

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 mai 2022

Composition : Mme DESSAUX, présidente
MM. Berthoud et Gutmann, assesseurs
Greffière : Mme Meylan

Cause pendante entre :

T._____, en [...], recourant, représenté par Me Manuel Mouro, avocat à Carouge,

et

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

Art. 16 al. 1 et 24 al. 1 LAA ; 36 OLAA

A. T._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a été engagé en qualité d'aide-étancheur par contrat de mission par [...], société active dans le placement de personnel temporaire ou fixe, du 9 au 20 septembre 2019. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 11 septembre 2019, alors qu'il utilisait une meule à disque, l'assuré s'est blessé et a souffert d'une plaie interphalangienne proximale dorsale de l'index gauche avec lésion de l'appareil extenseur en zone III. Il a alors subi une arthrotomie (cf. rapport de prise en charge du 13 septembre 2019).

L'assuré présentant une incapacité de travail depuis cet accident, la CNA a pris en charge le cas et alloué ses prestations.

Le 1^{er} juillet 2020, l'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel lui a reconnu une pleine capacité de travail dans sa dernière activité, sans limitation fonctionnelle (cf. rapport du 1^{er} juillet 2020).

Par correspondance du 1^{er} juillet 2020, la CNA a averti l'assuré qu'elle allait stopper le versement des indemnités journalières dès le 6 juillet 2020.

L'assuré a réclamé le versement de ses indemnités jusqu'au 31 juillet 2020.

Par rapport du 28 juillet 2020, le Dr P._____, spécialiste en médecine légale à [...], a estimé que l'assuré présentait une incapacité temporaire biologique de 75 %, selon les certificats examinés et sur la base des critères cliniques, à 30 jours, suivie d'une période d'incapacité temporaire biologique à 50 % de 90 jours et d'une incapacité temporaire biologique de 25 % selon le reste des certificats (jusqu'au 30 juillet 2020).

Ce praticien a également estimé que l'assuré présentait des séquelles permanentes caractérisées par : les résultats de la fracture du deuxième doigt de la main gauche chez les droitiers (4 %), les résultats des cicatrices (2 %) et le déficit de préhension (3 %). Selon les tableaux de calcul de l'indemnité, appliquant un critère analogique, le déficit était apprécié à 5 % (similaire à la perte d'une phalange d'un doigt).

Selon l'appréciation médicale du 9 décembre 2020 du Dr B._____, l'assuré présentait une parfaite fonction de la main gauche. Il disposait d'une pleine capacité de travail dans sa dernière activité, sans limitation fonctionnelle. Le rapport précité n'apportait aucun fait nouveau justifiant une prolongation de l'incapacité de travail. Le Dr P._____ mentionnait des séquelles biologiques permanentes à 9 % ne correspondant à aucun fait médical. Le Dr B._____ ne retenait aucune IPAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité] pour les suites de l'accident.

Par décision du 14 décembre 2020, la CNA a confirmé qu'elle ne verserait plus d'indemnités journalières au-delà du 5 juillet 2020. En outre, elle ne pouvait octroyer d'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

L'assuré a formé opposition le 1^{er} février 2021, complétée le 1^{er} mars 2021, réclamant la mise en œuvre d'une expertise. L'assuré a joint à son opposition un rapport du 12 février 2021 du Dr G._____, spécialiste en orthopédie et traumatologie à [...], lequel indiquait que cliniquement, il observait une limitation fonctionnelle lors de la flexion du doigt. Sur la base du tableau clinique décrit, il y avait une invalidité permanente et une incapacité de travail à raison de deux tiers.

Par décision sur opposition du 7 mai 2021, la CNA a confirmé sa décision du 14 décembre 2020.

B. Par acte du 7 juin 2021, T._____, représenté par Me Manuel Mouro, a déféré la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision querellée, à la reprise des indemnités

journalières à compter du 5 juillet 2020 (sic), à la reconnaissance d'un droit à une rente d'invalidité de 15 % et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 12'000 francs. Il faisait valoir que les conclusions du médecin d'arrondissement de la CNA étaient contredites par le Dr P._____, qu'en raison de son domicile en [...] et des difficultés rencontrées en lien avec la crise sanitaire, l'instruction du dossier s'était révélée complexe et lacunaire. A titre de mesure d'instruction, l'assuré a réclamé la mise en œuvre d'une expertise.

Par réponse du 30 juin 2021, la CNA a conclu au rejet du recours.

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. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être

déferé en justice par la voie d'un recours. Le juge n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 144 II 359 consid. 4.3 ; 134 V 418 consid. 5.2.1 et les références).

