

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 5 octobre 2022

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
M. Oppikofer et Mme Férolles, assesseurs  
Greffière : Mme Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Mirjam Richon-Bruder,  
avocate à Lausanne,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS,  
Division juridique**, à Lucerne, intimée, représentée par Me Jeanne-Marie  
Monney, avocate à Lausanne.

---

**Art. 6, 18, 19, 24 et 25 LAA ; 4, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA**

## **E n f a i t :**

**A.** K.\_\_\_\_\_, d'origine kosovare, né en 1983, a travaillé comme aide-jardinier pour le compte de la société X.\_\_\_\_\_ dès le 4 juillet 2018, dite activité lui procurant un gain intermédiaire dans le cadre de l'assurance-chômage. Il était à ce titre assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la SUVA et/ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels.

Selon la déclaration de sinistre du 29 août 2018, le jour précédent, soit le 28 août 2018, l'assuré a voulu enlever une branche dans une haie alors que son patron passait la cisaille dans celle-ci. Il a été coupé au niveau des doigts de la main gauche. L'assuré a subi une intervention chirurgicale pratiquée par le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin associé auprès du Service de chirurgie plastique et de la main du B.\_\_\_\_\_, le jour-même.

Dans son rapport du 30 août 2018, le Dr H.\_\_\_\_\_, a posé comme diagnostics des plaies palmaires multidigitales de la main gauche avec :

« - index : amputation distale au niveau de la houppe phalangienne  
- majeur : section complète du nerf et de l'artère collatéraux ulnaires, section subtotale 95 % du tendon fléchisseur profond en zone I  
- annulaire : plaies palmaires simples ».

Au titre d'indication opératoire, le Dr H.\_\_\_\_\_ a notamment mentionné ce qui suit :

« L'examen clinique montre une amputation très distale de l'index ainsi que des plaies multiples de la face palmaire du majeur et de l'annulaire. Hypoesthésie pulpaire du majeur avec un temps de recoloration physiologique. Au niveau de l'annulaire, pas de trouble vasculo-nerveux. Les tendons fléchisseurs sont tous fonctionnels. Une révision de plaie est indiquée. »

Le 4 septembre 2018, la CNA a pris le cas de l'assuré à sa charge.

Dans son rapport du 9 novembre 2018, après avoir rappelé que l'assuré, droitier, avait été victime de plaies pluridigitales de la main gauche par un taille-haie le 28 août 2018 pour lesquelles il avait bénéficié d'une révision au bloc opératoire, le Dr H. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution était plus lente que ce à quoi on pouvait s'attendre à ce stade, avec une raideur qui restait importante chez un patient timoré qui nécessitait une remise en confiance. Il a préconisé un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) pour une rééducation intensive et une remise en situation professionnelle par des ateliers.

L'assuré a bénéficié d'un séjour à la CRR du 4 décembre 2018 au 15 janvier 2019. Dans leur rapport du 1<sup>er</sup> février 2019, les médecins de la CRR ont retenu sur le plan orthopédique un syndrome douloureux régional complexe (ci-après : SDRC) de la main gauche (au stade I/II à la scintigraphie osseuse triphasique du 26 décembre 2018), ainsi qu'une attitude en col de cygne du troisième doigt gauche, avec un patient présentant une raideur des deuxième et troisième doigts, une discoloration variable dans le temps et des troubles trophiques et de températures de la main gauche, lesquels s'étaient accentués au cours du séjour. Les critères de Budapest étaient donc remplis pour un diagnostic clinique en faveur d'un SDRC. Ils ont néanmoins retenu que des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assuré, à savoir une kinésiophobie, un patient centré sur les douleurs et les signes vaso-moteurs, ainsi qu'une cotation élevée de la douleur. La participation de l'assuré aux thérapies a été considérée comme moyenne. Les médecins ont estimé qu'une stabilisation médicale était attendue dans un délai de six mois. Ils ont retenu les limitations fonctionnelles provisoires suivantes : limite du port de charge de 5 à 10 kg, port de charge répété du membre supérieur gauche limité à 5 kg, pas de mouvements répétés de la main et du poignet gauches. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable. Par contre, dans une

activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles, le pronostic de réinsertion était théoriquement favorable à moyen terme.

Lors de l'entretien avec un conseiller en case management de la CNA qui a eu lieu le 6 mars 2019 au domicile de l'assuré, celui-ci a indiqué qu'il avait toujours beaucoup de douleurs, localisées au niveau des doigts 2 et 3, qui pouvaient remonter jusqu'à l'épaule en passant par le coude. Il aurait une complication sous forme de Sudeck. Le chirurgien du B.\_\_\_\_\_ lui aurait dit qu'il n'avait pas vraiment d'autre proposition chirurgicale qui pourrait améliorer la situation. Le conseiller en case management a relevé qu'au cours de cet entretien l'assuré lui aurait déclaré qu'il était gaucher, ce que son épouse aurait contesté. L'assuré aurait confirmé une seconde fois qu'il était gaucher, alors que les documents médicaux attestent qu'il est droitier.

Par courrier du 27 mai 2019, le Dr H.\_\_\_\_\_ a requis du Service d'antalgie de l'Hôpital de [...] qu'il convoque l'assuré pour une évaluation en indiquant comme diagnostic principal des douleurs neuropathiques avec SDRC au stade froid du membre supérieur gauche et un « status après amputation de l'extrémité distale de l'index, section du tendon fléchisseur profond et de l'artère et du nerf collatéraux ulnaires du majeur, plaie simple palmaire de l'annulaire à la main gauche le 28 août 2018 (suture du tendon fléchisseur profond, du nerf et de l'artère collatéraux ulnaires du majeur le même jour) ». Il relevait qu'une rééducation soutenue avait été conduite mais qu'un SDRC avait entraîné des séquelles sous forme de douleurs et d'une raideur. Malgré le développement d'une déformation en col de cygne du majeur, il ne voyait pas d'indication à une chirurgie, l'essentiel étant à ses yeux la gestion de la douleur. Il indiquait encore qu'un suivi psychologique était possiblement indiqué vu un état anxieux préexistant à l'accident et un catastrophisme relativement marqué qu'il faisait suite au traumatisme.

Par courrier du 17 juillet 2019, le Dr S.\_\_\_\_\_, médecin-associé au Centre d'antalgie de l'Hôpital de [...], a répondu en substance au Dr H.\_\_\_\_\_ que le contexte psychologique de l'assuré était très

défavorable, celui-ci présentant des signes de dépression significatifs et un passé douloureux chronique qui remontait bien avant son accident. Il doutait que tant l'assuré que la CNA soient favorables à une prise en charge psychologique et de l'efficacité de celle-ci.

Le 11 septembre 2019, l'assuré a été examiné par la Dre M.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement auprès de la CNA. Elle a retenu comme diagnostics :

- Amputation distale de l'index avec section subtotal (95 %) du tendon fléchisseur profond, section complète du nerf et de l'artère collatéraux ulnaire du majeur, plaie simple palmaire de l'annulaire de la main gauche le 28 août 2018 ayant nécessité le même jour une suture du tendon fléchisseur profond, du nerf et de l'artère collatéraux ulnaire du majeur gauche et le 11 octobre 2018 un débridement de tissus nécrotiques avec visualisation d'un botryomycome et application de nitrate d'argent sous bloc digital de l'index gauche.
- Syndrome douloureux régional complexe de la main gauche, phase plutôt froide.
- Col de cygne du doigt 3.

Faisant état des importantes douleurs dont s'était plaint l'assuré durant l'examen clinique, la Dre M.\_\_\_\_\_ a proposé qu'il soit convoqué par le Centre antidouleur du B.\_\_\_\_\_ afin qu'un suivi du traitement médicamenteux puisse être effectué. Elle a rappelé à cet égard que l'Amitriptyline mise en place lors de la consultation chez le Dr S.\_\_\_\_\_ en juillet 2019 avait été arrêtée pour des raisons qui lui échappaient et que l'assuré semblait prendre ses médicaments parfois de manière un peu désordonnée. Dans le cadre de son appréciation du cas, elle a considéré que la situation n'était pas stabilisée d'un point de vue médical, qu'il était judicieux que le traitement d'ergothérapie continue et que l'assuré soit suivi d'un point de vue psychiatrique. Elle a proposé de revoir l'assuré dans un délai de trois à six mois.

