de la force musculaire et de la sensibilité. Il décrit une main droite différente.

Anamnestiquement : changement de couleur. Gonflement. Pas de trans-piration exagérée ou de trouble des phanères.

(...)

Les diagnostics suivants ont été posés au cours du séjour :

Sur le plan orthopédique : **Fracture de l'os pyramidal consolidée**. Celle-ci n'était pas déplacée mais n'a pas été notée lors de l'accident. Le traitement en aurait été de toute façon conservateur.

Le diagnostic de SDRC qui avait été évoqué n'est pas retenu en l'absence de critères de Budapest positifs. Le patient rapporte des symptômes qui pourraient l'évoquer mais l'examen clinique est pauvre. Les douleurs seules sont insuffisantes pour retenir ce diagnostic. La scintigraphie ne nous semble pas indiquée car nous sommes à distance de l'accident et elle n'apportera rien en matière de diagnostic positif ou négatif.

(...)

Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent qu'en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour (Cf. liste diagnostics). A 16 mois de l'accident, le patient garde passablement de douleurs, que ce soit au repos ou à l'effort, sans lésion objective mise en évidence sur le CT-scan de la main droite du 29.03.2018, à l'exception d'une rhizarthrose et d'une fracture de l'os pyramidal

consolidée. Des douleurs persistantes peuvent se voir dans les suites d'un écrasement de la main. Le patient nous semble authentique dans sa souffrance.

Des facteurs contextuels jouent un rôle important dans les plaintes et limitations fonctionnelles rapportées par le patient et influencent défavorablement le retour au travail : catastrophisation de la douleur et kinésiophobie élevées sur les questionnaires PCS et TAMPA (toutefois en régression en fin de séjour), l'anxiété importante vis-à-vis de l'état de santé de son épouse et de l'incertitude face à l'avenir.

La fermeture prochaine de l'usine dans laquelle il travaille, l'absence de formation qualifiante, le niveau très faible de langue française parlée et écrite sont aussi des éléments qui vont compliquer la reprise d'une activité professionnelle.

(...)

L'évolution subjective et objective est non significative (Cf. rapports et tests fonctionnels). La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne, chez un patient assez démonstratif et qui a tendance à s'autolimiter, et qu'il faut stimuler à chaque séance.

Une évaluation aux ateliers professionnels a été réalisée, sur des périodes allant jusqu'à 3-4 heures consécutives dans des activités légères. La participation a été bonne. On note des limitations dans toutes les tâches nécessitant l'utilisation de la main droite, même dans des activités très légères, pour lesquelles le patient se sert plus de la main gauche.

(...)

Une évaluation des capacités fonctionnelles (version courte) a été réalisée le 23.04.2018. Le score au questionnaire PACT (appréciation de ses propres capacités fonctionnelles par le sujet) atteint 144 pts, correspondant à un niveau d'effort léger à moyen. Au vu des résultats réalisés au cours de l'évaluation, on peut mentionner que le sujet estime correctement le niveau de ses performances fonctionnelles. La volonté de donner le maximum aux différents tests a été réelle, et le niveau de cohérence pendant l'évaluation a été élevé. Le niveau d'effort fourni au cours de l'évaluation correspond à un niveau d'effort léger à moyen (charges de 10-15 kg).

Aucune incohérence n'a été relevée en dehors de plaintes qui paraissent plus importantes que les données objectives ne pourraient le laisser penser.

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues : activités avec gestes répétitifs et/ou prolongés du membre supérieur droit nécessitant force et endurance, port de charges supérieur à 10 kg de manière prolongée et/ou répétitive.

La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Une stabilisation médicale est attendue dans un délai de 3 à 4 mois.

Aucune intervention n'est proposée. Le patient a été présenté à la consultation de chirurgie de la main qui ne retient pas d'indication opératoire et recommande la poursuite de l'ergothérapie. La fracture du pyramidal est confirmée et sa consolidation aussi.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité professionnelle de manœuvre dans une entreprise de parquets et maçon est défavorable (facteurs médicaux). Le poste qu'il occupait avant ne semble plus exister et le patient a été licencié mais est resté dans l'entreprise dans un poste adapté. Il ne pourra probablement plus reprendre la maçonnerie.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est favorable. Actuellement le patient travaille à 50 % dans un poste adapté sur une machine qui transforme le bois en parquet. (...) En théorie dans une telle activité adaptée (celle-ci ou une autre) le patient devrait pouvoir œuvrer en plein à stabilisation. Les facteurs contextuels notés plus haut vont compliquer cette reprise d'autant plus si la société ferme fin juin.