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui constitue – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision –, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué ; l'objet de la contestation et l'objet du litige sont donc identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble (ATF 125 V 413 consid. 1 et 2 ; TF 2C_470/2017 du 6 mars 2018 consid. 3.1). L'objet du litige peut être réduit par rapport à l'objet de la contestation. Il ne peut en revanche pas, sauf exception (cf. consid. 4 ci-après), s'étendre au-delà de celui-ci (ATF 144 II 359 consid. 4.3 précité ; 136 II 457 consid. 4.2).

Pour le reste, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a en principe pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé ; le juge n'entre donc pas en matière, en règle générale, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et les références).

b) Est exclusivement litigieux *in casu* le droit du recourant aux prestations d'assurance au-delà du 5 juillet 2020, soit la reprise du versement des indemnités journalières et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 12'000 francs, singulièrement la capacité de travail du recourant au-delà du 5 juillet 2020 et la stabilisation de son état de santé à cette date. En effet, l'intimée ne s'est pas prononcée, sous la forme d'une décision, sur une rente d'invalidité.

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.

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).

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

Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident ; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Est réputée incapacité de travail 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 la santé physique, mentale ou psychique (art. 6, première phrase, LPGGA).

4. Pour apprécier la capacité de travail, 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).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur

provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance 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 comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

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

5. a) Le recourant a présenté une lésion à l'index gauche, dont les conséquences ont été prises en charge par l'intimée jusqu'au 5 juillet 2020. Il conteste implicitement avoir recouvré une pleine capacité de travail à cette date et invoque des douleurs au deuxième doigt de la main gauche.

b) La décision sur opposition du 7 mai 2021 par laquelle l'intimée a nié le droit à des prestations d'assurance-accidents pour la lésion de l'index gauche du recourant après le 5 juillet 2020 est fondée sur les appréciations du Dr B._____, médecin d'arrondissement de la CNA, dont il convient dès lors d'examiner la valeur probante.

c) En l'occurrence, le Dr G._____ a examiné le recourant en février 2020, soit antérieurement au 5 juillet 2020, de telle sorte que son appréciation n'est pas d'actualité. Le rapport, très succinct, est par ailleurs contradictoire en ce sens qu'il oppose une invalidité permanente à une incapacité de travail de deux tiers. Même dans l'hypothèse où l'invalidité se référerait exclusivement à l'atteinte à l'index gauche dans le sens d'une atteinte permanente à l'intégrité, la limitation fonctionnelle afférente n'est pas décrite, de telle sorte que l'incapacité de travail ne peut être appréciée sur la base d'éléments objectifs (cf. rapport du 12 février 2020).

A ce stade, il convient également de relever l'antagonisme entre les rapports médicaux du Dr C._____ qui mentionnent systématiquement un retour à une capacité de travail de 100 %, sans *dies a quo* (cf. rapports médicaux intermédiaires des 20 février, 13 mai et 1^{er} juin 2020), et la poursuite du traitement et la délivrance de certificats d'incapacité de travail. Il ne saurait être exclu que le questionnaire de l'intimée n'ait pas été compris par l'intéressé sur ce point. Quoi qu'il en soit, ses rapports ne permettent pas de comprendre sur quels éléments cliniques se fonde une éventuelle incapacité de travail de 100 %. En dernier lieu, il sied de constater que ce médecin paraît uniquement réserver l'incapacité de travail à l'activité spécifique de charpentier (cf. rapports médicaux intermédiaires des 20 février, 13 mai et 1^{er} juin 2020).

Quant au Dr P._____, il a examiné le recourant deux semaines après le Dr B._____. Son rapport présente une apparente contradiction en ce sens que le Dr P._____ retient une incapacité temporaire biologique dégressive pour aboutir à un 25 % au 31 juillet 2020 tout en invoquant, toujours à la même date, une incapacité

de travail de 100 %, apparemment « *selon l'appréciation Suma (sic), une incapacité de travail de 100 % peut être appréciée selon les certificats joints jusqu'au 30.7.2020* ». Le Dr P._____ s'est limité à rappeler la situation médicale du recourant sans toutefois motiver de manière circonstanciée les raisons qui l'ont conduit à reconnaître une incapacité de 25 % jusqu'au 30 juillet 2020, sans préciser dans quel type d'activité. On rappelle que c'est la tâche du médecin de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 125 V 256 consid. 4 et les arrêts cités). En outre, la symptomatologie dont fait état le Dr P._____ résulte pour l'essentiel des seules plaintes exprimées par le recourant. En résumé, le document établi par le Dr P._____ relève, quant à son contenu, plus d'une attestation que d'un rapport exhaustif, détaillé et basé sur un examen complet, a priori exigible d'un spécialiste en médecine légale.