Dans leur rapport du 17 décembre 2019, le Dr F. \_\_\_\_\_ et la Dre B.W. \_\_\_\_\_, respectivement médecin associé et cheffe de clinique auprès du Centre d'antalgie du B. \_\_\_\_\_, ont préconisé une approche interdisciplinaire au vu des douleurs présentées par l'assuré. Ils ont indiqué que celui-ci devait se rendre prochainement auprès d'un thérapeute psychologique. Selon eux, un traitement antalgique des douleurs neuropathiques pouvait débuter par un antidépresseur tricyclique ou SNRI. Ayant noté que l'Amitriptyline n'avait pas été supportée par le patient, ils ont indiqué avoir prescrit du Cymbalta 30 mg, à augmenter à 60 mg en cas de bonne tolérance. Selon eux, les antiépileptiques étaient également recommandés et, dès lors que l'assuré présentait une forme froide du SDRC, un traitement vasodilatateur pouvait lui être donné. Ils ont relevé que leur proposition d'un bloc du ganglion stellaire avait fait peur à l'intéressé. Pour soulager l'allodynie, ils ont fait une prescription de gel d'Amitriptyline/Kétamine. Enfin, à défaut d'une stimulation médullaire, ils ont proposé à l'assuré une stimulation transcrânienne répétitive ainsi qu'un traitement par hypnose.

L'assuré a été vu une nouvelle fois par la Dre M. \_\_\_\_\_ le 29 juin 2020. Aux termes de son appréciation finale du même jour, le médecin d'arrondissement a notamment relevé que, subjectivement, l'assuré déclarait d'importantes douleurs, mentionnant ne rien pouvoir faire avec sa main gauche. Il relatait également des changements de couleurs et de température de sa main gauche, affirmant que c'était à cause du Sudeck et que celui-ci s'étendait partout (pied, bras...). Objectivement, la Dre M. \_\_\_\_\_ constatait une absence d'amyotrophie du membre supérieur gauche et aucun signe objectif d'un SDRC encore actif. Elle observait par contre un col de cygne marqué au niveau du 3<sup>ème</sup> doigt et nettement moins prononcé au niveau des 2<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> doigts. La force était nettement diminuée au test de Jamar. Toutefois, il existait d'importantes autolimitations au cours de l'examen, de même que des tremblements induits et des discordances. Sur le plan médical, l'état de santé était stabilisé. Il n'y avait pas de traitement chirurgical ou médical susceptible d'améliorer de manière significative la situation. La poursuite de l'ergothérapie pouvait se faire encore durant trois mois. La Dre

M.\_\_\_\_\_ retenait les limitations fonctionnelles suivantes : activités s'exerçant essentiellement avec la main droite chez cet assuré droitier, la main gauche pouvant uniquement servir d'aide mais ne pouvant pas effectuer d'activités manuelles. Pas d'activités au froid mais une activité s'exerçant à l'intérieur. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, l'assuré pouvait travailler à 100 % sans diminution de rendement. Dans l'ancienne activité et dans toutes les activités bimanuelles, la capacité de travail était nulle.

Dans une appréciation séparée du même jour, la Dre M.\_\_\_\_\_ a évalué le taux d'atteinte à l'intégrité à 6 %. Elle a exposé que dans la table 1 des atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, il n'y avait aucune atteinte des doigts qui corresponde à un taux d'IPAI (indemnité pour atteinte à l'intégrité). Cela étant, par analogie, et au vu du manque de mobilité du 3<sup>ème</sup> doigt, elle a considéré que l'assuré présentait des séquelles correspondant à l'image 10 de la table 3 (révision 2000), à savoir une amputation du 3<sup>ème</sup> doigt, ce qui conduisait à retenir une atteinte à l'intégrité de 6 %.

Par courrier du 30 juin 2020, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux ainsi qu'au versement de l'indemnité journalière, avec effet au 31 juillet 2020, en précisant qu'elle allait encore procéder à l'examen du droit éventuel à d'autres prestations d'assurance.

Par décision du 19 novembre 2020, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a alloué à l'assuré une pleine rente d'invalidité pour la période allant du 1<sup>er</sup> septembre 2019 au 30 septembre 2020. Il a considéré que, dès le mois de juin 2020, bien que l'assuré présente toujours une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle d'aide-jardinier, une pleine capacité de travail devait lui être reconnue dans une activité respectant les limitations fonctionnelles (activités s'exerçant essentiellement avec la main droite, la main gauche pouvant uniquement servir d'aide mais ne pouvant pas effectuer d'activités manuelles, absence d'activités au froid, mais activités en

intérieur). Après avoir comparé le revenu avec et sans invalidité, l'OAI est arrivé à la conclusion que le degré d'invalidité était de 10 % et n'ouvrait dès lors pas le droit à une rente d'invalidité.[...]

Le 1<sup>er</sup> décembre 2020, le Dr H.\_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI notamment ce qui suit (sic) :

« Mon dernier courrier du 2.9.2020 mentionnait une capacité de travail de 100 % dans un travail monomanuel droit en tenant compte uniquement des limitations somatiques du membre supérieur gauche. On peut considérer que la main gauche est non fonctionnelle et douloureuse à la moindre sollicitation, parfois également au repos. Les différentes tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité ne montrent pas de handicap correspondant exactement à cette situation. On peut néanmoins apparenter cette situation à une amputation partielle de la main gauche. Considérant la table 3 (révision 2000) de la Suva, la position 32 pourrait, par analogie correspondre au préjudice, c'est-à-dire à 20 %. Cela ne tient pas compte des autres atteintes liées au syndrome douloureux régional complexe qui font l'objet d'un suivi dans le centre d'antalgie du B.\_\_\_\_\_. Le patient est également suivi sur le plan psychiatrique, je ne peux pas me prononcer quant à d'éventuelles limitations à ce niveau. »

Par courriers des 21 janvier et 5 février 2021, l'assuré, désormais représenté par Me Mirjam Richon-Bruder, a requis de la CNA qu'elle le renseigne sur l'avancement des démarches entreprises auprès de son ancien employeur, la société N.\_\_\_\_\_, aux fins de déterminer le revenu avant invalidité. Produisant plusieurs rapports médicaux, il a requis de la CNA qu'elle tienne compte du fait que, selon ceux-ci, il n'est pas apte à travailler dans une activité adaptée comme préconisée, seule une éventuelle capacité de travail de 20 % pouvant lui être reconnue, bien que sa main gauche soit inutilisable et qu'il présente un syndrome douloureux régional complexe. Parmi les documents produits figure le rapport médical établi par le 5 janvier 2021 par les Drs F.\_\_\_\_\_ et B.W.\_\_\_\_\_, qui résume leur suivi de l'assuré depuis un an en ces termes (sic) :

« Le diagnostic de CRPS (réf. : Complex regional pain syndrome, soit SDRC) a été posé suite au séjour de CRR de Sion de décembre 2018 à janvier 2019 avec une scintigraphie osseuse positive et les critères de Budapest également en faveur.

Son suivi au B.\_\_\_\_\_ est pluridisciplinaire, il est effectué auprès de notre Centre d'antalgie et en chirurgie plastique.

Il bénéficie également d'un suivi auprès d'un psychiatre.

Il a également actuellement un suivi en physiothérapie.

Il a bénéficié d'un avis auprès de nos confrères antalgistes de [...] qui ne posent pas d'indication à un stimulateur médullaire.

Nous sommes actuellement à plus de 2 ans de son accident. La situation est éprouvante pour le patient qui non seulement a perdu la fonction de sa main gauche mais a des douleurs envahissantes irradiant à la tête, aux jambes et au tronc, difficiles à soulager. Ce patient est droitier, la fonctionnalité de la main gauche est entravée par une raideur mais également par ses douleurs envahissantes.

Nous avons prescrit différents traitements adaptés pour les douleurs neuropathiques : Cymbalta dont les effets secondaires ont été mal supportés et arrêté, Saroten introduit et arrêté, Lyrica Neurontin, une crème d'Amitryptiline/Kétamine est également prescrite.

Une perfusion test de Kétamine est initiée et interrompue en raison également des effets secondaires aggravant la symptomatologie douloureuse.

Il reste encore des perfusions de Lidocaïne que nous n'avons pas initiées.

Nous avons effectué un bloc du ganglion stellaire qui n'a pas apporté de bénéfice sur sa symptomatologie.

L'hypnose a été proposée mais la barrière linguistique compromet cette technique.

Le patient garde un traitement symptomatique de la douleur avec du Dafalgan, des AINS et du Tramal. Ce traitement est nettement insuffisant.

La problématique sociale est importante : ce patient est père de famille de 3 enfants avec son épouse sans revenus.

Il nous demande de considérer son atteinte afin de bénéficier d'une rente AI.

