

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 septembre 2022

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, juge unique
Greffière : Mme Toth

Cause pendante entre :

D. _____, à [...], recourant, agissant par [...],

et

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

Art. 24 al. 1 et 25 LAA ; art. 36 al. 1 OLAA.

E n f a i t :

A. D._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait depuis le 8 janvier 2018 pour le compte de [...] en qualité d'opérateur sur machines. 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 23 avril 2020, l'assuré a été victime d'un accident sur son lieu de travail. Selon la déclaration de sinistre LAA complétée par l'employeur le 25 avril 2020, un tube s'est cassé lors de son étirage et a coupé la paume de la main droite de l'intéressé. Le travail a été interrompu ensuite de l'accident.

L'assuré a été pris en charge par le Service des urgences du Centre hospitalier G._____ le jour même. Il ressort du rapport du 23 avril 2020 du Dr V._____, médecin assistant, que le patient avait manipulé un tube métallique d'environ 1,5 centimètre de diamètre qui lui avait traversé la main en regard de l'éminence hypothénar et qu'il présentait depuis une hypoesthésie diffuse de la main droite et une parésie des quatrième et cinquième doigts. Un lavage et un pansement de la plaie ont été effectués et un rendez-vous fixé à la polyclinique d'orthopédie afin qu'il y bénéficie d'une intervention chirurgicale.

Aux termes du protocole opératoire du 28 avril 2020, le Dr M._____, médecin adjoint au Service d'orthopédie-traumatologie du Centre hospitalier G._____, a posé le diagnostic de plaie perforante au niveau de l'hypothénar de la main droite avec troubles de la sensibilité dans le territoire du cinquième doigt. L'assuré a subi le 27 avril 2020 une intervention sous la forme d'une exploration de la plaie, d'une suture microchirurgicale du nerf N10 et de l'artère intermétacarpienne IV-V, ainsi qu'une suture de la plaie. Un traitement médicamenteux, le port d'une attelle pour deux semaines et de l'ergothérapie lui ont été prescrits.

La CNA a pris le cas en charge (cf. courrier du 29 avril 2020).

Par rapport du 24 juin 2020 au médecin traitant de l'assuré, le Dr M. _____ a posé le diagnostic supplémentaire de suspicion de début de maladie de Südeck (ci-après : SDRC) de type I à la main droite. Il a noté que le patient effectuait de la physiothérapie et de l'ergothérapie deux fois par semaine et qu'il prenait du Dafalgan et du Tramal, mais que les douleurs étaient maintenant aussi présentes au niveau du coude et de l'épaule, la mobilité étant encore très restreinte en raison des douleurs de la main.

Aux termes d'un rapport du 13 juillet 2020 au Dr M. _____, la Dre A. _____, spécialiste en anesthésiologie et médecin adjointe au sein du Service d'anesthésie du Centre hospitalier G. _____, a posé le diagnostic de douleur neuropathique post-traumatique et post-chirurgicale chronique du membre supérieur droit. Elle a relevé que tous les critères de Budapest n'étaient pas remplis pour évoquer une algoneurodystrophie et a préconisé un traitement de Lyrica, ainsi que la pose d'un Neurodol Patch par jour.

Dans un rapport du 12 août 2020 au médecin traitant, le Dr M. _____ a posé le diagnostic supplémentaire de plaie distale du pouce gauche sous-inguéale en décembre 2019. Il a observé que la mobilité de la main droite ne s'était pas améliorée par rapport aux dernières consultations, que celle-ci était tenue en position de légère flexion, qu'une flexion-extension active n'était pas possible en raison des douleurs, que les doigts pouvaient être étendus et pliés passivement, qu'il n'y avait pas de signe d'insuffisance des tendons, que la perfusion était conservée et que la sensibilité au niveau du cinquième doigt revenait lentement. Au vu de cette situation stagnante malgré l'ergothérapie et la physiothérapie intensive, il préconisait une convocation de l'assuré par un médecin-conseil de la CNA, pour que celui-ci évalue si une réadaptation à la Clinique Z. _____ (ci-après : la Z. _____) était indiquée ou non.

Le 26 août 2020, la Dre W._____, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a préconisé une réadaptation à la Z._____ pour une durée de six semaines.

L'assuré a séjourné au sein du Service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la Z._____ du 6 au 28 octobre 2020, date de son retour anticipé à domicile en raison d'une infection au Coronavirus. Par rapport du 16 novembre 2020, le Dr R._____, spécialiste en rhumatologie et médecin adjoint auprès dudit service, et le Dr L._____, médecin assistant, ont posé les diagnostics d'accident au travail le 23 avril 2020 avec plaie perforante de l'hypothenar de la main droite avec troubles de la sensibilité dans le territoire du cinquième doigt et suspicion de début de SDRC de la main droite non confirmé actuellement. Ils ont en particulier fait part de l'appréciation suivante :

« APPRECIATION ET DISCUSSION

A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont un manque de mobilité et des douleurs du cinquième doigt et de l'hypothenar. L'intensité des douleurs au repos est de 2/10 ; lors de la mobilisation elle augmente jusqu'à 8/10. Les douleurs sont aggravées par la flexion-extension des doigts et le port de charges lourdes. Elles sont calmées par le massage, le froid et l'eau. La douleur est parfois associée à des brûlures, des décharges électriques, fourmillements, un engourdissement et des démangeaisons. Pas de symptômes évidents de SDRC en dehors peut être de changement de couleur et d'un gonflement après les thérapies.

Le patient en général dort bien mais est parfois réveillé par la douleur.

Le moral est décrit par le patient comme conservé.

(...)

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

Des facteurs contextuels influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient et pourraient influencer défavorablement le retour au travail : le patient est anxieux et fixé sur ces symptômes, auto-évaluation haute de la douleur au questionnaire BPI, auto-évaluation très basse de ses capacités fonctionnelles avec un score de 54 au questionnaire PACT correspondant à un niveau d'effort inférieur à sédentaire. L'absence de formation qualifiée est aussi un facteur contextuel défavorable si le patient doit changer d'activité.

Pendant le séjour, le patient a suivi **les prises en charge ci-dessous** :

- physiothérapie
- ergothérapie
- ateliers professionnels
- consultation spécialisée de la main

Le traitement antalgique n'a pas été modifié.

L'évolution subjective et objective est un peu favorable (Cf. rapports et tests fonctionnels). Le patient utilise un peu mieux sa main et dit avoir plus de force. La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne en ergothérapie et élevée en physiothérapie.

Des incohérences ont été relevées : la mobilité de la main droite, la force des doigts et l'évaluation des capacités fonctionnelles avec la main droite sont très fluctuantes selon les jours sans nette explication, performances très faibles aux différents tests qui n'utilisent pas la main (test des 6 minutes, MSEC) difficiles à expliquer lorsque l'on voit le physique du patient. PILE test non réalisé à l'entrée (2,5 kg en milieu de séjour) là aussi difficile à expliquer chez un patient très musclé, rendement très diminué aux ateliers professionnels dans des activités très légères même avec la main G [gauche].

Aux ateliers professionnels : le patient a été suivi et il a travaillé sur des périodes allant jusqu'à 2 heures consécutives. Il a effectué des activités très légères (inférieures à 5 kg). Des auto-limitations sont observées lors des tests standardisés. Les performances observées sur chacune des mains sont très en-dessous des normes établies dans des activités particulièrement légères. Les résultats ne sont que le reflet de ce que le patient a bien voulu faire. La prise en charge aux ateliers professionnels a été écourtée suite à un isolement au domicile en raison du COVID-19 (cf rapport).

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues : port de charges répétitifs et/ou prolongés de plus de 5 à 10 kg, activités avec mouvements répétitifs et/ou prolongés avec la main droite surtout avec utilisation de la force.

La situation n'est pas encore stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles.

Une stabilisation médicale est attendue dans un délai de 6 mois, mais sera à réévaluer.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée. Durant le séjour le patient a rencontré notre consultant en chirurgie de la main. A droite il n'y a pas d'intervention à proposer mais la poursuite des thérapies. A gauche la petite spicule osseuse palpée et visible sur la radiographie pourrait être enlevée. Le patient souhaite qu'on lui garantisse le résultat d'une telle intervention à 100%.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable pour le moment en raison des facteurs médicaux retenus après l'accident.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est en théorie favorable mais il semble encore un peu tôt pour l'envisager. »

Dans un rapport du 23 novembre 2020 au Dr M._____, la Dre A._____ a relevé que l'évolution de la douleur neuropathique au membre supérieur droit était très lentement favorable ; le patient appliquait un Neurodol Patch une fois par jour, gardait en réserve le Paracétamol et l'Irifen 600 mg et poursuivait la physiothérapie et l'ergothérapie une fois par semaine. Au vu de cette évolution favorable, elle préconisait de cesser le suivi, mais l'assuré étant demandeur d'un tel suivi, un nouveau contrôle avait été fixé en janvier 2021.

L'assuré a repris le travail à 50 % dès le 20 janvier 2021, son employeur lui ayant mis à disposition une place de travail quelque peu adaptée (cf. compte-rendu de l'entretien téléphonique du 3 février 2021 entre le case manager de la CNA et l'assuré).

Par courrier du 11 mai 2021 au Dr R._____, le Dr T._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a informé ce dernier qu'il avait examiné l'assuré à l'agence le jour-même et que celui-ci se plaignait de douleurs dans toute la moitié cubitale de la main droite et d'un manque de force. Objectivement, il a noté que la main droite avait un aspect strictement normal, qu'elle était parfaitement fermée avec des cicatrices quasiment invisibles et avait une excellente trophicité ; les deux doigts cubitiaux étaient parfaitement souples mais le patient rechignait à les bouger bien qu'il n'y ait manifestement aucune atteinte tendineuse et la force était très réduite. A l'examen de la sensibilité, l'assuré décrivait une hypoesthésie du bord radial du cinquième doigt et du bord cubital du quatrième doigt et surtout une allodynie intéressant toute la moitié cubitale de la paume de la main droite avec des réactions de retrait incessantes mais pas de paresthésie, ni de Tinel vraiment identifiable à l'endroit supposé de la suture. A son avis, une surcharge fonctionnelle, plus ou moins délibérée, ne faisait guère de doute. Le Dr T._____ a requis du Dr R._____ qu'il examine l'assuré afin de connaître son opinion à ce sujet, ainsi qu'au sujet de la continuation du traitement par physiothérapie et/ou ergothérapie.

L'assuré a été examiné par le Dr R. _____ le 1^{er} juin 2021. Aux termes d'un rapport du même jour au Dr T. _____, le médecin de la Z. _____ a en particulier exposé ce qui suit :

« APPRECIATION ET DISCUSSION

L'appréciation globale chez ce patient montre une évolution quand même plutôt en partie favorable puisqu'il a pu reprendre un travail dans la même usine, certes sur un poste différent mais tout de même un travail assez répétitif. Je note les mêmes auto-limitations que tu as notées dans ton examen ou que nous avons observées lors du séjour avec, en particulier une force extrêmement limitée, même pour la force en pincement qui n'est pas intéressée par le 5^{ème} doigt. L'autre incohérence ce jour est la difficulté à mettre en action les fléchisseurs profonds au status analytique alors que lorsqu'on lui demande de fléchir les doigts, il n'y a aucune difficulté.

Pour moi, les plaintes ne sont pas incompatibles avec les lésions initiales du nerf digital, même si, comme tu le soulignais, il y a probablement une surcharge fonctionnelle.

Le patient essaie de reprendre à 100 % depuis 2 jours. Personnellement, je pense qu'il aurait été préférable pour lui d'augmenter progressivement sa capacité de travail de 10 ou 20 % pour arriver au plus haut taux possible mais le patient voulait essayer à 100 %. Je lui ai dit que s'il n'y arrivait pas, il fallait qu'il revoie son médecin-traitant et qu'on reprenne une augmentation de la capacité de travail plus progressive.

Je n'ai pas d'argument pour adresser ce patient au Dr [...] car, même s'il y a une atteinte neurologique, de toute façon maintenant il est un peu tard pour re-suturer le nerf et franchement je ne pense pas que cela l'aide beaucoup.

Mes recommandations sont de continuer la physiothérapie qui l'aide bien et qui lui permet de bouger et de continuer l'ergothérapie, je lui ai refait d'ailleurs une ordonnance en ce sens. »

Selon le compte-rendu de l'entretien du 27 août 2021 entre l'assuré, le responsable direct de celui-ci et un case manager de la CNA ayant eu lieu dans les locaux de l'employeur, l'assuré a repris à 100 % son activité professionnelle sur une machine mieux adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 31 mai 2021. Le responsable direct de ce dernier estimait son rendement à 80 % par rapport à un collègue effectuant le même travail mais espérait un rendement à 100 % à terme. Il a ainsi été convenu que les indemnités journalières seraient versées par la CNA sur la base d'une capacité de travail de 80 % à compter de cette date (cf. courrier du 27 août 2021 du case manager à l'assuré).

Par rapport du 10 novembre 2021 à la CNA, la Dre A._____ a observé que l'évolution de l'assuré était positive ; celui-ci lui avait rapporté avoir été évalué par la CNA sur son lieu de travail et être enchanté de sa reprise de travail à 80 %. Elle a en outre exposé qu'au niveau du traitement, il n'y avait aucun changement, c'est-à-dire que le patient poursuivait l'application de Neurodol Patch et complétait avec du Dafalgan 1 gr. en réserve, de l'Irfen 600 mg et l'application d'Olfen gel ; il continuait également la physiothérapie/ergothérapie.

Le 23 novembre 2021, la Dre X._____, spécialiste en médecine interne générale et en médecine intensive et médecin d'arrondissement de la CNA, a émis l'appréciation suivante (sic) :

« Cas médicalement stabilisé.

Des limitations fonctionnelles pour la main D [droite] sont retenues :

- Pas de préhension forcée répétitive
- Pas de mouvement flexion-extension des doigts répétée

Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles susmentionnées, l'assuré a pleine capacité et plein rendement.

1 séries de 9 séances de physiothérapie et 1 série de 9 séances d'ergothérapie sont encore à la charge de la SUVA pour 2021, ainsi que les Neurodol patch, paracétamol 1g et Ibuprofen. Si ces thérapies devaient se poursuivre pour 2022, un justificatif médical ainsi qu'un rapport physiothérapeutique seraient justifiés.

Les atteintes séquellaires ne justifient pas d'une IpAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité] (pas d'atrophie de la main, motricité des doigts complètes, pas d'explication à la diminution de force, plusieurs incohérences lors des différents examens). »

Par courrier du 6 décembre 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 décembre 2021, dans la mesure où, selon les éléments médicaux au dossier, sa médecin-conseil estimait que la poursuite du traitement médical ne saurait apporter une amélioration significative de l'état de santé consécutif à l'accident. Elle a précisé que, de l'avis de son service médical et pour les seules séquelles de l'accident, une pleine capacité de travail était envisageable dans une activité ne nécessitant pas de préhension forcée répétitive et de mouvements flexion-extension des doigts répétés.

L'assuré a repris le travail à 100 % dès le 1^{er} janvier 2022.

Par décision du 20 janvier 2022, la CNA a nié au recourant le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI), dès lors que, selon sa médecin-conseil, il n'y avait pas d'atteinte importante à l'intégrité physique.

Le 1^{er} février 2022, l'assuré, agissant par son épouse, a formé opposition à l'encontre de la décision précitée. Il a soutenu qu'il avait droit à une IPAI, étant donné qu'il n'avait pas pu conduire durant cinq mois ensuite de son accident et que sa femme avait dû l'accompagner pour chaque déplacement, notamment pour se rendre à ses rendez-vous médicaux, en prenant sur ses heures de travail. Il a en outre relevé qu'il ne récupérerait jamais sa main à 100 %, qu'il était toujours en poste « protégé » à son travail, qu'il souffrait de douleurs à l'effort, qu'il lui était impossible d'effectuer certains travaux avec sa main, qu'il ressentait de nombreuses douleurs lors de changements météorologiques, que ses nerfs se bloquaient parfois et que l'annulaire et l'auriculaire n'avaient pas récupéré à 100 %. Dans ces conditions, il estimait avoir subi une atteinte importante à son intégrité physique. Pour étayer ses dires, il a joint à son envoi deux attestations de son médecin traitant, le Dr Q._____, spécialiste en médecine interne générale. La première était datée du 14 septembre 2020 et attestait qu'il était à nouveau autorisé à conduire un véhicule. La seconde, établie le 24 janvier 2022, indiquait que l'assuré se plaignait de troubles sensitifs liés à la lésion du nerf digital et d'une difficulté motrice de préhension, de sorte qu'il avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au minimum 20 %.

Aux termes d'une appréciation du 10 février 2022, la Dre X._____ a décrit l'anamnèse de l'assuré et a en particulier soulevé les différentes incohérences relevées par le Dr R._____ au terme du séjour d'octobre 2020 de l'assuré à la Z._____, ainsi que lors d'une consultation ultérieure, le 1^{er} juin 2021. Elle a en outre noté ce qui suit :

« Concernant la détermination d'une IpAI et malgré le document du médecin traitant le Dr Q._____, daté du 24.01.2022, exigeant une

IpAI de 20 %, et l'information transmise par le Dr R._____, il faut savoir que par analogie, une amputation de la phalange distale d'un doigt autre que le pouce équivaut à une IpAI de 0 %. Une amputation des 2 phalanges distales (hors pouce) équivaut à une IpAI de 5 %, l'amputation des 3 phalanges équivaut à une IpAI de 6 % et concernant le 5^e doigt (le doigt incriminé dans notre cas), l'amputation des 3 phalanges ainsi que du 5^e métacarpe équivaut à une IpAI de 7.5 %, selon la table 3, page 3.3, schémas 14 à 17. Dans ce contexte, et en présence d'une lésion du nerf digital du 5^{ème} doigt de la main D, aucune IpAI ne peut être retenue celle-ci étant tout au plus analogue à une amputation de la phalange distale, qui équivaut à 0%.

Pour information, la perte du pouce, qui permet le mouvement de pince, ou la perte d'un rein, sont deux atteintes qui équivalent à une IpAI de 20% selon l'annexe 3 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (page 54). L'assuré présente certes des troubles neurologiques, mais suite à une lésion très distale d'un nerf (nerf digital), mais conserve son membre qui peut toujours être utilisé. Comme mentionné sur différents documents médicaux, la perte de force ne s'explique pas en l'absence d'atteinte musculaire (pas d'atrophie = pas de fonte de la musculature) et incohérence dans l'examen clinique (effectuée ou non des mouvements utilisant les mêmes loges musculaires). »

Par décision sur opposition du 11 février 2022, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Pour l'essentiel, elle s'est référée aux appréciations des 23 novembre 2021 et 10 février 2022 de la Dre X._____, estimant que les éléments évoqués à l'appui de l'opposition et le certificat du médecin traitant ne permettaient pas de mettre en doute les conclusions émises en toute connaissance de cause par la médecin susmentionnée. Elle a en outre rappelé que l'atteinte devait être estimée de façon abstraite et égalitaire, abstraction faite des particularités de chaque assuré.

B. Par acte du 2 mars 2022, D._____, agissant toujours par son épouse, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. En substance, il a fait valoir les mêmes arguments que dans son opposition et a produit un lot de pièces figurant déjà au dossier.

Par réponse du 6 avril 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours, renvoyant aux considérants de la décision sur opposition litigieuse.

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.

c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité des suites de l'accident du 23 avril 2020.

3. a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2).

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

L'art. 25 al. 2 LAA prévoit que le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Selon l'art. 36 al. 2 OLAA, dite indemnité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA. Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 113 V 2018 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu

d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a ; TF 8C_566/2017 précité consid. 5.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

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).

4. a) En premier lieu, le recourant fait valoir qu'il n'a pas pu conduire de véhicule pendant cinq mois ensuite de son accident et que son épouse a ainsi dû l'accompagner pour chacun de ses déplacements, notamment pour se rendre à ses rendez-vous médicaux, et ce alors qu'elle travaillait. A son sens, cela justifie l'octroi d'une IPAI.

Or, une telle indemnité n'a aucunement pour vocation de compenser les éventuels désagréments à court terme subis par l'assuré et/ou son entourage ensuite d'un accident. Elle vise en effet à compenser toute atteinte importante et durable à l'intégrité physique, mentale ou psychique de l'assuré, à savoir toute altération évidente ou grave qui subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (cf. consid. 3a *supra*).

Compte tenu de ce qui précède, l'argument de l'intéressé tombe à faux.

b) En second lieu, le recourant soutient avoir subi une atteinte importante à son intégrité physique, puisqu'il souffre encore de douleurs à l'effort et lors de changements météorologiques et est incapable d'effectuer certains travaux avec sa main, l'annulaire et l'auriculaire n'ayant pas récupéré « à 100 % » et ses nerfs se bloquant parfois. Il se prévaut de l'attestation de son médecin traitant, lequel estime qu'il a droit à une IPAI de 20 % compte tenu des troubles sensitifs liés à la lésion du nerf digital et de la difficulté motrice de préhension.

Quant à l'intimée, elle se fonde sur les appréciations des 23 novembre 2021 et 10 février 2022 de la médecin d'arrondissement, la Dre X._____, pour nier à l'assuré le droit à une IPAI. Sur la base des éléments au dossier, cette dernière a constaté que l'intéressé ne souffrait

pas d'atrophie de la main, que la motricité des doigts était complète, que les médecins consultés n'expliquaient ainsi pas la diminution de la force constatée et que ceux-ci avaient d'ailleurs relevé plusieurs incohérences lors des différents examens (l'assuré effectuait ou non des mouvements utilisant les mêmes loges musculaires). Elle a indiqué que le recourant présentait certes des troubles neurologiques, consécutifs à une lésion très distale du nerf digital, mais qu'il conservait son membre qui pouvait toujours être utilisé. A titre de comparaison, elle a en particulier relevé que la perte d'un pouce ou celle d'un rein engendraient l'octroi d'une IPAI de 20 %, selon l'annexe 3 de l'OLAA, et que l'amputation d'une phalange distale d'un doigt autre que le pouce ne donnait droit à aucune indemnité, aux termes de la table 3 établie par la Division médicale de la CNA en matière d'atteinte à l'intégrité résultant de la perte d'un ou plusieurs segments des membres supérieurs. Dans ces conditions, elle a considéré que les atteintes séquellaires ne justifiaient pas l'octroi d'une IPAI, la lésion du nerf digital du cinquième doigt de la main droite étant tout au plus analogue à une amputation de la phalange distale de ce doigt.

En l'espèce, le rapport du Dr Q._____ ne permet pas de mettre en doute les conclusions de la médecin d'arrondissement. Il ne fait pas état d'éléments nouveaux qui n'étaient pas connus de cette dernière. Les troubles sensitifs et la difficulté motrice de préhension invoqués ont en effet dûment été pris en compte par la Dre X._____. A cela s'ajoute que le taux de l'IPAI évalué à 20 % par le médecin traitant n'est pas étayé et ne se fonde sur aucun élément médical objectif. A l'instar de ce qu'a relevé la médecin d'arrondissement, un tel taux sort par ailleurs nettement du cadre des directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA, puisqu'il équivaut par exemple à la perte d'un pouce.

En outre, les simples allégations du recourant sur l'ampleur de ses douleurs et de ses limitations fonctionnelles ne suffisent pas à remettre en cause l'appréciation de la Dre X._____, la fixation d'une IPAI étant une question d'ordre médical.

Enfin, les avis rédigés par la médecin d'arrondissement sont motivés et convaincants, ont été établis en connaissance du dossier et ne sont contredits par aucun élément médical, de sorte qu'il y a lieu de leur reconnaître une pleine valeur probante.

Partant, c'est à juste titre que l'intimée a nié au recourant le droit à une IPAI pour les suites de l'accident du 23 avril 2020.

5. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition confirmée.

b) 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 juge unique
prononce :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 11 février 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 juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- [...] (pour D. _____),
- 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 :