Enfin, le rapport de consultation du 23 décembre 2020 de la Dre V._____ n'apporte aucun élément contraire ou nouveau par rapport à l'examen du Dr B._____. Il n'est d'ailleurs prévu aucun suivi (cf. pronostic). Par ailleurs, la Dre V._____ ne se prononce pas sur la capacité de travail. Il en va de même du rapport du S._____ (service de chirurgie plastique et de la main) (cf. rapport du 13 janvier 2021) qui ne contient aucune information sur la capacité de travail.

En résumé, ces rapports médicaux ne permettent pas de remettre en cause les conclusions du Dr B._____ quant au retour à une pleine capacité de travail du recourant dès le 5 juillet 2020, dans son activité habituelle, sans limitation fonctionnelle, ce qui autorise à présumer d'une pleine capacité de travail en d'autres activités également. En particulier, l'analyse du Dr B._____ se fonde sur les pièces médicales au dossier et un examen clinique précis, relaie les plaintes du recourant tout en observant, objectivement, une gestuelle complète des deux mains pendant l'entretien ainsi qu'un enroulement des doigts complet des deux côtés avec toutefois une distance pulpe-paume de 30 mm pour l'index gauche, laquelle est néanmoins ramenée à 0 mm, sans aucune résistance.

L'articulation est par ailleurs parfaitement calme, sans signe inflammatoire.

Cela étant, c'est à juste titre que l'intimée a retenu la réintégration d'une pleine capacité de travail dès le 6 juillet 2020 et mis fin au versement des indemnités journalières dès cette date.

6. Le droit au traitement médical cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA), soit 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).

En l'occurrence, le Dr B._____ retient que l'état de santé du recourant est stabilisé dès le 5 juillet 2020. Les rapports médicaux au dossier faisant état d'une poursuite du traitement au-delà de cette date ne contredisent pas l'appréciation du médecin d'arrondissement. En particulier, le rapport de consultation du 23 décembre 2020 de la Dre V._____ n'apporte aucun élément contraire ou nouveau par rapport à l'examen du Dr B._____. Il n'est d'ailleurs prévu aucun suivi (cf. pronostic) et la nature des prescriptions à la sortie ne fait que confirmer que le cas est stabilisé (*anti-inflammatoires non stéroïdiens après les repas, au besoin, éventuelles des protecteurs gastriques*»). Quant au rapport du S._____ (service de chirurgie plastique et de la main) (cf. rapport du 13 janvier 2021), il mentionne certes la prescription de neuf séances d'ergothérapie, dont on ignore au demeurant si elles ont finalement eu lieu.

Outre que le constat d'une pleine récupération de la capacité de travail justifie à lui seul que l'intimée mette fin à ses prestations en matière de traitement, les prescriptions médicales précitées sont éminemment conservatoires, partant non significatives, ce qui autorise à retenir une stabilisation de l'état de santé du recourant au 5 juillet 2020.

7. a) Le recourant estime également avoir droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

b) 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).

c) 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). 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.

d) 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).

e) Se fondant sur l'appréciation du Dr B._____, la CNA considère qu'aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité n'est due tandis que le recourant se prévaut du rapport du Dr P._____ du 28 juillet 2020, lequel estime que « *selon les tableaux de calcul de l'indemnité, appliquant un critère analogique, le déficit est apprécié à 5 % (similaire à la perte d'une phalange d'un doigt)* ». Or, il ressort de la table 3 établie par la Division médicale de la CNA en matière d'atteinte à l'intégrité résultant de la perte d'un ou plusieurs segments des membres supérieurs, valant aussi bien pour la main dominante qu'abdominante, que la perte de la première phalange d'un index ne donne droit à aucune indemnité (p. 3.2 n° 5). En conséquence, même dans l'hypothèse où il devait être conféré une valeur probante à l'évaluation du Dr P._____ s'agissant de la perte de la première phalange de l'index, le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité devrait être nié, sous peine de violer le principe d'égalité de traitement entre assurés en la matière.

8. Compte tenu de ce qui précède, un complément d'instruction sous la forme d'une expertise judiciaire ou d'un renvoi pour instruction

complémentaire n'est pas nécessaire et doit être rejeté sur la base d'une appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

9. a) En conséquence, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. fbis LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

c) Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 7 mai 2021 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, Division juridique, 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 :

- Me Manuel Mouro (pour T. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, Division juridique,
- 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 :