Il nous est difficile de nous prononcer sur un pourcentage global. Sa main gauche est à considérer comme inutilisable. La symptomatologie douloureuse semble s'aggraver et ne répond pas à nos traitements et rend difficile une reprise professionnelle au-delà de l'impotence physique de la main gauche. »

L'assuré a également produit un courrier du 12 janvier 2021, dans lequel l'ergothérapeute de l'assuré indique que depuis que celui-ci a séjourné à la CRR, il décrit des douleurs irradiant dans tout le membre supérieur jusqu'à l'omoplate de type « brûlure » et tiraillements. A ce jour, il ressent des douleurs dans tout le corps, de type allodynie. Etant donné les douleurs et le manque de mobilité de ses doigts, la capacité de travail de l'assuré serait selon l'ergothérapeute de 20 % au maximum, pour

autant que l'activité ne nécessite pas l'utilisation de sa main accidentée et qu'elle puisse être effectuée avec des pauses lorsque la douleur augmente. Par ailleurs, dans un document du 26 janvier 2021 adressé « à qui de droit », le médecin traitant de l'assuré, le Dr T.\_\_\_\_\_, atteste que, depuis début 2017, l'assuré a présenté de violentes douleurs thoraciques, survenant par crises, qui ont été multi-investiguées sans qu'une cause organique ait pu être mise en évidence. A la même époque, son patient avait aussi signalé des vertiges, des céphalées, des cervicalgies, des nausées récurrents, le tout dans le contexte d'un état anxio-dépressif d'intensité moyenne. A partir de mi-2017, en raison des symptômes multiples précités, ses conditions socioprofessionnelles s'étaient dégradées et étaient responsables d'une incapacité de travail à long terme qu'il estimait à 50 % environ. Il relevait que c'était dans ce contexte qu'était survenu l'accident du 28 août 2018, qui avait privé l'assuré de l'usage de sa main gauche et pour lequel toutes les mesures de rééducations ordonnées par la CNA s'étaient révélées infructueuses. Cela étant, le Dr T.\_\_\_\_\_ considérait que, compte tenu de tous ses antécédents, de ses conditions bio-psycho-sociales, de son peu de formation et de ses connaissances linguistiques limitées, sa capacité de travail résiduelle n'excédait pas 20 % dans une activité adaptée.

Par courrier de février 2021 non daté, les Drs F.\_\_\_\_\_ et B.W.\_\_\_\_\_ ont écrit au médecin traitant de l'assuré, le Dr T.\_\_\_\_\_, notamment en ces termes (sic) :

« Le syndrome douloureux complexe se complique d'une douleur chronique avec un retentissement important sur les activités de la vie quotidienne. Ce père de famille de 3 enfants ne peut plus porter son nourrisson, il ne participe plus aux activités ménagères [...]. Pour se rendre à son domicile, le patient monte avec difficultés 4 étages d'escaliers, la marche est limitée à 15 minutes en raison de l'exacerbation de ses douleurs notamment cervicobrachiales, jambes et de la tête - visage compris. Ses douleurs ont également un retentissement sur son sommeil avec un sommeil entrecoupé de 1 - 2 heures nécessitant des siestes la journée et provoquant une forte fatigue et des troubles de la concentration. Spontanément et sans effort, il peut ressentir des oppressions thoraciques, des palpitations et ressent des vertiges au lever. Il présente également des accès de transpiration et des perceptions de température différentes d'une partie à l'autre de son corps.

Cette situation a un impact sur ce patient qui était en bonne santé et qui avait un travail de paysagiste. Il présente des ruminations et un probable état dépressif avec une vision future négative de sa situation. A noter qu'il a un suivi auprès d'un psychiatre.  
[...]

### **Problème et attitude**

Le patient présente une maladie chronique qui évolue mal avec une augmentation dramatique de sa symptomatologie douloureuse.

Nous sommes à plus de 2 ans de l'accident. Nous avons un suivi régulier de ce patient dans notre centre d'antalgie et nous pouvons constater plusieurs critères de sévérité. [...]

Le patient nécessite une prise en charge multidisciplinaire. Il vient aux consultations de manière suivie et régulière. Des essais multiples d'antalgie interventionnelle (bloc sympathique, perfusions de kétamine) sont restés inefficaces. Le pronostic d'une telle évolution est mauvais, au niveau de ses douleurs et de sa capacité de travail. Le patient considère pouvoir garder une activité à 20%, mais même ce taux risque selon nous d'être difficile à tenir. »

Le 11 mars 2021, la Société N.\_\_\_\_\_ a informé la CNA que, sans l'accident, le salaire mensuel de l'intéressé aurait été de 4'938 fr., versé treize fois l'an.

Par décision du 29 mars 2021, la CNA a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assuré. Elle a retenu que, selon ses investigations médicales, il était à même d'exercer, en ce qui concerne les seules séquelles de l'accident, une activité dans différents secteurs de l'industrie, s'exerçant essentiellement avec la main droite (l'assuré étant droitier), la main gauche pouvant uniquement servir d'aide mais non effectuer des activités manuelles ou au froid. L'activité devait se pratiquer à l'intérieur et était exigible durant toute la journée. Cela étant, en prenant comme base les chiffres du niveau de compétences 1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) et en tenant compte d'une réduction de 10 % pour les limitations fonctionnelles, la CNA a considéré qu'un salaire annuel de 62'339 fr. (part au 13<sup>ème</sup> salaire incluse) pouvait encore être réalisé. Comparé au gain de 64'194 fr. réalisable sans l'accident, il en résultait une perte de 3 %, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente. L'atteinte à l'intégrité a été fixée à 6 % sur la base de l'évaluation du médecin d'arrondissement.

Dans le délai légal, l'assuré a formé opposition à la décision du 29 mars 2021. Il a conclu, à titre principal, à l'allocation d'une rente

d'invalidité entière et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité au taux de 50 % et, subsidiairement, à la reprise de l'instruction et du paiement de l'indemnité journalière avec effet rétroactif depuis le 1<sup>er</sup> août 2020. Il reproche à la CNA de ne pas avoir tenu compte, dans son évaluation de la capacité de travail résiduelle, du SDRC dont il souffre, lequel aurait un impact total sur sa capacité de gain. Il conteste la capacité de travail retenue, prétendant qu'il pourrait au maximum travailler à 20 % comme l'attestent les rapports de ses médecins traitants. Par ailleurs, il critique le calcul du degré d'invalidité, plus spécifiquement les revenus sans et avec invalidité retenus par la CNA, en faisant valoir qu'ils ne correspondent pas à ceux pris en compte par l'OAI. Enfin, l'assuré conteste le taux d'IPAI retenu par la CNA en faisant valoir qu'il devrait être de 50 %, comme l'ont exposé les Drs F.\_\_\_\_\_ et B.W.\_\_\_\_\_ dans leur courrier de février 2021 à son médecin traitant. En annexe à ses écritures, l'assuré a notamment produit le rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ du 2 septembre 2020 adressé à l'OAI, dans lequel ce médecin estimait qu'on pouvait considérer que le membre supérieur gauche présentait une impotence fonctionnelle majeure, qu'un travail monomanuel droit serait théoriquement possible à 100 % en tenant compte uniquement des limitations somatiques, mais qu'il fallait néanmoins prendre en compte la présence d'un déconditionnement important qui limitait vraisemblablement la capacité de travail de l'assuré, même dans une activité adaptée, ainsi que de la présence d'une problématique psychologique qui faisait l'objet d'un suivi spécialisé. L'assuré a également produit le courrier du 16 avril 2021, dans lequel le Dr H.\_\_\_\_\_ a écrit à Me Mirjam Richon-Bruder notamment ce qui suit (sic) :

« Comme vous, il me semble clair que le handicap de Monsieur K.\_\_\_\_\_ est supérieur aux 6 % retenus par la SUVA.

En considérant la table 3 (révision 2000) de la Suva concernant l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon LAA (atteinte à l'intégrité résultant de la perte d'un ou des plusieurs segments des membres supérieurs), la position 32 correspondrait par analogie au préjudice de Monsieur K.\_\_\_\_\_, c'est-à-dire 20 %.

Comme je l'ai spécifié précédemment à la SUVA et à l'AI, ce pourcentage ne tient pas compte de l'atteinte plus globale liée au syndrome douloureux régional complexe pour lequel un suivi est en cours dans le Centre d'antalgie du B.\_\_\_\_\_ (Dr B.W.\_\_\_\_\_).

Cette consoeur pourra probablement vous apporter son appréciation quant au préjudice global. »

Figure également le courrier non daté d'avril 2021, dans lequel les Drs F. \_\_\_\_\_ et B.W. \_\_\_\_\_ ont écrit à Me Mirjam Richon-Bruder notamment ce qui suit (sic) :

« Cette maladie amène une constellation de symptômes incluant des anomalies sensorielles, des anomalies du système nerveux autonome. La douleur commence sur le site du trauma initial et s'étend sans distribution dermatomale spécifique. Certains CRPS peuvent régresser mais après deux ans un espoir de guérison paraît illusoire. De multiples mécanismes périphériques et centraux semblent être impliqués.

L'implication du déficit et du handicap est reconnue dans ce type de maladie, elle est importante : une déficience du membre supérieur associée à une limitation fonctionnelle avec des douleurs chroniques a un impact négatif sur une probabilité de reprise professionnelle, l'implication psychologique est notable et ne doit pas être sous-estimée. Il existe un score suggéré en fonction des critères de déficience (CRPS-ADL classes of impairment) la situation de mon patient correspond à la classe III avec un pourcentage de 10-25% à additionner au pourcentage de perte fonctionnelle (Aronoff GM, American Academy of Disability Evaluating Physicians (AADEP) position paper : complex regional pain syndrome I (RSD) : impairment and disability issues, Pain medicine 2002).

A ce jour, les traitements n'entraînent pas d'amélioration notable de l'état de santé et la situation du patient semble plutôt en aggravation.

Les limitations subies par mon patient vont au-delà de la lésion initiale et impliquent l'entier du membre supérieur gauche. A cela s'ajoutent de fortes douleurs qui remontent à la nuque et l'hémiface gauche et commencent à s'étendre aux niveaux des jambes. Objectivement la limitation que subit M. K. \_\_\_\_\_ porte sur l'entier du membre supérieur gauche avec une évolution en aggravation. Une perte fonctionnelle totale du membre supérieur gauche correspond à un taux de 50% d'atteinte à l'intégrité (Annexe 3 à l'art. 36 al. 2 OLAA). »

Figure encore au dossier le rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ du 25 août 2021 à l'attention de l'OAI, dans lequel il relevait notamment ce qui suit :

« Suite à mon courrier du 2.9.2020, la situation reste inchangée. Le patient décrit la persistance de douleurs ainsi que d'une limitation fonctionnelle majeure du membre supérieur gauche. Les douleurs s'étendent à la région céphalique ainsi qu'au membre supérieur droit. [...]

Un suivi psychiatrique a été conduit durant un certain temps. Il semblerait qu'il ne soit plus en cours.

**Discussion :**

On se trouve à présent à trois ans d'une lésion traumatique pluridigitale s'étant compliquée par un syndrome douloureux régional complexe particulièrement sévère laissant pour séquelles des douleurs chroniques, un manque de mobilité et de force de la main gauche avec une négligence presque complète du membre supérieur gauche.

Il me semble que nous arrivons en tout de course pour ce qui est des différents traitements possibles. Je doute que la situation se modifie au cours du temps. Je vous remercie de bien vouloir éventuellement convoquer ce patient pour pouvoir statuer sur le handicap et les possibilités de reconversion professionnelle. Il est certain que le poste précédent de paysagiste n'est plus adapté. »

Dans le cadre de la procédure d'opposition, la CNA a de nouveau soumis le dossier à la Dre M.\_\_\_\_\_. Aux termes de son appréciation médicale du 6 septembre 2021, elle a confirmé ses précédentes conclusions tant en ce qui concerne la capacité de travail que le taux de l'IPAI. En ce qui concerne les rapports médicaux des médecins traitants de l'assuré invoqués par ce dernier à l'appui de son opposition, elle a notamment relevé ce qui suit (sic) :

« On retiendra tout d'abord qu'il n'appartient, ni aux médecins, ni aux ergothérapeutes de se prononcer sur le taux d'invalidité. La capacité de travail, dans une activité adaptée, est théoriquement de 100 % selon le DrH.\_\_\_\_\_ si on tient compte uniquement des limitations fonctionnelles somatiques. Quant aux Drs F.\_\_\_\_\_ et A.W.\_\_\_\_\_, ils se basent sur les dires de l'assuré qui mentionne ne pouvoir travailler qu'à 20 % au vu de la symptomatologie douloureuse ce qu'ils pensent être difficile à assumer pour cet assuré.

A aucun moment, les médecins ou l'ergothérapeute ne se prononcent sur les discordances présentes au dossier à savoir que malgré le fait que l'assuré mentionne ne pas utiliser son bras G (réd. : gauche), il ne présente aucune amyotrophie de son MSG (réd. : membre supérieur gauche), qu'il n'y a aucune explication pour l'extension des douleurs aux jambes, à la tête, qu'ils ne font aucunement mention des antécédents de l'assuré avec douleurs multiples pluri-investiguées depuis 2017.

Sur la base des status du Dr H.\_\_\_\_\_, nous pouvons dire qu'il n'y a pas de syndrome douloureux régional complexe actuellement actif mais que nous sommes bien dans une phase froide avec la persistance d'une raideur essentiellement au niveau du majeur. On note également que lors du rapport du 02.09.2020, il note également une distance pulpe-pli de flexion palmaire de 6 cm pour l'index et le majeur et de 2 cm pour l'annulaire avec une force de serrage quasi inexistante de 1 kg contre 38 kg à D (réd. : droite) ce qui ne peut être expliqué alors que l'assuré a une musculature parfaitement normale au niveau du son MSG.

Lors de notre examen final du 29.06.2020, nous avons donc tenu compte des limitations fonctionnelles objectives de cet assuré et pas des plaintes subjectives comme le retiennent tous les médecins à

l'exception du Dr H. \_\_\_\_\_ qui mentionne que l'assuré pourrait théoriquement travailler à 100 % dans une activité adaptée en tenant compte uniquement des limitations somatiques, ce que nous avons fait dans notre appréciation médicale du 29.06.2020.

En ce qui concerne l'estimation de l'atteinte à l'intégrité, nous n'avons tenu compte que des séquelles objectives et non pas des séquelles subjectives. Nous devons nous distancier de l'appréciation du Dr H. \_\_\_\_\_ qui retient que l'assuré présente des séquelles correspondant à un taux d'IpAI de 20 % selon la table 3 et la position 32 ce qui correspond à une amputation des doigts II, III et IV.

Quant à l'estimation de l'atteinte à l'intégrité des Drs B.W. \_\_\_\_\_ et Dr F. \_\_\_\_\_, estimée à 50 %, elle correspond à une amputation totale de tout le MS (réd. : membre supérieur) au niveau de l'épaule. Objectivement, nous ne pouvons pas nous rallier aux conclusions de nos confrères, qui sont d'ailleurs très divergentes, car ils se basent essentiellement sur les dires de l'assuré qui mentionne ne plus pouvoir rien faire avec son bras G, ce qui objectivement n'est pas possible, puisqu'il ne présente pas d'amyotrophie de son membre supérieur G. Le Dr H. \_\_\_\_\_ retient lors du status figurant dans le rapport du 02.09.2020, uniquement la présence d'une atrophie distale de l'index de la main G. La coloration était physiologique, il n'y avait pas d'hypersudation, aucun signe de syndrome douloureux régional complexe actif. Il y avait des tremblements d'action lors de la moindre tentative de mobilisation des doigts que nous avons discutés déjà dans notre appréciation lors de notre examen final du 29.06.2020. Le Dr H. \_\_\_\_\_ mentionne également une distance pulpe-pli de flexion palmaire de 6 cm pour l'index et le majeur, 2 cm pour l'annulaire avec une force de serrage quasi inexistante alors que dans notre examen du 29.06.2020, l'assuré mentionnait qu'il n'arrivait pas à fléchir des doigts et lorsqu'il nous montrait qu'il n'y arrivait qu'avec les doigts IV et V, la distance pulpe-paume était de 3 cm au niveau du 5<sup>ème</sup> doigt et 4 cm au niveau du 4<sup>ème</sup> doigt. Par conséquent, nous ne retenons que l'assuré présente des séquelles qui correspondent selon notre évaluation objective et par analogie (la limitation fonctionnelle du majeur ou d'un autre doigt ne correspondant pas à un taux d'IpAI selon les tables indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA) à une amputation du 3<sup>ème</sup> doigt et non à une amputation des doigts 2 à 4.

Il y a donc de nettes discordances au niveau du status qui ne sont pas expliquées par les médecins qui suivent l'assuré.

Au vu de ce qui précède, nous pouvons dire que les appréciations effectuées par les différents médecins qui suivent cet assuré, se basent essentiellement sur les plaintes subjectives de l'assuré et non sur les constatations cliniques objectives en ce qui concerne l'évaluation de l'IpAI. En ce qui concerne la capacité de travail exigible de cet assuré, le Dr H. \_\_\_\_\_ retient une pleine capacité de travail dans une activité adaptée en ne tenant compte que des atteintes objectives somatiques.

