

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 juillet 2023

---

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente  
Mme Röthenbacher, juge, et Mme Gabellon, assesseure  
Greffière : Mme Vulliamy

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par le Syndicat Unia Région Vaud,  
à Lausanne,

et

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

---

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

**E n f a i t :**

**A.** Q.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait en qualité d'aide maçon à 100 % depuis le 1<sup>er</sup> février 2003 auprès de l'entreprise H.\_\_\_\_\_. 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).

Selon la déclaration de sinistre LAA complétée par l'employeur le 23 novembre 2017, l'assuré a été victime près de 10 ans auparavant d'un accident le 28 novembre 2007. Il y est expliqué qu'il y a environ dix ans, l'assuré était tombé sur sa main droite en glissant sur du verglas au dépôt de son employeur et qu'il s'était cassé un os sans consulter un médecin et en continuant de travailler. Il est précisé que les douleurs étaient maintenant très fortes et que l'assuré n'arrivait presque plus à utiliser sa main.

Cette déclaration mentionnait en outre un salaire de base contractuel de 29 fr. 30 par heure ainsi qu'une indemnité pour vacances/jours fériés de 10.64 % et une gratification/13<sup>e</sup> mois de 8.33 %, ainsi qu'un horaire de travail de 45 heures par semaine.

Le 30 novembre 2017, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, a adressé à la CNA le courrier suivant :

« Chers Confrères,

J'ai vu en consultation à Nyon le 21.11.17 et ce jour à mon cabinet à Genève, ce patient droitier, paysagiste, souffrant de douleurs invalidantes de son poignet droit.

Il a été victime il y a dix ans d'une chute sur le poignet où il s'est vraisemblablement occasionné une fracture du scaphoïde au tiers moyen. Depuis quelques années, il présente des douleurs mécaniques du poignet, mais poursuit son activité professionnelle. Depuis cette année cependant les douleurs sont extrêmement invalidantes. Il n'y a pas de paresthésies.

A l'examen clinique, il y a une tuméfaction modérée du poignet, mais pas d'érythème. La flexion/extension est de 55-0-40° à droite, contre 65-0-80°

à gauche. La prosupination est totale, l'articulation radio-ulnaire distale est sans particularité, il n'y a pas de signe de conflit ulnocarpien. La mobilité du pouce est de 8/10 de façon bilatérale au Kapandji. La force de préhension est de 38 kg à droite, contre 55 kg à gauche (patient droitier) au Jamar et la pince est de 9.5 kg des deux côtés.

Les radiographies confirment une fracture avec pseudarthrose du scaphoïde, associée à des remaniements post-traumatiques arthrosiques. L'arthro-scanner montre un pôle proximal fragmenté et sclérosé. Il existe une arthrose de type SNAC de stade III touchant les surfaces radio-scaphoïdiennes, scapho-capitales et capito-ulnaires. Les rapports sont joints à ce courrier.

Nous avons discuté des différentes options thérapeutiques chirurgicales. Au vu de l'avancée de la maladie, il me reste comme option une dénervation ou une arthrodèse partielle (ou totale). Le patient et moi-même pensons qu'une scaphoïdectomie et arthrodèse partielle du carpe (luno-capitate) serait la meilleure option. (...) »

A son envoi, le Dr X. \_\_\_\_\_ a joint les documents suivants :

- un rapport du 13 octobre 2017 relatif à des radiographies du poignet droit de face et de profil ;

- un arthro-scanner du poignet droit du 27 novembre 2017 confirmant la présence de lésions de type SNAC plutôt de stade 3 et aspect fragmenté du pôle proximal du scaphoïde présentant une sclérose relativement marquée.

Le 1<sup>er</sup> décembre 2017, le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a indiqué qu'une enquête était nécessaire pour déterminer si les troubles présentés actuellement par l'assuré étaient en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident de 2007.

Par rapport LAA pour rechute du 5 décembre 2017, le Dr X. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré avait subi un traumatisme dix ans auparavant et que les douleurs étaient devenues invalidantes depuis l'été. Il a confirmé le diagnostic de pseudarthrose du scaphoïde et arthrose droite.

Par certificat du 13 décembre 2017, le Dr X.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail à 100 % du 13 décembre 2017 au 13 janvier 2018. Il a ensuite régulièrement attesté une incapacité de travail totale.

Selon le procès-verbal d'entretien entre la CNA et l'assuré le 13 décembre 2017, celui-ci a indiqué que l'accident avait dû se produire au début du mois de février 2007. Il a précisé qu'il avait beaucoup neigé, qu'il avait glissé sur la neige en arrivant dans la cour de l'entreprise et qu'il s'était reçu sur les deux mains ouvertes derrière lui, sentant tout de suite une douleur au poignet droit.

Par courrier du 4 janvier 2018, la CNA a informé l'assuré prendre en charge le cas et verser des indemnités journalières de 180 fr. 15 par jour calendaire dès le 13 décembre 2017.

Le 26 février 2018, l'assuré a subi une intervention chirurgicale d'arthroplastie partielle radio-carpienne du poignet droit et de dénervation partielle du poignet effectuée par le Dr X.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport intermédiaire du 17 avril 2018 du suivi post-opératoire, le Dr X.\_\_\_\_\_ a signalé que l'assuré allait bien sous immobilisation, mais qu'il fallait s'attendre à un manque de force persistant et qu'il faudrait intervenir auprès de l'employeur pour une affectation à un poste de travail approprié dès juin 2018. Il s'interrogeait en outre sur une éventuelle reprise du travail à 50 % depuis le mois de juin 2018.

Le 4 juin 2018, le Dr S.\_\_\_\_\_ a indiqué que la reprise de l'activité habituelle était compromise et a proposé une réévaluation à six mois de l'intervention.

Dans un rapport intermédiaire du 14 juin 2018, le Dr X.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution était favorable mais lente et qu'il y avait une raideur qui s'améliorait grâce à l'ergothérapie. Il a précisé qu'il n'y avait pas de reprise du travail, qu'il fallait s'attendre une persistance de

douleurs chroniques et qu'il y avait lieu d'intervenir auprès de l'employeur pour une affectation à un poste approprié.

Selon une notice téléphonique du 25 juillet 2018, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) a enregistré une demande de prestations le 6 juillet 2018.

Par courrier du 21 août 2018, l'OAI a transmis à la CNA une copie du courrier adressé à l'assuré lui proposant une mesure d'intervention précoce sous forme de modules externalisés.

Par rapport intermédiaire du 27 septembre 2018, le Dr X.\_\_\_\_\_ a indiqué une éventuelle reprise du travail au début de l'année 2019 tout en relevant un problème persistant de manque de force.

Il ressort du procès-verbal d'un entretien téléphonique du 2 octobre 2018 entre la CNA et l'assuré que l'opération du 26 février 2018 lui a amené un réel progrès. Ce dernier a en outre indiqué que son moral allait mieux après avoir consulté le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ces derniers mois.

L'assuré a séjourné à la Clinique R.\_\_\_\_\_ (ci-après : Clinique R.\_\_\_\_\_) du 13 novembre au 12 décembre 2018. Dans un rapport du 21 décembre 2018 à la CNA, les Drs L.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et G.\_\_\_\_\_, respectivement médecin adjoint et médecin-assistante à la Clinique R.\_\_\_\_\_ ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitation fonctionnelle du poignet et de la main droits et les diagnostics supplémentaires de traumatisme avec chute sur le poignet droit en hiver 2008, déclaré le 1<sup>er</sup> juillet 2008 et de SNAC-Wrist de stade III : arthrose du poignet secondaire à une pseudarthrose nécrotique du scaphoïde à droite sur CT [= scanner] du 27 novembre 2017. Ils ont également indiqué ce qui suit :

« **Aucun nouveau diagnostic** n'a été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie retenue.

**Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (Cf. liste diagnostics).**

**Des facteurs contextuels** influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient : anxiété élevée au questionnaire HAD, syndrome dépressif traité actuellement contrôlé par le traitement, kinésiophobie légère à modéré au questionnaire TSK, catastrophisme modéré à élevé, auto-évaluation basse de ses capacités fonctionnelles au questionnaire HFS avec un score évalué inférieur au niveau sédentaire. L'absence de formation qualifiante pourrait également être un frein à la reprise d'une activité adaptée. (...)

**Une évaluation des capacités fonctionnelles (ECF)** a été réalisée le 11.12.2018. On peut relever que le sujet sous-estime ses aptitudes fonctionnelles au questionnaire PACT avec un score correspondant à un niveau d'activité inférieure à sédentaire. Lors des tests, la volonté de donner le maximum a été jugée comme incertaine et le niveau de cohérence de ses aptitudes comme moyen. Le niveau d'effort fourni au cours de l'évaluation correspond au minimum à un niveau d'effort léger (port de charge jusqu'à 10 kg), selon le DOT. Le niveau d'effort correspond à ce que le patient a accepté de fournir plutôt qu'à ses aptitudes maximales. La comparaison avec le profil du poste de travail montre que le patient ne possède pas actuellement les capacités physiques pour effectuer l'entier de sa tâche sans risque pour sa santé (cf rapport).

Aux ateliers professionnels, le patient a été vu en entretien pour un descriptif du poste de travail. (Cf. rapport)

**Les limitations fonctionnelles définitives** suivantes sont retenues concernant son poignet : les activités avec mouvements répétitifs et/ou prolongés surtout avec utilisation de la force du poignet en F/E et inclinaison RU, les ports de charges répétitifs et/ou prolongés de plus de 10 à 15 kg.

La situation est pratiquement stabilisée du point de vue médical. (...)

**Le pronostic de réinsertion** dans l'ancienne activité est défavorable, en raison des facteurs médicaux retenus après l'accident et des facteurs non-médicaux.

**Le pronostic de réinsertion** dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est réservé mais en théorie favorable. A noter toutefois que l'interférence des facteurs non-médicaux pourrait ralentir le processus de réinsertion. »

Les Drs L.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ ont également joint à leur envoi les documents suivants annexés le 3 janvier 2019 par la CNA :

- un rapport de la phase initiale aux ateliers professionnels de la Clinique R.\_\_\_\_\_ établi le 15 novembre 2008 par le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et D.\_\_\_\_\_, maître socio-professionnel ;

- un ultrason de la main droite du 15 novembre 2018 qui n'a permis de ne visualiser aucune lésion ;

- un rapport relatif à une radiographie du poignet droit du 21 novembre 2018 constatant un status post-ablation de la première rangée du carpe sans mettre en évidence de trouble dégénératif consécutif significatif ni de chondrocalcinose et la présence d'un petit fragment osseux d'environ 4,5 mm de diamètre en projection de la partie antérieure du grand os de profil ;

- un courrier du 22 novembre 2018 du Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main, posant les diagnostics d'arthrose radio-capitate du poignet droit, synovite des extenseurs du poignet droit en zone VII et possible conflit ulno-carpien post-réssection de la première rangée des os du carpe ;

- une évaluation du 11 décembre 2018 des capacités fonctionnelles concluant à ce qui suit :

« Les **problèmes principaux** liés à l'activité professionnelle et relevée au cours de l'évaluation concernent :

- la dextérité globale de la main droite (*côté dominant*)
- la force de préhension de la main droite
- le niveau général des charges à déplacer sur le poste de travail (lourd > 25 kg voire davantage).

**Comportement observé (attitude face à la douleur, coopération et cohérence) :** l'évaluation comportementale standardisée (*Cf Annexe 1*) permet de conclure à une amplification modérée des symptômes. La volonté du sujet de donner le maximum est considérée comme incertaine et le niveau de cohérence de ses aptitudes comme moyen. 6 tests sur 28 ont en effet été prématurément stoppés par lui-même en raison d'une douleur ressentie soit aux bras soit au dos ou encore aux genoux. L'évaluateur a alors noté une fréquence cardiaque peu élevée au maximum de la pénibilité des tests concernés (fréquence cardiaque maximale mesurée entre 100 et 110 pour une FC maximale théorique établie pour ce sujet à 142 selon le SAR). Aussi les capacités physiques enregistrées correspondent-elles aux efforts que le sujet a accepté de fournir plutôt qu'à ses aptitudes fonctionnelles maximales. L'ECF ne permet pas de déterminer les facteurs responsables de l'autolimitation. A relever en outre que tous les tests de manutention des charges impliquant le membre supérieur D ont été prématurément stoppés par l'évaluateur ; celui-ci demande en effet au sujet de fournir un effort maximal et il interrompt l'activité en cours si nécessaire (arrêt sécuritaire). En l'occurrence, il s'agissait d'une prise de la main D peu ferme sur la poignée induisant un déséquilibre de la caisse.

Les résultats des tests sont présentés dans l'Annexe 2.

**Niveau d'effort fourni par le sujet** (*qui convient d'être accompli rarement sur la place de travail*) : les capacités physiques actuelles lui permettent d'accomplir un travail correspondant au minimum à un niveau d'effort léger (port de charges jusqu'à 10 kg, marcher ou se tenir debout souvent, disposer de bonnes fonctions des extrémités) selon le D.O.T (*Dictionary of Occupational Titles*). Les aptitudes fonctionnelles que peut accomplir le sujet à une place de travail bien conçue sur le plan ergonomique se trouvent dans le tableau « Evaluation des aptitudes ». La connaissance des techniques de travail ergonomique du sujet est moyenne : le sujet met en effet passablement à contribution son rachis en rotations du buste afin de diminuer le temps de portage des charges. Le médecin à qui est adressé ce rapport est rendu attentif au fait que la détermination des limitations fonctionnelles ou de l'exigibilité, au sens de la médecine des assurances, ne doit pas se faire sur la base des seuls résultats de l'ECF, mais d'après les données de toutes les investigations à disposition.

Les réponses au questionnaire PACT (*appréciation de ses propres capacités fonctionnelles par le sujet*) administré dans la langue maternelle du sujet (*portugais*) sont cohérentes entre elles et montrent que le sujet sous-estime ses aptitudes fonctionnelles (*Cf Annexe 3*) » ;

- un rapport d'ergothérapie du 13 décembre 2018 selon lequel il y avait eu peu d'amélioration durant le séjour au niveau de la main, les mobilités du poignet restant stables ainsi que la force de préhension et les douleurs ;

- un rapport non daté de réadaptation de l'appareil locomoteur de la physiothérapeute M. \_\_\_\_\_ dans lequel elle a indiqué avoir observé que l'assuré réalisait un balancement symétrique des membres supérieurs lors des premiers mètres de marche, mais qu'après quelques minutes, il protégeait sa main droite contre sa poitrine et que lors des tests sur le vélo ergomètre, il n'intégrait pas son membre supérieur droit en raison d'une augmentation des douleurs.

Par rapport du 15 janvier 2019, le Dr X. \_\_\_\_\_ a informé la CNA qu'au vu de la persistance des douleurs, il pouvait proposer à l'assuré la stabilisation partielle de son poignet par un bracelet en cuir ou une nouvelle chirurgie. Il a expliqué qu'une prothèse RCPI du capitata pouvait être envisagée ce qui offrirait des mobilités similaires et probablement une diminution des douleurs ou qu'une arthrodeuse totale du poignet pouvait également être envisagée pour stabiliser le poignet et offrir à nouveau une indolence et une augmentation de la force en augmentant

peut-être les chances d'une reprise d'un travail de force. Il a indiqué qu'il avait finalement été convenu avec l'assuré de faire l'essai d'un bracelet en cuir sur mesure à porter toute la journée.

Dans un rapport du 28 février 2019 adressé à la CNA, le Dr X. \_\_\_\_\_ a exposé que l'assuré se plaignait d'une persistance de douleurs à la face dorsale du poignet ainsi que de douleurs sur le bord latéral ulnaire du poignet lors de la force et qu'un bracelet de force allait être essayé avant d'envisager une arthrodèse complète du poignet.

Selon un rapport du 20 mars 2019 à la CNA, le Dr X. \_\_\_\_\_ a constaté que l'évolution était défavorable malgré un bracelet de force en cuir bien adapté au vu de la persistance des douleurs présentes également la nuit et qu'une arthrodèse totale était proposée.

Le 8 mai 2019, l'assuré a subi une arthrodèse complète avec une greffe osseuse autologue.

Il ressort des rapports des 25 juin et 26 août 2019 établis par le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, en lien avec une radiographie du poignet droit, qu'il n'y avait pas d'argument pour une complication aux interfaces du matériel et qu'il y avait par ailleurs un statu quo sans lésion à caractère suspect.

Le Dr X. \_\_\_\_\_ a adressé le courrier suivant à la CNA le 30 septembre 2019 :

« Cher Confrère,

Comme vous le savez je suis ce patient depuis longue date. Nous sommes maintenant à quatre mois d'une arthrodèse totale du poignet droit (main dominante) et l'évolution est lente. En effet, le patient décrit une gêne importante avec des douleurs mécaniques, mais également au repos, intéressant la face latérale ulnaire de son poignet et de sa main. Il est également gêné par un manque important de la prosupination.

