

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 mai 2023

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mmes Brélaz-Braillard, juge, et Manasseh-Zumbrunnen,
assesseure
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

J. _____, à [...], recourant, représenté par Me Radivoje Stamenkovic,
avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 4 et 16 LPGA ; art. 18 et 19 LAA

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1973, ressortissant portugais, sans formation professionnelle certifiée, travaillait à 100 % comme ouvrier de façonnage pour le compte de V._____ SA depuis le 10 mai 2010. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 14 mai 2018, il a été victime d'un accident professionnel et a subi une subamputation distale au niveau de l'annulaire droit avec confection d'un moignon digital réalisée par la Dre C._____, cheffe de clinique adjointe au service de chirurgie plastique et de la main de l'hôpital W._____ (protocole opératoire du 29 mai 2018).

Le 15 mai 2018, l'employeur a annoncé l'accident à la CNA, qui a pris en charge le cas.

Dans un rapport de consultation du 19 septembre 2018, à quatre mois postopératoires, la Dre C._____ a constaté que le moignon était calme, sans esquille osseuse pouvant gêner, et que la mobilité était bonne. L'assuré se plaignait de douleurs importantes, de sensation de décharges et de paresthésies dans le doigt. Il y avait une irritation nerveuse sur les deux nerfs digitaux depuis la paume et dans tout le doigt, sans Tinel localisé précis. Il n'y avait pas de solution chirurgicale aux douleurs décrites par l'assuré et la Dre C._____ n'a émis aucune indication thérapeutique autre que la poursuite de l'ergothérapie. Elle a émis un doute quant à une attitude démonstrative voire exagérée de l'assuré. A ce propos, elle a notamment observé qu'à la palpation latérale sur l'interphalangienne proximale, l'assuré se plaignait de douleurs et sursautait, alors qu'il s'était finalement laissé manipuler l'articulation sans signe de douleurs après lui avoir expliqué que les nerfs ne se trouvaient pas à cet endroit.

Le 18 octobre 2018, l'assuré a été examiné par le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, qui a constaté que la plaie était cicatrisée, que l'empan était de 21 cm à droite et de 23 cm à gauche, que l'enroulement des doigts était normal sauf pour l'annulaire avec 4 cm en flexion et 3,5 cm en extension. La mesure de la force au Pinch pouce-index était de 2,5 kg à droite et de 8 kg à gauche, et le Jamar était de 10 kg à droite contre 40 kg à gauche. Dans son rapport du 19 octobre 2018, le Dr N._____ a aussi mentionné que l'assuré rencontrait des difficultés à intégrer sa nouvelle situation et rapportait des douleurs constantes évaluées à 6 sur 10. Il présentait également une hypoesthésie de la partie latérale ulnaire et radiale, une allodynie diffuse latérale ulnaire et radiale de l'annulaire et une hyperalgie au toucher de l'annulaire. Le médecin d'arrondissement a proposé une rééducation intensive de la main à la clinique H._____.

L'assuré a séjourné du 6 novembre au 18 décembre 2018 à la clinique H._____. Dans un rapport du 3 janvier 2019 relatif à ce séjour, les Drs X._____, chef de clinique, et P._____, médecin assistant, ont mentionné qu'à l'entrée l'assuré rapportait des douleurs du moignon constantes cotées à 6/10 au repos et à 9/10 lors de contacts avec le moignon provoquant des réveils nocturnes. Aux douleurs, s'associaient des fourmillements et des décharges électriques dans l'annulaire ainsi que des lâchages d'objets. L'assuré déclarait ne pas accepter l'amputation et tendait à cacher son annulaire pour éviter le regard des autres. Au cours du séjour, un traitement antalgique par Dafalgan a été introduit, les douleurs neurogènes ont été traitées avec de la Prégabaline et un traitement par Saroten 25 mg a été instauré à but antalgique et pour favoriser le sommeil. L'évolution subjective et objective avait été modérément favorable avec une meilleure intégration du membre supérieur droit dans les activités, un meilleur balancement de ce membre à la marche, une diminution du territoire allodymique et une augmentation de la force au Jamar. Sur le plan psychiatrique, le diagnostic de trouble de l'adaptation avec symptômes anxieux de type syndrome de stress post-traumatique a été posé. Les médecins de la clinique H._____ étaient

d'avis que la poursuite d'un traitement en ergothérapie pourrait permettre de diminuer l'allodynie au niveau de l'amputation et d'améliorer les capacités fonctionnelles. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de quatre mois. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes ont été retenues à l'issue du séjour : le port répété de charges supérieures à 10 kg, les contacts répétés sur le moignon de l'annulaire droit ainsi que les mouvements nécessitant de la force de la main droite. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées était favorable, mais les médecins de la clinique H._____ ont relevé des facteurs contextuels qui influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assuré, à savoir une kinésiophobie importante, une cotation élevée de la douleur et un catastrophisme élevé.

Le 25 février 2019, V._____ SA a résilié le contrat de travail de l'assuré pour le 30 avril 2019.

Il ressort d'un rapport d'une consultation du 6 mars 2019 avec le Dr M._____, chef de clinique adjoint au service de chirurgie plastique et de la main de l'hôpital W._____, que l'assuré ne rapportait pas d'amélioration depuis son séjour à la clinique H._____ et déclarait avoir développé une boule très douloureuse à l'extrémité du doigt. Au status, il était noté une allodynie de l'extrémité du moignon depuis le pli de flexion de l'interphalangienne proximale en palmaire et dorsale sans douleur à la face dorsale de la première phalange. Le Dr M._____ a proposé de réaliser une imagerie par résonance magnétique (IRM), de poursuivre l'ergothérapie et d'entamer un suivi au service d'antalgie. Concernant la capacité de travail, il était d'avis qu'elle était entière dans une activité adaptée n'impliquant pas le port de charges égales ou supérieures à 10 kg, le port de charge répété avec la main droite et sans stimulus répété de l'annulaire droit.

En présence d'une suspicion de névrome à l'IRM réalisée à la suite de cette consultation, le Dr M._____ a procédé, le 14 mai 2019, à une révision du moignon de l'annulaire droit avec amputation trans-inter-

phalangienne et à la résection de deux névromes au niveau de l'extrémité distale des nerfs collatéraux radial et ulnaire de l'annulaire. Il ressort en outre du protocole opératoire du 3 juin 2019 que l'ablation des fils devait intervenir à 2 ou 3 semaines postopératoires selon la cicatrisation et que de l'ergothérapie était prescrite pour désensibilisation et remodelage du moignon.

Le 16 juillet 2019, la CNA a établi un rapport relatif à l'accident du 14 mai 2018.