Au vu de ce qui précède, nous retenons que les différents rapports médicaux et rapports de consultation ne modifient pas notre appréciation de la capacité de travail qui figure dans notre examen final du 29.06.2020 ni notre évaluation de l'atteinte à l'intégrité qui figure dans notre estimation de l'IpAI du 29.06.2020. »

Par décision sur opposition du 20 septembre 2021, la CNA, Division juridique (ci-après : l'intimée), a rejeté l'opposition et confirmé la

décision de la CNA du 29 mars 2021 niant le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, le degré d'invalidité (3 %) étant inférieur au minimum légal requis, et fixant à 6 % le taux de l'IPAI. En ce qui concerne les griefs de l'assuré relatifs à sa capacité de travail et au taux d'IPAI retenus, elle s'est fondée sur l'appréciation médicale de la Dre M. \_\_\_\_\_ du 6 septembre 2021, laquelle explique longuement les raisons pour lesquelles les avis des médecins traitants de l'assuré ne peuvent pas être pris en compte, d'une part parce qu'ils se fondent pour l'essentiel sur les plaintes subjectives de l'assuré, elles-mêmes contredites par les éléments médicaux objectifs au dossier, d'autre part parce qu'ils se contredisent entre eux. S'agissant de la critique de l'assuré à l'égard des montants retenus par la CNA au titre de revenu sans et avec invalidité, l'intimée a rappelé que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité avec l'accident, de sorte que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3). Pour le surplus, elle a exposé que la CNA avait fixé le revenu sans invalidité sur la base des renseignements fournis par l'ancien employeur de l'assuré, qui avait indiqué qu'en 2020, début du droit éventuel à une rente, l'intéressé aurait touché un salaire mensuel de 4'938 fr. versé treize fois l'an, ce qui correspond à un revenu annuel de 64'194 fr., de sorte que c'est ce montant qui avait été retenu, conformément à la jurisprudence fédérale. Quant au revenu d'invalidité, la CNA l'a établi sur la base de l'ESS 2018, Tableau TA1 pour les hommes de niveau de compétence 1, ce qui correspond à un revenu mensuel de l'ordre de 5'417 francs. Annualisé et adapté à la durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, soit 41.7 heures hebdomadaires, il en résulte un revenu annuel de 67'766 fr. 67. Indexé à 2020 (cf. Tableau T1.15 Indice suisse des salaires nominaux, 2016 à 2020 ; +0.9 % en 2019, +0.8 % en 2020 [le taux d'indexation définitif pour 2020 ayant été porté à +0.8 %, étant précisé que +1.3 % était l'indexation disponible au moment de la décision querellée]), le revenu avec invalidité se monte à 68'923 fr. 58, dont à déduire 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles, soit au final à 62'031 fr. 22. Comparé au revenu sans invalidité, il en résulte une perte de gain, qui correspond au degré d'invalidité de 3%, lequel n'ouvre pas le

droit à une rente. Compte tenu de ces éléments, elle a jugé que le taux d'invalidité ne prêtait pas le flanc à la critique.

**B.** Par acte de son conseil du 15 octobre 2021, K.\_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois contre la décision sur opposition du 20 septembre 2021, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité lui est allouée dès le 1<sup>er</sup> août 2020 et qu'un montant de 74'100 fr. lui est versé à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision entreprise, la cause étant renvoyée à la CNA pour réexamen et complément d'instruction, avec reprise immédiate du paiement des indemnités journalières avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> août 2020. Plus subsidiairement encore, il a conclu à l'annulation de la décision contestée, avec reprise de l'instruction de la cause par la CNA. Le recourant conteste la capacité de travail résiduelle retenue par l'intimée (100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles), en faisant valoir que celle-ci se fonde uniquement sur l'appréciation de son médecin d'arrondissement, alors que les Drs H.\_\_\_\_\_, F.\_\_\_\_\_ et B.W.\_\_\_\_\_, son médecin traitant, le Dr T.\_\_\_\_\_, ainsi que son ergothérapeute s'accordent pour admettre qu'il ne dispose plus que d'une capacité de travail de 20 % maximum, ce qui lui ouvre le droit à une rente d'invalidité. Niant ainsi toute valeur probante à l'appréciation médicale de la Dre M.\_\_\_\_\_, il requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Le recourant critique également les revenus sans et avec invalidité retenus par l'intimée, estimant qu'elle aurait dû retenir le montant pris en compte par l'OAI pour ce qui est du revenu sans invalidité. En outre, il soutient qu'un abattement de 25 % sur le revenu avec invalidité devrait être appliqué pour tenir compte d'un marché du travail extrêmement restreint pour une personne atteinte d'un handicap tel que le sien, de son absence de formation et de sa difficulté à maîtriser la langue française. Enfin, le recourant conteste le taux d'IPAI retenu par l'intimée, déniait par là-même à nouveau toute valeur probante à l'appréciation du médecin d'arrondissement de l'intimée, qui l'a fixé à 6 %, alors que l'évaluation de la Dre M.\_\_\_\_\_ est en totale contradiction

avec celle effectuée par les Drs F.\_\_\_\_\_ et B.W.\_\_\_\_\_, qui concluent à un taux d'IPAI de 50 % de façon convaincante.

Par réponse du 14 janvier 2022, l'intimée, représentée par Me Jeanne-Marie Monney, avocate à Lausanne, a conclu au rejet du recours et de la mesure d'instruction requise. En ce qui concerne le premier grief du recourant, elle relève en particulier et en substance que la valeur probante de l'appréciation médicale de la Dre M.\_\_\_\_\_ ne saurait être remise en question, dès lors qu'elle remplit tous les requisits jurisprudentiels en la matière et que, contrairement à ce que soutient le recourant, elle est corroborée par l'avis du Dr H.\_\_\_\_\_, alors que les Drs F.\_\_\_\_\_ et A.W.\_\_\_\_\_ ainsi que le médecin traitant et l'ergothérapeute qui se sont prononcés sur la question de la capacité de travail du recourant se sont uniquement fondés sur les plaintes subjectives du recourant pour conclure à une capacité résiduelle de travail maximum de 20 %. S'agissant des critiques du recourant concernant le calcul du degré d'invalidité, elle relève que, conformément à la jurisprudence en la matière, elle s'est basée sur les données salariales fournies par l'ancien employeur du recourant pour l'année 2020 pour fixer le revenu sans invalidité, ce qui est correct, puisqu'il n'y a pas de pièce au dossier qui permettrait de retenir un montant supérieur. Quant à la question de l'abattement sur le revenu avec invalidité, l'intimée estime qu'il n'y a pas lieu de s'écarter du taux de 10 %, lequel prend en compte les limitations fonctionnelles du recourant, qui ne sont pas celles d'un monomanuel, puisque sa main gauche peut encore servir d'aide à sa main droite dominante. Elle souligne par ailleurs que le manque d'expérience d'un assuré dans une nouvelle profession ou l'absence de formation professionnelle ne constituent pas des facteurs susceptibles de jouer un rôle significatif sur les perspectives salariales lorsque les activités adaptées envisagées (simples et répétitives de niveau de compétence 1) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. L'intimée relève par ailleurs qu'il ressort du dossier que le recourant comprend et parle relativement bien le français, tout en soulignant le fait que les connaissances linguistiques limitées sont des facteurs étrangers à l'invalidité. Enfin, en ce qui concerne le taux de l'IPAI, l'intimée souligne à nouveau que l'évaluation à laquelle a procédé

son médecin d'arrondissement est parfaitement probante, tout en relevant que le taux d'IPAI retenu par les Drs F. \_\_\_\_\_ et B.W. \_\_\_\_\_ se fonde principalement sur les plaintes subjectives (douleurs) du recourant, en contradiction avec les constatations objectives de la Dre M. \_\_\_\_\_, et que le taux de 50 % retenu correspondrait à l'amputation de l'entier du membre supérieur gauche. Quant à l'évaluation du Dr H. \_\_\_\_\_, elle s'apparenterait à une amputation de trois doigts, ce qui ne concorde pas avec la situation objective du recourant.

Par réplique du 3 février 2022, le recourant a confirmé ses conclusions. Pour le surplus, il a requis, outre le mise en œuvre d'une expertise judiciaire, l'audition par la Cour de céans de ses médecins traitants et de son ergothérapeute.

Par duplique du 22 février 2022, l'intimée a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours et s'est opposée aux mesures d'instruction requises par le recourant, estimant qu'elles étaient inutiles, l'appréciation médicale de son médecin d'arrondissement ayant pleine valeur probante et les médecins du recourant ayant eu tout loisir de s'exprimer sur le présent cas.

### **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).

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

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

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

**b)** En l'espèce, le litige a pour objet le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité fixé par l'intimée.

**c)** Les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, sont applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

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

**b)** Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré – ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C\_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) – et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

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

**4. a)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). Il n'est au demeurant pas lié par les faits constatés dans la décision litigieuse (Jean Métral, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2018, n. 63 ad art. 61 LPGA).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Comme rappelé au consid. 4a ci-dessus, selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**d)** D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a

souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGa (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C\_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5).

Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**5.** Dans un arrêt du 15 juillet 2020, le Tribunal fédéral a notamment exposé ce qui suit en ce qui concerne le SDRC (TF 8C\_416/2019 consid. 5.1) :

« Anciennement nommé algodystrophie ou maladie de Sudeck, [le SDRC] a été retenu en 1994 par un groupe de travail de l'International Association for the Study of Pain (IASP). Il constitue une entité associant la douleur à un ensemble de symptômes et de signes non spécifiques qui, une fois assemblés, fondent un diagnostic précis (DR F. LUTHI/DR P.-A. BUCHARD/A. CARDENAS/C. FAVRE/DR M. FÉDOU/M. FOLI/DR J. SAVOY/DR J.-L. TURLAN/DR M. KONZELMANN, Syndrome douloureux régional complexe, in Revue médicale suisse 2019, p. 495). L'IASP a aussi réalisé un consensus diagnostique aussi complet que possible avec la validation, en 2010, des critères dits de Budapest, à savoir:

- 1) Douleur qui persiste et apparaît disproportionnée avec l'événement initial
- 2) Au moins un symptôme dans trois (critères cliniques) ou quatre (critères recherche) des quatre catégories suivantes:
  - a) Sensoriel: le patient décrit une douleur qui évoque une hyperpathie et/ou une allodynie

- b) Vasomoteur: le patient décrit une asymétrie de température et/ou un changement de couleur et/ou une asymétrie de couleur
- c) Sudomoteur/oedème: le patient décrit un oedème et/ou une asymétrie de sudation
- d) Moteur/trophique: le patient décrit une raideur et/ou une dysfonction motrice (faiblesse, trémor, dystonie) et/ou un changement trophique (pilosité, ongles, peau).

3) Au moins un signe dans deux des catégories suivantes (critères cliniques et recherche) :

- a) Sensoriel: confirmation d'une hyperpathie et/ou allodynie
- b) Vasomoteur: confirmation d'une asymétrie de température et/ou changement de couleur et/ou asymétrie de couleur
- c) Sudomoteur/oedème: confirmation d'un oedème et/ou asymétrie de sudation
- d) Moteur/trophique: confirmation d'une raideur et/ou dysfonction motrice (faiblesse, trémor, dystonie) et/ou changement trophique (pilosité, ongles, peau)

4) Il n'existe pas d'autre diagnostic qui explique de manière plus convaincante les symptômes et les signes cliniques

Les critères ci-dessus sont exclusivement cliniques et ne laissent que peu de place aux examens radiologiques (radiographie, scintigraphie, IRM). L'utilisation de l'imagerie fait l'objet d'une controverse dans le milieu médical, mais garde un rôle notamment dans la recherche de diagnostics différentiels, ou lorsque les signes cliniques sont discrets ou incomplets ainsi que dans certaines formes atypiques (DRS K. DISERENS/P. VUADENS/PR JOSEPH GHKAIN, Syndrome douloureux régional complexe: rôle du système nerveux central et implications pour la prise en charge, in *Revue médicale suisse* 2020, p. 886; F. LUTHI/M. KONZELMANN, Le syndrome douloureux régional complexe [algodystrophie] sous toutes ses formes, in *Revue médicale suisse* 2014, p. 271). En pratique, si les critères 1 à 3 sont remplis et que le critère 4 est respecté, on doit considérer que le patient souffre d'un SDRC; toutefois la valeur prédictive positive n'est que de 76 %. Si les critères sont partiellement remplis, il faut poursuivre le diagnostic différentiel et réévaluer le patient. Si les critères ne sont pas remplis, le patient a une probabilité quasi nulle d'avoir un SDRC (DR F. LUTHI/DR P.-A. BUCHARD/A. CARDENAS/C. FAVRE/DR M. FÉDOU/M. FOLI/DR J. SAVOY/DR J.-L. TURLAN/DR M. KONZELMANN, op. cit., p. 498). Le SDRC est quatre fois plus fréquent chez la femme, le plus souvent au membre supérieur, avec une prédominance entre 50 et 70 ans. L'introduction des critères de Budapest a réduit de 50 % les diagnostics de SDRC (DRS K. DISERENS/P. VUADENS/PR JOSEPH GHKAIN, op. cit., p. 885 s.). »

Par ailleurs, la littérature médicale expose qu'il n'y a pas d'examen gold standard pour le diagnostic de SDRC, « [...] il n'existe pas de gold standards équivalents et pas de tests absolus qui soient spécifiques du SDRC » (SDRC, Syndrome douloureux régional complexe. SUVA Care. W. Jänig, R. Schaumann, W. Vogt (éditeurs), éd. septembre

2013, p 52). Les examens complémentaires peuvent contribuer au diagnostic mais ne permettent pas d'exclure un diagnostic de SDRC. « Les examens paracliniques n'ont qu'une valeur limitée (Schürmann et al.) » (SDRC, Syndrome douloureux régional complexe op. cit., p. 63). Le diagnostic du SDRC est basé sur des critères cliniques, les critères de Budapest sont utilisés pour poser le diagnostic de SDRC (cf. Table 3 tiré de SDRC, Syndrome douloureux régional complexe, op. cit., p. 132).

L'évolution du SDRC est la plupart du temps favorable, surtout si la douleur s'estompe, si la mobilité n'est pas trop réduite et si la personne est active, mais elle s'étend sur plusieurs mois. Elle ne laisse pas de séquelles ou rarement (une gêne modérée et des douleurs occasionnelles qui persistent, une articulation un peu moins mobile, un manque de force). Par commodité, on dit généralement que le SDRC évolue en plusieurs phases : une phase dite chaude, suivie d'une phase intermédiaire et pour finir une phase dite froide. Mais des études plus récentes semblent contredire cette vision en phases qui se succèdent. On aurait plutôt deux formes différentes de SDRC. La forme chaude, la plus fréquente, mais aussi celle qui répond le mieux aux médicaments (surtout la cortisone et les bisphosphonates) : les douleurs sont souvent fortes, elles augmentent avec l'activité mais sont présentes aussi au repos, tant le jour que la nuit ; le membre atteint est gonflé et raide, souvent chaud. La forme froide, plus rare, mais qui répond moins bien aux médicaments : la région atteinte est plus froide, la peau est violacée, bleutée, il y a souvent moins de gonflement, mais les douleurs ressemblent plus à des brûlures, les sensations sont désagréables, la peau est difficile à toucher, le mouvement est aussi douloureux. Le plus souvent les formes chaudes évoluent et les symptômes s'atténuent progressivement. Parfois elles se transforment en forme froide. L'inverse ne se rencontre pas. Dans les formes froides, l'évolution est souvent plus longue et c'est aussi dans les formes froides que l'on peut rencontrer des formes chroniques de SDRC, mais qui restent rares (cf. <https://www.planetesante.ch/Maladies/Syndrome-douloureux-regional-complexe>).

**6. a)** En l'occurrence, en ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail, le recourant conteste la manière dont a été pris en compte le SDRC, respectivement la douleur de manière générale. Il reproche en particulier à la CNA d'avoir « balayé » la problématique du SDRC, sans se prononcer sur les rapports du Dr H.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> décembre 2020 et du 25 août 2021, qui font état d'une lésion traumatique pluri-digitale s'étant compliquée par un « syndrome douloureux régional complexe particulièrement sévère laissant pour séquelles des douleurs chroniques, un manque de mobilité et de force de la main gauche avec une négligence presque complète du membre supérieur gauche ». Il soutient que les conclusions à tirer de ces rapports sont en contradiction avec l'appréciation du médecin d'arrondissement, qui serait de ce fait sans valeur probante. Il requiert par conséquent la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Pour sa part, l'intimée estime que l'examen final de son médecin d'arrondissement du 29 juin 2020, au terme duquel la Dre M.\_\_\_\_\_ a retenu une capacité totale de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant, repose sur une connaissance complète du dossier médical et que ses conclusions, objectives et motivées, sont convaincantes et ont ainsi pleine valeur probante.

**b)** D'emblée, il y a lieu de constater que l'existence du SDRC n'est, en tant que telle, pas contestée. Ce sont les effets dudit SDRC sur la capacité de travail du recourant qui sont litigieux.