A l'examen clinique, la cicatrice à la face dorsale du poignet est calme, hormis quelques adhérences. La mobilisation active de tous les doigts ainsi que du pouce est bonne, avec un léger déficit de flexion complète des doigts longs. La force de préhension mesurée au Jamar est de 8 kg à droite, contre 40 kg à gauche et provoque des douleurs à droite. La force de la

pince est de 5 kg à droite, contre 10 kg à gauche. Il y a des douleurs à la palpation de l'ulna distal, ainsi que de l'os pisiforme et de la région pisotriquétrale.

J'ai organisé un CT-scanner dont le rapport est joint. Celui-ci montre une arthrodèse consolidée à plus de 50% sauf peut-être dans la région radius-hamatum. Cet examen montre également une subluxation en postérieur de la tête ulnaire, ainsi qu'un conflit ulno et stylo-carpien et une arthrose pisotriquétrale.

En raison de l'imagerie, de la symptomatologie et de l'examen clinique, une révision chirurgicale s'impose. J'ai expliqué au patient les différents tenants et aboutissants d'un Darrach auquel je devrais probablement associer une pisiformectomie. »

Le 13 novembre 2019, l'assuré a subi une arthroplastie de l'articulation radio-ulnaire distale (Darrach) et une excision de l'os pisiforme.

Par rapport du 9 mars 2020, le Dr X. \_\_\_\_\_ a informé la CNA qu'anamnèstiquement, le patient disait aller beaucoup mieux depuis la dernière opération, ne décrivant que des douleurs occasionnelles surtout en position de supination. Il a précisé avoir proposé une poursuite de la physiothérapie et avoir donné au patient une attelle néoprène pour la protection de son poignet lors des activités de force ou douloureuses. A ce courrier était joint un rapport du 14 février 2020 de la Dre F. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie et médecine nucléaire, décrivant un status post résection de l'ulna distale (Darrach) sans complication identifiée, un status post résection première rangée du carpe et arthrodèse radio-métacarpienne, par une longue plaque vissée, fixant le radius, le capitatum et le troisième métacarpien, fusion osseuse évolutive notamment au niveau de l'interligne carpo-métacarpienne, pas de complication identifiée au pourtour du matériel, pas d'anomalie des parties molles et statu quo par ailleurs.

Le 10 mars 2020, le Dr S. \_\_\_\_\_ a exposé qu'une stabilisation pouvait être attendue dans le courant de l'été.

Le 8 mai 2020, le Dr X. \_\_\_\_\_ a répondu de la manière suivante à un questionnaire envoyé par l'OAI :

**« (...) 4. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle (maçon) ? Depuis quand ?**

Actuellement la capacité de travail est de 0%.

**5. En reprenant les limitations fonctionnelles définies à la Clinique R. \_\_\_\_\_ et en excluant les facteurs extra-médicaux pouvez-vous nous confirmer que la capacité de travail dans une activité adaptée est de 100% ? Depuis quand ?**

Oui, une activité adaptée est possible. Mono-manuelle dès le 01.04.20, puis bi-manuelle mais sans force probablement dès le 01.06.20. (...)

**7. Quelles sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?**

Patient à l'arrêt de travail à 100 % depuis au moins décembre 2017.

**8. Quels sont les traitements actuellement en cours et la compliance ?**

La compliance est bonne, mais évidemment il s'agit d'un arrêt de travail au long cours.

J'ai organisé un CT-scanner et un ultrason pour voir la bonne consolidation osseuse et observer une éventuelle ténosynovite/synovite locale pouvant expliquer la recrudescence partielle actuelle des douleurs. »

Dans un rapport intermédiaire du 13 mai 2020, le Dr X. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré décrivait le 30 avril 2020 « une fatigabilité lors de l'utilisation ++ (surcharge) et une symptomatologie de tendinite des flex et extenseurs (au contact de la plaque d'arthrodèse) » et que le pronostic était modéré avec des risques de douleurs chroniques et de manque de force. Selon lui, il n'y aurait probablement pas de retour à son emploi précédent de force.

Selon un rapport du 25 mai 2020 du Dr A. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, adressé en copie à la CNA le 23 juin 2020, un scanner de contrôle après Darrach du poignet droit avait été effectué et on pouvait en conclure que les scaphoïdectomie et pisiformectomie ne montraient pas de complication identifiable et que la plaque d'ostéosynthèse dorsale en place ne présentait pas de modification notable par rapport au contrôle précédent.

Il ressort d'un second rapport du même jour du Dr A. \_\_\_\_\_ qu'une imagerie par résonance magnétique du poignet droit ne montrait pas de signes de ténosynovite ni de lésion kystique visibles.

Par projet de décision du 24 août 2020, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente d'invalidité momentanée du 1<sup>er</sup> janvier 2019 au 30 juin 2020 pour tenir compte d'une incapacité de travail et de gain entière dans toutes activités. Dès le 1<sup>er</sup> avril 2020, l'OAI a considéré que l'assuré présentait une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activités avec mouvements répétitifs et/ou prolongés surtout avec utilisation de la force du poignet en flexion/inclinaison/extension et inclinaison radio-ulnaire, les ports de charge répétitifs et/ou prolongés de plus de 10 à 15 kg). Il a comparé le revenu que l'assuré aurait pu réaliser en bonne santé en 2020 avec celui auquel il pourrait prétendre dans une activité adaptée en appliquant en outre un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles.

L'assuré a été examiné le 7 septembre 2020 par le Dr S. \_\_\_\_\_ qui a retenu ce qui suit dans son rapport du même jour :

#### **« Déclarations de la personne assurée**

Le patient dit qu'il a toujours souffert du poignet D depuis l'accident de 2007 qui n'avait donné lieu à aucune consultation ni investigations complémentaires. Le patient s'est accommodé des douleurs, privilégiant son activité professionnelle, jusqu'à cet épisode de blocage très douloureux en 2017, simplement en voulant extraire son téléphone portable de sa poche.

Par la suite, malgré des interventions et des infiltrations itératives, la situation est restée insatisfaisante avec un poignet D douloureux à la moindre sollicitation, même si la dernière opération a un peu aidé.

Actuellement, le patient souffre continuellement de son poignet D, même au repos et durant la nuit. Ce n'est que bras au corps et la main D sur le thorax, qu'il est un peu soulagé. Il fait beaucoup de choses avec la main G. S'il essaie de se servir de la D, il a tendance à lâcher ce qu'il tient. Il a cassé beaucoup de vaisselle en la sortant de la machine. Il a aussi de la peine à utiliser son iPhone avec la main D. Il a dû acheter une voiture automatique car il avait trop de difficultés à changer les vitesses. Son inactivité forcée lui est tombé sur le moral et semble avoir aggravé un état anxiodépressif préexistant. Le patient perd vite ses moyens. Il a dû prendre un taxi à Renens pour venir à l'agence car il ne trouvait plus son chemin. Il ne se sent pas bien quand il y a trop de monde autour de lui et il a tendance à paniquer.(...)

#### **Constatations**

Il s'agit d'un patient de 50 ans, en surpoids modéré, à la thymie nettement abaissée, en état général conservé.

#### **Poignet D :**

Sans être exclue, la main D est un peu mise de côté.

Le poignet D, qui est aminci, est calme. Il est légèrement plus froid que le G mais il présente globalement une bonne trophicité. Il est sensible à la palpation, surtout sur son versant cubital, mais il y a une bonne stabilité du moignon ulnaire.

L'arthrodèse du poignet D semble acquise en extension physiologique et en inclinaison radio-cubitale neutre.

La prosupination est bien récupérée (P/S 80-0-70° par rapport à 90-0-80° à G).

Le pouce et les doigts longs sont normo-fonctionnels.

La force de serrage de la main D, qui présente peu de marques d'utilisation, est réduite (Jamar 15 par rapport à 40 à G, Key-pinch 3 par rapport à 10 à G).

La sensibilité est préservée.

### **Appréciation**

(...) Comme les plaintes restent importantes, peut-être faut-il différer quelque peu la liquidation du cas, tout au moins attendre les conclusions définitives du Dr X.\_\_\_\_\_.

Si rien d'autre n'est entrepris, je terminerai le cas, sans qu'il soit forcément besoin de revoir le patient à l'agence.

En attendant, il vaudrait la peine de recontacter l'entreprise mais je doute que M. Q.\_\_\_\_\_, qui a tendance à se comporter comme un monomanuel, parvienne à travailler comme jardinier, étant précisé que l'activité de maçon n'est évidemment plus envisageable.

Il me semble que l'Al devrait aussi se renseigner auprès du psychiatre qui le suit quant à une éventuelle comorbidité psychiatrique, pouvant limiter sa capacité de travail, avant de rendre une décision définitive. »

Dans un rapport intermédiaire du 1<sup>er</sup> octobre 2020 adressé à la CNA, le Dr X.\_\_\_\_\_ a relevé que les plaintes principales de l'assuré étaient des douleurs mécaniques et inflammatoires du bord latéral ulnaire du poignet et du dos du poignet sur le 4<sup>e</sup> compartiment des extenseurs qui gênaient tout essai de port de charge, même léger. Il a ajouté que l'assuré était anxieux. Il a proposé de refaire un CT en novembre pour voir la consolidation de l'arthrodèse et pour éventuellement enlever la plaque dorsale et faire une ténolyse dorsale. Il a ajouté que si l'arthrodèse était consolidée en novembre, l'assuré pourrait faire ce qu'il voulait avec le poignet même sans ablation de matériel d'ostéosynthèse et qu'ils seraient suffisamment à distance du Darrach et de la pisiformectomie pour qu'une force libre puisse être appliquée afin d'essayer d'aider l'assuré anxieux à

passer le cap de la douleur, éventuellement sous antalgie adéquate par le centre de la douleur à qui il a adressé un courrier en date du 28 septembre 2020. Il ressort de ce courrier que les douleurs de l'assuré semblaient être multifactorielles avec également une composante d'anxiété et un suivi psychiatrique en cours.

Par courriel du 13 octobre 2020, l'employeur de l'assuré a indiqué à la CNA que ce dernier aurait droit à un salaire horaire de 29 fr. 90 auquel il fallait ajouter 13.04 % de congés payés et 8.33 % de 13<sup>e</sup> salaire.

Par rapport du 15 octobre 2020, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et médecin-chef à la Clinique de la douleur, a posé le diagnostic principal de douleur chronique post-traumatique et a notamment indiqué ce qui suit :

« **Diagnostics secondaires**

Status après traumatisme du poignet droit sur chute (2008) avec SNAC-Wrist de stade II à III

Status après arthroplastie partielle radio-carpienne (résection) de la 1<sup>ère</sup> rangée du carpe droit et dénervation partielle du nerf inter-osseux postérieur et de ses branches et styloïdectomie radiale (février 2018)

Status après arthrodèse complète du poignet par plaque LCP dorsale 2.7/3.5 titane avec greffe autologue (mai 2019)

Status après arthroplastie de l'articulation radio-ulnaire distale (Darrach) et excision de l'os pisiforme (novembre 2019)

HTA

Migraines

Etat dépressif traité

Status après AVC ischémique (2009, sans séquelles) (...)

**Appréciation - propositions**

Le patient présente toujours, 12 ans après l'accident initial et plus de deux ans après la première intervention chirurgicale, des douleurs persistantes et permanentes. La douleur a un caractère mixte, inflammatoire et neuropathique (Questionnaire DN4 à 5/10 pour une douleur considérée comme neuropathique dès un score de 4/10). Elle ne correspond pas, à mon avis tout comme au vôtre, à un diagnostic de Syndrome Douloureux Régional Complexe.

Les anti-inflammatoires aident mais au prix d'épigastralgies (malgré un traitement de pantoprazol), raison d'une utilisation discontinuée.

Il me semble qu'il vaille la peine de tenter d'agir sur les deux composantes de la douleur.

Pour la part "inflammatoire" j'ai proposé des séances de cryothérapie externe (6 séances pour débiter), ciblées sur la région douloureuse. Des dates ont été fixées dans ce sens.

En parallèle, pour lutter contre la composante neuropathique et tenter de diminuer la sensibilisation centrale à la douleur, j'ai proposé des perfusions de lidocaïne à doses croissantes. Une première perfusion a également été planifiée. »

Dans un rapport intermédiaire du 2 décembre 2020 à la CNA, le Dr X. \_\_\_\_\_ a indiqué que les douleurs ulnaires du poignet diminuaient grâce à la cryothérapie mais que les douleurs du dos du poignet sur le trajet de la plaque d'arthrodèse et les tendons extérieurs persistaient. Il a indiqué que la consolidation de l'arthrodèse étant totale, une ablation de matériel d'ostéosynthèse pouvait être organisée.

Le 25 janvier 2021, l'assuré a subi une ablation de matériel d'ostéosynthèse du poignet droit et une adhésiolyse/ténolyse.

Par rapport intermédiaire du 12 mars 2021, le Dr X. \_\_\_\_\_ a d'abord indiqué que le pronostic était meilleur, de modéré à bon, puis, dans un rapport intermédiaire du 1<sup>er</sup> juin 2021, il a relevé qu'il restait une possibilité d'amélioration limitée dans les mois à venir mais qu'on s'approchait d'un status quo. Il a encore conseillé un bracelet de force ou une bande élastique spécialisée pour augmenter la tolérance.

Il ressort du procès-verbal d'un entretien téléphonique du 19 mai 2021 de la CNA avec l'assuré que ce dernier pense qu'il ne pourrait pas reprendre le travail chez H. \_\_\_\_\_ et que selon lui, la situation était stable.

L'assuré a été examiné le 1<sup>er</sup> juin 2021 par le Dr S. \_\_\_\_\_ qui a retenu ce qui suit dans son rapport du même jour :

« **Constatations**

Il s'agit d'un patient de 51 ans, en léger surpoids, à la thymie relativement maintenue mais très anxieux, en état général conservé.

**Poignet D :**

Sans être exclue, la main D est un peu mise de côté.

Le poignet D, qui est nettement aminci, est calme. Il est toujours à peine plus froid que le G mais il présente globalement une bonne trophicité. Il est sensible à la palpation, surtout sur son versant cubital, mais il y a une

bonne stabilité du moignon ulnaire. Il est bloqué en extension physiologique et en inclinaison radio-cubitale neutre.

La prosupination est bien récupérée (P/S 80-0-70° à D par rapport à 90-0-80° à G).

Le pouce et les doigts longs sont normo-fonctionnels.

La force de serrage de la main D, qui présente peu de traces d'utilisation, a légèrement progressé mais elle reste passablement réduite, compte tenu qu'il s'agit de la main dominante (Jamar 18 par rapport à 52 à G, Key-pinch 5 par rapport à 11 à G).

La sensibilité est préservée.

### **Appréciation**

(...) Le patient dit que la perfusion de Lidocaïne n'a pas soulagé ses douleurs et qu'il s'est senti mal. En revanche, la cryothérapie l'a un peu aidé.

Depuis l'AMO et l'adhésiolysé des extenseurs, les douleurs sont quand même un peu en retrait, sauf sur le bord ulnaire du poignet D qui reste sensible avec l'impression que le cubitus bouge un peu. Le Dr X. \_\_\_\_\_ lui a dit que c'était normal. Le patient a quand même la sensation que quelque chose « bouffe » le dos de son poignet D. S'il est vrai qu'il utilise davantage sa main D qu'avant, il voit ensuite les douleurs s'accroître et il lui arrive toujours de lâcher ce qu'il tient.

Interrogé sur son moral, le patient explique qu'il est sujet à des attaques de panique avec sensation de mort imminente depuis quelques années qui lui semblent remonter à la 1<sup>ère</sup> intervention. Il décrit également une anxiété permanente avec tout un cortège de troubles somatiques. Il se sent souvent mal dans les magasins lorsqu'il y a trop de monde et n'a pas d'autre choix que de demander à sa femme de le ramener à la maison.

A l'examen clinique, chez un patient à la thymie relativement maintenue mais très anxieux, sans être exclue, la main D est toujours un peu mise de côté. (...)

Sur les RX du poignet D du 09.02.2021, la consolidation de l'arthrodèse paraît acquise. Il y a un status après résection relativement économique de la partie distale du cubitus.

Du point de vue somatique, le traitement touche manifestement à sa fin.

Sur le plan professionnel, le patient aimerait bien reprendre une activité chez H. \_\_\_\_\_ dont il est toujours employé mais il ne voit pas ce qu'il pourrait faire. Personne ne voudra l'engager dans son état et son projet de travailler au Portugal comme employé communal n'a plus aucune chance d'aboutir.

Le patient n'arrive pas à se projeter dans une activité adaptée.

A son avis, un nouveau séjour à la Clinique R. \_\_\_\_\_ ne résoudra rien et le patient voudrait surtout avoir ce que la Suva va lui octroyer, se rendant bien compte que l'Al ne fera pas grand-chose pour lui.

Il est clair qu'une comorbidité psychiatrique, en l'espèce une anxiété généralisée et une agoraphobie, avec trouble panique, selon le Dr C. \_\_\_\_\_, constitue un obstacle important à la réinsertion professionnelle du patient.

Comme il est probable que la Suva ne voudra pas examiner plus avant cet aspect des choses, qui n'est au demeurant que partiellement en relation avec l'accident, il convient de clore le cas.

Les limitations fonctionnelles retenues lors du séjour à la Clinique R. \_\_\_\_\_ restent d'actualité.

Dans une activité respectant ces limitations, il est clair que la capacité de travail est entière. »

Dans son appréciation médicale du 1<sup>er</sup> juin 2021, le Dr S. \_\_\_\_\_ a évalué l'atteinte à l'intégrité à 17,5 %, à savoir 15 % correspondant à une arthrodèse radio-carpienne et 2,5 % justifiée par un léger défaut de pronosupination.

Par courrier du 19 juin 2021, la CNA a signifié à l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 juillet 2021 dans la mesure où l'examen médical avait confirmé que les suites accidentelles étaient stabilisées.

Par courriel du 2 juillet 2021, l'employeur de l'assuré a indiqué à la CNA que le salaire de ce dernier aurait augmenté de 0 fr. 20 en 2021 (hors congés payés et 13<sup>e</sup> salaire).

Par courriel du 9 juillet 2021, l'employeur de l'assuré a informé la CNA qu'un accord avait été trouvé afin de mettre fin au contrat de travail de ce dernier au 31 juillet 2021.

Par décision du 14 juillet 2021, la CNA a refusé d'allouer une rente d'invalidité à l'assuré estimant qu'il était à même d'exercer une activité dans différents secteurs de l'économie sans port répétitif et/ou prolongé de charges de plus de 10-15 kg, sans activité avec mouvements répétitifs et/ou prolongés surtout avec utilisation de la force du poignet droit en flexion/extension et inclinaison radio-ulnaire. En prenant comme base les chiffres du niveau de compétences 1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : l'ESS) et en tenant compte d'une réduction de 5 % pour les limitations fonctionnelles, un salaire de 65'805 fr. pouvait encore être réalisé. Comparé au gain de [30 fr. 10 x 2200 heures + 8.33 % =] 71'736 fr. réalisable sans l'accident, il en résultait une

perte de 8 %. La CNA a précisé que si, outre des séquelles organiques de l'accident, des troubles psychogènes devaient aussi réduire la capacité de gain, elle ne pourrait pas en répondre dès lors que de tels troubles n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la CNA a considéré qu'il résultait de l'appréciation médicale une atteinte de 17,5 % donnant droit à une indemnité de [126'000 fr. (gain annuel) x 17,5 % =] 22'050 francs.

Le 20 juillet 2021, le Dr X. \_\_\_\_\_ a adressé un courrier au médecin-conseil de la CNA dont il ressort notamment que :

« (...) A mon sens, le cas n'est pas encore stabilisé. En effet, il présente une récurrence des douleurs latérales ulnaires de son poignet droit, cliniquement possiblement attribuables à une ténosynovite des tendons ECU et FCU réactionnelle à la remise en mouvement. Une infiltration échoguidée, précédée par un ultrason, pourrait peut-être encore être envisagée, associée à la poursuite d'une physiothérapie ou ergothérapie ciblée.

Je pense surtout que ce patient doit bénéficier d'un « stage » à votre centre Suva à Sion pour une nouvelle évaluation ainsi que de la physiothérapie bien dirigée et éventuellement discuter d'une reconversion ou adaptation de son poste de travail.

Quant à l'atteinte à l'intégrité, chez ce patient ayant nécessité une arthrodèse radio-carpienne et une résection de la tête ulnaire et un handicap persistant actuel, je pense que l'atteinte à l'intégrité de 15 à 20% doit être envisagée. En effet pour l'arthrodèse radio-carpienne seule, selon vos tables, ceci amène à une atteinte à l'intégrité de 15% et pour la résection de la tête ulnaire, il en résulte une atteinte de 5%. (...)

Pour mémoire, la prise en charge de ce patient actif a été « compliquée » dès le début. En effet, malgré le fait que le traumatisme ait été en 2008, son poignet n'est devenu douloureux et invalidant en 2017, date du début « réel » du traitement. Au vu des lésions, une chirurgie lourde, quasi palliative, a dû être directement effectuée. Vous l'avez soutenu tout au long de ces années, mais à mon avis il manque encore le « coup de pouce » final. »

Le 10 août 2021, l'assuré, désormais représenté par le Syndicat Unia Région Vaud, a formé opposition à l'encontre de la décision du 14 juillet 2021 et a conclu à la poursuite du paiement des indemnités journalières jusqu'à la stabilisation du cas et à ce que des investigations complémentaires concernant son état de santé soit menées afin de déterminer sa capacité résiduelle de travail et par la suite le droit à d'autres prestations d'assurance. Il a également contesté le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et réclamé une indemnité de 20 %.

Le dossier a été soumis au Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement, qui a indiqué dans son rapport du 19 août 2021 que :

« (...) **Appréciation**

Considérant l'évolution à ce jour, il convient de constater que, comme le mentionne le Dr X.\_\_\_\_\_, la situation actuelle est objectivement plutôt favorable qu'elle ne l'était avant la réalisation de l'arthrodèse. Le niveau des limitations fonctionnelles qui a été retenu par le médecin d'arrondissement en vue de la clôture administrative se base d'une part sur ses observations du jour mais d'autre part aussi sur la situation telle qu'elle était lors du séjour à la Clinique R.\_\_\_\_\_ en novembre-décembre 2018, donc à l'état du poignet D avant arthrodèse. L'exigibilité ainsi définie tient donc certainement amplement compte de la situation du poignet D telle qu'elle se présente actuellement.

Considérant cette même évolution, on ne peut guère s'attendre à ce que le geste infiltratif proposé par le Dr X.\_\_\_\_\_ se répercute de façon notable par rapport aux limitations fonctionnelles qui ont été retenues. Ceci permet donc de considérer que la situation est stabilisée, *a priori* rien n'empêche le Dr X.\_\_\_\_\_ de réaliser ces gestes infiltratifs s'ils sont jugés opportuns.

Pour ce qui est du montant de l'atteinte à l'intégrité corporelle, elle a été estimée par le médecin d'arrondissement à 17.5 %, selon l'appréciation médicale du 01.06.2021. Cette valeur se situe parfaitement dans la fourchette qui est stipulée par le Dr X.\_\_\_\_\_.

**Conclusion**

Considérant les éléments du dossier et l'évolution à ce jour, j'estime que la situation peut être jugée stabilisée étant donné que l'on ne peut guère s'attendre à ce que le geste infiltratif proposé par le Dr X.\_\_\_\_\_ ait une répercussion notable par rapport aux limitations fonctionnelles qui ont été retenues. D'autres mesures chirurgicales ne sont pas prévues.

L'atteinte à l'intégrité corporelle qui a été évaluée par le médecin d'arrondissement se trouve exactement dans la fourchette proposé par le Dr X.\_\_\_\_\_.

La possibilité d'un séjour à la Clinique R.\_\_\_\_\_ a été, comme en témoigne le rapport d'examen du médecin d'arrondissement du 01.06.2021, abordée lors de cet examen mais la réalisation de ce séjour n'a pas été jugée utile par l'assuré.

Il n'y a donc pas de raison objective, considérant les seules suites somatiques de l'événement du 01.07.2008, de revenir sur les termes de l'appréciation médicale à l'issue de l'examen par le médecin d'arrondissement du 01.06.2021 et ceci tant en ce qui concerne la stabilisation du cas, les limitations fonctionnelles et l'exigibilité qui en découlent que par rapport à l'estimation de l'atteinte à l'intégrité corporelle. »

Par un avis de *reformatio in pejus* du 25 août 2021, la CNA a informé l'assuré qu'il était apparu que la date de l'accident enregistrée dans le système informatique, à savoir le 1<sup>er</sup> juillet 2008, était erronée et qu'il fallait en réalité considérer que l'accident était survenu en février 2007. Or, le montant maximum du gain annuel assuré étant de 106'800 fr. en 2007 et de 126'000 fr. en 2008, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité aurait dû être calculée sur le montant de 106'800 francs. Aussi, l'assuré a perçu une indemnité d'un montant supérieur à celle dont il avait effectivement droit et devra restituer la différence [22'050 fr. - 18'690 fr. =] par 3'360 francs. La CNA a encore laissé, dans un délai imparti au 24 septembre 2021, la possibilité à l'assuré de retirer son opposition à la décision contestée du 14 juillet 2021 qui entrerait alors en force.