(...)

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE MANŒUVRE DANS UNE FABRIQUE DE PARQUETS ET DE MAÇON

- 100 % du 21.03.2018 au 24.04.2018.
- 50 % dès le 25.04.2018. »

A l'issue de l'examen final du recourant le 4 septembre 2018, le Dr C. _____ a quant à lui porté l'appréciation suivante sur le cas :

« Objectivement, le poignet D est calme, bien aligné, sans tuméfaction manifeste, sans hyperthermie. La mobilisation s'effectue librement. Il n'y a pas de grattage, pas de douleurs électives à la sollicitation de la colonne du pouce. La mobilité du poignet D est quasi complète. On retrouve une petite cicatrice dorso-radiale à la base des 2 premiers métacarpiens, fine, pratiquement invisible.

Le pouce et les doigts longs sont normo-fonctionnels. La force de serrage de la main D, dominante, reste modérément réduite. Il n'y a plus de troubles de la sensibilité.

Sur le scanner de la main D du 29.03.2018, la fracture de l'os pyramidal n'est pas retrouvée, probablement parce qu'il s'agissait d'une fracture in situ qui est maintenant consolidée. Il y a également une rhizarthrose débutante mais je ne pense pas qu'elle soit à l'origine des troubles rapportés.

L'IRM du 12.06.2018 me semble peu contributive avec une arthropathie inflammatoire du carpe non spécifique.

Pour ma part, je conclus à des douleurs résiduelles après un écrasement du poignet D, avec une fracture in situ de l'os pyramidal, s'étant peut-être compliquée d'une touche d'algodystrophie mais qui est actuellement manifestement au décours et je n'ai pas d'explication claire à l'ampleur des plaintes qui persistent, au demeurant superposables à celles recueillies en février dernier, et qui me semblent, comme je l'ai déjà dit, modulées par la situation socio-professionnelle du patient.

Il n'y a pas de traitement susceptible d'améliorer notablement l'état de santé de U._____ et la physiothérapie et l'ergothérapie n'ont pas vocation à être indéfiniment poursuivies.

Les limitations fonctionnelles ont été précisées lors du séjour à la Clinique de réadaptation H._____.

Dans une activité adaptée, il est clair que la capacité de travail est entière. »

Si la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical au moment du séjour à la Clinique de réadaptation H._____ du 23 mars au 24 avril 2018, le Dr C._____ a observé un status calme sans le changement de couleur et sans le gonflement observé précédemment. On observe aussi que le recourant a déclaré à l'examen final qu'il avait interrompu puis repris la physiothérapie et l'ergothérapie sans grand bénéfice. En l'absence d'indication à un autre traitement susceptible d'améliorer les limitations fonctionnelles, il convient ainsi de constater que la décision de l'intimée de mettre fin au versement de l'indemnité journalière au 1^{er} mars 2019 et d'examiner le droit du recourant à une éventuelle rente d'invalidité n'est pas critiquable. Les médecins traitants ne proposent d'ailleurs pas de traitement médical susceptible d'améliorer la capacité de travail du recourant (rapports de la Dre O._____ du 9 juillet 2018, de la Dre O._____ du 11 octobre 2019 et de la Dre A._____ des 23 août 2019 et 26 juin 2020).

10. a) Il est admis qu'en raison des conséquences de son accident, le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle dans la maçonnerie (rapport de la Clinique de réadaptation H._____ du 2 mai 2018 ; examen final du Dr C._____ du 4 septembre 2018). Interrogé par la CNA, le Dr C._____ a indiqué le 31 juillet 2019 qu'il était possible que l'assuré ne puisse plus travailler comme concierge, ce qui n'est pas contestable vu le profil d'effort retenu à la Clinique de réadaptation H._____ (niveau d'effort léger à moyen ; charges de 10-15 kg).

b) S'agissant de sa capacité de travail dans une activité adaptée, le recourant soutient qu'il ne peut pas travailler à plus de 50 %, soit la capacité de travail retenue par la Clinique de réadaptation

H._____ au moment du séjour du 23 mars au 24 avril 2018 (rapport du 2 mai 2018 ; cf. aussi rapport de la Dre G._____ du 1^{er} décembre 2017), mais quatre mois avant l'examen pratiqué par le Dr C._____ le 4 septembre 2018. Il se fonde sur les rapports de ses médecins traitants pour qui la capacité de travail dans une activité adaptée n'aurait pas évolué depuis le séjour à la Clinique de réadaptation H._____.

Il faut constater, d'une part, que dans son rapport du 2 mai 2018, la Clinique de réadaptation H._____ a fait cette appréciation alors que la situation médicale n'était pas stabilisée, les lésions à la main droite étant encore symptomatiques à l'examen clinique (changement de couleur et le gonflement, sous réserve de la fracture de l'os pyramidal déjà consolidée) et que des traitements de physiothérapie et d'ergothérapie étaient en cours pour améliorer la fonctionnalité de la main droite. Il ne s'agissait que d'une appréciation approximative et provisoire ; la Clinique de réadaptation H._____ a d'ailleurs explicitement indiqué que la situation se stabiliserait à trois ou quatre mois et que l'agence devrait reprendre le dossier. Reste que les tests pratiqués à la Clinique de réadaptation H._____ étaient encourageants s'agissant d'une reprise professionnelle à un taux d'activité de 100 % dans une activité légère adaptée. Si des limitations fonctionnelles sont observées aux ateliers dans toutes les tâches, y compris très légères, nécessitant l'utilisation de la main droite, le recourant a correctement auto-évalué ses performances fonctionnelles avec un niveau d'effort correspondant à une activité légère à moyenne (charges de 10-15 kg). Tant les médecins de la Clinique de réadaptation H._____ que le Dr C._____ ont estimé que les plaintes subjectives étaient liées à la situation socio-professionnelle du recourant.

Le recourant oppose toutefois aux constatations du Dr Houriet, celles de la Dre L._____, de la Dre O._____ et de la Dre O._____.

Le recourant a certes consulté une spécialiste en rhumatologie au mois de juillet 2018. Toutefois, dans son rapport du 9 juillet 2018, la Dre O._____ n'a pas justifié la capacité de travail de 50 %, le caractère adapté de l'activité en question et les limitations fonctionnelles.

L'évaluation de la Dre L. _____ du 19 juillet 2018 apparaît en conséquence peu étayée. Il en va de même des rapports de physiothérapie et d'ergothérapie.

Le recourant a consulté une seconde rhumatologue au mois d'octobre 2019. L'évaluation de la Dre O. _____ du 11 octobre 2019 ne contient toutefois aucun élément propre à remettre en cause l'appréciation du Dr C. _____.

Le 6 janvier 2020, la Dre L. _____ a indiqué que l'IRM de la main droite effectuée le 10 décembre 2019 était comparable à celle du mois de juin 2018, qualifiée de peu contributive par le Dr C. _____ (rapport du 4 septembre 2018). Il ne s'agit ainsi pas d'un élément pertinent pour modifier la capacité de travail retenue.

Le 14 janvier 2020, la Dre L. _____ a clairement fait état de facteurs étrangers à l'accident en ces termes :

« Etant donné l'âge du patient (60 ans), et s'agissant d'un travailleur manuel, la reprise d'une activité à 100 %, même dans une activité adaptée, est illusoire, les symptômes étant susceptibles de s'aggraver vu la progression de l'arthrose due à l'âge, et en cas d'utilisation exclusive du bras gauche, des lésions de ce bras étant à prévoir de façon certaine. »

Ces facteurs, influençant négativement la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, ne sont toutefois pas du ressort de l'assureur-accidents.

Dans son rapport du 13 février 2020, la Dre L. _____ a précisé qu'elle n'avait pas observé les plaintes dont faisait état son patient (gonflements après 2-3 heures de travail). Elle relève aussi les facteurs contextuels.

Quant au dernier rapport de la Dre L. _____ du 26 juin 2020, il n'est pas contributif, faute de description clinique.

L'examen des documents médicaux émanant des médecins traitants ne montre aucun indice concret permettant de remettre en cause le bien-fondé des conclusions de la Clinique de réadaptation H._____ et du Dr C._____. L'avis de ce dernier est convaincant et a été posé au terme d'une étude circonstanciée, établie en pleine connaissance de l'anamnèse, fondée sur un examen approfondi du dossier médical et un séjour du recourant dans un centre de réadaptation où il a bénéficié d'examens cliniques et de tests poussés. L'évaluation de la situation médicale est claire et ses conclusions sont motivées. L'appréciation finale du 4 septembre 2018 satisfait ainsi aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître pleine valeur probante.

Par conséquent, l'intimée était fondée à retenir que, dès le 1^{er} mars 2019, le recourant avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas d'activités avec gestes répétitifs et/ou prolongés du membre supérieur droit nécessitant force et endurance et pas de port de charges supérieures à 10 kg de manière prolongée et/ou répétitive) et à procéder au calcul de son taux d'invalidité sur cette base.

11. a) Il convient de procéder à une comparaison des revenus afin de déterminer le taux d'invalidité du recourant. D'un point de vue temporel, il est constant qu'il convient de se placer en 2019 pour procéder à la comparaison des revenus (cf. consid. 6c ci-dessus), l'éventuel droit à la rente du recourant naissant le 1^{er} mars 2019.

b) Il ressort des indications données par B._____ le 31 janvier 2019 que le salaire horaire brut était de 28 fr. 05 en 2019, auquel s'ajoutaient 8,33 % pour le treizième salaire et 8,33 % pour les vacances et jours fériés, inchangé depuis 2015. L'horaire hebdomadaire était de 45 heures, soit 194,85 heures par mois (45h x 4,33 semaines). Pour son activité principale, entre les mois d'octobre 2015 et de septembre 2016, le recourant a perçu un revenu brut de 79'910 fr. 40 selon les fiches de salaire résumées ci-dessous :

Date	Heures de travail	Salaire brut*
Octobre 2015	201.18	5'895.55
Novembre 2015	211.72	5'938.75
Décembre 2015	194.4	8'290.90
Janvier 2016	183.95	5'412.25
Février 2016	87.68	3'427.15
Mars 2016	179.92	7'156.85
Avril 2016	212.72	6'219.25
Mai 2016	190.57	5'597.95
Juin 2016	179.67	8'268.95
Juillet 2016	202.25	5'673.10
Août 2016	278.8	7'820.35
Septembre 2016	235.58	10'209.35
Total		79'910.40

* y compris 13^e salaire et vacances/jours fériés

Ces documents démontrent que l'intéressé effectuait régulièrement des heures supplémentaires. Le salaire horaire ne saurait dès lors être simplement multiplié par le nombre d'heures contractuelles calculé sur une année civile comme l'a retenu l'intimée dans sa décision attaquée.

Quant à l'activité accessoire de conciergerie pour D._____, le recourant l'a régulièrement exercée depuis 2012. Le salaire y afférent doit ainsi être pris en compte au titre de revenu sans invalidité (cf. consid. 6d ci-dessus) dès lors que le recourant aurait, selon toute vraisemblance, continué à le percevoir s'il était resté en bonne santé (audition du recourant du 29 avril 2019 et avis du Dr C._____ du 31 juillet 2019). Ce revenu accessoire se monte à 10'400 fr., gratification de 200 fr. comprise (et non 13^e salaire) du 5 octobre 2015 au 4 octobre 2016, sans changement pour 2019 selon les renseignements fournis à l'intimée par cet employeur le 18 mars 2019.

Le revenu sans invalidité réalisé dans l'année précédant l'accident est ainsi de 90'310 fr. 40 (79'910 fr. 40 + 10'400 fr.). Les revenus réalisés par le recourant auprès de B._____ et de D._____ ne doivent pas être indexés, dans la mesure où les salaires horaires, respectivement mensuels, pour l'année 2019 sont identiques à ceux de l'année 2016 (fiches de salaires de mois d'octobre 2015 à septembre 2016

de B._____ ; renseignements de B._____ du 14 septembre 2018 ; renseignements de D._____ du 18 mars 2019).

c) L'intimée s'est fondée à juste titre sur l'ESS pour déterminer le revenu avec invalidité, prenant comme référence le salaire versé à un homme dans le secteur privé avec un niveau de compétence 1, correspondant à des tâches simples ne nécessitant pas de formation particulière, soit un salaire mensuel de 5'340 fr. (ESS 2016, TA 1, niveau de qualification 1 ; l'ESS 2018 n'étant pas encore publiée à la date de la décision attaquée). Comme l'a relevé l'intimée, il est constant que le marché du travail offre à une personne fortement limitée dans l'usage de sa main dominante un large éventail d'activités simples et légères, dont il faut admettre qu'un nombre significatif serait adapté au handicap du recourant (cf. pour un cas similaire TF 8C_811/2018 du 10 avril 2018 consid. 4.4.2 et les références citées). Compte tenu de la durée hebdomadaire du travail dans les entreprises en 2019 (41,7 heures selon l'OFS), ce montant de 64'080 fr. (5'340 fr. x 12 mois) doit être porté à 66'803 fr. 40 auquel il convient d'appliquer l'évolution des salaires nominaux de 2016 à 2019 (+0,4 % [2017] ; + 0,5 % [2018] + 0,5 % [2019]), ce qui correspond à 67'743 fr. annuels. A cette somme doit s'appliquer un taux d'abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles importantes à la main droite dominante. En effet, le taux de 5 % retenu par la CNA dans la décision litigieuse, nullement motivé, apparaît sans commune mesure avec les conséquences professionnelles concrètes des blessures subies par l'assuré à sa main droite, étant précisé que le Tribunal fédéral admet un tel abattement pour les seules limitations fonctionnelles ostéo-articulaires (TF 8C_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 4.2 ; 8C_732/2019 du 19 octobre 2020 consid. 4.5). Dans le cas d'espèce, un taux de 10 % se justifie pleinement du fait que, même pour des activités légère dans l'industrie, ou de bureautique, le recourant devra sursolliciter son membre supérieur gauche avec d'inévitables conséquences sur sa santé. Ainsi, le revenu avec invalidité du recourant s'élève à 60'968 fr. 70 (67'743 fr. - 10 %).

d) Comparé à un revenu de valide de 90'310 fr. 40, le calcul aboutit à un degré d'invalidité de 32,49%, arrondi à 33 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2) ouvrant le droit à la rente d'invalidité de l'assurance-accidents dès le 1^{er} mars 2019 (art. 18 al. 1 LAA).

La décision attaquée doit ainsi être réformée dans cette mesure. Le recourant a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents fondée sur une incapacité de gain de 33 % et un gain assuré de 90'310 fr. 40 (art. 15 al. 1 LAA et art. 22 al. 4 OLAA).

12. a) Le recourant reproche encore à l'intimée d'avoir retenu un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité insuffisant. Il estime que celui-ci devrait s'élever à 20 % sur la base de la table 1 (troubles fonctionnels des membres supérieurs), affirmant que les douleurs constantes l'empêchent d'utiliser sa main droite dominante, ce qui serait comparable à une paralysie.

L'intimée s'en tient à l'évaluation opérée dans le cadre de la décision attaquée, faute de nouveaux éléments.

b) 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.

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).

bb) 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.

c) La CNA a fixé le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité sur la base des conclusions du Dr C._____. Dans son appréciation du 4 septembre 2018, le médecin d'arrondissement s'est référé à la table 5 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (Atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses ; détail N° 2870/5.f-2000) pour fixer un taux de 5 % par analogie avec une arthrose intra-carpienne toute débutante.

L'appréciation du Dr C._____ est convaincante. Aucun document médical ne permet de le contester. S'agissant en particulier de l'arthropathie inflammatoire du carpe (IRM des 12 et 18 juin 2018 et 10 décembre 2019), celle-ci n'équivaut pas à une paralysie comme l'allègue le recourant pour justifier un taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 %. Au demeurant, sur le plan neurologique, le Dr K._____ n'a rien relevé de grave lors de l'examen pratiqué durant le

séjour à la Clinique de réadaptation H. _____ ; il ne fait d'aucune manière état d'atteintes assimilables à une paralysie (ENMG du 29 mars 2018).

En définitive, la décision attaquée doit être confirmée sur ce point, étant précisé que dans l'éventualité d'une aggravation, la révision de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité demeure possible.

13. Le dossier médical est complet et bien motivé, de sorte que l'expertise sollicitée par le recourant n'est pas de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il n'y sera donc pas donné suite par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.2 avec les références citées).

14. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis. La décision sur opposition attaquée est réformée en ce sens que le recourant a droit, à compter du 1^{er} mars 2019, à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents d'un taux de 33 %. Cette décision est confirmée pour le surplus.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable en l'occurrence selon l'art. 83 LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant ayant agi sans le concours d'un mandataire (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I. Le recours est partiellement admis

- II. La décision sur opposition rendue le 9 septembre 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est réformée en ce sens qu'U._____ a droit, à compter du 1^{er} mars 2019, à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents d'un taux de 33 % fondée sur un gain assuré de 90'310 fr. 40. Cette décision est confirmée pour le surplus.

- 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 :

- U._____ (recourant),
- Me Didier Elsig (pour l'intimée),
- 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 :