**c)** En l'espèce, l'appréciation finale de la Dre M.\_\_\_\_\_ du 29 juin 2020 tient compte de l'ensemble de l'anamnèse, repose sur les examens cliniques auxquels elle a procédé le 11 septembre 2019 puis le 29 juin 2020, prend en compte les plaintes du recourant ainsi que l'ensemble des avis médicaux des médecins traitants versés jusqu'alors au dossier. C'est sur cette base qu'elle a notamment retenu comme diagnostics une amputation distale de l'index avec section subtotal (95 %) du tendon fléchisseur profond, section complète du nerf et de l'artère

collatéraux ulnaire du majeur, plaie simple palmaire de l'annulaire de la main gauche ayant nécessité une suture du tendon fléchisseur profond, du nerf et de l'artère collatéraux ulnaire du majeur gauche le 28 août 2018 ainsi qu'un SDRC. Objectivement, la Dre M. \_\_\_\_\_ a constaté le jour de l'examen final une absence d'amyotrophie du membre supérieur gauche et aucun signe objectif d'un SDRC encore actif. Dans son appréciation, elle indiquait encore l'existence d'un col de cygne marqué au niveau du 3<sup>ème</sup> doigt et nettement moins prononcé au niveau des 2<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> doigts. La force était certes diminuée au test de Jamar, mais eu égard à l'existence de nombreuses discordances entre les dires de l'assuré et ses propres constatations cliniques, de tremblements induits, d'importantes autolimitations au cours de l'examen ainsi que de différences majeures entre les mesures réalisées par le Dr H. \_\_\_\_\_ lors de son examen du 7 mai 2020 et celles faites lors de l'examen du 29 juin 2020, le médecin d'arrondissement estimait que l'état de santé du recourant était stabilisé sur le plan médical et qu'il n'y avait pas de traitement chirurgical ou médical susceptible d'améliorer la situation de façon significative. C'est pour ces motifs que la Dre M. \_\_\_\_\_ concluait, en date du 29 juin 2020, que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité ne s'exerçant pas au froid mais en intérieur, essentiellement avec la main droite chez un assuré droitier, la main gauche pouvant uniquement servir d'aide mais ne pouvant pas effectuer d'activités manuelles. En outre, dans le cadre de son appréciation circonstanciée du 6 septembre 2021, la Dre M. \_\_\_\_\_ a expliqué que, sur la base des status retenus par le Dr H. \_\_\_\_\_, elle pouvait dire qu'il n'y avait pas de SDRC actuellement actif, mais que l'on se trouvait bien dans une phase froide, avec la persistance d'une raideur essentiellement au niveau du majeur. Le Dr H. \_\_\_\_\_ retenait en effet lors du status figurant dans son rapport du 2 septembre 2020 uniquement la présence d'une atrophie distale de l'index de la main gauche. La coloration était physiologique, il n'y avait pas d'hypersudation. Aussi, il n'existait aucun signe de syndrome douloureux régional complexe actif. Cette appréciation est du reste également partagée par le Dr H. \_\_\_\_\_, qui a confirmé dans ses rapports des 27 mai 2019 et du 2 septembre 2020 que le syndrome douloureux régional complexe était à

présent en phase froide. Il n'en va pas autrement des Drs F.\_\_\_\_\_ et B.W.\_\_\_\_\_, lesquels indiquaient également, dans leur rapport du 17 décembre 2019, que le SDRC était au stade froid. Certes, dans son rapport du 25 août 2021, le Dr H.\_\_\_\_\_ semble revenir sur ses appréciations précédentes, en retenant un SDRC sévère. Pour ce faire, il se fonde toutefois sur les douleurs chroniques, le manque de force et de mobilité dont se plaint son patient. Or, comme l'indique la littérature médicale sur le sujet (cf. consid. 5 ci-dessus), un SDRC ne saurait redevenir actif lorsqu'il est devenu froid. Par ailleurs, comme on va le voir ci-dessous, les seules plaintes de l'assuré ne sauraient être prises en compte lorsqu'elles se heurtent aux constatations objectives faites lors d'un examen clinique, tel que celui qu'a pratiqué la Dre M.\_\_\_\_\_ le 29 juin 2020. Ainsi, contrairement à ce que soutient le recourant, non seulement les effets du SDRC ont été discutés par le médecin d'arrondissement, mais les avis du Dr H.\_\_\_\_\_ des 1<sup>er</sup> décembre 2020 et du 25 août 2021 ont bel et bien été pris en compte par la Dre M.\_\_\_\_\_. Au demeurant, force est de constater que ces deux médecins s'accordent à dire que le SDRC n'est plus actif.

Nonobstant ce qui précède, le recourant persiste à nier toute valeur probante à l'appréciation de sa capacité de travail par la Dre M.\_\_\_\_\_, en invoquant la persistance de sa symptomatologie douloureuse, laquelle s'étendrait désormais à tout son corps, et en s'appuyant sur les récentes évaluations médicales des Drs F.\_\_\_\_\_ et A.W.\_\_\_\_\_, qui le suivent au Centre de la douleur du B.\_\_\_\_\_, ainsi que celles de son ergothérapeute et de son médecin traitant, le Dr T.\_\_\_\_\_. Dans ce contexte, il soutient que sa capacité de travail serait au maximum de 20 % dans une activité adaptée. Or, comme le relève la Dre M.\_\_\_\_\_ dans son appréciation du 6 septembre 2021, pour évaluer la capacité de travail du recourant, tant les Drs F.\_\_\_\_\_ et B.W.\_\_\_\_\_ que l'ergothérapeute se basent sur les dires de leur patient, qui mentionne ne pouvoir travailler qu'à 20 % au vu de sa symptomatologie douloureuse. Ils ne donnent aucun substrat médical objectif à leur évaluation et ne se prononcent notamment pas sur les discordances entre les plaintes de l'intéressé et les constats cliniques résultant des examens cliniques de la

Dre M.\_\_\_\_\_, à savoir que malgré le fait que l'assuré mentionne ne pas utiliser son bras gauche, il ne présente aucune amyotrophie de son membre supérieur gauche et qu'il n'y a aucune explication pour l'extension des douleurs aux jambes et à la tête. En outre, ils ne font aucunement mention des antécédents de l'assuré avec des douleurs multiples pluri-investiguées depuis 2017 selon les dires mêmes de son médecin traitant, le Dr T.\_\_\_\_\_. En effet, ce dernier, dans son appréciation du 26 janvier 2021, s'il fixait la capacité résiduelle de travail du recourant à 20 %, expliquait que le recourant se plaignait de nombreuses douleurs depuis 2017, lesquelles, malgré les investigations médicales menées ne trouvaient aucun substrat objectif. Il précisait encore que ces atteintes, préexistant à l'événement du 28 août 2018, évoluaient dans un contexte psychosocial défavorable. Or, de tels éléments ne ressortent pas à l'assureur-accidents. L'existence d'un état anxieux préexistant à l'accident ainsi que celle d'un passé douloureux chronique a d'ailleurs été relevée respectivement par le DrH.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 27 mai 2019 et par le Dr S.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 17 juillet 2019. En outre, les médecins de la CRR rapportaient déjà dans leur rapport du 1<sup>er</sup> février 2019 l'existence de facteurs contextuels influençant négativement les aptitudes fonctionnelles émises par l'assuré, soit une kinésiophobie, un assuré centré sur ses douleurs et les signes vasomoteurs, ainsi qu'une cotation élevée de la douleur. L'établissement du diagnostic de SDRC ne pouvant reposer de façon fiable que sur un examen clinique (cf. consid. 5 ci-dessus), c'est donc à juste titre que la Dre M.\_\_\_\_\_ s'est écartée de l'avis des médecins traitants et de celui de l'ergothérapeute du recourant.

Au vu de ce qui précède, il convient de constater que l'appréciation du médecin d'arrondissement de l'intimée est particulièrement fouillée et que ses conclusions, détaillées et convaincantes, ont pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, en ce qui concerne les conséquences des atteintes à la santé subies par le recourant à la suite de l'événement du 28 juin 2018, en particulier les répercussions du SDRC, sur la capacité de travail du recourant.

**d)** En conclusion, il y a lieu de considérer que la capacité de travail du recourant est entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites dans le rapport de la Dre M. \_\_\_\_\_ du 29 juin 2020.

**7.** Reste à examiner le degré d'invalidité présenté par le recourant, compte tenu de sa capacité totale de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

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

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

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées ; TF 9C\_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

**b)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution

vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

**c)** Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

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

**d)** En l'espèce, le recourant réfute le revenu sans invalidité retenu par l'intimée, prétendant qu'il est largement supérieur. Il n'a toutefois produit aucune pièce corroborant son allégation. Cela étant, dès lors que l'intimée s'est fondée sur le revenu que son précédent employeur lui a indiqué (4'938 fr. versé treize fois l'an), il y a lieu de reconnaître que cette dernière a évalué le revenu sans invalidité le plus concrètement possible, comme l'exige la jurisprudence. Ainsi, le revenu sans invalidité tel que retenu par l'intimée, soit 64'194 fr., est correct. Pour le surplus, l'intimée a justement calculé le revenu sans invalidité, en se fondant sur les données salariales telles qu'elles ressortent de l'ESS, ce qu'elle était légitimée à faire, le recourant ne mettant pas pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail.

Quant à l'abattement de 10 % sur le revenu avec invalidité, on relèvera en premier lieu que celui-ci a pour but de palier au fait que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier. Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 90\_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Les éléments personnels et professionnels pouvant justifier une déduction doit toujours s'inscrire dans le but visé par la jurisprudence qui est de déterminer, à partir de valeurs statistiques, un revenu d'invalidé qui corresponde au mieux, in concreto, à l'exploitation lucrative raisonnablement exigible des activités encore possibles dans le cadre de la capacité résiduelle de travail (ATF 126 V 75 consid. 5 ; TF 8C\_88/2008 du 24 juin 2009).

Dans le présent cas, il ne se justifie toutefois pas de s'écarter du taux de 10 % appliqué par l'intimée pour tenir compte des limitations

fonctionnelles présentées par le recourant, qui lui permettent de réaliser une activité s'exerçant à l'intérieur et essentiellement avec la main droite - chez un assuré droitier -, la main gauche servant d'aide, et cela sans aucune limitation pour les travaux fins ni les mouvements en dessous du plan des épaules, ni dans les déplacements. On précisera que dans la mesure où la main gauche, au demeurant non dominante chez le recourant, conserve une fonction d'aide, il ne s'agit pas d'une situation de mono-manuel (cf. à titre d'exemple : TF 8C\_88/2014 du 10 septembre 2014, affaire dans laquelle l'assurée avait eu la main droite écrasée par une presse et était apte à exercer une activité légère n'exigeant ni dextérité ni rendement où un abattement de 10 % a été confirmé). Pour le surplus, le manque d'expérience d'un assuré dans une nouvelle profession ou l'absence de formation professionnelle ne constituent pas un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales lorsque les activités adaptées envisagées (simples et répétitives de niveau de compétence 1) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique (cf. également Ionta, Fixation du revenu d'invalidé selon l'ESS, in : Jusletter 22 octobre 2018, pp. 24 et 27 et les réf. cit.). Quant au fait que le recourant aurait des difficultés à s'exprimer et à comprendre le français, on relèvera qu'il ressort du dossier que le recourant parle et comprend relativement bien le français (cf. pièces 73 et 119 du dossier). Quoi qu'il en soit, des connaissances linguistiques limitées sont des facteurs étrangers à l'invalidité (Ionta, op. cit. p. 24 et réf. cit.). Aussi, en procédant à un abattement de 10 %, l'intimée a raisonnablement tenu compte de l'ensemble des circonstances du cas.

La comparaison des revenus, exempte de critique, mène à la constatation que le recourant subit une perte de sa capacité de gain de 3 %. La décision sur opposition est ainsi bien fondée en ce qui concerne le droit à une rente d'invalidité, qui doit être nié (art. 18 al. 1 LAA).

**8.**           **a)** Le recourant reproche également à l'intimée une estimation incorrecte de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (6 %) à laquelle il a droit. Il prétend à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50 %, en se basant sur les conclusions du rapport médical d'avril 2021 des Drs

F.\_\_\_\_\_ et B.W.\_\_\_\_\_, selon lesquelles les limitations subies par leur patient vont au-delà de la lésion initiale et impliquent l'entier du membre supérieur gauche, auxquelles s'ajoutent de fortes douleurs qui remontent à la nuque et l'hémiface gauche et commencent à s'étendre aux jambes. Ainsi, selon ces médecins, la limitation porterait sur l'entier du membre gauche supérieur avec une évolution en aggravation, de sorte qu'il y aurait lieu de retenir une perte fonctionnelle totale du membre supérieur gauche, qui correspond à un taux de 50 % d'atteinte à l'intégrité (annexe 3 à l'art. 36 al. 2 OLAA). Figure également au dossier, l'avis médical que le Dr H.\_\_\_\_\_ a adressé le 16 avril 2021 au conseil du recourant, dans lequel « considérant la table 3 (révision 2000) de la Suva concernant l'indemnisation pour des atteintes à l'intégrité selon la LAA [...], la position 32 correspondrait par analogie au préjudice subi par [...], c'est-à-dire 20 % ».

**b)** Aux termes de l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Selon 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. A teneur de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestations 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.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, du 18 août 1976, *in* : FF 1976 III p. 171). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais

joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références citées). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (FRESARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, *in* : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR] vol. XIV, 3ème éd., Bâle 2016, p. 998 n. 311). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 133 V 224 consid. 5.1 ; ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C\_812/2010 du 2 mai 2010 consid. 5.2).

Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel – anatomique ou fonctionnel –, mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2 et les références citées).

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

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif – des lésions fréquentes et caractéristiques,

évaluées en pour cent (ATF 124 V 29 consid. 1b ; ATF 113 V 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). En vue d'une évaluation encore plus affinée de certaines atteintes, la Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation. Ces tables n'ont pas valeur de règle de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; ATF 116 V 156 consid. 3a ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 145/96 consid. 2a).

**c)** En l'espèce, dans son rapport du 29 juin 2020, confirmé le 6 septembre 2021, la Dre M.\_\_\_\_\_ a retenu qu'au vu du manque de mobilité du 3<sup>ème</sup> doigt, il y avait lieu de considérer que l'assuré présentait des séquelles correspondant à l'image 10 de la table 3 (atteinte à l'intégrité résultant de la perte d'un ou plusieurs segments des membres supérieurs - révision 2000), laquelle s'appliquait par analogie, dès lors que dans la table 1 des atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs il n'y avait aucune atteinte à l'intégrité qui corresponde à un taux d'IPAI. Ce raisonnement l'a conduite à retenir par analogie une atteinte analogue à l'amputation du 3<sup>ème</sup> doigt et par conséquent une IPAI de 6 %. Dans son rapport du 6 septembre 2021, le médecin d'arrondissement a expliqué que pour fixer le taux de l'IPAI, elle avait tenu compte des seules séquelles objectives et non pas des séquelles subjectives. Rappelant en détail les différences au niveau des status et les discordances déjà mentionnées en ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail du recourant, elle a déclaré devoir se distancier de l'appréciation du Dr H.\_\_\_\_\_, qui retient que l'assuré présente des séquelles correspondant à un taux d'IPAI de 20 % selon la table 3 et la position 32, ce qui correspond à une amputation des doigts II, III et IV et de l'estimation de l'atteinte à l'intégrité des Drs F.\_\_\_\_\_ et B.W.\_\_\_\_\_, évaluée à 50 %, qui correspond à une amputation totale de tout le membre supérieur gauche au niveau de l'épaule. Elle relevait que

les conclusions de ses confrères, d'ailleurs très divergentes, se basaient essentiellement sur les dires de l'assuré, qui mentionne ne plus pouvoir rien faire avec son bras gauche, ce qui objectivement n'est pas possible, puisqu'il ne présente pas d'amyotrophie de son membre supérieur gauche, ce que le Dr H.\_\_\_\_\_ a admis puisque lors du status figurant dans le rapport du 2 septembre 2020, il indiquait uniquement la présence d'une atrophie distale de l'index de la main gauche, en relevant que la coloration était physiologique, qu'il n'y avait pas d'hypersudation et aucun signe de syndrome douloureux régional complexe actif.

**d)** En l'espèce, la Cour de céans constate que, dans son estimation de l'atteinte à l'intégrité, la Dre M.\_\_\_\_\_ a écarté l'application de la table 1 relative à l'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs au motif que celle-ci ne mentionnait pas d'atteinte aux doigts. Elle a dès lors appliqué la table 3 relative à l'atteinte à l'intégrité résultant de la perte d'un ou de plusieurs segments des membres supérieurs par analogie et a retenu la position 10, qui correspond à l'amputation du majeur. Le médecin d'arrondissement a justifié cette estimation en relevant que l'absence d'amyotrophie au niveau de l'avant-bras et du bras gauches prouvait que le recourant utilisait sa main gauche, contrairement à ses allégations. Or, il ressort tant du rapport du 29 juin 2020 que de celui du 6 septembre 2021 qu'à la suite de son examen clinique, la Dre M.\_\_\_\_\_ a elle-même retenu que le recourant pouvait utiliser sa main gauche comme aide mais n'était pas apte à effectuer d'activité manuelle avec celle-ci. Force est donc de constater que le recourant présente une atteinte fonctionnelle du membre supérieur gauche. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité doit par conséquent être évaluée sur la base de la table 1. Le recours doit être admis sur ce point et la cause renvoyée à l'intimée pour nouvelle évaluation de l'IPAI sur la base de la table 1.

**9.** Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. Comprend notamment le droit pour l'intéressé d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285

consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

En l'espèce, vu le sort du recours, la requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et à l'audition de témoins s'avère inutile et doit être rejetée.

**10. a)** En conclusion, le recours doit être partiellement admis. La décision sur opposition rendue par l'intimée est annulée en tant qu'elle porte sur le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. Elle est confirmée pour le surplus.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. fbis LPGA et art. 1 LAA).

**c)** Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de dépens fixée à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est partiellement admis.
  
- II.** La décision sur opposition rendue le 20 septembre 2021 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée en tant qu'elle porte sur le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, la cause étant renvoyée à l'assureur pour complément d'instruction dans le sens des

considérants et nouvelle décision. Elle est confirmée pour le surplus.

**III.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

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

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Mirjam Richon-Bruder, avocate à Lausanne (pour le recourant),
- Me Jeanne-Marie Monney, avocate à Lausanne (pour l'intimée),
- Office fédérale de la santé publique, à Berne,

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 :