Par courrier du 16 septembre 2021, l'assuré a informé la CNA vouloir maintenir son opposition et a produit un certificat médical du 6 septembre 2021 du Dr X. \_\_\_\_\_ attestant une capacité de travail à 50 % du 14 juillet au 14 août 2021 uniquement dans un poste adapté ainsi qu'un rapport de ce médecin du 10 septembre 2021 dont il ressort que :

« Je suis ce patient depuis de nombreuses années pour un problème post-traumatique de son poignet droit pour lequel il a dû bénéficier de plusieurs opérations.

Il s'en suit actuellement une atteinte à son intégrité que j'estimais, selon les tabelles de la SUVA, entre 15 et 20%. Selon la lettre de la SUVA du 25 octobre 2021, il a obtenu une compensation pour atteinte à l'intégrité de 17.5%.

Pour votre première question, je confirme que depuis de nombreux mois l'état de M. Q. \_\_\_\_\_ s'est stabilisé. Quelques infiltrations pourraient être effectuées mais ne changeraient que peu à sa symptomatologie.

Le patient a de lui-même diminué voire arrêté les antalgiques et anti-inflammatoires. Il décrit évidemment une légère recrudescence des douleurs mais semble pouvoir dormir et être au repos sans anti-inflammatoire ni anti-algique.

Il n'y a actuellement, à mon avis, pas d'option supplémentaire pour améliorer l'état de santé de ce patient. En particulier, il n'y a plus aucune option chirurgicale.

Il faut bien différencier l'atteinte à l'intégrité de l'incapacité de travail et c'est ce que j'ai expliqué au patient lors de la consultation du 6 septembre 2021. Pour moi et même selon ses estimations, il a une incapacité de travail à 50 %, même et uniquement dans un poste adapté. Dans son ancien poste de maçon, il n'a plus aucune capacité de travail. Je lui ai donc fait des certificats d'incapacité de travail à 50%, dans un poste adapté

uniquement qui à mon sens devront être pris en charge par son assurance maladie pour perte de gain puisque la SUVA va terminer sa prise en charge.

Puisque le patient n'a aucune formation en Suisse, une activité adaptée sera difficile à trouver. Cependant il doit s'agir d'une activité sans force, mono-manuelle ou les deux combinées. Ceci avec ou sans attelle même si le patient ne porte plus d'attelle puisqu'elle ne change que peu sa symptomatologie et le gêne. »

Par décision du 25 octobre 2021, l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier 2019 au 30 juin 2020. Dès le 1<sup>er</sup> avril 2020, l'OAI a considéré que l'assuré présentait une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activités avec mouvements répétitifs et/ou prolongés surtout avec utilisation de la force du poignet en flexion/inclinaison/extension et inclinaison radio-ulnaire, les ports de charge répétitifs et/ou prolongés de plus de 10 à 15 kg). Il a retenu qu'il était possible à l'assuré de mettre en valeur cette capacité de travail dans un travail simple dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement, comme opérateur sur machines conventionnelles (perçage, fraisage, taraudage et autres), dans le domaine de la vente simple (shop et autres). Le degré d'invalidité a été fixé à 13,40 % en comparant le salaire qui aurait pu être réalisé en bonne santé en 2020 avec celui que peut percevoir un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services à 100 % en 2020 en tenant compte d'un abattement de 10 % justifié par les limitations fonctionnelles.

Par décision sur opposition du 26 octobre 2021, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a pour l'essentiel considéré que les conclusions de ses médecins d'arrondissement avaient pleine valeur probante et qu'en l'absence de mesure thérapeutique susceptible d'influencer de manière significative la capacité de travail de l'assuré, c'était à juste titre qu'elle avait considéré que l'état de santé de l'assuré s'était stabilisé et avait mis fin au service des indemnités journalières et du traitement médical. Elle a encore considéré qu'en l'absence d'une relation de causalité entre les troubles psychiques allégués et l'accident, ceux-ci ne devaient pas être pris en considération. S'agissant du gain sans

invalidité, la CNA a retenu un montant de 71'736 fr., à savoir 30 fr. 10 (selon le tarif horaire communiqué par l'employeur par courriel du 2 juillet 2021) x 2200 heures de travail annuel (conformément à l'avenant n° 9 à la Convention collective de travail des paysagistes et entrepreneurs de jardins du Canton de Vaud) + 8.33 % (pour tenir compte du 13<sup>e</sup> salaire). Pour le gain avec invalidité, elle a retenu un montant de 65'281 fr. en se basant sur l'ESS 2018 avec ajustement du salaire à la moyenne de 41.7 heures et en tenant compte de l'évolution des salaires et d'un abattement de 5 %. Elle a précisé ne pas tenir compte d'une réduction de la capacité de travail de 50 % telle qu'alléguée par l'assuré, celle-ci n'étant retenue par aucun médecin d'arrondissement. Après comparaison des deux revenus, le degré d'invalidité de l'assuré était de 9 % et donc inférieur au seuil légal de 10 %. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la CNA a considéré que le taux retenu par le médecin d'arrondissement de 17,5 % pouvait être confirmé, relevant encore que ce taux n'était pas incompatible avec l'estimation du Dr X. \_\_\_\_\_ de 15 à 20 %. Elle a ensuite retenu que ce taux devait être appliqué sur le montant de 106'800 fr., comme elle l'avait expliqué dans son avis du 25 août 2021, et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité fixée à 18'690 francs.

Par courrier du 3 novembre 2021, la CNA a demandé à l'assuré la restitution du montant de 3'360 fr. versé à tort dans un délai de 30 jours.

**B.** Par acte du 24 novembre 2021, Q. \_\_\_\_\_, toujours représenté par le Syndicat Unia Région Vaud, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition de la CNA du 26 octobre 2021 en concluant principalement à la réforme de la décision litigieuse en ce sens qu'il a droit à une rente d'invalidité tenant compte d'une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée de 50 % avec un abattement d'au moins 10 % sur le revenu d'invalidité, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi du dossier de la cause à l'intimée pour nouvelle expertise. En substance, le recourant a fait valoir que l'appréciation des rapports médicaux au dossier devait conduire à constater l'existence d'avis

médicaux contradictoires concernant l'évolution de son état de santé et la nécessité d'instruire davantage en mettant en œuvre une nouvelle expertise. Il a en outre fait valoir qu'un abattement de 5 % sur le revenu d'invalidé était insuffisant dans son cas dès lors que sa capacité de réinsertion était fortement diminuée, notamment parce qu'il ne disposait d'aucune formation, qu'il était de nationalité portugaise, qu'il était âgé de 51 ans et qu'il se retrouvait avec des limitations fonctionnelles importantes ne lui permettant plus d'exercer de métiers physiques pour lesquels il avait acquis de l'expérience. Il a également fait valoir qu'il souffrait de troubles psychiques. Il a de plus relevé que l'OAI avait pris en compte un abattement de 10 % lors de son projet du 24 août 2020.

A son recours étaient jointes différentes pièces dont notamment un courrier du 19 novembre 2021 du Dr X. \_\_\_\_\_ dont il ressort que le recourant présentait une incapacité de travail à 50 % depuis juillet 2021 sans que cette capacité n'ait pu être augmentée malgré les espoirs annoncés au printemps 2020. Selon le médecin précité, le recourant restait dans l'obligation d'avoir un poste adapté sans force, à savoir avec un poids maximal de 5 kg à son poignet droit et ne pouvait plus exercer son activité de maçon mais pouvait très bien effectuer des tâches de surveillance ou d'aide administrative simple. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, le Dr X. \_\_\_\_\_ a indiqué que la compensation obtenue pour atteinte à l'intégrité de 17,5 % correspondait à ses estimations.

Par réponse du 14 décembre 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours exposant que le Dr X. \_\_\_\_\_ ne motivait pas sa conclusion et qu'un avis médical divergeant ne suffisait pas à ordonner la mise en œuvre d'une expertise. Quant à la question de l'abattement, la CNA a expliqué avoir tenu compte des critères adaptés au contexte et que des critères tels que la nationalité, l'éloignement du marché du travail ou les troubles psychiques n'étaient pas pertinents ici.

**E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents, en particulier sur le droit à une rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**3.** Dans un grief de nature formelle, qu'il convient de traiter à titre préalable, le recourant se plaint que l'intimée n'a pas suffisamment investigué sa situation en ne mettant pas en œuvre une expertise alors que la situation n'était pas claire. Il a fait valoir l'existence de différents avis, notamment celui du Dr X. \_\_\_\_\_ qui avait fixé le port de charge maximum à 5 kg et retenu une capacité de travail de 50 % alors que le Dr S. \_\_\_\_\_ et les intervenants de la Clinique R. \_\_\_\_\_ avaient indiqué un port de charge de 10 à 15 kg.

**a)** Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour toute partie de produire des preuves pertinentes, 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 145 I 167 consid. 4.1 ; 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves

lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou 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 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**b)** En l'occurrence, en tant qu'il porte sur l'absence implicite d'une mesure d'instruction, le grief tiré de la violation du droit d'être entendu se confond avec celui de l'obligation d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA), respectivement de constatation manifestement inexacte ou incomplète des faits pertinents et d'appréciation des preuves entachées d'arbitraire. Il sera donc examiné avec le fond du litige.

**4. 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 la personne assurée - 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\_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) - 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. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20] et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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. 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.

**5. a)** Pour 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).

**b)** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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)** Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

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).

**d)** 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).

**6.** Dans sa décision sur opposition du 26 octobre 2021, la CNA s'est fondée sur l'appréciation des Drs S. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ des 1<sup>er</sup> juin et 19 août 2021 pour retenir que l'état de santé de l'assuré était stabilisé et qu'il était en mesure de travailler à un taux de 100 % sans perte de rendement dans une activité adaptée.

Sans remettre en cause la valeur probante des rapports des médecins-conseil (cf. p. 4 du recours du 24 novembre 2021), le recourant a fait valoir que les éléments relevés par le Dr X. \_\_\_\_\_ démontraient que son état de santé s'était péjoré depuis 2018 et qu'il ne disposait que d'une capacité de travail résiduelle de 50 %.

**a)** Il est constant que la chute subie par le recourant a occasionné une fracture avec pseudoarthrose du scaphoïde et arthrose droite nécessitant une intervention chirurgicale le 26 février 2018. Si l'évolution a d'abord été considérée comme favorable (cf. rapport du 14 juin 2018 du Dr X. \_\_\_\_\_), la persistance des douleurs a conduit le Dr X. \_\_\_\_\_ à proposer le port d'un bracelet en cuir (cf. rapports des 15 janvier et 28 février 2019), puis une arthrodèse totale effectuée le 8 mai 2019 suivie d'une arthroplastie de l'articulation radio-ulnaire distale et une excision de l'os pisiforme le 13 novembre 2019. Si la situation s'est

améliorée dans un premier temps (cf. rapport du 9 mars 2020 du Dr X.\_\_\_\_\_) et qu'une stabilisation pouvait être attendue dans le courant de l'été 2020 (cf. avis du Dr S.\_\_\_\_\_. du 10 mars 2020), le Dr X.\_\_\_\_\_ a ensuite indiqué que le pronostic était modéré avec des risques de douleurs chroniques et de manque de force sans retour possible dans l'emploi habituel (cf. rapport du 13 mai 2020).

Procédant à l'examen final du cas le 7 septembre 2020, le Dr S.\_\_\_\_\_ a estimé que la liquidation du cas devait être différée quelque peu au vu de l'existence de plaintes encore importantes. Le 25 janvier 2021, l'assuré a subi une ablation de matériel d'ostéosynthèse du poignet droit et une adhésiolyse/ténolyse. Le Dr X.\_\_\_\_\_ a ensuite indiqué que le pronostic était meilleur et qu'on s'approchait d'un status quo (cf. rapport du 12 mars 2021), ce que le recourant a d'ailleurs lui-même confirmé lors d'un entretien téléphonique du 19 mai 2021 avec la CNA. Procédant une nouvelle fois à l'examen du cas le 1<sup>er</sup> juin 2021, le Dr S.\_\_\_\_\_ a estimé que la situation était stabilisée et que la capacité de travail était entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles retenues lors du séjour du recourant à la Clinique R.\_\_\_\_\_. Compte tenu du courrier du 20 juillet 2021 du Dr X.\_\_\_\_\_ considérant que le cas n'était pas encore stabilisé, le dossier a été soumis au Dr N.\_\_\_\_\_ qui a confirmé l'évaluation faite par le Dr S.\_\_\_\_\_ (cf. appréciation médicale du 19 août 2021).

**b)** Aucun élément du dossier n'incite à s'écarter de l'appréciation des Drs S.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_.

**aa)** En premier lieu, on peut déjà relever que la stabilisation du cas ne prête pas à controverse. En effet, le Dr X.\_\_\_\_\_ a confirmé que l'état du recourant était stabilisé depuis plusieurs mois dans son rapport du 10 septembre 2021, ce que le recourant n'a par ailleurs pas contesté dans le cadre de son recours.

**bb)** Ensuite, le rapport du 1<sup>er</sup> juin 2021 du Dr S.\_\_\_\_\_ est détaillé et motivé, que ses conclusions sont claires et étayées, qu'il tient

compte des plaintes de l'assuré et a été établi à l'issue d'un examen clinique et en connaissance du dossier, de sorte qu'il y a lieu de lui reconnaître une pleine valeur probante, ce que le recourant ne conteste d'ailleurs pas.

**cc)** Enfin, le recourant, qui se base sur le seul avis du Dr X.\_\_\_\_\_ pour établir l'existence d'une capacité de travail résiduelle de 50 %, ne saurait être suivi. En effet, le Dr X.\_\_\_\_\_, dont il faut au demeurant examiner l'avis avec une certaine retenue en raison du lien de confiance existant avec le recourant, n'a pas retenu une capacité de travail de 50 % en raison du seul accident mais a indiqué que les douleurs semblaient être multifactorielles (cf. courrier du 28 septembre 2020) et a d'ailleurs adressé le recourant au Centre de la douleur qui a prescrit des séances de cryothérapie externe et des perfusions de lidocaïne (cf. rapport du 15 octobre 2020 du Dr T.\_\_\_\_\_). On peut relever que, le 8 mai 2020, le Dr X.\_\_\_\_\_ a, dans un questionnaire envoyé par l'OAI, confirmé que le recourant avait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, d'abord mono-manuelle dès le 1<sup>er</sup> avril 2020 et bi-manuelle dès le 1<sup>er</sup> juin 2020. A cet égard, on constatera que le Dr X.\_\_\_\_\_ n'a, dans son courrier du 20 juillet 2021, pas contesté la capacité de travail retenue par l'intimée dans sa décision du 14 juillet 2021. D'ailleurs, le Dr X.\_\_\_\_\_ n'a mentionné une capacité de travail réduite qu'à partir du mois de septembre 2021 tout en précisant que ce serait à l'assurance maladie du recourant de prendre en charge le cas, l'intimée allant terminer sa prise en charge. Quant au courrier du 19 novembre 2021, il se limite à exposer que le recourant nécessite un poste adapté sans force avec un poids maximal de 5 kg sans autre précision, ni complément tout comme le certificat médical du 6 septembre 2021 qui n'est ni motivé, ni destiné en particulier à l'intimée. Aussi, cet avis isolé ne constitue qu'un avis éventuellement divergeant de la même situation médicale et ne saurait être suivi au terme de l'appréciation des preuves, l'assuré n'ayant pour le surplus aucun droit à ce que l'opinion la plus favorable à son égard soit suivie.

**c)** Les éléments médicaux au dossier ne permettent donc pas de mettre en doute les conclusions des médecins d'arrondissement de l'intimée. A cet égard, il sied de constater que l'ensemble des pièces ont été examinées et comparées et que l'appréciation effectuée par l'assurance intimée n'est pas critiquable. Dite appréciation pouvant se voir reconnaître une force probante, il ne peut être reproché à l'intimée de ne pas avoir mis en œuvre une expertise médicale portant sur la question des limitations fonctionnelles et de la gravité de l'atteinte et, partant, une violation du droit d'être entendu n'est pas fondée.

**d)** Le point de savoir quelle activité adaptée mono-manuelle ou bi-manuelle pourrait être envisagée n'est nullement discutée par le recourant et n'apparaît pas contestable, un éventail suffisamment large d'activités étant possible et accessible à une personne sans formation particulière.

**e)** Au vu de ce qui précède, il faut constater que les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause sans qu'il y ait lieu de donner suite à l'expertise requise par le recourant. En effet, de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**7.** Doit ensuite être examinée la question du revenu que le recourant peut tirer d'une activité adaptée, fixé sur la base d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**a)** Pour évaluer le taux d'invalidité au sens de l'art. 18 LAA 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).

**b)** 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\_1/2020 du 15 octobre 2020 consid. 3.1). 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 ; TF 8C\_837/2019 du 16 septembre 2020 consid. 5.2).

**c)** 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 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). 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). L'art. 24 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) prévoit que lorsque le droit à la rente naît plus de cinq ans après l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle, le salaire déterminant est celui que l'assuré aurait reçu, pendant l'année qui précède l'ouverture du droit à la rente, s'il n'avait pas été victime de l'accident ou de la maladie professionnelle, à condition toutefois que ce salaire soit plus élevé que celui qu'il touchait juste avant la survenance de l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle.

**d)** Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail

stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2).

**e) aa)** Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

**bb)** Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (TF 8C\_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). 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).

Le Tribunal fédéral a confirmé à plusieurs reprises l'application du niveau de qualification 4 (jusqu'à l'ESS 2010) ou de compétences 1 (dès l'ESS 2012) pour déterminer le revenu exigible dans des activités monomanuelles légères. Pour des personnes considérées comme monomanuelles et limitées à des activités légères, il existe suffisamment de possibilités d'emploi dans un marché équilibré du travail (cf. TF 8C\_772/2020 du 9 juillet 2022 consid. 5.6; 8C\_134/2020 du 29 avril 2020 consid. 4.5).

**cc)** La personne assurée 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 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

**8. a)** En l'occurrence, le recourant n'élève aucun grief à l'encontre du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimée. Vérifié d'office, il faut relever que cette dernière s'est fondée, pour la détermination du revenu sans invalidité sur les déclarations de l'employeur du 2 juillet 2021 auprès duquel l'assuré travaillait notamment au moment de l'événement accidentel assuré de février 2007. Elle aurait cependant dû se baser sur les informations relatives à l'année 2020, année précédant l'ouverture du droit éventuel à la rente. Ainsi, le revenu sans invalidité doit être fixé à  $29 \text{ fr. } 90 \times 2200 \text{ heures} + 8.33 \% = 71'259 \text{ fr. } 50$ .

**b)** S'agissant du revenu avec invalidité, le recourant a fait grief à l'intimée de n'avoir procédé qu'à un abattement de 5 % sur le revenu avec invalidité, rappelant que ses possibilités effectives de réinsertion sur le marché libre du travail étaient limitées, notamment de par son âge de plus de 50 ans, sa nationalité, son handicap et par le fait qu'il n'avait travaillé qu'en qualité de maçon sans disposer d'une formation reconnue et en ayant que peu de compétences en dehors de son activité professionnelle habituelle. Selon lui, un abattement de 10 % au moins, pour s'aligner sur le volet de l'assurance-invalidité, devrait être effectué.

En l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter du taux de 5 % retenu par l'intimée, lequel tient compte de manière appropriée des effets que l'atteinte à la santé peut jouer concrètement sur ses perspectives salariales dans le cadre de l'exercice d'une activité simple, légère et ne nécessitant pas de formation particulière. En effet, selon la jurisprudence, le manque d'expérience d'un assuré dans une nouvelle profession ne constitue 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. En outre, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (voir par exemple, TF 8C\_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2 ou 9C\_200/2017 du 14 novembre 2017 consid. 4.5).

Par ailleurs, l'âge d'un assuré ne constitue pas *per se* un facteur de réduction du salaire statistique. Autrement dit, il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant – que celui-ci soit celui de la naissance éventuelle du droit à la rente ou celui de la décision sur opposition, cette question ayant été laissée ouverte (TF 9C\_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.2.2.2 et la référence) – pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Au contraire, la jurisprudence a souligné que l'âge n'avait en principe pas d'incidence sur le revenu en cas d'application du niveau de compétence 1 de l'ESS (TF 9C\_284/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2.3). Il y a lieu de relever que le recourant ne met pas en évidence de circonstances particulières qui justifieraient, dans le cas d'espèce, d'opérer un abattement supplémentaire afin de tenir compte de l'âge.

En tout état de cause, ni l'âge du recourant ni son parcours professionnel ne constituent des critères autorisant à revoir à la baisse son revenu d'invalidé.

Quant à la problématique d'une éventuelle diminution de rendement liée aux limitations fonctionnelles, il y a lieu de constater que l'intimée en a tenu compte en appliquant un abattement de 5 % sur le revenu avec invalidité. Parmi la palette d'activités simples et peu contraignantes existant sur un marché équilibré du travail (à ce sujet, voir TF 8C\_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2 et la référence), il existe suffisamment d'emplois légers dans divers secteurs de l'industrie, à la condition de respecter les limitations fonctionnelles retenues en l'occurrence. Aussi, on ne saurait suivre le recourant lorsqu'il affirme que

ses limitations fonctionnelles rendent illusoire ou irréaliste sa perspective de retrouver un emploi simple, léger et ne nécessitant pas de formation particulière adapté à sa situation.

Enfin, le recourant ne saurait se prévaloir du taux d'abattement de 10 % évoqué par l'OAI dans sa décision du 25 octobre 2021. En effet, bien que la notion d'invalidité soit en principe identique en matière d'assurance-invalidité et d'assurance-accidents, il n'en demeure pas moins que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante pour l'assurance-invalidité (ATF 133 V 549), tout comme l'assureur-accidents n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.3). Ce principe s'applique notamment à la détermination des revenus avec et sans invalidité (cf. TF 8C\_679/2020 du 1<sup>er</sup> juillet 2021 consid. 5.1). Dès lors que l'assurance-invalidité prend en compte l'ensemble des atteintes invalidantes, il se peut que son évaluation de l'abattement englobe des limitations fonctionnelles relatives à d'autres atteintes non prises en compte par l'assureur-accidents, qui ne retient que les atteintes en lien de causalité avec un accident assuré. Dans le cas d'espèce, il faut constater à l'instar des Drs X.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ ainsi que des médecins de la Clinique R.\_\_\_\_\_ (cf. procès-verbal d'entretien téléphonique du 2 octobre 2018, rapport du 21 décembre 2018 de la Clinique R.\_\_\_\_\_, rapport du 7 septembre 2020 du Dr S.\_\_\_\_\_, rapport du Dr X.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> octobre 2020, rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ du 15 octobre 2020, rapport du Dr S.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> juin 2021, rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ du 19 août 2021) que la reprise d'une activité adaptée est notamment entravé par la thymie du recourant. Or, l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré. En l'occurrence, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, comme par exemple en cas de glissade (ATF 115 V 133 consid. 6a), l'existence du lien de causalité adéquate peut d'emblée être niée. Ainsi, la baisse de moral ou d'entrain, voir la dépression, n'ont pas à être prises en compte par l'assurance-accidents. En définitive, au niveau de l'assurance-accidents, un abattement de 10 %

ne saurait en aucun cas être reconnu pour les seules limitations fonctionnelles touchant le poignet droit du recourant.

**c)** En définitive, la comparaison du revenu sans invalidité (71'259 fr. 50) et du revenu avec invalidité tenant compte d'un abattement de 5 % (65'281 fr.) conduit ainsi à un taux d'invalidité de 8.38 %  $([71'259 \text{ fr. } 50 - 65'281 \text{ fr.}] / 71'259 \text{ fr. } 50 \times 100)$ , arrondi à 8 % (ATF 130 V 121). C'est ainsi de manière fondée que l'intimée a retenu que le recourant ne subissait pas de préjudice économique permettant l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, un tel préjudice n'atteignant pas les 10% minimum requis par l'art. 18 LAA.

**9.** S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le recourant en avait requis l'octroi à hauteur de 20 % dans son opposition du 10 août 2021, conclusion qu'il n'a cependant pas réitérée dans son acte de recours du 24 novembre 2021. On constatera que le taux de 17,5 % retenu par l'intimée selon les indications de ses médecins-conseil ne prête pas le flanc à la critique, celui-ci se situant dans la fourchette indiquée par le Dr X. \_\_\_\_\_ dans son courrier du 10 septembre 2021 et confirmé en outre par ce dernier dans son courrier du 19 novembre 2021.

De plus, on relèvera que c'est à juste titre que l'intimée a appliqué le taux de 17,5 % sur le montant de 106'800 fr. correspondant au gain annuel assuré en 2007, année de l'accident et non le 1<sup>er</sup> juillet 2008 comme retenu à tort par certains intervenants au dossier. Cette question n'est d'ailleurs pas contestée par le recourant et l'année 2007 est de plus confirmée par différents documents du dossier (cf. déclaration de sinistre LAA du 23 novembre 2017, avis du Dr S. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> décembre 2017, procès-verbal d'entretien du 13 décembre 2017, rapport LAA pour rechute du 5 décembre 2017 et rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ du 7 septembre 2020).

**10. a)** En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. fbis LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause et que l'intimée agit en sa qualité d'assureur social (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 26 octobre 2021 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Syndicat Unia Région Vaud (pour Q. \_\_\_\_\_),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :