

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 octobre 2020

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Guardia

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourant, représenté par l'Association pour la permanence de défense des patients et des assurés,

et

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

Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1, 10 al. 1, 18 al. 1, 19 al. 1, 24 al. 1 et 25 LAA ; art. 36 al. 1 OLAA

E n f a i t :

A. **a)** W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé jusqu'au 31 décembre 2016 comme monteur auprès de M._____. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 1^{er} mars 2016, alors qu'il procédait au réglage d'un store sur une terrasse, l'assuré est tombé d'un escabeau ce qui lui a causé une fracture de l'extrémité distale du radius gauche (cf. rapport du 1^{er} mars 2016 de [...]).

A la suite de l'accident, l'assuré a été mis par ses médecins au bénéfice de certificats d'incapacité de travail entre le 1^{er} mars 2016 et le 14 juin 2019.

La CNA a pris le cas en charge.

Dans un rapport du 9 mai 2016, le Dr K._____, chef de clinique auprès de [...], a rendu compte de l'examen clinique du 4 mai 2016 et relevé la présence d'une tuméfaction, d'une rougeur et les plaintes de l'assuré concernant des sensations de décharges électriques et de brûlures dans tout l'avant-bras, ce qui l'amenait à poser le diagnostic de possible algoneurodystrophie et à prescrire une prise de calcitonine.

Dans un bilan intermédiaire de la main d'ergothérapie du 19 mai 2016 émanant du [...], il a été relevé que l'assuré présentait une hypo-sensibilité, une douleur qu'il évaluait à 10/10 et un œdème résiduel. L'intéressé rapportait des fourmillements sur les doigts, de la sudation et une sensation de main chaude, ce qui pouvait correspondre à un début d'algodystrophie.

Le 13 juillet 2016, le Dr K. _____ a confirmé son précédent rapport et proposé la poursuite des traitements de calcitonine et d'ergothérapie.

Dans un rapport du 10 juillet 2016, I. _____, ergothérapeute, a relevé l'évolution lente mais favorable de l'assuré au niveau mécanique et une stabilité de la symptomatologie de l'algoneurodystrophie.

Par rapport du 3 août 2016, le Dr E. _____, spécialiste en radiologie, a rendu compte d'une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du poignet gauche réalisée le même jour et relevé la bonne évolution de la fracture de l'extrémité distale du radius, avec des hyper-signaux linéaires correspondant aux traits de la fracture de l'extrémité distale du radius et à composante intra-articulaire, avec congruence paraissant satisfaisante au niveau de la surface articulaire, sans œdème osseux résiduel significatif.

Dans un rapport du 31 août 2016 rendant compte d'un scanner du poignet gauche réalisé le 30 août 2016, le Dr [...], spécialiste en radiologie, a conclu à une fracture intra-articulaire de l'extrémité distale du radius avec un léger déplacement postérieur, bien consolidée sans signe de pseudarthrose, et enfoncement avec une marche d'escalier au niveau de la surface articulaire au niveau de la fossette articulaire de l'os scaphoïde et de l'os semi-lunaire.

Lors d'un entretien du 15 septembre 2016, l'assuré a expliqué souffrir de douleurs permanentes au poignet, au pouce et à tout le membre supérieur gauche. Il a précisé ne plus prendre de médicaments, sauf en cas de réel besoin.

Par rapport du 19 septembre 2016, le Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de cal vicieux post-fracture comminutive intra-articulaire du radius gauche et d'algoneurodystrophie.

b) Le 22 septembre 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), invoquant une fracture du poignet ainsi qu'une algoneurodystrophie.

c) Poursuivant l'instruction, la CNA a reçu un rapport du 15 novembre 2016 dans lequel le Dr S._____, spécialiste en chirurgie de la main, a constaté que l'assuré présentait une algoneurodystrophie actuellement au décours. Ce spécialiste a relevé que l'assuré ne prenait plus d'anti-inflammatoires. Il a préconisé une ostéotomie après reconstruction 3D.

A l'issue d'un scanner main-poignet réalisé le 2 mars 2017, les Drs [...] et [...], spécialistes en radiologie, ont posé les conclusions suivantes :

« Chondropathie radiale en regard des foyers fracturaires intéressant la facette scaphoïdienne et lunaire focalement.
Atteinte du cartilage scaphoïdien et lunaires qui par ailleurs est en DISI.
Le cartilage du médiocarpe ainsi que le cartilage radial de la radio-ulnaire distale sont ulcérées.
Pattern d'un conflit ulno-carpien ».

Lors d'un entretien du 6 mars 2017, l'assuré a expliqué que son traitement consistait en une séance hebdomadaire d'ergothérapie.

Dans un rapport du 10 mars 2017, le Dr C._____, spécialiste en chirurgie de la main, chef de clinique auprès du [...], a posé les diagnostics de status post-fracture de l'épiphyse distale du radius gauche, d'arthrose radio-carpienne majeure, d'arthrose médio-carpienne, d'arthrose radio-ulnaire distale et de syndrome douloureux complexe. Le médecin a préconisé une arthrodèse radio-scapho-lunaire et la pose d'une prothèse.

Le 23 mai 2017, l'assuré a subi une arthrodèse radio-scapho-lunaire du poignet gauche avec résection du pôle distal du scaphoïde associée à une arthroplastie prothétique de l'ulna et une dénervation du

nerf antéro-postérieur et un traitement des troubles dégénératifs ostéo-articulaires. Il a été hospitalisé du 23 au 26 mai 2017.

Lors d'entretiens téléphoniques des 15 juin et 12 juillet 2017, l'assuré a déclaré prendre du Tramadol le soir.

Par rapport du 12 juillet 2017, le Dr C._____ a posé le diagnostic d'algodystrophie sévère du membre supérieur gauche. Il a estimé que les traitements mis en place - des corticostéroïdes et de l'ergothérapie - devraient durer entre six mois et deux ans. Le spécialiste a précisé que l'assuré avait besoin d'une affectation à un poste de travail approprié compte tenu de ses douleurs et de la perte de mobilité du poignet. Le Dr C._____ a confirmé son appréciation dans un rapport du 10 novembre 2017.

Lors d'un entretien téléphonique du 7 août 2017, l'assuré a expliqué avoir cessé de prendre du Tramadol compte tenu des effets secondaires.

Le 30 octobre 2017, dans le cadre d'un entretien téléphonique, l'assuré a expliqué à la CNA qu'il souffrait toujours de nombreuses douleurs et que son état ne s'améliorait pas. Il restait bloqué de tout le côté gauche, l'eau sur sa peau lui provoquait des douleurs, il avait la sensation que ses os ne tenaient pas. Il présentait des plaques rouges apparaissant puis disparaissant et des ganglions sur le côté jusque sur le flanc. Il ne dormait pas et ses ongles étaient durs.

Dans un courrier du 9 novembre 2017 à R._____, ergothérapeute, le Dr C._____ a relevé que, depuis l'opération, l'évolution chirurgicale radiologique pure était satisfaisante avec une bonne consolidation et ostéointégration. L'assuré présentait par contre un syndrome douloureux complexe ainsi que des troubles allodymiques sévères de son membre supérieur.

Dans son rapport d'évaluation du 13 décembre 2017, l'ergothérapeute R._____ a notamment posé les diagnostics suivants :

« DIAGNOSTICS : CONNUS et plus précisément :

- CRPS [syndrome douloureux complexe] de la branche cutanée palmaire du nerf médian gauche avec allodynie mécanique (Stade V de lésions axonales)

Anamnesticquement :

- Névralgie brachiale intermittente des nerfs collatéraux palmaires du nerf ulnaire gauche
- Névralgie brachiale intermittente de la branche superficielle du nerf radial gauche ».

M. R._____ a préconisé un changement de stratégie thérapeutique avec la prescription de ne pas toucher ni solliciter le membre supérieur gauche.

Dans un avis du 29 janvier 2018, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a préconisé un séjour auprès de la D._____ en vue d'une évaluation.

L'assuré a subi des infiltrations du ganglion sympathique en janvier et février 2018. La première infiltration lui a apporté un soulagement pendant un à deux jours alors que la seconde a augmenté les douleurs.

L'assuré s'est rendu entre le 20 et le 22 mars 2018 auprès de D._____ pour une évaluation. Dans leur rapport d'évaluation interdisciplinaire du 28 mars 2018, les Drs J._____, spécialiste en neurologie, et Y._____, spécialiste en médecine interne générale, ont retenu ce qui suit :

« DIAGNOSTICS PRIMAIRES

- Fracture EDR (extrémité distale du radius) gauche sur le lieu de travail le 1er mars 2016 compliqué d'un SDRC (Syndrome Douloureux Régional Complexe) de type I (Z 87.3)
- Status post arthrodeuse radio-scapho-lunaire du poignet gauche avec résection du pôle distal du scaphoïde.

Arthroplastie prothétique de l'ulna. Dénervation du nerf interosseux postérieur, le 23 mai 2017 (Z 98.1)

- Traits de personnalité émotionnellement labile (Z73.1)

CO-MORBIDITES et ANTECEDENTS

- Obésité avec BMI à 32kg/m² (E 66.9)
- Pseudarthrose de la clavicule droite post-fracture à l'âge de 10 ans
- Opéré d'un doigt à ressaut de la main droite en 2012.
- Entorses des genoux.
- Status post-résection des polypes au niveau du côlon.

DONNEES FOURNIES PAR LE PATIENT

Déroulement et évolution

[...] Si l'on devait reprendre les critères de Budapest CRPS, le patient se plaint donc d'une douleur continue disproportionnée par rapport à l'événement initial, d'une hyperesthésie et une allodynie intéressant le poignet autant l'extrémité radiale qu'ulnaire, allodynie intéressant le thénar et l'hypothenar à prédominance de l'hypothenar et sur la face dorsale l'extrémité radiale du poignet. L'hyperesthésie concerne l'hypothenar, la face interne de l'avant-bras, l'extrémité médiale du coude et la face interne du bras de même que l'ensemble du moignon de l'épaule et de l'hémithorax gauche. Il signale également des troubles vasomoteurs à type de couleur rapidement violacée de l'hypothenar de la main gauche et des taches rouges en permanence de l'hypothenar ; au niveau des troubles sudo-moteur, l'œdème est encore présent en fin de journée avec une asymétrie de sudation en défaveur de la gauche ; au niveau moteur et trophique, il allègue un tremblement de la main et surtout du pouce avec une faiblesse, un changement de la texture des ongles et de la peau.

Traitement habituel

Saroten 25 mg un le soir au coucher.

APPRECIATION ET DISCUSSION

[...]

A ce stade on retient le diagnostic d'une fracture de l'extrémité distale du radius le 1er mars 2016 compliquée d'un SDRC de type I ; d'une arthrodèse radio-scapho-lunaire avec arthroplastie de la tête radiale le 23 mai 2017 avec bonne consolidation et bonne ostéo-intégration de l'arthroplastie, une recrudescence du SDRC post-arthrodèse avec actuellement essentiellement des douleurs dont l'intensité et la topographie dépassent de loin la lésion initiale.

L'évaluation par notre ergothérapeute relève spontanément une sous-utilisation de la main gauche. [...]

M. W. _____ collabore peu à l'évaluation des **capacités fonctionnelles**. Le score de 63 atteint par le sujet à l'auto-questionnaire PACT laisse à penser qu'il ne peut s'employer qu'aux

activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis. Le résultat réalisé aux tests proprement dits corrobore avec cette auto-évaluation puisque le sujet n'a réalisé aucune activité avec le membre supérieur gauche (même une caisse vide de 2,5 kg n'a pas pu être soulevée). Il en est de même pour les activités bimanuelles. La force maximale de préhension de la main droite dominante est de 58 kg dans la norme et de 7 kg de la main gauche non dominante (norme établie à 26 kg). Ces autolimitations sont essentiellement de caractère antalgique et tout au long de l'évaluation le sujet a opposé un comportement douloureux intéressant le membre supérieur gauche dans toutes les activités et ports de charges.

L'évaluation psychiatrique ne retient pas de trouble thymique. Le patient ne présente pas de symptôme de dépression - pas d'idée noire ou suicidaire, pas d'anhédonie franche ni de baisse de l'estime de soi. Les troubles du sommeil et de la concentration accompagnés d'une fatigabilité sont reliés principalement aux douleurs. La contention de ses émotions et d'irritabilité associés à un contact un peu particulier avec un discours accéléré et un peu dispersé vont dans le sens des traits de personnalité émotionnellement labile. L'anamnèse contient quelques ombres quant à certaines périodes de sa vie accompagnées d'idées noires voire suicidaires mais sur lesquelles le patient reste très succinct et préfère [sic] garder leur contenu confidentiel.

Le pronostic médico-théorique de guérison du SDRC si l'on se base sur les données clinico-radiologiques et celles de la littérature devrait être taxé de bon. La consolidation de l'arthrodèse est acquise et l'intégration de l'arthroplastie de tête radiale est satisfaisante. [...] Il persiste actuellement essentiellement un syndrome douloureux chronique du membre supérieur gauche qui dépasse de loin la localisation lésionnelle initiale. **Le pronostic de retour au travail** est toutefois assombri par divers facteurs - rupture avec le monde du travail depuis 2 ans ; douleurs cotées en permanence entre 7 et 8 sur 10 à l'EVA ; exclusion fonctionnelle du membre supérieur gauche ; extension de la topographie douloureuse au niveau proximal du membre supérieur gauche et dernièrement au niveau de l'hémithorax gauche ; score Intermed très élevé à 30 traduisant une situation bio-psycho sociale complexe ; impossibilité pour le patient de se projeter dans une perspective professionnelle.

D'un point de vue thérapeutique, rappelons que le patient a bénéficié de toutes les techniques en réadaptation sensitive avec plusieurs dizaines de séances d'ergothérapie depuis 2 ans. Visiblement cette approche classique associée à un traitement pharmacologique selon les recommandations internationales n'ont permis aucune amélioration voire le contraire puisque les douleurs s'aggravent et tendent à évoluer vers un état douloureux chronique. Le patient a intégré tout récemment le concept de rééducation sensitive de R._____. Le principe "de ne pas toucher autant que faire ce peut" semble convenir à M. W._____ puisqu'il a l'impression de "payer" par une recrudescence des douleurs ses tentatives d'intégration du membre supérieur gauche dans les AVQ. Le risque à la longue est l'exclusion totale de ce membre non dominant avec une modification du schéma corporel, un

enraidissement progressif des doigts longs, du coude et de l'épaule gauche ainsi que l'installation dans un processus d'invalidation. Lutter contre ce phénomène par le biais d'un séjour stationnaire à but des thérapies physiques intensives est dénué de sens au vu de ce qui précède. Nous l'invitons néanmoins à automatiser les doigts longs, le coude, l'épaule afin de préserver la mobilité encore peu limitée. En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, étant donné l'arthrodèse radio-scapho-lunaire et l'arthroplastie de la tête radiale, le patient ne pourrait plus reprendre une activité professionnelle exigeant des travaux de dextérité.

En conclusion, une réorientation professionnelle s'impose. Il est pourtant évident, aux yeux de tous les intervenants, que toute mesure allant dans le sens d'un retour sur le marché de l'emploi se heurtera à des facteurs subjectifs. Le patient reste figé en position d'attente et montre clairement qu'il n'est pas prêt à ce type de démarche. Il n'y a pourtant pas de contre-indication médicale à une ré-adaptation professionnelle, la situation étant maintenant stabilisée ».

A l'appui de leur rapport, les Drs J._____ et Y._____ ont produit :

- une évaluation psychiatrique du 21 mars 2018 réalisée par le Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, posant le diagnostic de traits de personnalité émotionnellement labile (Z73.1) ;
- un rapport du 23 mars 2018 rendant compte d'un examen neurologique réalisé le 22 mars 2018 par le Dr J._____ ;
- une « évaluation des capacités fonctionnelles » du 21 mars 2018 de X._____, physiothérapeute, relevant le caractère insuffisant de la coopération de l'assuré et la faible cohérence des différents tests réalisés ;
- un rapport d'évaluation en ergothérapie du 21 mars 2018 de O._____, ergothérapeute, concluant à la présence d'une allodynie de grande étendue, concernant l'ensemble du membre supérieur gauche hormis le territoire ulnaire, et de forte intensité.

Dans un avis du 11 mai 2018, le Dr H._____ a relevé que l'évaluation de D._____ avait conclu à la stabilisation de l'état de santé

de l'assuré avec persistance d'un syndrome douloureux chronique nécessitant une réadaptation professionnelle, laquelle n'était pas contre-indiquée sur le plan médical.

Par rapport du 14 mai 2018, le Dr N._____, spécialiste en traitement interventionnel de la douleur, a posé les diagnostics de CRPS (syndrome douloureux régional complexe) post-traumatique, d'arthrose radio-ulnaire distale et d'arthrose radiocarpienne, de status post-prothèse de tête ulnaire, d'arthrodèse radio-scapho-lunaire et de résection scaphoïde du pôle distal le 23 mai 2017. Il a relevé l'état stationnaire de l'assuré et précisé n'avoir pas de proposition thérapeutique supplémentaire.

V._____, ergothérapeute [...], a rendu le 11 juin 2018 un bilan d'évolution en ergothérapie. Elle a relevé que l'assuré n'était pas apte à réaliser une activité bimanuelle et mentionné que la capacité d'utilisation de la main lésée était diminuée de 76 %.

Dans un rapport du 29 octobre 2018, la Dre P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, cheffe de clinique auprès du [...], a relevé ce qui suit :

« Le patient présente une péjoration de son CRPS avec une atteinte au niveau de la mâchoire à gauche. Le patient ne peut plus aller chez le coiffeur ni se raser la barbe. Le patient est suivi de plus par l'équipe d'ergothérapie qui montre un état stationnaire au niveau des territoires allodymiques ainsi que de leur sévérité. Il bénéficie d'hypnose actuellement. Si on retrouve un échec de cette hypnose, nous essayerons alors l'auriculothérapie ».

Le 4 décembre 2018, l'assuré a subi une perfusion de kétamine qui a été efficace sur le moment. La douleur est cependant revenue de manière progressive (cf. rapport du 19 décembre 2018 de la Dre P._____).

Le 29 janvier 2019, M._____ a indiqué qu'en 2018 et 2019, s'il était resté employé au sein de l'entreprise, l'assuré aurait réalisé un gain soumis à l'AVS de 5'100 fr. mensuel auquel se serait éventuellement

ajouté une gratification à bien plaisir ; son horaire de travail hebdomadaire se serait élevé à 42 heures 75 en hiver et 45 heures en été.

Dans un rapport du 25 janvier 2019, la Dre P._____ a confirmé que l'assuré était suivi pour un CRPS majeur de tout le membre supérieur gauche avec extension au niveau de la mâchoire et que, malgré une prise en charge multidisciplinaire à la consultation de la douleur, de l'hypnose et de l'ergothérapie, l'évolution était défavorable. L'assuré était inapte à toute reprise professionnelle.

Le 4 février 2019, l'ergothérapeute V._____ a rédigé un « bilan d'évolution en ergothérapie entre le 08.01.2018 et le 04.02.2019 » dont le contenu est notamment le suivant (sic) :

« Au **niveau somesthésique**, Mr W._____ a un CRPS de la branche cutanée palmaire du nerf médian gauche avec allodynie mécanique avec débordement extra-territorial (stade V de lésions axonales) et plusieurs autres névralgies brachiales devenues incessantes sur le membre supérieur gauche dont une névralgie brachiale incessante du nerf cutané postérieur de l'avant-bras gauche et une névralgie brachiale incessante des nerfs collatéraux palmaires du nerf ulnaire gauche.

Les allodynies régressaient doucement mais sûrement jusqu'au séjour à [...]. Vous trouverez en annexe ci jointes l'évolution des allodynies. Le 04.02.2019, la sévérité des allodynies sur tout l'avant bras est devenue très grave [...]. Jusqu'au 10.12.2018, l'allodynie sur la branche cutanée palmaire du nerf médian était moins grave avec un arc en ciel des douleurs orange (0,2 gramme) qui régressait progressivement.

Les allodynies sur les territoires du nerf cutané postérieur de l'avant bras et des nerfs collatéraux palmaires du nerf ulnaire gauche étaient de sévérité conséquente (avec arc en ciel des douleurs vert à 1,5 gramme) et sont passées à une sévérité grave (avec arc en ciel des douleurs rouge à 0,03 gramme).

[...]

Ses douleurs mixtes (neuropathiques et musculo-squelettiques), depuis 33 mois, le mettent en situation de handicap dans de nombreuses situations de la vie quotidienne. Il ne peut plus exercer sa profession de storiste. Il est très limité pour ses déplacements, il ressent des douleurs au bas du dos pour les distances supérieures à 100 mètres environ. Il ne peut plus conduire. Il ne peut plus faire d'activité en force avec le membre supérieur gauche, ainsi par exemple il ne peut plus déneiger devant chez lui. Mr W._____ ne supporte aucun contact de toutes textures de vêtements, d'effleurement du vent ou d'eau (par exemple sous la douche), au niveau du territoire allodynique au membre supérieur gauche, c'est

aussi dérangeant sur le visage côté gauche. Le débordement extra territorial des douleurs neuropathiques sur tout l'hémicorps gauche rend le rasage de la barbe et la coupe de cheveux trop douloureux et donc impossible. Couper les ongles des doigts de la main gauche est « pénible ». Mr W. _____ ne peut plus profiter de ses activités de loisirs (ski, vélo, randonnée en montagne, se baigner, escalade, aller à des grandes attractions). Il n'intègre plus la main gauche lors des repas, car tenir un couvert dans la main gauche est douloureux. Son sommeil est également très perturbé par ses douleurs, il ne peut plus du tout dormir sur le côté gauche. L'aspect esthétique est gênant, avec l'oreille et la joue côté gauche qui restent de couleur rouge, de plus il a pris beaucoup de poids.

Le bilan 400 points n'a pas été refait depuis juin 2018, si il était refait le score serait sûrement péjoré.

Actuellement, nous ne poursuivons pas de suivi de rééducation en ergothérapie. Malgré tous nos conseils suivis par le patient, il n'y a plus d'évolution favorable avec cette méthode de rééducation sensitive, nous arrivons à nos limites ».

Le Dr H. _____ a examiné l'assuré le 19 mars 2019. Dans son rapport final du 22 mars 2019, il a notamment retenu ce qui suit (sic) :

« Le seul traitement qui semble actuellement efficace est la prise en charge par le psychiatre et le traitement par Saroten 50mg 1cp/jour.

Diagnostic

- Fracture EDR (01.03.2016)
- SDRC de type I
- Status post-arthrodèse radio-scapholunaire du poignet G avec résection du pôle distal du scaphoïde, arthroplastie prothétique de l'ulna, dénervation du nerf interosseux postérieur le 23.05.2017.
- Réveil du CRPS de type I (2018).

Comorbidités :

- Obésité avec un BMI à 32 kg/m²
- Pseudarthrose de la clavicule D post-fracture à l'âge de 10 ans.
- Opéré d'un doigt à ressaut de la main D en 2012
- Entorse des genoux
- Status post-résection endoscopique de polype au niveau du colon.

Appréciation

Assuré de [...] ans qui, il y a maintenant 3 ans, chute avec réception sur le poignet G entraînant une fracture intra-articulaire complexe de ce poignet, traitement conservateur dans un 1^{er} temps, douleurs insupportables. Un SDRC I est diagnostiqué, maîtrisé, mais persistance des douleurs avec mise en évidence d'une part d'un cal vicieux et décision d'une intervention qui a eu lieu il y a maintenant 2 ans et qui a consisté en une arthrodèse radio-carpienne et une prothèse de la tête ulnaire.

L'évolution est défavorable, avec réveil du CRPS, n'évoluant pas, ce qui le fait consulter en fin de l'année 2017, Monsieur R. _____ qui propose de changer le fusil d'épaule et de négliger complètement le MSG pendant plusieurs mois, « afin de quitter le bon sens populaire de vouloir intégrer ce membre à tout prix ».

Cette nouvelle proposition n'apporte aucun bénéfice subjectif et encore moins objectif. Un assessment à la D. _____ est réalisé, il y a actuellement une année. Les conclusions étaient que l'assuré a bénéficié de toutes les techniques en réadaptation sensitive, avec de multiples séances d'ergothérapie depuis 2 ans.

Cette approche classique, associée à un traitement pharmacologique selon les recommandations internationales, n'a pas permis l'amélioration, voire le contraire, puisque les douleurs s'aggravent et tendent à évoluer vers un état douloureux chronique.

La consultation auprès de M. R. _____, avec la mise en route d'un traitement "ne pas toucher autant que faire se peut" n'a eu que peu d'effet, le MSG actuellement n'est pas totalement exclu, certaines activités sont possibles mais extrêmement limitées, les moindres surcharges mécaniques exacerbent la douleur.

Lors de ce séjour, il a été invité à auto-mobiliser les doigts longs, le coude, l'épaule, afin de préserver la mobilité qui est encore peu limitée.

Les limitations fonctionnelles, étant donné l'arthrodèse radio-scapholunaire et l'arthroplastie de la tête radiale, montrent qu'il n'est plus possible de reprendre une activité exigeant des travaux de force et de dextérité. Il est conclu qu'une réorientation professionnelle s'impose en mettant en évidence qu'un retour sur le marché de l'emploi se heurtera à des facteurs subjectifs, l'assuré restant figé en position d'attente et montrant clairement qu'il n'est pas prêt à ce type de démarche.

Il n'y a pas de contre-indication médicale à une réadaptation professionnelle, la situation étant maintenant stabilisée.

Ces conclusions sont toujours d'actualité, le seul traitement qui actuellement semble porter ses fruits est le suivi psychiatrique qui devrait être poursuivi.

En ce qui concerne l'ergothérapie, la poursuite d'un traitement aigu [...] et un suivi régulier [...] ne me semblent plus nécessaire, l'état sur le plan somatique étant stabilisé.

Je propose un contrôle dans un premier temps biannuel pendant cette année, afin de régler l'antalgie, si nécessaire ; puis un contrôle annuel auprès de la chirurgie de la main ».

Par envoi du 4 avril 2019, la CNA a mis fin au 31 juillet 2019 au paiement des indemnités journalières et des traitements médicaux, hormis un contrôle dans un premier temps biannuel pendant l'année afin de régler l'antalgie si nécessaire, puis un contrôle annuel auprès de [...].

Par rapport du 5 avril 2019, le Dr H._____ a retenu que l'assuré avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 % et indiqué ce qui suit à cet égard (sic) :

« 1 Constatations

[...]

L'état est considéré comme stabilisé, avec ce status post-arthrodèse radio-carpien et prothèse ulnaire, mais avec également une utilisation du membre supérieur extrêmement limitée avec, au dernier bilan de 400 points, un score de 24 % qui doit être pondéré du fait que l'épreuve de force de préhension n'a pas été réalisée. La réalisation de cette mesure, lors de l'examen du jour à l'agence a été possible, montre au Pinch une force est extrêmement limitée. On peut donc considérer qu'actuellement, le pourcentage d'utilisation de la main lésée est de l'ordre de 40 %.

[...]

3 Motif

Selon la table 3 des indemnisations des atteintes à l'intégrité selon la LAA, item 47, 60 % de 50 % est égal à 30 %, par analogie on peut considérer que le MSG n'est utilisé qu'à 40 % de ses capacités fonctionnelles ».

Dans un rapport du même jour, le Dr H._____ a encore précisé :

« Les limitations fonctionnelles, étant donné l'arthrodèse radio-scapholunaire et l'arthroplastie de la tête radiale, montrent qu'il n'est plus possible de reprendre une activité exigeant des travaux de force et de dextérité.

Il est clair que des activités mono-manuelles légères sont possibles, mais qu'actuellement, le rendement est limité par l'apparition rapides de douleurs lors de la sollicitation du MSG. Le potentiel d'utilisation du MSG est de l'ordre de 40 %, les activités dites légères, qui permettent de contenir un objet, de prendre de temps en temps un objet léger sont possibles, avec une fatigabilité. Du fait de la non utilisation thérapeutique conseillée pour les activités du MSG par Mr R._____, ergothérapeute, le fait de pouvoir petit à petit réutiliser ce MS devrait avoir une incidence favorable sur le rendement.

Je pense qu'à terme, avec l'adaptabilité, une activité légère peut être exigible pour ce MSG.

En tenant compte de ces limitations fonctionnelles, en se rendant compte qu'elles sont certainement évolutives du fait de la proposition thérapeutique de négliger ce membre, je pense qu'une activité tenant strictement compte des limitations fonctionnelles édictées est exigible, sans limitation de temps, et sans limitation de rendement à terme ».

Par rapport du 26 avril 2019, la Dre P._____ a souligné l'importance du suivi psychiatrique entamé par l'assuré et requis que celui-ci soit pris en charge par la CNA.

d) Par projet du 27 juin 2019, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité entre le 1^{er} mars 2017 et le 30 juin 2018. L'OAI a considéré que l'assuré disposait dès le 28 mars 2018 d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de travaux de force et de dextérité).

e) Lors d'un entretien téléphonique du 1^{er} juillet 2019, M._____ a confirmé que la gratification évoquée dans ses précédents envois concernant le salaire de l'assuré ne constituait pas un treizième salaire. Elle avait été accordée régulièrement sur les cinq dernières années, sauf à une occasion car le chiffre d'affaires de la société ne l'avait pas permis. Son montant était fixé « au mérite » et s'élevait en moyenne à 1'000 francs.

Par décision du 4 juillet 2019, la CNA a refusé d'allouer une rente d'invalidité à l'assuré et lui a accordé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 %, correspondant à 44'460 francs. Elle a considéré que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité n'exigeant pas de travaux de force ou de dextérité de la main gauche.

Par acte du 4 septembre 2019, l'assuré, représenté par l'Association pour la permanence de défense des patients et des assurés (ci-après : l'APAS), a formé opposition à l'encontre de la décision susmentionnée. En substance, l'assuré a nié que son état de santé soit stabilisé. Il a également contesté l'appréciation de sa capacité de travail par la CNA, relevant notamment que celle-ci ne tenait pas compte de ses affections psychiques. Il a encore critiqué le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. En annexe à son opposition, l'assuré a produit :

- un rapport du 5 août 2019 de la Dre P._____ relevant notamment le CRPS actuellement sévère, s'étendant jusqu'à la mâchoire. Le seul

traitement efficace consistait dans les consultations psychiatriques régulières lesquelles avaient dû être interrompues ensuite du refus de prise en charge par la CNA. La Dre P._____ a retenu que l'assuré était inapte à toute activité professionnelle utilisant le membre supérieur gauche ;

- un rapport du 22 juillet 2019 Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin associé auprès du [...], psychiatre traitant de l'assuré depuis le 27 juin 2018, retenant en particulier ce qui suit :

« Sur le plan psychiatrique, [l'assuré] présente une baisse de la thymie importante, une irritabilité, un sentiment de désespoir et de découragement, une fatigue, une baisse de son élan vital et une difficulté à se projeter dans l'avenir. En effet, il relate que la possibilité de ne plus trouver un travail adapté lui pèse très lourd et craint une précarité sur le plan financier et social, compte tenu que les prestations de la SUVA arrivent bientôt à terme. Par ailleurs, M. W._____ évoque une enfance très difficile, avec intervention à l'époque d'un pédopsychiatre.

Au niveau diagnostique, je retiens celui d'un épisode dépressif moyen.

Sur le plan médicamenteux, un traitement d'amitriptyline (Saroten) 50mg a été mis en place, ce qui a été efficace sur le plan du sommeil, mais partiellement efficace sur le plan de la thymie et de ses douleurs.

Pendant nos entretiens bimensuels, M. W._____ bénéficie d'un espace d'écoute et de soutien et le travail psychothérapeutique est basé sur la mobilisation de ses ressources personnelles afin de faire face à ses douleurs chroniques harcelantes et démoralisantes. A noter que tout moyen thérapeutique entrepris jusqu'à présent (médicamenteux et non médicamenteux) n'a pas réussi à soulager les douleurs de M. W._____.

Le suivi psychiatrique de M. W._____ auprès de moi-même arrive aujourd'hui à terme car, selon lui, le SUVA ne prendra plus en charge les consultations [...] ».

Par décision sur opposition du 19 septembre 2019, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Elle a considéré que son état de santé était stabilisé. Elle a nié la prise en considération des troubles psychiatriques de l'assuré dans l'examen de son droit à des prestations de l'assurance-accidents dans la mesure où, selon elle, ceux-ci ne se trouvaient pas dans une relation de causalité naturelle et adéquate avec

l'accident du 1^{er} mars 2016. La CNA a confirmé son appréciation selon laquelle l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité professionnelle lui permettant d'utiliser son membre supérieur droit ainsi que son calcul du taux d'invalidité de l'assuré qu'elle a arrêté à 2 %. Concernant le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la CNA a estimé que celui-ci était conforme aux constatations faites par le Dr H._____ lors de son examen du 19 mars 2019.

B. Par acte du 21 octobre 2019, W._____, représenté par l'APAS, a déféré la décision du 19 septembre 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité en sa faveur dès le 1^{er} août 2019 ainsi que d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité minimale de 38 %. Il a notamment contesté l'évaluation de sa capacité de travail par la CNA et fait valoir que ses atteintes psychiatriques se trouvaient bien en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident considéré. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise orthopédique et psychiatrique. A l'appui de son recours, l'assuré a produit un certificat médical du 10 septembre 2019 de la Dre T._____, indiquant avoir constaté la persistance d'une impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche et de douleurs neuropathiques dans le cadre d'un CRPS empêchant l'utilisation du membre supérieur gauche.

Par réponse du 6 février 2020, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a produit un rapport du 22 janvier 2020 de la Dre L._____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, dont le contenu est notamment le suivant (sic) :

« [...]

Ces constatations nous laissent bien songeur, puisqu'à plusieurs reprises les intervenants - médecins et ergothérapeutes - parlent d'exclusion du membre supérieur gauche.

Exclusion voulant dire que Monsieur W._____ n'utilise pas son membre supérieur gauche - ce qui avait d'ailleurs été prescrit/recommandé par Monsieur R._____ - nous devrions nous attendre à une différence des périmètres beaucoup plus marquée.

En effet, il a été établi que lors d'immobilisation ou inutilisation d'un membre, déjà après quelques mois, il y a une atrophie musculaire notable. Ce n'est pas le cas de Monsieur W._____.

Nous précisons qu'à aucun moment il est fait état d'œdème ou de gonflement du poignet et de la main à gauche, qui pourrait expliquer cette différence si minime.

Il nous est par conséquent difficile de reconnaître une exclusion du membre supérieur gauche chez Monsieur W._____.

En sachant que Monsieur W._____ :

- A subi une fracture intra-articulaire de l'extrémité distale du radius gauche, déplacée et complexe.
- A présenté durant l'évolution un syndrome douloureux régional complexe, considéré au décours en novembre 2016 ;
- A développé une arthrose radio-carpienne et radio-ulnaire, qui ont motivé une arthrodèse radio-scapholunaire et une arthroplastie ulnaire en mai 2017 ;
- A présenté en post-opératoire une recrudescence de son syndrome douloureux régional complexe, qui a une année en avril 2018 était au décours - « Il n'y a actuellement pas de signes cliniques en faveur d'une algodystrophie floride » ;
- Dont les périmètres - gauche et droit - constatés en avril 2018 sont quasi identiques - différence de l'ordre de 0.5 cm ;

Nous estimons que chez Monsieur W._____ son activité professionnelle antérieure n'est plus exigible, en revanche une activité professionnelle adaptée à 100% - horaire et rendement - en respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge de plus de 5 kg pour la main gauche, pas de mouvements extension - flexion du poignet gauche (arthrodèse), pas de mouvements fins (précision) de la main gauche, pas de montée et descente d'échelle/échafaudages, sans aucune restriction quant au membre supérieur droit dominant, est tout-à-fait exigible.

Le membre supérieur gauche peut tout-à-fait servir d'accompagnement au membre supérieur droit qui n'est pas lésé et dominant chez Monsieur W._____.

Monsieur W._____ n'est pas amputé de son membre supérieur gauche.

En effet, comme précité, Monsieur W._____ n'est pas amputé mais présente une arthrodèse radio-scapholunaire et une arthroplastie ulnaire à gauche.

En nous fondant sur les tables 1 - atteinte à l'intégrité résultant des troubles fonctionnels des membres supérieurs et 5 - atteinte à l'intégrité résultant de l'arthrose - du barème d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, pour une arthrodèse radio-carpienne, un taux de 15% est reconnue - table 1, et pour une arthrose radiocarpienne « résection ou arthrodèse » également 15% - table 5, donc identique.

Il nous faut encore considérer l'arthroplastie de l'ulna, qu'il faut par analogie comparer à une résection de la tête ulnaire, pour laquelle il est retenu 5% - table 5.

Nous estimons donc une indemnité pour atteinte l'intégrité à un taux total de 20%.

Pour rappel, Monsieur W. _____ n'a perdu ou n'a été amputé ni de son membre supérieur (50%), ni de son avant-bras (45%), ni de sa main (40%), ni de son pouce (20%).

Monsieur W. _____ présente avec son arthrodèse radio-scapholunaire et son arthroplastie de l'ulna une situation beaucoup plus favorable ».

Par réplique du 20 avril 2020, l'assuré a confirmé ses précédents moyens et conclusions. Il a en outre contesté que l'avis de la Dre L. _____ revête la moindre valeur probante. Il a produit les pièces suivantes :

- Deux ordonnances émises les 24 octobre 2019 et 2 décembre 2019 par la Dre T. _____ portant notamment sur du Tramadol ;
- un rapport du 29 octobre 2019 de la Dre P. _____ dont le contenu est le suivant (sic) :

« 1) Je ne suis pas d'accord avec les conclusions du Dr H. _____ du 19.03 et du 05.04.2019 évoquant une capacité de travail entière dans une activité adaptée. En effet, Monsieur W. _____ présente un CRPS majeur qui s'est péjoré au fil du temps avec une utilisation du membre supérieur gauche actuellement impossible. De plus, le patient présente un état dépressif majeur. Tous ces éléments mis en commun me mène à dire que le patient n'est actuellement pas apte à toute activité professionnelle même dans une activité adaptée. Le patient présente une non fonctionnalité de tout le membre supérieur gauche.

2) La capacité de travail de Monsieur W. _____ dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles qui serait une non utilisation complète de son membre supérieur gauche pourrait être de 50% sous réserve de l'avis du psychiatre de Monsieur W. _____.

3) une diminution du rendement dans une activité adaptée serait probable au vu de la fatigabilité de Monsieur W. _____.

4) [S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, êtes-vous d'accord avec la conclusion du Docteur H. _____ selon laquelle la fonctionnalité du membre supérieur gauche est évaluée à 40% ?] Pour répondre à cette question il serait nécessaire de refaire un bilan d'ergothérapie [...], le dernier montrant une fonctionnalité de 24% en juin 2018 et depuis la situation clinique s'est encore péjorée. Dans ce contexte, je pense qu'il serait judicieux de refaire un bilan 400 points.

5) Je pense que dans la situation de M. W. _____ il serait nécessaire de demander une expertise médicale indépendante afin d'avoir un avis extérieur sur la question » ;

- un rapport du 17 décembre 2019 de la Dre T._____ retenant une capacité de travail dans une activité adaptée de 0 % dès le 1^{er} mars 2016 ;
- un rapport du 20 janvier 2020 de la Dre A._____, psychiatre, rendant compte d'un suivi bimensuel de l'assuré et retenant une incapacité de travail de 100 % compte tenu d'une aggravation thymique avec symptômes dépressifs sévères ;
- un rapport du 11 mars 2020 de la Dre A._____ relevant que l'assuré rapportait l'apparition de troubles du sommeil, favorisés par des douleurs chroniques, un désinvestissement global, une anhédonie, une aboulie, une douleur morale, des ruminations anxieuses, une vision péjorée de l'avenir avec du désespoir, un sentiment d'incompréhension face à la non reconnaissance de la gravité de son état et un sentiment majeur d'insécurité. La spécialiste a posé le diagnostic de syndrome anxiodépressif sévère, favorisé par la gravité de l'état physique. Elle a retenu que l'état de l'intéressé ne lui permettait pas d'envisager une quelconque activité professionnelle et précisé que l'apparition d'idées suicidaires avait nécessité une hospitalisation depuis le 17 février 2020.

Par duplique du 18 juin 2020, la CNA a confirmé sa précédente écriture.

L'assuré a adressé, le 26 juin 2020, une lettre de liaison du 14 mai 2020 de [...] rendant compte de son hospitalisation entre le 17 février et le 15 mai 2020 en raison d'un épisode dépressif sévère.

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 litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents, plus précisément sur son droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

3. a) 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. Parmi ces prestations figurent notamment le droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), le versement d'une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA) et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA).

b) 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.

c) 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).

d) 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).

aa) Pour admettre un lien de causalité entre l'accident et un syndrome douloureux régional complexe, le Tribunal fédéral a considéré que trois critères cumulatifs doivent être remplis, à savoir (TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.2 et les références citées) :

- a) la preuve d'une lésion physique après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ;
- b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (par exemple état après infarctus du myocarde, après une apoplexie, etc.) ;
- c) une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines.

S'agissant du temps de latence entre l'événement accidentel et l'apparition du syndrome douloureux régional complexe, il n'est pas nécessaire que le diagnostic ait été posé dans les six à huit semaines après l'accident pour admettre son caractère causal avec l'événement accidentel ; il est en revanche déterminant qu'on puisse conclure, en se fondant sur les constats médicaux effectués en temps réel, que la personne concernée a présenté, au moins partiellement, des symptômes typiques du syndrome douloureux régional complexe durant la période de latence de six à huit semaines après l'accident (TF 8C_27/2019 du 20 août 2019 consid. 6.4.3 ; TF 8C_123/2018 du 18 septembre 2018 consid. 4.1.2 ; TF 8C_673/2017 du 27 mars 2018 consid. 5 et les références citées ; TF 8C_177/2016 du 22 juin 2016).

bb) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_775/2017 du 13 juin 2018 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs définis

pas la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_567/2017 du 12 mars 2018 consid. 5.1). Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant – comme par exemple le cas d'une glissade (ATF 115 V 133 consid. 6a) –, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C_493/2017 du 10 juillet 2018 consid. 2.2 et les références citées). Les exigences quant à ces critères seront

d'autant plus strictes qu'au sein des accidents de gravité moyenne, l'accident sera considéré comme léger (ATF 115 V 133 consid. 6bb). Ainsi, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat de l'accident puisse être admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 4.1 ; TF 8C_651/2014 du 31 août 2015 consid. 6.1).

4. 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). L'art. 19 al. 1 LAA délimite temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (TFA U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a). Par amélioration sensible de l'état de santé, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références citées ; TF 8C_126/2017 du 5 septembre 2017 consid. 3.1.1). L'utilisation du terme "sensible" par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3). En particulier, il n'y a pas amélioration sensible si une mesure thérapeutique ne peut que soulager pour un temps limité les plaintes liées à une atteinte à la santé qui est stabilisée (TFA U 244/04 consid. 3.1). L'évolution de l'état de santé de la

personne assurée doit être établie avec une vraisemblance prépondérante sur la base d'un pronostic et non sur la base de constatations rétrospectives (TF 8C_112/2014 du 23 janvier 2015 consid. 2.1 ; TF 8C_584/2009 du 2 juillet 2010 consid. 2 et les références citées).

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).

aa) 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 à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; 128 V 174).

bb) 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 exemple : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

cc) 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).

Le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. 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'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 l'âge, 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, 126 V 75).

5. 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).

6. Il est constant que, le 1^{er} mars 2016, l'assuré a été victime d'un accident lors duquel il est tombé d'un escabeau et qu'il présente depuis de nombreuses atteintes à la santé.

Il y a lieu, dans un premier temps, d'examiner le lien de causalité entre ces différentes atteintes à la santé et l'accident du 1^{er} mars 2016.

a) Les parties conviennent que les atteintes à la santé somatiques présentées par le recourant - une fracture intra-articulaire de l'extrémité distale du radius gauche, déplacée et complexe ainsi qu'une arthrose radio-carpienne et radio-ulnaire - faisaient bien suite à l'accident du 1^{er} mars 2016. Ce point n'est pas litigieux et est étayé par l'ensemble des pièces médicales au dossier.

b) Le recourant présente également un syndrome douloureux régional complexe.

Le syndrome douloureux régional complexe (CRPS) est une atteinte qui appartient aux maladies neurologiques, orthopédiques et traumatologiques et constitue ainsi une atteinte à la santé physique,

respectivement corporelle (TF 8C_955/2008 du 29 avril 2009 consid. 6). Ce trouble – également connu sous les noms d'algo(neuro)dystrophie ou maladie de Sudeck – fait l'objet des critères de diagnostic dits « *de Budapest* » (cf. Claude Spicher/Jean-Pierre Estebe/Eva Létourneau/Tara Packham/Philippe Rossier/Jean-Marie Annoni, Critères diagnostiques du syndrome douloureux régional complexe [SDRC], *in* : Douleur et Analgésie, 2014, vol. 27, p. 62 à 64) :

- 1) Une douleur continue disproportionnée par rapport à l'événement déclenchant
- 2) Le patient doit rapporter au moins un symptôme dans trois des quatre catégories suivantes :
 - i. Sensorielle : hyperesthésie et/ou allodynie
 - ii. Vasomotrice : asymétrie de la température et/ou changement/asymétrie de la coloration de la peau
 - iii. Sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement/asymétrie de la sudation
 - iv. Motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau)
- 3) Au moment de l'examen clinique, le patient doit démontrer au moins un signe clinique dans deux des quatre catégories suivantes :
 - i. Sensorielle : hyperalgésie (à la piqûre) et/ou allodynie (au toucher léger et/ou à la pression somatique profonde et/ou à la mobilisation articulaire)
 - ii. Vasomotrice : asymétrie de température et/ou changement/asymétrie de coloration de la peau
 - iii. Sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement/asymétrie au niveau de la sudation
 - iv. Motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau)
- 4) Aucun autre diagnostic n'explique mieux les signes et symptômes.

Il ressort des éléments au dossier qu'immédiatement après l'accident, le recourant a présenté une fracture de l'extrémité distale du radius gauche. Des douleurs intenses sont apparues par la suite, sans qu'un autre facteur causal de nature non traumatique n'intervienne. Le recourant a développé une tuméfaction, une rougeur, des sensations de décharges électriques et de brûlures dans l'avant-bras (rapport du 9 mai 2016 du Dr K. _____ rendant compte d'un examen du 4 mai 2016), une hypo-sensibilité, des fourmillements au doigt, une sudation et une sensation de main chaude (cf. bilan d'ergothérapie du 19 mai 2016 du Service [...]) rapidement après l'accident. Ces éléments font partie des symptômes cliniques typiques du syndrome douloureux complexe (cf. TF 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 6.2.1), diagnostic unanimement admis par l'ensemble des médecins ayant examiné le recourant (rapports du Dr C. _____ du 12 juillet 2017 ; de D. _____ du 28 mars 2018 ; du Dr N. _____ du 14 mai 2018, de la Dre P. _____ des 29 octobre 2018 et 25 janvier 2019 ; du Dr H. _____ du 22 mars 2019).

En conséquence, il y a lieu d'admettre l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et le syndrome douloureux régional complexe (cf. consid. 3d, aa *supra*).

c) Le recourant allègue également une atteinte psychique. Celle-ci n'a pas été retenue par D. _____. En effet, dans son évaluation du 21 mars 2018, le Dr B. _____ avait posé le diagnostic de traits de la personnalité émotionnellement labile (Z73.1) sans effet sur la capacité de travail. Ce sont les psychiatres traitants de l'assuré qui ont retenu d'abord un épisode dépressif moyen (rapport du 22 juillet 2019 du Dr Z. _____) puis un épisode dépressif sévère incapacitant (rapport du 20 janvier 2020 de la Dre A. _____ ; lettre de liaison du 14 mai 2020 de [...]).

Quand bien même l'existence d'une atteinte psychique n'est pas clairement établie à ce stade - dès lors que le diagnostic des psychiatres traitants ne repose pas sur des critères objectifs mais sur les plaintes rapportées de l'intéressé - il y a lieu de retenir qu'il n'y a pas lieu

d'examiner cette question plus avant, faute pour une telle atteinte de se trouver dans un lien de causalité avec l'accident du 1^{er} mars 2016.

En effet, si le fait de tomber d'un escabeau a pu subjectivement revêtir chez l'intéressé un caractère relativement impressionnant, le déroulement de l'accident n'apparaît pas du point de vue objectif - seul déterminant en l'espèce - particulièrement dramatique. L'événement n'a en effet pas généré de force particulière et la lésion subie - une fracture intra-articulaire de l'extrémité distale du radius gauche - n'est pas particulièrement sévère en elle-même. Ont été considérées comme faisant partie de la limite supérieure de la catégorie des accidents de gravité moyenne des chutes d'une hauteur d'entre 5 et 8 mètres et qui ont entraîné des lésions osseuses relativement sévères (voir les arrêts publiés à la RAMA 1999 n° U 330 p. 122 consid. 4b/bb ; RAMA 1998 n° U 307 p. 448 consid. 3a ; TF 8C_657/2013 du 3 juillet 2014 consid. 4.3). Le Tribunal fédéral a classé les cas de chutes d'une hauteur d'environ 3 mètres dans la catégorie des accidents de gravité moyenne *stricto sensu* (TF 8C_766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.1.2 ; TF 8C_305/2011 du 6 mars 2012 consid. 3.4 ; TF 8C_826/2011 du 17 décembre 2012 consid. 6.2 ; TF 8C_855/2009 du 21 avril 2010 consid. 8.2 ; TF 8C_584/2007 du 9 septembre 2008 consid. 4.1). Ainsi, l'accident du 1^{er} mars 2016 peut, tout au plus, être qualifié de gravité moyenne à la limite d'un accident bénin, au vu des forces générées (cf. pour un cas similaire TF U 53/01 du 16 octobre 2001 consid. 4b). Dans un tel cas de figure, pour qu'on puisse admettre le caractère adéquat de l'atteinte psychique, il faut un cumul de quatre critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ou que l'un des critères se manifeste avec une intensité particulière (TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.1 et la référence citée).

S'agissant des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, ce critère doit être examiné de manière objective et non pas en fonction du ressenti subjectif de l'assuré, en particulier de son sentiment d'angoisse. Il faut souligner qu'un accident de gravité moyenne présente

toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas à l'admission de la réalisation de ce critère (cf. concernant plus particulièrement ce critère : TF 8C_78/2013 du 19 décembre 2013 consid. 4.3.2 ; TF 8C_1020/2008 du 8 avril 2009 consid. 5.2 ; TF U 56/07 du 25 janvier 2008 consid. 6.1 ; RAMA 1999 n° U 335 p. 207). En l'occurrence, le recourant est tombé d'un escabeau. S'il est possible que l'assuré ait été impressionné par ces circonstances, force est de constater que celles-ci ne revêtent pas un caractère exceptionnel au point que le critère examiné soit réalisé.

La chute du recourant a résulté en une fracture de l'extrémité distale du radius gauche, lésion qui ne présente pas une gravité ou une nature particulière propre, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. A cet égard, le syndrome douloureux régional complexe dont se prévaut le recourant relève en réalité des difficultés en cours de guérison et des complications et sera examiné dans ce cadre (cf. à cet égard ATF 134 V 109 consid. 10.2).

Concernant le critère de la durée du traitement médical, il y a lieu de prendre en compte uniquement le traitement thérapeutique nécessaire (TFA U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (TFA U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). De même, la prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (TF 8C_361/2007 consid. 5.3 ; TFA U 380/04 du 15 mars 2005 consid. 5.2.4). En outre, l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement et si l'on peut attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (TF 8C_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.2.3 et les références citées). A cet égard, le facteur décisif sera de savoir si un traitement médical spécifique qui est une charge pour l'assuré était nécessaire après l'accident et jusqu'à la clôture du dossier (ATF 134 V 109 consid. 10.2.3). En tout état de cause, il conviendra de prendre garde à ne pas confondre le critère de la durée du traitement médical avec celui du processus de

guérison difficile (ATF 134 V 109 consid. 10.2.3). Or, en l'espèce, le traitement prodigué n'a pas été tel que l'on puisse considérer qu'il a revêtu une durée particulière. Le recourant a subi une arthrodèse radio-scapho-lunaire du poignet gauche avec résection du pôle distal du scaphoïde associée à une arthroplastie prothétique de l'ulna, une dénervation du nerf antéro-postérieur et un traitement des troubles dégénératifs ostéo-articulaires le 23 mai 2017 ; il a été hospitalisé jusqu'au 26 mai 2017, soit pendant quatre jours. Cette intervention n'a ainsi pas nécessité de longue convalescence. Le traitement subi ne présentait en outre pas d'intensité particulière (TF 8C_595/2015 précité consid. 5.3) puisqu'il a principalement consisté en de la physiothérapie ou de l'ergothérapie combinée à un traitement antalgique.

Le critère des douleurs physiques persistantes doit être admis lorsque la personne concernée émet des plaintes substantielles, sans interruptions significatives, entre l'accident et la stabilisation du cas (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4). Les douleurs physiques persistantes doivent être examinées en faisant abstraction des éléments psychiques qui pourraient les influencer (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; TF 8C_251/2016 du 10 avril 2017 consid. 5.3.2). En l'occurrence, dans son rapport du 28 mars 2018, les médecins de D._____ ont relevé que l'assuré présentait un comportement douloureux et auto-limitant. Il ressort en outre des pièces au dossier que l'assuré a cessé son traitement antalgique pendant une certaine durée. Ainsi, il ressort de rapports du 9 mai 2016 et du 13 juillet 2016 du Dr K._____ qu'à cette date le recourant ne prenait pas d'antalgique, ce que l'assuré a confirmé lors d'un entretien du 15 septembre 2016. Le 6 mars 2017, interpellé sur son traitement, l'intéressé n'a indiqué que les séances hebdomadaires d'ergothérapie. Les 15 juin et 12 juillet 2017, le recourant a mentionné comme médication un cachet de Tramadol le soir, analgésique qu'il avait cessé de prendre le 7 août 2017. Par la suite, les rapports médicaux mentionnent uniquement un traitement d'antidépresseurs (rapports de D._____ du 28 mars 2018 ; du Dr H._____ du 22 mars 2019) jusqu'à ce que la Dre T._____ prescrive un antalgique le 24 octobre 2019. Ainsi, ce critère n'est pas réalisé dans le cas d'espèce.

Le recourant affirme que le choix des médecins de commencer par tenter un traitement conservateur avant de procéder à une intervention chirurgicale constitue une erreur médicale. A cet égard, il y a lieu de relever que l'échec d'un traitement médical ne signifie pas pour autant qu'une erreur ait été commise (TF 8C_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.4). Aucune pièce au dossier n'indique une quelconque erreur dans le traitement prodigué au recourant. Au contraire, dans un rapport du 19 juillet 2016, l'ergothérapeute I._____ a relevé l'évolution lente mais favorable de l'assuré sur le plan mécanique. Le 3 août 2016, le Dr E._____ faisant suite à une IRM réalisée le même jour, constatait la bonne évolution de la fracture du radius distal. Dans un courrier du 9 novembre 2017, le Dr C._____ a également relevé la bonne évolution ensuite de l'opération du 23 mai 2017, tout comme les médecins de D._____ qui, dans leur rapport du 28 mars 2018, ont indiqué que la consolidation de l'arthrodèse était acquise et que l'intégration de l'arthroplastie de la tête radiale était satisfaisante.

Tant le recourant que l'intimée admettent que le critère des difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes est rempli. Tel est le cas en l'espèce. L'assuré a en effet développé un syndrome douloureux régional complexe qui constitue une complication importante dont l'intensité et la topographie dépassent de loin la lésion initiale (rapport de D._____ du 28 mars 2018).

Le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail est réalisé si, malgré des efforts avérés, l'assuré est en incapacité de travail significative, bien qu'il s'efforce de réintégrer le plus rapidement possible le processus de travail grâce à une coopération optimale (ATF 134 V 109 consid. 10.2.7 ; TF 8C_590/2007 du 6 octobre 2008 consid. 7.7.1). En l'occurrence, il y a lieu de constater que ce critère est réalisé, l'assuré ayant présenté une incapacité de travail de plus de deux ans (rapport de D._____ du 28 mars 2018).

En conclusion, il convient de constater que seuls deux des critères posés par la jurisprudence pour retenir l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'évènement accidentel sont réalisés. Un tel lien de causalité ne saurait dès lors être retenu.

7. Le recourant conteste que son état de santé soit stabilisé et réclame dès lors que la CNA continue de prendre en charge les traitements médicaux qui, selon lui, font suite à l'accident du 1^{er} mars 2016.

Dans son rapport du 12 juillet 2017, le Dr C._____ avait estimé que le traitement mis en place en vue de soigner l'algodystrophie sévère des membres supérieurs devait durer entre six mois et deux ans. L'évaluation du 28 mars 2018 des médecins de D._____ retient un état stabilisé et précise que l'assuré a bénéficié de toutes les techniques en réadaptation sensitive depuis deux ans. Dans son rapport du 14 mai 2018, le Dr N._____ a également relevé que l'état de l'assuré était stationnaire et qu'il n'avait pas de proposition thérapeutique supplémentaire à formuler. Le 4 février 2019, l'ergothérapeute V._____ a également indiqué n'avoir aucun traitement à proposer. Le Dr H._____ a lui aussi conclu à la stabilisation de l'état de santé du recourant après l'avoir examiné le 19 mars 2019, tout comme la Dre P._____ dans son rapport du 29 octobre 2018. Au demeurant, aucune pièce au dossier n'atteste qu'un quelconque traitement permettrait une amélioration sensible de l'état de santé du recourant (cf. consid. 4a *supra*). C'est le lieu de préciser que l'atteinte psychiatrique qui – selon le recourant – nécessiterait un suivi régulier n'est pas en lien de causalité avec l'accident de sorte que son traitement ne saurait être pris en charge par l'assureur-accidents. Ainsi, au vu des nombreux rapports médicaux convergents, il y a lieu de retenir que son état de santé est stabilisé.

En conséquence, c'est à juste titre que l'intimée a mis fin à la prise en charge des frais médicaux au 31 juillet 2019, hormis un contrôle dans un premier temps biannuel pendant l'année afin de régler l'antalgie

si nécessaire, puis un contrôle annuel auprès de [...] et fixé dès cette date l'éventuel droit du recourant à une rente d'invalidité.

8. La CNA a refusé d'allouer au recourant une rente d'invalidité, retenant qu'il disposait d'une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles c'est-à-dire une activité lui permettant d'utiliser son membre supérieur droit.

a) Dans le cadre de l'instruction du dossier, la CNA a confié une évaluation interdisciplinaire à D._____. Celle-ci porte sur l'ensemble des atteintes à la santé du recourant (TF 8C_518/2017 du 7 décembre 2017 consid. 3.2 ; TFA I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.3 ; TFA I 209/03 du 17 juin 2003 consid. 3.2.1). Dans leur rapport du 28 mars 2018, les Drs J._____, neurologue, et Y._____, spécialiste en médecine interne générale, ont résumé tous les éléments médicaux à leur disposition. Ils ont listé les plaintes du recourant, les ont confrontées à leurs constatations objectives ainsi qu'à celles de leurs collègues, le Dr B._____, psychiatre, la physiothérapeute X._____ et l'ergothérapeute X._____, et ont posé des conclusions claires. Les médecins de D._____ ont également étudié les traitements mis en place. Ainsi, ils ont été en mesure de discuter en détail les diagnostics retenus et leurs effets sur la capacité de travail. Les spécialistes ont donc procédé à une analyse fine et détaillée des atteintes du recourant.

L'évaluation des 22 mars 2019 et 5 avril 2019 du Dr H._____ est quant à elle fondée sur l'ensemble des pièces au dossier - en particulier les nombreux rapports d'imagerie, les rapports médicaux et les rapports d'ergothérapie - et sur ses propres constatations. Il a notamment étudié en détail le rapport du 28 mars 2018 de D._____ et en a relevé le bien-fondé. Le Dr H._____ a également procédé à une étude circonstanciée de la situation du recourant. Il a analysé ses plaintes et a examiné les diagnostics posés ainsi que les traitements administrés.

Ainsi, tant le rapport de D._____ du 28 mars 2018 que ceux du Dr H._____ des 22 mars et 5 avril 2019 procèdent d'une analyse claire et bien étayée de la situation du recourant.

Les spécialistes de D._____ ont estimé que le recourant avait peu collaboré à l'évaluation de ses capacités fonctionnelles. Ils ont considéré - sur la base d'une auto-évaluation - qu'il pouvait exercer une activité exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis et qu'il ne pouvait être exigé de lui une activité exigeant des travaux de force et de dextérité. Le Dr H._____ a quant à lui considéré que les limitations fonctionnelles présentées par le recourant empêchaient les travaux de force et de dextérité mais qu'il disposait d'une capacité de travail dans des activités mono-manuelles, le membre supérieur gauche pouvant à terme être impliqué dans les activités légères. La Dre L._____, se fondant sur l'appréciation de son collègue, a précisé que le recourant pouvait exercer une activité professionnelle adaptée à 100 % (horaire et rendement) respectant ses limitations fonctionnelles : pas de port de charge de plus de 5 kg pour la main gauche, pas de mouvements en extension, pas de mouvements fins (précision) de la main gauche, pas de montée et descente d'échelles/échafaudages et aucune restriction quant au membre supérieur droit dominant. Les conclusions motivées de ces médecins ne sont contestées par aucun élément médical au dossier, étant précisé que - comme relevé plus haut - l'atteinte psychique dont le recourant souffre n'est pas en lien de causalité avec l'accident. Elles rejoignent les constatations faites par l'OAI qui, dans son projet de décision du 27 juin 2019, a retenu qu'une activité adaptée était exigible à 100 % dès la date de l'expertise de D._____.

Les appréciations des Dres P._____ et T._____ qui excluent toute activité nécessitant le membre supérieur gauche (rapports des 5 août et 10 septembre 2019) s'éloignent quelque peu des conclusions de leurs confrères de D._____ et de la CNA - même si elles ne contredisent pas la décision de l'intimée qui a retenu que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité utilisant le membre supérieur droit -. Tant ces rapports que celui du 29 octobre 2019 de la Dre P._____

qui admet l'exercice d'une activité adaptée au taux de 50 % présentent un contenu insuffisant à jeter le doute quant au bien-fondé des conclusions de D._____ et du Dr H._____. En effet, ces médecins se sont limitées à formuler des appréciations sans donner d'explication circonstanciée sur les éléments objectifs qui justifieraient dans le cas d'espèce de s'éloigner des constatations claires et dénuées de contradictions des deux rapports susmentionnés.

Enfin, le fait que les médecins soient en désaccord sur le fait que le recourant présente un CRPS de type I ou II est sans incidence dès lors que ce n'est pas fondamentalement le diagnostic mais bien l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est pertinent (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 8C_148/2018 consid. 5.5.2).

Dans ces conditions, il y a lieu de reconnaître aux rapports de D._____ du 28 mars 2018 et du Dr H._____ des 22 mars et 5 avril 2019 une pleine valeur probante et de retenir que le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé.

b) Il convient de procéder à une comparaison des revenus afin de déterminer le taux d'invalidité du recourant.

Il ressort des indications données par M._____ qu'au moment de la stabilisation de son état de santé et donc de la naissance du droit à une éventuelle rente d'invalidité, l'assuré aurait, dans son activité habituelle, réalisé un revenu mensuel de 5'100 fr., soit 61'200 fr. par année. L'ajout, par la CNA, d'un montant de 1'000 fr. correspondant à une gratification annuelle n'est pas critiquable et favorise le recourant en augmentant le montant du revenu sans invalidité.

La CNA s'est fondée 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). Comme l'a

relevé l'intimée, il est constant que le marché du travail offre à une personne ne pouvant utiliser qu'une seule main 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), 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 % + 0,5 % + 0,9%), ce qui correspond à 68'012 fr. 60 annuels. Le taux d'abattement de 10 % appliqué au recourant par la CNA pour tenir compte de sa situation personnelle et professionnelle paraît adéquat. Ainsi, le revenu avec invalidité du recourant s'élève à 61'211 fr. 34 ce qui, comparé à un revenu de valide de 62'200 fr., aboutit à un degré d'invalidité de 1,59 %, taux insuffisant à ouvrir le droit à la rente.

9. Le recourant reproche encore à l'intimée d'avoir retenu un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité insuffisant.

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).

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.

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1).

b) La CNA a fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 30 % sur la base des conclusions du Dr H._____. Dans son appréciation du 5 avril 2019, celui-ci s'est référé au tableau 3 portant sur les atteintes à l'intégrité résultant de la perte d'un ou plusieurs segments des membres supérieurs, prévoyant un taux de 50 % en cas d'atteinte portant sur la perte d'un avant-bras. Considérant que le recourant disposait une capacité d'utilisation du membre lésé de 40 %, il a estimé que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité devait s'élever à 30 % (50 % x 60 %). Le Dr H._____ a, dans son exposé, expliqué pour quelles raisons il n'avait pas retenu, comme l'avait indiqué l'ergothérapeute V._____ dans un rapport du 11 juin 2018, une capacité d'utilisation de la main lésée diminuée de 76 %. Il a en effet relevé que cette appréciation devait être pondérée car l'épreuve de force de préhension n'avait pas pu être réalisée. Il n'y a aucune pièce au dossier venant contredire cette appréciation. En particulier, l'impotence fonctionnelle évoquée par la Dre T._____ dans son rapport du 10 septembre 2019 n'est étayée par aucune explication objective de sorte qu'elle ne peut être retenue. La Dre L._____ a quant à elle relevé que, selon les tables 1 et 5 portant sur les atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs et les atteintes résultant d'arthrose, un taux d'indemnité de 15 % était reconnu (arthrodèse radiocarpienne et résection ou arthrodèse radiocarpienne). Il convenait d'y ajouter 5 % pour tenir compte de l'arthroplastie de l'ulna.

Contrairement à ce qu'allègue le recourant, son atteinte psychique ne saurait ouvrir le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité dès lors que, comme exposé ci-dessus, celle-ci ne se trouve pas en relation de causalité adéquate avec l'accident du 1^{er} mars 2016.

En conséquence, il y a lieu de retenir que l'évaluation du Dr H._____ paraît convaincante et bien étayée. C'est donc à juste titre que la CNA a fixé à 30 % l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à laquelle le recourant a droit.

10. Dans ces conditions, une expertise apparaît inutile et la requête formulée en ce sens doit dès lors être rejetée. Le juge peut en

effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2).

11. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 19 septembre 2019 confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 19 septembre 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Association pour la permanence de défense des patients et des assurés (pour W. _____),
- 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 :