Dans un rapport de consultation du 16 octobre 2019, le Dr M. _____ a observé une allodynie du moignon de l'annulaire droit, un manque de flexion métacarpo-phalangienne de 10° par rapport à l'articulation métacarpo-phalangienne adjacente, un mouvement dystonique et une légère tuméfaction de la main droite. L'assuré, qui évitait les mouvements avec la main droite, était encouragé à poursuivre la mobilisation des quatre autres doigts sans stimuler l'annulaire ni les zones allodyniques. Dans l'attente d'une convocation par le service d'antalgie, il lui était proposé de poursuivre le traitement médicamenteux contre les douleurs.

Dans un rapport du 23 décembre 2019, le Dr M. _____ a fait état d'une situation inchangée depuis le dernier contrôle d'octobre 2019. Il n'y avait pas de nouvelle proposition chirurgicale et le traitement en antalgie se poursuivait, le Dr M. _____ prévoyant quant à lui de revoir l'assuré dans trois à quatre mois pour un contrôle.

Interpellée par la CNA sur le salaire qu'aurait perçu l'assuré en 2020 sans la survenance de l'accident, V. _____ SA a mentionné, le 27 janvier 2020, un salaire horaire de base de 22 fr. 50 pour un horaire hebdomadaire de travail de 43 heures, une prime mensuelle de 200 fr. (prime de production) ainsi que des allocations familiales à hauteur de 600 francs.

Dans un rapport du 29 janvier 2020, la Dre R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue E._____, du centre L._____, ont indiqué que l'assuré présentait un état de stress post-traumatique, dont l'événement du 14 mai 2018 semblait être le potentiel déclencheur au vu de l'anamnèse. Elles étaient d'avis que l'incapacité de travail était totale en raison de la symptomatologie psychiatrique. Concernant l'atteinte somatique, elles ont indiqué que l'assuré ne signalait aucune amélioration de la fonctionnalité de sa main droite ni de la douleur ressentie.

Le 5 février 2020, la Dre I._____, médecin cheffe au service d'antalgie de l'hôpital A._____, a indiqué qu'à l'examen, l'assuré présentait essentiellement une allodynie de tout le moignon de l'annulaire avec une extension de la zone douloureuse au niveau palmaire et dans une moindre mesure en regard de la face dorsale de la main. Le traitement antalgique entrepris au sein de ce service s'étant avéré inefficace, une infiltration avait finalement été réalisée dont le résultat serait évalué lors d'un prochain contrôle. Dans l'intervalle, le traitement médicamenteux se poursuivait.

Selon un rapport de consultation du 12 mai 2020 avec le Dr M._____, il y avait une aggravation des symptômes sensitifs et de l'allodynie depuis le dernier contrôle et l'arrêt de l'ergothérapie. L'assuré arrivait à utiliser sa main droite pour manger, mais avait une importante appréhension à utiliser la main au quotidien. Le Dr M._____ a constaté une légère tuméfaction et noté qu'un enroulement complet des doigts 2, 3 et 5 était possible. Il a proposé la reprise de l'ergothérapie et la poursuite du suivi antalgique auprès de la Dre I._____.

Dans un rapport du 12 juin 2020, le Dr M._____ a fait état d'une récurrence de névrome pour laquelle une intervention chirurgicale était envisageable.

Lors d'une consultation du 10 juillet 2020, il a constaté un état inchangé depuis le dernier contrôle. Une option thérapeutique chirurgicale

complémentaire consistait à procéder à une reprise chirurgicale et enfouissement des deux branches nerveuses sensitives de l'annulaire avec révision des fléchisseurs, bien qu'il fût peu probable que ces derniers fussent à l'origine des douleurs de l'assuré.

Lors d'une consultation de contrôle du 20 août 2020, à une année et trois mois de la révision et résection de névrome, l'assuré rapportait une importante douleur dans les activités de la vie quotidienne et une impossibilité de saisir des objets. Au status, il y avait une bonne mobilité de l'articulation métacarpo-phalangienne avec poing complet possible si pas de stimulus sur le versant latéral de l'annulaire, mais il y avait une tuméfaction diffuse de la main droite et une persistance de l'allodynie mécanique du moignon.

Le 24 août 2020, le Dr M. _____ a procédé à une névrectomie du nerf collatéral radial et du nerf collatéral ulnaire et enfouissement des moignons proximaux en intramusculaire. Dans le protocole opératoire du 7 septembre 2020, il a précisé que cette intervention avait été proposée à l'assuré après épuisement des traitements conservateurs en ergothérapie et ceux proposés par le service d'antalgie.

Il ressort d'un rapport d'une consultation de contrôle du 8 octobre 2020 avec le Dr M. _____ que l'assuré ne rapportait aucune amélioration. Au status, la cicatrice était fine, il persistait une tuméfaction diffuse de la main et une légère voussure en regard du site opératoire avec douleur à la palpation de la tuméfaction.

Dans un rapport du 20 novembre 2020, la Dre G. _____, cheffe de clinique adjointe au service de chirurgie plastique et de la main de l'hôpital W. _____, a mentionné que l'assuré était très mécontent en raison de la persistance des douleurs, des brûlures et des décharges électriques. Il ne pouvait pas tendre correctement la main en raison des douleurs ni la plier complètement. Au status, la cicatrice était calme et il n'y avait pas de tuméfaction, ni de rougeur. L'évolution était stable depuis le dernier contrôle et la Dre G. _____ était d'avis que la situation serait

bientôt stabilisée, précisant que l'assuré ne pourrait probablement pas reprendre un travail manuel et qu'il serait souhaitable de discuter avec lui d'un changement de profession. Le traitement consistait dans des patches de Neurodol et de l'ergothérapie.

Selon un rapport de consultation du 18 janvier 2021 de la Dre G._____, l'évolution était globalement stable depuis le dernier contrôle. L'assuré ne rapportait pas d'amélioration des douleurs et il persistait notamment une allodynie. A la palpation, la Dre G._____ a par ailleurs constaté une petite masse de 2-3 mm à la base radiale de la première phalange de l'annulaire. L'assuré réussissait à conduire avec l'utilisation de patches de Neurodol. L'ergothérapie se poursuivait.

Le 5 février 2021, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à l'examen final de l'assuré. Il a estimé que sur le plan médical, il n'y avait pas de réelle amélioration depuis la dernière intervention chirurgicale et que l'état de santé du recourant pouvait être considéré comme stabilisé. Il a conclu à une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement, dans une activité respectant strictement les limitations fonctionnelles suivantes : « les mouvements avec une prise grossière en force sont à limiter ainsi et que les travaux de manœuvre ou le maniement des outils lourds. Il y a une fatigabilité de cette main D [droite] ».

Questionné par la CNA sur le salaire qu'aurait pu percevoir l'assuré en 2021 sans la survenance de l'accident, V._____ SA a mentionné, le 8 mars 2021, un salaire mensuel de 4'300 fr., une prime mensuelle de production de 200 fr. et 265 fr. d'allocations familiales par mois. Dans un courriel du 11 mars 2021, cette société a précisé qu'il n'y avait pas de gratifications et que l'horaire de travail mensuel était de 187 heures (43 heures par semaine) pour un taux d'activité de 100 %.

Dans un rapport du 11 mars 2021, la Dre G._____ a fait état d'une situation stable depuis le dernier contrôle, précisant qu'il n'y avait

pas de proposition chirurgicale permettant d'améliorer les symptômes du recourant. Elle a proposé un nouveau séjour à la clinique H._____ pour évaluer l'évolution et donner des perspectives de reclassement professionnel au recourant. Elle a prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 11 mai 2021.

Dans un rapport du 12 mars 2021, le Dr K._____ a évalué l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 5 % compte tenu de l'amputation des deux dernières phalanges de l'annulaire.

Dans un certificat médical du 6 mai 2021, la Dre D._____, médecin traitante, a attesté d'une incapacité de travail de 100 % dès le 12 mai 2021 pour cause d'accident, avec la mention que le travail pourrait être repris le 1^{er} juillet 2021.

Le 10 mai 2021, elle a indiqué à la CNA qu'après discussion avec l'assuré au sujet d'une reconversion et d'entente avec lui, elle demandait que son patient soit convoqué encore une fois par la CNA pour un contrôle par un rhumatologue/antalgiste.

Dans un avis complémentaire du 14 mai 2021, après examen des nouvelles pièces versées au dossier, le Dr K._____ a constaté que l'état de santé de l'assuré n'avait pas évolué et que ses conclusions du 5 février 2021 restaient donc d'actualité.

Dans un courrier du 28 mai 2021, la CNA a informé l'assuré que la situation était médicalement stabilisée et qu'en conséquence il serait mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 juin 2021, ajoutant qu'elle continuerait toutefois à prendre en charge le traitement antalgique ainsi que des séances d'ergothérapie, à raison d'une séance par semaine, jusqu'à fin août 2021, à réévaluer. Elle a précisé que l'examen du droit à d'autres prestations d'assurance était en cours.

Le 7 juin 2021, la CNA a procédé au calcul du taux d'invalidité. Sur la base des informations communiquées par V. _____ SA, elle a retenu que sans atteinte à la santé, le recourant aurait pu percevoir, en 2021, un revenu annuel de 58'419 fr. dans son ancienne activité d'ouvrier de façonnage auprès de son précédent employeur (4'300 fr. de salaire de base + 200 fr. de prime de production x 12 mois + 4'418 fr. 70 au titre d'heures supplémentaires payées entre le 14 mai 2017 et le 13 mai 2018). Pour la détermination du revenu avec invalidité, elle s'est référée aux données salariales statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2018, tableau TA1_tirage_skill_level) qui font état d'un salaire mensuel de 5'417 fr. en 2018 pour un homme de niveau de compétence 1 dans le domaine de la production et des services, ce qui aboutissait à un revenu annuel de 69'479 fr. 97, après prise en compte d'une durée hebdomadaire de travail usuelle dans les entreprises de 41,7 heures et après indexation à 2021 (+ 0,9 % pour 2019, + 0,8 % pour 2020 et + 0,8 % pour 2021 selon l'estimation trimestrielle de l'Office fédéral de la statistique). Sur ce revenu, la CNA a procédé à un abattement de 10 % au vu des limitations fonctionnelles du recourant et à une réduction supplémentaire de 10,61 % pour tenir compte de la parallélisation des revenus à comparer, pour finalement arrêter le revenu annuel d'invalidité à 55'893 francs. La CNA a en effet relevé une différence de 15,61 % entre le revenu sans invalidité de l'assuré (soit 58'419 fr.) et le salaire usuel de la branche selon les données de l'ESS (soit 69'231 fr.) (ESS 2018, TA1_tirage_skill_level, branches 45-46 « Commerce de gros ; com. et rép. d'automobiles », après prise en compte d'une durée hebdomadaire de travail de 42 heures dans les entreprises dans le domaine du commerce de gros et indexation à 2021). Estimant qu'il n'y avait aucune raison de penser que l'assuré désirait se contenter délibérément d'un salaire inférieur au salaire usuel dans la branche, elle a procédé à la parallélisation des revenus jusqu'à concurrence de la part excédant le taux minimal déterminant de 5 %. La comparaison du revenu sans invalidité de 58'419 fr. au revenu d'invalidité de 55'893 fr. a conduit la CNA à fixer le degré d'invalidité du recourant à 4 %.

Par décision du 8 juin 2021, elle a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité au motif qu'il n'existait aucune diminution notable de sa capacité de gain à la suite de l'accident. Elle lui a revanche alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % pour les séquelles physiques de l'accident. Elle a enfin estimé qu'il n'existait pas de droit à des prestations pour les troubles psychogènes faute de lien de causalité adéquate avec l'accident.

Par courrier du 16 juin 2021, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision précitée, estimant que la CNA aurait dû procéder à une expertise médicale. Le 23 juillet 2021, désormais représenté par l'avocat Radivoje Stamenkovic, il a complété son opposition, en alléguant que l'instruction était incomplète dès lors que la position de la CNA reposait sur l'avis du Dr K. _____ qui était incohérent, ne précisait pas quelle activité était encore exigible et ne tenait pas compte du fait que seules des activités mono-manuelles étaient encore possibles. Concernant les troubles psychiques, il a soutenu qu'ils étaient en rapport de causalité adéquate avec l'accident et que leur prise en charge incombait dès lors à la CNA. Il a par ailleurs contesté les revenus avec et sans invalidité pris en compte pour la détermination du degré d'invalidité. Il a également critiqué l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui aurait dû être fixée à 20 % selon lui. Dans le cadre de son opposition, il a produit des rapports de l'ergothérapeute U. _____ des 8 juillet et 3 août 2021, desquels il ressort en particulier que l'assuré rencontrait d'importantes difficultés dans les activités quotidiennes en raison des douleurs, qu'il s'aidait beaucoup de sa main gauche, et que son sommeil était toujours perturbé en raison des douleurs.

Le 30 novembre 2021, le Dr S. _____, spécialiste en médecine interne et nouveau médecin traitant de l'assuré, a écrit à la CNA que son patient rencontrait des difficultés énormes pour se retrouver sur le marché du travail malgré son désir de retrouver un emploi, précisant qu'il « aurait fallu un travail manuel qui ne nécessite que sa main gauche ». Dans ce contexte, il a demandé à la CNA de réévaluer la

situation de l'assuré, en particulier sa capacité de travail ou la question d'une formation professionnelle.

Par décision sur opposition du 19 janvier 2022, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision du 8 juin 2021.

B. Par acte de son mandataire du 16 février 2022, J._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 19 janvier 2022, en concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à son annulation et à l'octroi d'indemnités journalières et à la prise en charge des traitements médicaux au-delà du 30 juin 2021 en attendant la stabilisation de son état de santé, subsidiairement à l'octroi d'une rente d'invalidité à hauteur de 80 % à compter du 1^{er} juillet 2021, et plus subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. Se prévalant d'un rapport d'ultrason de la main droite du 8 février 2022 du Dr F._____, spécialiste en radiologie, mettant en évidence la présence de deux névromes, qu'il a produit avec son recours, il conteste la stabilisation de son état de santé. Il allègue ensuite que la pleine capacité de travail sans baisse de rendement retenue par le Dr K._____ est en contradiction avec ses limitations, avec une fatigabilité de la main apparaissant au cours de la journée et avec le fait que sa main dominante est fortement handicapée. Il reproche par ailleurs au Dr K._____ de ne pas avoir précisé quelle activité adaptée était encore exigible, soutenant que seule une activité mono-manuelle est envisageable. Il soutient qu'une instruction complémentaire est nécessaire afin notamment de clarifier la question de l'exigibilité de l'activité adaptée, respectivement d'une éventuelle diminution de rendement. Concernant ses troubles psychiques, il fait valoir qu'ils sont en lien de causalité adéquate avec l'accident, dès lors qu'il remplit trois des critères posés par la jurisprudence pour retenir un tel lien de causalité en cas d'accident de gravité moyenne *stricto sensu*. Concernant le revenu sans invalidité, il estime qu'il aurait dû être arrêté à 60'103 fr. 68 sur la base de la pièce 308 du dossier. S'agissant de la détermination du gain d'invalidité, il soutient que l'abattement de 10 % opéré par l'intimée est insuffisant, dès lors que seules des activités mono-

manuelles entrent en ligne de compte, qu'il n'a aucune formation et qu'il s'exprime faiblement en français. Il revendique un abattement de 25 %.

Dans sa réponse du 30 mars 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 19 janvier 2022.

Le recourant a confirmé ses conclusions dans sa réplique du 25 mai 2022. Il allègue avoir consulté le service de chirurgie plastique et de la main de l'hôpital W. _____ le 7 mars 2022 et qu'aucune proposition chirurgicale n'a pu lui être faite afin d'améliorer la symptomatologie douloureuse de la main droite et permettre une ouverture plus grande des articulations métacarpo-phalangiennes. Il reproche à la CNA d'avoir réduit sa problématique à la simple amputation du doigt, alors que c'est toute sa main dominante qui est touchée, puisqu'il présente encore de fortes douleurs, des névromes et une main œdématisée, avec pour conséquence un déficit de préhension et de force lui permettant que difficilement de saisir des objets et une dextérité fortement perturbée. Il a produit un rapport du 7 mars 2022 de la Dre G. _____ rappelant l'absence de proposition chirurgicale permettant d'améliorer les symptômes du recourant.

L'intimée a maintenu sa position aux termes de sa duplique du 13 juin 2022.

Dans une détermination complémentaire du 30 août 2022, le recourant a notamment réitéré que seules des activités mono-manuelles étaient exigibles, en se prévalant d'un rapport du 15 août 2022 de la Dre G. _____ et du Dr Y. _____, médecin associé, mentionnant que dans une activité adaptée, c'est-à-dire mono-manuelle de la main gauche ne nécessitant que de façon intermittente une aide de soutien à la main droite, et sans port de charges prolongé de la main droite, le patient ne présentait pas de baisse de rendement.

L'intimée a confirmé ses conclusions dans une écriture du 5 septembre 2022.

Le 8 décembre 2022, le recourant a produit un rapport du 1^{er} décembre 2022 de la Dre Z._____, médecin adjointe au Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur de l'hôpital T._____, en soutenant que son état de santé n'était pas stabilisé. Dans ce document, la Dre Z._____ a notamment indiqué que le recourant se plaignait surtout de paresthésies au niveau des doigts 3 et 4 avec une allodynie empêchant toute utilisation de la main droite et qu'il prenait du Dafalgan contre les douleurs. Au vu de l'imagerie qui confirmait la présence d'un névrome et d'un patient qui restait fortement symptomatique, elle proposait une amputation trans-métacarpienne avec enfouissement du nerf dans la base du métacarpe. Elle a ajouté que cette chirurgie devrait se faire dans un contexte optimal du point de vue de la gestion de la douleur et ergothérapeutique pour préparer le patient à une telle intervention et qu'il nécessiterait un suivi en post-opératoire proche de son domicile, l'hôpital T._____ ne présentant pas la localisation géographique idéale pour le recourant.

Dans une écriture du 15 décembre 2022, l'intimée s'est référée à ses précédentes écritures, estimant que les derniers éléments rapportés par le recourant n'étaient pas susceptibles de modifier sa position.

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 la poursuite du versement des indemnités journalières au-delà du 30 juin 2021, subsidiairement à une rente.

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) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;

- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 3.3 et les références).

4. a) Le catalogue des prestations comprend notamment le droit au traitement médical (art. 10 LAA), le droit à une indemnité journalière (art. 16 et 17 LAA), le droit à une rente d'invalidité (art. 18 ss LAA), ainsi que le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 et 25 LAA).

Lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé, l'assureur doit mettre fin au paiement du traitement médical et des indemnités journalières et examiner le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 19 al. 1 LAA ; ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées ; TF 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 3.2). L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident, étant précisé que l'amélioration attendue par la continuation du traitement médical doit être significative et que des améliorations mineures ne suffisent ainsi pas ; cette question doit être examinée de manière prospective (TF 8C_484/2019 du 3 août 2020 consid. 3 et les références citées).

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.

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

d) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 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).

e) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. 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).

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).

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).

f) Lorsqu'avant la survenance de l'invalidité il apparaît que l'assuré touchait un salaire nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité et que les circonstances ne permettent pas de supposer qu'il s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui qu'il aurait pu prétendre, il y a lieu d'en tenir compte dans la comparaison des revenus en opérant un parallélisme des revenus à comparer (ATF 141 V 1 consid. 5.4 ; 134 V 322 consid. 4.1). Le revenu effectivement réalisé doit être considéré comme nettement inférieur aux salaires habituels de la branche lorsqu'il est inférieur d'au moins 5 % au salaire statistique usuel dans la branche pour l'ensemble de la Suisse (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2). En pratique, le parallélisme des revenus à comparer peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalidité en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C_692/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.4).

5. 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).

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).

6. Le recourant reproche à l'intimée d'avoir retenu, sur la base de l'avis du Dr K._____, que son état de santé sur le plan somatique était

stabilisé et d'avoir ainsi mis fin au versement des indemnités journalières à compter du 30 juin 2021.

Dans son appréciation du 5 février 2021, le médecin d'arrondissement a rappelé que le recourant avait subi une amputation distale de l'annulaire droit le 15 mai 2018, un complément d'amputation trans-interphalangienne proximale et résection de deux névromes le 14 mai 2019, puis une nouvelle névrectomie du nerf collatéral radial et du nerf collatéral ulnaire le 24 août 2020. Il présentait également une allodynie de l'annulaire droit diffuse péri-cicatricielle. Le recourant relatait que chaque intervention chirurgicale avait empiré la situation et qu'il n'y avait aucune amélioration de ses symptômes depuis la dernière chirurgie d'août 2020. Il se plaignait de douleurs permanentes de sa main droite estimées à 4-5 sur une échelle de 10 qui pouvaient monter jusqu'à 9 en cas d'impact sur la main. Il ressentait aussi une pression qui remontait jusque dans l'épaule droite et le cou à droite. Il signalait par ailleurs rencontrer des difficultés à tenir un crayon et ne plus pouvoir utiliser sa main dominante pour des travaux même légers. Il arrivait à conduire une voiture manuelle à l'aide d'un gant de protection et d'un patch de Neurodol et était capable de tenir un poids de 5 à 6 kg pendant environ 20 minutes avec ses trois premiers doigts mais il y avait une fatigabilité. Le recourant prenait du Dafalgan et de la Prégabaline pour calmer ses douleurs. Il effectuait de l'ergothérapie à raison d'une séance par semaine qui le soulageait pendant 3 à 4 heures sans amélioration de sa symptomatologie depuis plus de six mois. Une nouvelle consultation au service de chirurgie de la main de l'hôpital W._____ était prévue en mars 2021 afin d'évaluer une possible reprise chirurgicale. A l'examen clinique, le Dr K._____ a observé que la flexion/extension des poignets était symétrique à 60-0-60° et que les inclinaisons étaient également symétriques. Ces mouvements provoquaient toutefois des tensions au niveau du 4^e rayon. Le score de Kapandji était à 10 mais la distance pulpe/paume était à 4 cm pour les 2^e et 3^e doigts et à 2 cm pour le 5^e doigt. Le recourant arrivait de façon active à fléchir à environ 20° son moignon qui restait cependant la plupart du temps en position neutre. Le temps de recoloration du moignon était de 2 secondes et il n'était pas plus

chaud ni plus froid que les autres doigts. Il n'y avait pas de phénomène vasomoteur le jour de l'examen ni d'hypersudation. Le bout du moignon était insensible, mais il y avait une hypersensibilité à l'effleurement de la peau sur la face palmaire du 4^e métacarpien en regard de la cicatrice. L'éminence thénar et hypothénar était conservée. Il était possible de palper un névrome qui se trouvait sur le bord radial et palmaire du moignon. Celui-ci, lorsqu'il était trouvé, provoquait une intense douleur, mais paradoxalement le recourant supportait une pression importante dorso-palmaire de la base du moignon lorsque le médecin d'arrondissement était à la recherche de ce névrome. Le test de Jamar à droite montrait une force extrêmement faible et le Pinch test était également diminué par rapport à la gauche. Le Dr K. _____ a relevé que sur le plan médical, il n'y avait pas de réelle amélioration de l'état de santé du recourant depuis la dernière intervention chirurgicale d'août 2020, ce que le recourant admettait. Sur la base de l'ensemble des éléments, le médecin d'arrondissement a conclu que l'état de santé du recourant pouvait être considéré comme stabilisé et qu'une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement, pouvait lui être reconnue dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : mouvements avec une prise grossière en force à limiter, ainsi que les travaux de manœuvre ou le maniement des outils lourds, et fatigabilité de la main droite.

Le Dr K. _____ a procédé à un examen clinique détaillé du recourant, a tenu compte des plaintes du prénommé, et s'est également basé sur les rapports médicaux versés au dossier qu'il a résumés dans son rapport. Ses constatations sont circonstanciées et ses conclusions motivées. Au demeurant, il s'est déterminé précisément sur le taux de capacité de travail et les limitations fonctionnelles du recourant, de sorte que son appréciation ne saurait être écartée du simple fait qu'il n'a pas fourni d'exemples d'activités professionnelles adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant. Son rapport peut se voir reconnaître une pleine valeur probante, étant précisé que son appréciation n'est pas sérieusement mise en doute par les autres pièces médicales.

La stabilisation de l'état de santé du recourant est en effet corroborée par les rapports des médecins de l'hôpital W._____. Le 20 novembre 2020, la Dre G._____ a constaté que la cicatrice était calme, sans tuméfaction ni rougeur. Il y avait des douleurs électives à la palpation de la cicatrice et le recourant rapportait la persistance de douleurs, de brûlures et de décharges électriques ainsi que des limitations dans le mouvement de la main en raison des douleurs. La Dre G._____ a estimé que l'évolution globale était stable depuis le dernier contrôle du 8 octobre 2020. La situation ne s'est pas améliorée par la suite puisque malgré la poursuite de l'ergothérapie, la Dre G._____ a constaté, lors de la consultation du 18 janvier 2021, que l'évolution continuait à être stable. A la dernière consultation de l'hôpital W._____ le 11 mars 2021, elle a noté l'absence d'évolution chez un patient qui se plaignait toujours de douleurs de même intensité et qui ressentait une boule à la base radiale de la première phalange du doigt. En l'absence de proposition chirurgicale permettant d'améliorer les symptômes du recourant, il a alors été mis un terme aux consultations à l'hôpital W._____ et le suivi médical a été repris par la Dre D._____, médecin traitante (rapport de la consultation du 11 mars 2021 de W._____).

Les pièces médicales produites par le recourant au stade de l'opposition, en particulier les rapports de son ergothérapeute, ne permettent pas de faire un autre constat. L'ergothérapeute U._____ reprend en effet les diagnostics posés précédemment par les médecins traitants et ne fait pas état d'une évolution de l'état de santé du recourant. Au contraire, dans son rapport du 8 juillet 2021, il mentionne que la situation est inchangée concernant les douleurs, la sensibilité et la mobilité, précisant que la force ne pouvait pas être évaluée à cause des douleurs. Quant au rapport du Dr S._____ du 30 novembre 2021, il n'apporte pas d'éléments nouveaux puisque le nouveau médecin traitant rappelle que le recourant a subi plusieurs interventions pour des douleurs attribuées aux névromes, que la dernière opération n'avait pas amené les résultats escomptés et qu'il persistait de fortes douleurs de la main droite.

Il ressort de ce qui précède, qu'on ne saurait reprocher à l'intimée d'avoir retenu, sur la base des éléments en sa possession à la date de la décision sur opposition contestée, que l'état de santé du recourant était stabilisé.

Son appréciation ne saurait par ailleurs être remise en doute par les nouvelles pièces médicales produites au stade du recours, en particulier par le rapport d'ultrason effectué le 8 février 2022 et le rapport de la Dre Z._____ de l'hôpital T._____ proposant une amputation trans-métacarpienne avec enfouissement du nerf dans la base du métacarpe « au vu de l'imagerie qui confirmait encore la présence d'un névrome et d'un patient qui restait fortement symptomatique ». La présence d'un névrome était palpable déjà en février 2021 lors de l'examen par le médecin d'arrondissement. Malgré cela, le Dr K._____ et les médecins de l'hôpital W._____ étaient d'avis qu'aucun traitement ne pourrait améliorer l'état de santé du recourant. Rappelons que le rapport de la Dre G._____ du 7 mars 2022 confirme l'absence de proposition chirurgicale permettant de diminuer les douleurs ou d'ouvrir davantage l'articulation métacarpo-phalangienne, ce qui avait déjà été signalé au recourant une année plus tôt. Si la Dre Z._____ ne semble pas partager le même avis thérapeutique puisqu'elle propose une intervention chirurgicale, son rapport ne permet toutefois pas de rendre vraisemblable qu'une telle chirurgie apporterait une amélioration significative, en particulier de la capacité de travail du recourant, la Dre Z._____ ne se déterminant pas sur ces éléments.

En définitive, il y a lieu de retenir que l'état de santé du recourant était stabilisé à tout le moins à la date de l'examen clinique effectué par le Dr K._____ en février 2021 et que l'intimée était par conséquent fondée à mettre un terme au versement des indemnités journalières au 30 juin 2021.

7. a) Le recourant reproche ensuite à l'intimée d'avoir exclu un lien de causalité entre son trouble psychique et l'accident du 14 mai 2018, étant rappelé que les médecins ayant examiné le recourant ne sont pas

unanimes sur le diagnostic psychiatrique, dès lors que les médecins de la clinique H._____ ont posé celui de trouble de l'adaptation avec symptômes anxieux (F43.28), tandis que le psychiatre traitant a retenu un état de stress post-traumatique (F43.1).

b) Pour l'examen du lien de causalité adéquate, il convient tout d'abord de qualifier l'accident, étant précisé que l'intimée a classé l'événement du 14 mai 2018 dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité, tandis que le recourant soutient qu'il est de gravité moyenne *stricto sensu*.

aa) Dans la pratique, ont été classés parmi les accidents de gravité moyenne à la limite supérieure les accidents ayant occasionné les lésions de la main suivantes : l'amputation totale du pouce, de l'index, du majeur et de l'auriculaire, et partielle de l'annulaire chez un serrurier dont la main droite s'était trouvée coincée dans une machine (TFA U 233/95 du 13 juin 1996 consid. 3) ainsi que l'amputation du petit doigt, de la moitié de l'annulaire et des deux-tiers de l'index chez un aide-scieur dont la main gauche avait été happée par une fraiseuse (TFA U 280/97 du 23 mars 1999 publié dans RAMA 1999 U 346 p. 428). En revanche, a été jugé comme étant de gravité moyenne *stricto sensu* l'accident subi par un scieur dont la main gauche avait été prise dans la chaîne de la machine avec pour résultat une amputation de l'auriculaire, un annulaire douloureux et une atrophie des autres doigts (TFA U 5/94 du 14 novembre 1996), de même que celui dont a été victime un aide-serrurier avec une scie entraînant l'amputation des extrémités de deux doigts à la main droite et de trois doigts à la main gauche (TFA U 185/96 du 17 décembre 1996) ou encore l'accident ayant causé un raccourcissement du pouce phalangien d'un demi-centimètre et un index hypoesthésique (TFA U 25/99 du 22 novembre 2001 publié dans RAMA 2002 U 449 p. 53). A pour le surplus été jugé comme étant de gravité moyenne, à la limite de l'accident des accidents de faible gravité, le cas d'un ouvrier qui avait subi des blessures aux nerfs et aux tendons de la main gauche alors qu'il travaillait avec une fraiseuse (TF U 325/04 du 1^{er} avril 2005 consid. 3.2.1 ;

pour une vue d'ensemble de la casuistique voir TF 8C_600/2020 du 3 mai 2021 consid. 4.1.4).

bb) En l'occurrence, il ressort du dossier que dans le cadre de son travail, qui consistait à réceptionner des barres en acier à la sortie des machines et à les ranger, le recourant disposait des fers sur une table mobile lorsque la goulotte de retenue de ces pièces métalliques s'est ouverte et l'extrémité d'un fer d'armature s'est glissé dans son gant droit l'empêchant de retirer sa main, ce qui a eu pour conséquence que son annulaire droit a été coincé entre la goulotte ouverte et les supports cylindriques verticaux de la table mobile. Le recourant a été secouru par des collègues puis par les ambulanciers (rapport d'accident du 17 juillet 2019). A son arrivée à l'hôpital W._____, il a été constaté une plaie circonférentielle avec sub-amputation quasiment totale, le moignon distal tenant uniquement par les tendons fléchisseurs profonds. Une tentative de revascularisation ayant échoué, le recourant a subi le jour-même une sub-amputation distale de l'annulaire avec confection d'un moignon (protocole opératoire du 29 mai 2018 de la Dre C._____).

Au vu du déroulement de l'accident et de la casuistique précitée tirée de la jurisprudence en matière d'accident ayant occasionné des lésions de la main, il y a lieu d'admettre que nous sommes en présence d'un accident de gravité moyenne *stricto sensu*, comme le soutient le recourant.

c) En présence d'un accident de gravité moyenne, la relation de causalité sera admise si trois critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence sont réalisés (consid. 3c *supra*).

aa) S'agissant de l'examen du critère relatif aux circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, il doit être réalisé sur la base d'une appréciation objective des circonstances de l'espèce. En particulier, un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne

suffit pas à l'admission de la réalisation de ce critère (TF 8C_612/2019 du 30 juin 2020 consid. 3.3.1 et la référence citée ; 8C_766/2017 et 8C_773/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.1.1).

Dans le cas particulier, l'assuré s'est coincé l'annulaire droit dans une machine, dans l'exercice de son travail habituel. Plus précisément, alors qu'il rangeait des fers sur une table mobile, la goulotte s'est ouverte et un fer d'armature s'est glissé dans son gant en cuir retenant sa main. Son annulaire droit a ainsi été coincé entre la goulotte ouverte et les supports cylindriques verticaux de la table mobile. Si cet accident ne peut certes pas être qualifié d'anodin, on ne saurait y voir là, d'un point de vue objectif, des circonstances particulièrement impressionnantes ou dramatiques au sens de la jurisprudence. Ce critère n'est dès lors pas réalisé et le recourant ne soutient du reste pas le contraire.

bb) Pour être retenu, le critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques, postule d'abord l'existence de lésions physiques graves ou, s'agissant de la nature particulière des lésions physiques, d'atteintes à des organes auxquels l'homme attache normalement une importance subjective particulière (par exemple la perte d'un œil ou certains cas de mutilations à la main dominante; cf. TF 8C_114/2021 du 14 juillet 2021 consid. 3.2 ; 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 4.3.2 et les références).

Les séquelles de l'accident se caractérisent dans le cas présent par une amputation au niveau des deux dernières phalanges de l'annulaire de la main dominante, ce qui n'empêche pas l'utilisation de cette main droite quand bien même son usage est certes quelque peu restreint. Le recourant conserve une certaine fonctionnalité de la main, même s'il y a une diminution de la force de préhension, du port de charges et de la mobilité digitale. Dans ces conditions, à l'instar de ce que retient l'intimée, on ne peut considérer que les lésions subies par le

recourant sont d'une gravité et d'une nature particulière propre à entraîner des troubles psychiques, au regard de leurs conséquences purement physiques. D'ailleurs le recourant n'allègue pas que ce critère serait réalisé.

cc) Il y a lieu de constater ensuite que le traitement pour les séquelles physiques n'a été entaché d'aucune erreur médicale et on ne saurait retenir des difficultés et complications importantes dans le processus de guérison. Le recourant ne soutient pas que ces critères seraient réalisés.

dd) Le recourant fait valoir que le critère de la durée anormalement longue du traitement est rempli.

Pour l'examen de ce critère, l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; il faut également prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré. La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations, même pendant une certaine durée, ne suffisent pas à fonder ce critère (TF 8C_209/2020 du 18 janvier 2021 consid. 5.2.1 et les références). Il en va de même des mesures d'instruction médicale et des simples contrôles chez le médecin (TFA U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). Le Tribunal fédéral a notamment nié que ce critère fût rempli dans le cas d'un assuré ayant subi quatre interventions chirurgicales entre juillet 2010 et juillet 2015, au motif notamment que les hospitalisations avaient été de courte durée et qu'hormis lesdites interventions, l'essentiel du traitement médical avait consisté en des mesures conservatrices (TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.3). Il a également nié que ce critère fût rempli dans le cas d'un assuré dont le traitement médical du membre supérieur accidenté avait consisté en plusieurs opérations chirurgicales et duré deux ans (TF U 37/06 du 22 février 2007 consid. 7.3).

En l'espèce, le recourant a subi une première intervention le jour de l'accident, soit une subamputation distale de l'annulaire droit, puis

une révision du moignon et résection de deux névromes palmaires le 14 mai 2019, et finalement un enfouissement des nerfs collatéraux radial et ulnaire de l'annulaire droit intra-musculaire après névrectomie le 24 août 2020. Il n'y a pas eu d'hospitalisations de longue durée, dès lors que le recourant a pu sortir de l'hôpital le lendemain de la première intervention chirurgicale et que le dossier ne laisse pas transparaître que les deux autres chirurgies auraient nécessité une hospitalisation. Quant au séjour à la clinique H. _____ du 6 novembre au 18 décembre 2018, il avait pour objectif une rééducation de la main. Pour le surplus, le traitement a été conservateur, consistant en des séances de contrôle chez les médecins, en de l'ergothérapie et un traitement antalgique. C'est donc à juste titre que l'intimée a retenu que le traitement médical prodigué au recourant ne pouvait pas être qualifié d'anormalement long au sens de la jurisprudence précitée.

ee) Le recourant allègue ensuite que le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques est réalisé.

Lors de son suivi à l'hôpital W. _____ par le Dr M. _____, puis par la Dre G. _____, des certificats d'incapacité de travail ont été établis, en dernier lieu par la Dre G. _____ le 11 mars 2021 jusqu'au 11 mai 2021. Par la suite, la médecin traitante a quant à elle établi un certificat d'incapacité pour la période du 12 mai au 30 juin 2021. Cela étant, le Dr M. _____ estimait déjà en mars 2019, soit moins d'un an après la survenance de l'accident, que le recourant présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée n'impliquant pas de port de charge égale ou supérieure à 10 kg, pas de port de charge répété avec la main droite et sans stimulus répété de l'annulaire. Or le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (cf. TF 8C_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.1.2 et la référence citée), étant rappelé que l'intéressé doit faire tout ce qui est possible pour réintégrer rapidement le monde du travail, au besoin en exerçant une autre activité compatible avec son état de santé (ATF 134 V 109 consid.

10.2.7). Quoi qu'il en soit, quand bien même l'on admettrait que le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due à l'atteinte physique serait réalisé, cela ne suffirait pas à admettre un lien de causalité adéquate comme il sera vu ci-dessous.

ff) S'agissant enfin du critère relatif aux douleurs physiques persistantes, il convient de rappeler que pour qu'un assuré puisse s'en prévaloir, il faut que, durant le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (art. 19 al. 1 LAA) aient existé, sans interruption conséquente, des douleurs importantes. L'importance se mesure sur la base de la crédibilité des douleurs et sur les empêchements provoqués par les douleurs dans la vie de tous les jours pour la personne accidentée (TF 8C_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 6.1.5).

Il ressort des rapports médicaux que le recourant se plaint de douleurs permanentes importantes qui impactent l'utilisation de sa main droite et une allodynie de l'annulaire droit diffuse a été évoquée par les différents médecins l'ayant examiné. Il ressort par ailleurs du dossier que le recourant a eu recours à un traitement antalgique important sur une longue durée. Entre 2019 et 2020, il a été suivi par le service d'antalgie de l'hôpital A._____, sans amélioration. Différents traitements médicamenteux lui ont été prescrits contre les douleurs depuis 2018 sans que le recourant ne rapporte une diminution des douleurs. Au vu des circonstances, on pourrait admettre que le critère de la persistance des douleurs physiques est réalisé, quand bien même certains médecins ont constaté parfois quelques incohérences concernant l'attitude antalgique du recourant.

gg) Au vu de ce qui précède, seuls deux critères sont éventuellement remplis en l'espèce (à savoir les douleurs physiques persistantes ainsi que le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques), de sorte que le lien de causalité adéquate entre un trouble psychique et l'accident du 14 mai 2018 ne peut être admis.

d) Précisons encore qu'il n'y a pas lieu d'examiner le lien de causalité naturelle entre une atteinte psychique et l'accident, dès lors que la jurisprudence admet de laisser ouverte la question de la causalité naturelle d'éventuels troubles psychiques dans les cas où ce lien de causalité ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 135 V 465 consid. 5.1 ; TF 8C_192/2018 du 12 mars 2019 consid. 6 ; 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4 ; 8C_746/2008 du 17 août 2009 consid. 5 et les références).

8. Concernant la capacité de travail, les parties s'accordent sur le fait que le recourant ne peut plus exercer son activité habituelle. Il y a en revanche un désaccord sur la capacité de travail résiduelle, le recourant alléguant que son rendement serait diminué même dans une activité légère et que seule une activité mono-manuelle serait exigible.

Le Dr K. _____ a conclu à une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles du recourant, soit une activité évitant les mouvements avec une prise grossière en force et les travaux de manœuvre ou le maniement d'outils lourds et tenant compte d'une fatigabilité de la main. Rien ne permet de s'écarter de l'appréciation du médecin d'arrondissement. En particulier, la fatigabilité de la main retenue par lui n'est pas assez importante pour engendrer une baisse de rendement. Du reste aucun rapport médical ne fait état d'un rendement diminué et la Dre G. _____ l'exclut dans son rapport du 15 août 2022. Le Dr M. _____, qui s'est prononcé en faveur d'une pleine capacité de travail déjà en mars 2019, n'a lui non plus retenu aucune baisse de rendement. Il y a lieu de constater ensuite que le recourant ne produit aucun rapport médical établissant des limitations fonctionnelles plus importantes que celles retenues par le Dr K. _____ et que les pièces versées au dossier ne permettent pas de considérer que seule une activité mono-manuelle serait possible. Il ressort notamment du rapport de la clinique H. _____ de janvier 2019 que le recourant a pu exercer des activités bi-manuelles lors de sa prise en charge aux ateliers professionnels au sein de cette clinique. Les limitations fonctionnelles provisoires constatées lors de ce séjour (port

de charge répété de plus de 10 kg, contacts répétés sur le moignon de l'annulaire droit, mouvement nécessitant de la force de la main droite) confirment la possibilité d'accomplir des activités bi-manuelles. Le rapport de consultation du 6 mars 2019 de l'hôpital W._____ retient déjà à l'époque une capacité de travail de 100 % et précise les limitations fonctionnelles du recourant sans relever une abstention ou une impossibilité d'utiliser toute la main droite. Par la suite, deux interventions chirurgicales ont eu lieu, respectivement en mai 2019 et en août 2020, sans entraîner de réel changement dans le status. Il a été constaté la possibilité d'un enroulement complet des doigts 2, 3 et 5 (rapport de consultation de l'hôpital W._____ du 12 mai 2020) et une bonne mobilité de l'articulation métacarpo-phalangienne avec poing complet possible sans stimulus sur le versant latéral de la main (rapport de consultation de W._____ du 20 août 2020). Une exclusion fonctionnelle de la main droite n'était pas recommandée selon les médecins de l'hôpital W._____ et le recourant a été encouragé à poursuivre la mobilisation des quatre doigts sains sans stimuler l'annulaire ni les zones allodymiques (rapport de consultation du 16 octobre 2019). Le rapport du 15 août 2022 de la Dre G._____, qui évoque une activité mono-manuelle comme activité adaptée sans motiver aucunement cet élément, n'est pas probant. Ce rapport non étayé n'est pas seulement en contradiction avec les précédents rapports médicaux versés au dossier, mais aussi avec les propres déclarations du recourant, qui admettait en particulier pouvoir utiliser sa main droite pour manger (rapport de consultation du Dr M._____ du 12 mai 2020), pour conduire une voiture manuelle (rapport de consultation du 18 janvier 2021 de la Dre G._____) et tenir un poids de 5 à 6 kg pendant environ 20 minutes avec ses trois premiers doigts de la main (rapport du 5 février 2021 du Dr K._____). L'avis du 30 novembre 2021 du Dr S._____ ne saurait non plus être suivi puisque le médecin traitant se réfère aux douleurs du recourant pour retenir qu'il devrait exercer un travail manuel nécessitant uniquement l'usage de la main gauche sans faire état de ses propres constatations objectives qui permettraient de motiver cet avis. Les rapports de l'ergothérapeute, qui par ailleurs n'est pas médecin, reprennent essentiellement les plaintes du recourant et n'apportent pas d'éléments concluant permettant de retenir

que seule une activité mono-manuelle serait exigible. Relevons encore que la situation doit être examinée sur la base d'observations médicales concluantes, les simples déclarations du recourant n'étant pas suffisantes pour déterminer sa capacité de travail. Elles doivent être prises en compte avec d'autant plus de retenues en l'espèce que la Dre C._____ émettait des doutes sur une attitude démonstrative voire exagérée du recourant qui n'envisageait par ailleurs aucune reprise du travail, et que les médecins de la clinique H._____ ont eux aussi constaté des facteurs contextuels influençant les aptitudes fonctionnelles du recourant. En définitive, rien ne permet de s'écarter de l'appréciation du Dr K._____, concernant en particulier la capacité de travail et les limitations fonctionnelles du recourant, établie à l'issue de son examen clinique de février 2021.

9. Le recourant conteste le revenu sans invalidité et soutient qu'il aurait dû être fixé à 60'985 fr. sur la base de la pièce 308 du dossier. La pièce à laquelle il se réfère est une liste récapitulative des revenus qu'il a perçus au cours des douze mois ayant précédé l'accident de mai 2018. Ce document établi par l'intimée fait effectivement état d'un montant de 60'985 fr. perçu par le recourant, dont 6'000 fr. d'allocations familiales. Cela étant, comme le relève l'intimée, ce montant correspond au gain annuel assuré au sens de l'art. 15 al. 2 LAA et ne saurait être confondu avec le revenu sans invalidité. Par ailleurs, les allocations familiales ne doivent pas être incluses dans le revenu sans invalidité (TFA U 283/01 du 25 octobre 2002 consid. 4.4.3). Pour le surplus, le revenu sans invalidité de 58'419 fr. pris en compte par l'intimée correspond aux indications fournies par l'employeur, ce que ne conteste pas le recourant, et ne prête pas le flanc à la critique.

10. Le revenu avec invalidité, arrêté à 55'893 fr. n'est pas contesté, sous réserve d'un abattement plus important que les 10 % retenus par l'intimée. Or rien ne justifie de procéder en l'espèce à une réduction plus importante. Un abattement de 10 % tient correctement compte des limitations fonctionnelles du recourant qui sont par ailleurs peu nombreuses et ne touchent pas l'ensemble de la main droite,

contrairement à ce qu'il soutient. Comme vu précédemment (cf. consid. 8 *supra*), on ne saurait suivre le recourant lorsqu'il prétend que seules des activités mono-manuelles seraient envisageables. Par ailleurs, il peut se prévaloir d'une expérience professionnelle et de compétences manuelles utiles et une formation spécifique n'est pas nécessaire pour accomplir des tâches simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services (TF 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 4.3.3). On ne peut pas non plus retenir que son niveau de français serait un frein à l'embauche dans ce genre d'activités. En outre, des connaissances linguistiques limitées sont des facteurs étrangers à l'invalidité (*idem*, consid. 4.3.4). Le revenu avec invalidité retenu par l'intimée n'est pas critiquable et, comparé au revenu sans invalidité de 58'419 fr., aboutit à un degré d'invalidité n'ouvrant pas le droit à une rente.

11. Le dossier permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause et un complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire requis par le recourant n'est pas nécessaire et doit être rejeté sur la base d'une appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

12. En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (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 rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 19 janvier 2022 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 :

- Me Radivoje Stamenkovic (pour le recourant),
- Me Didier Elsig (pour l'intimée),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :