

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 mai 2024

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
M. Piguet, juge, et Mme Gay, assesseure
Greffière : Mme Vulliamy

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me Antoine Schöni, avocat à Bienne.

**Art. 16 LPGA ; 4 al. 1 LAI ; 6 al. 1, 18 al. 1, 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA ;
36 al. 1 et 2 OLAA**

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], au bénéfice d'un brevet d'études professionnelles et d'un baccalauréat professionnel de vendeur, travaillait en qualité de facteur à 100 % depuis le 4 juillet 2019 auprès de l'entreprise [...] SA. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Selon la déclaration de sinistre LAA complétée par l'employeur le 9 septembre 2019, l'assuré a, le 22 août 2019, été victime d'un accident professionnel lors de la distribution du courrier. Alors qu'il était en train de préparer les colis dans la camionnette, son petit doigt s'est coincé dans un chariot ; le travail a été interrompu ensuite de l'accident. Cette déclaration mentionnait en outre un salaire de base contractuel brut de 24 fr. 20 par heure.

Le Centre médical V._____, qui a prodigué les premiers soins, a attesté une incapacité de travail à 100 % du 24 au 28 août 2019 par certificat du 23 août 2019, puis jusqu'au 22 septembre 2019 par certificats des 28 août, 2, 9 et 17 septembre 2019.

Par courrier du 13 septembre 2019, la CNA a informé l'assuré qu'elle prenait le cas en charge dès le 25 août 2019 et verserait des indemnités journalières de 111 fr. 40 par jour calendaire.

Par certificats des 24 septembre, 4 et 18 octobre 2019, le Dr C._____, médecin-assistant au Service de chirurgie plastique et de la main du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier M._____ (ci-après : le Centre hospitalier M._____), a attesté une incapacité de travail totale dès le 24 septembre 2019 avec une reprise du travail à 100 % le 28 octobre 2019.

Il ressort d'un rapport de consultation ambulatoire du 8 novembre 2019 du Dr C._____ qu'après avoir repris le travail le 28 octobre 2019, l'assuré s'est rendu aux urgences le 31 octobre 2019 en raison de douleurs importantes et d'une tuméfaction en fin de journée. Le Dr C._____ a également indiqué que, le 8 novembre 2019, les douleurs étaient en diminution avec un enroulement complet et sans signe d'arthrite. Une ordonnance pour de la physiothérapie lui a été remise qui a ensuite régulièrement été renouvelée. Un arrêt de travail à 100 % lui a également été délivré jusqu'au 8 novembre 2019, prolongé ensuite jusqu'au 16 décembre 2019, puis jusqu'au 20 décembre 2019.

L'assuré s'est à nouveau rendu à la consultation ambulatoire du Centre hospitalier M._____ le 18 novembre 2019 en raison de douleurs lors d'un massage par le physiothérapeute. Selon le rapport de consultation du même jour, une radiographie du 5^e doigt de la main droite n'a montré aucune fracture.

Dans un rapport du 12 décembre 2019, le Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin au Centre médical V._____, a posé le diagnostic de contusion et plaie de l'auriculaire droit et constaté que la radiologie ne montrait aucune fracture.

Selon un rapport de consultation du 20 décembre 2019 du Dr C._____, l'assuré se plaignait de douleurs jusqu'au coude, le rapport mentionnant une épitrochlée [saillie osseuse située sur la partie interne du coude] droite sensible. L'arrêt de travail a été prolongé jusqu'au 24 janvier 2020.

Le 17 janvier 2020, la CNA a indexé un rapport relatif à une radiographie du 5^e rayon de la main droite (face/profil) du 23 août 2019 du Dr S._____, spécialiste en radiologie, n'objectivant pas de lésion osseuse post-traumatique.

Le 21 janvier 2020, l'assuré a à nouveau consulté le service de consultation ambulatoire du Centre hospitalier M._____ qui a indiqué,

dans son rapport, une baisse des douleurs mais une persistance de l'épitrôchlée et FCU [flexor carpi ulna], voir douleurs EVA [échelle visuelle analogique] plus bas et douleurs au froid. Le Dr C._____ a, par certificat du 21 janvier 2020, prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 14 février 2020.

Le 6 février 2020, la CNA a reçu un rapport du 3 décembre 2019 du Prof. D._____, spécialiste en radiologie, relatif à une imagerie par résonance magnétique [IRM] de l'auriculaire droit du même jour n'ayant mis en évidence aucune lésion pouvant expliquer la symptomatologie présentée par l'assuré.

Par certificats des 14 et 27 février 2020, le Dr C._____ a prolongé l'arrêt de travail de l'assuré jusqu'au 29 février 2020, respectivement jusqu'au 22 mars 2020.

Selon un entretien téléphonique entre l'assuré et la CNA, il a été convenu qu'au vu de la situation sanitaire liée au Covid-19, l'incapacité de travail serait indemnisée jusqu'au séjour à la Clinique B._____ (ci-après : Clinique B._____) sans certificat d'arrêt de travail.

L'assuré a séjourné à la Clinique B._____ du 4 au 7 mai 2020 pour une évaluation interdisciplinaire. Dans un rapport du 8 mai 2020 à la CNA, les Drs I._____, spécialiste en neurologie, et E._____, spécialiste en médecine interne générale, respectivement médecin consultant et médecin associée à la Clinique B._____, ont posé les diagnostics de contusion de D5 droit (S60) et de tendance vers un syndrome douloureux régional complexe (SDRC [également CRPS = complex regional pain syndrom], algodystrophie) type 1 de la main droite (Z87.3) au décours. Le SDRC a été retenu au motif que « les critères au niveau symptômes sont remplis, la clinique actuellement penche peu en faveur puisqu'il y a un seul signe clinique dans une seule catégorie. Toutefois, on prend en considération l'absence d'une autre pathologie pouvant expliquer mieux les signes et les symptômes ». S'agissant du pronostic de retour au travail, les médecins de la Clinique B._____ ont relevé que celui-ci était tributaire de l'évolution de l'algodystrophie qui était souvent imprévisible

mais semblait au décours chez l'assuré. À huit mois de son accident, la durée d'incapacité de travail s'approchait de celle souvent retrouvée dans la littérature, en moyenne douze mois pour deux tiers des patients présentant encore des symptômes. Les médecins ont précisé que si l'on devait identifier les facteurs d'évolution favorables, plusieurs indicateurs étaient « au vert » chez l'assuré : les performances fonctionnelles du membre supérieur dominant excellentes, la douleur au repos au maximum à 1/10 à l'EVA, pas de kinésiophobie, un membre supérieur bien intégré dans les activités quotidiennes, pas d'allodynie ni de trouble vaso- ou sudomoteur au repos et pas de coexistence avec un trouble psychique. Ils ont en revanche noté quelques facteurs contextuels pouvant être mis en perspective en cas de difficultés dans la réinsertion professionnelle tel que le récent licenciement, l'éloignement de l'entourage familial et amical proche et la méconnaissance du système de santé et assécurologique suisse. En conclusion, une reprise professionnelle pouvait être envisagée à trois mois d'une prise en charge adéquate, à temps partiel initialement. Le temps de présence pouvait être envisagé sur la journée afin de permettre des périodes d'activité en alternance avec des périodes de repos et éviter de la sorte une réactivation de la symptomatologie inflammatoire typique de la CRPS, de préférence sans port de charges lourdes de manière répétitive.

Les Drs I._____ et E._____ ont également joint à leur envoi une évaluation psychiatrique du 5 mai 2020 de la Dre K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ne retenant aucun diagnostic psychiatrique et un examen neurologique du 7 mai 2020 du Dr I._____ concluant à une évaluation électroclinique normale, n'apportant pas d'argument pour des séquelles neurologiques du traumatisme présenté, ni d'explications neurologiques aux douleurs.

Le 11 mai 2020, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité.

Par certificat du 12 mai 2020, le Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant, a attesté un arrêt

de travail à 100 % jusqu'au 11 juin 2020, renouvelé ensuite jusqu'au 11 juillet et 12 août 2020 par certificats des 17 juin et 14 juillet 2020.

Selon le compte-rendu d'un entretien du 22 juillet 2020 entre la CNA et l'assuré, ce dernier a signalé une légère amélioration avec une évolution en dents de scie et que les douleurs décrites dans le rapport de la Clinique B._____ persistaient, la force revenant progressivement. Pour la suite de la rééducation, l'assuré a été adressé au Dr Z._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Lors de cet entretien, l'assuré a indiqué qu'il avait comme projet de devenir chauffeur VTC indépendant.

Le Dr Z._____ a attesté un arrêt de travail du 7 août au 4 septembre 2020 par certificat du 7 août 2020, puis jusqu'au 9 octobre 2020 par certificat du 22 septembre 2020.

Dans un rapport intermédiaire du 31 août 2020 adressé à la CNA, le Dr R._____ a posé le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe (SDRC, algodystrophie) type I de la main droite et indiqué que l'assuré présentait toujours des douleurs de l'auriculaire droit irradiant jusqu'aux poignet, coude et épaule droite avec des limitations des amplitudes articulaires.

Dans un rapport du 4 octobre 2020, le Dr Z._____ a constaté que l'enroulement des doigts était complet sans distance, ni ressaut, que la mobilité des coudes était complète, indolore et symétrique et que le débattement articulaire des épaules était dans les normes. Au niveau de l'anamnèse socioprofessionnelle, il a indiqué que l'assuré avait fondé sa propre entreprise de fast food avant de faire faillite dix-huit mois plus tard puis qu'une fois en Suisse, il avait travaillé comme livreur à domicile puis comme coordinateur de planning et d'engagement d'employés chez [...] avant d'être engagé comme facteur de colis. Dans son appréciation du cas, le Dr Z._____ a évoqué un mécanisme de contusion-torsion de la main et du poignet et la persistance d'un syndrome douloureux résiduel évocateur d'un CRPS de type 1 vu la persistance de troubles sensoriels

laissant suspecter une atteinte lésionnelle au niveau du canal de Guyon avec une sensibilisation d'ordre central pour comprendre la cartographie plus extensive. Il a également parlé d'un état de détresse psychologique faisant suite à la non-reconnaissance du préjudice perçu et à l'incertitude professionnelle future qui, sans permettre de retenir de signe évocateur de dépression, permettait de retenir une composant anxiogène liée à ce futur incertain. Il a précisé que les activités impliquant des mouvements répétitifs avec port de charges n'étaient pas recommandées.

Le Dr Z. _____ a encore attesté un arrêt de travail jusqu'au 13 novembre, 18 décembre 2020 et 31 janvier 2021 par certificats des 9 octobre, 19 novembre et 17 décembre 2020.

Dans un rapport du 4 janvier 2021, le Dr Z. _____ a posé le diagnostic de syndrome régional complexe membre supérieur droit de type CRPS 1 en lien avec un mécanisme de contusion-torsion du complexe main-poignet et atteinte lésionnelle au niveau du nerf cubital droit au canal de Guyon. Il a indiqué que le pronostic était réservé et que des mesures d'ordre professionnel devaient être envisagées de manière à ne pas tomber dans un cercle vicieux de désinsertion et de précarité financière. Si les activités impliquant des mouvements répétitifs avec port de charges n'étaient pas recommandées, une réorientation réaliste vers le commerce ou la vente dans le cadre d'une activité exploitant ses compétences et sa formation personnelle était réaliste. Il a également indiqué qu'il fallait s'attendre à ce qu'un dommage demeure, à savoir une irritabilité neuroméningée et une répercussion psychologique. Il a enfin recommandé que l'assuré puisse bénéficier d'un nouveau séjour à la Clinique B. _____, ce que le médecin-conseil de la CNA avait aussi suggéré le 21 octobre 2021.

Par certificat du 12 février 2021, le Dr Z. _____ a attesté un arrêt de travail à 100 % jusqu'au 7 mars 2021.

Par entretien téléphonique du 18 février 2021, l'assuré a informé la CNA que le traitement était terminé chez le Dr Z. _____ et

qu'il devait prendre rendez-vous chez le Dr R._____. Celui-ci a signé un nouvel arrêt de travail jusqu'au 4 avril 2021 puis jusqu'au 5 mai 2021 par certificats des 5 mars et 6 avril 2021.

L'assuré a à nouveau séjourné à la Clinique B._____ du 21 avril au 18 mai 2021. Dans un rapport du 9 juin 2021 à la CNA, les Drs T._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et H._____, respectivement chef de clinique et médecin-assistante à la Clinique B._____, ont posé les diagnostics de traumatisme par écrasement de D5 de la main droite avec contusion de D5 et syndrome douloureux régional complexe de type 1 de la main droite au décours, de bursite sous-acromio-deltoïdienne de l'épaule droite et possible irritation du nerf ulnaire droit au coude. Ils ont posé les limitations fonctionnelles provisoires suivantes : port de charges supérieures à 20-25 kg, port de charges répété supérieures à 10-15 kg, activités nécessitant des mouvements répétés du membre supérieur droit et pas de limitation dans les travaux fins. Ils ont précisé que la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, la poursuite d'un traitement de physiothérapie pouvant permettre d'améliorer la force, l'endurance et les douleurs du membre supérieur droit et qu'une stabilisation médicale était attendue dans un délai de deux mois. S'agissant du pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité, ils ont indiqué qu'il était théoriquement favorable mais que les facteurs personnels et contextuels pourraient interférer avec le processus de reprise. La Dre H._____ a attesté une incapacité de travail dans l'activité habituelle totale du 21 avril au 18 juin 2021.

Les Drs T._____ et H._____ ont également joint à leur envoi les documents suivants :

- un rapport de la phase initiale aux ateliers professionnels de la Clinique B._____ établi le 22 avril 2021 estimant que le principal frein à un retour au travail se situait au niveau de la gestion des sensations douloureuses, l'assuré restant focalisé sur ses ressentis douloureux malgré les bons résultats ;

- un rapport du 27 avril 2021 relatif à une arthrographie avant CT/IRM du poignet droit et arthro-CT du poignet droit concluant à un examen sans particularité pour l'âge, notamment pas d'anomalie de TFCC [triangular fibro cartilage complex, complexe fibrocartilagineux triangulaire (ligament entre cubitus et carpe)], ni des ligaments intra-carpiens décelable et mentionnant l'absence de lésion osseuse post-traumatique et de lésion cartilagineuse visibles;

- un rapport du 30 avril 2021 du Dr I. _____ selon lequel l'ENMG du jour était parfaitement normal, sans argument pour une neuropathie tronculaire au niveau du nerf cubital (ulnaire) droit au niveau du coude, ni pour une radiculopathie au niveau des racines explorées et concluant à l'absence de cause neurologique aux autres douleurs présentées ;

- un rapport d'ergothérapie du 31 mai 2021 rapportant peu de progrès durant le séjour chez un assuré peu limité de façon objective (dextérité dans la norme, force légèrement diminuée, amplitudes complètes) mais dont la douleur du bord ulnaire de la main et du poignet restait un facteur limitant la participation de la main droite aux activités en force et endurance.

Par certificat du 17 juin 2021, le Dr Z. _____ a signé un arrêt de travail à 100 % jusqu'au 31 juillet 2021.

L'assuré a été examiné le 13 août 2021 par le Dr P. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA. Dans son rapport du même jour, le Dr P. _____ a posé les diagnostics de syndrome douloureux régional complexe de type I du membre supérieur droit post contusion de l'auriculaire droit, d'antécédent de fracture de la fibula de la cheville gauche et de possible irritation du nerf ulnaire droit au coude. Il a retenu que l'état de l'assuré était stabilisé et que ce dernier disposait d'une pleine capacité de travail sans diminution de rendement dans une

activité adaptées aux limitations fonctionnelles suivantes : port de charges supérieures à 20-25 kg, port de charges répété supérieures à 10-15 kg et activités nécessitant des mouvements répétés du membre supérieur droit. Il a jugé que l'assuré ne présentait pas de séquelles indemnisables au regard des tables d'indemnisation pour atteintes à l'intégrité.

Selon un extrait du compte individuel de l'assuré du 25 août 2021, ce dernier a assumé quatre emplois différents depuis 2018.

Le 16 septembre 2021, l'ancien employeur de l'assuré a indiqué à la CNA qu'il aurait touché un salaire de 24 fr. 20 par heure en 2021 sans 13^e salaire pour un horaire hebdomadaire moyen de 40 heures.

Par courrier du 30 septembre 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 octobre 2021, l'examen médical ayant confirmé que les suites accidentelles étaient stabilisées.

Par décision du 21 octobre 2021, la CNA a refusé d'allouer une rente d'invalidité et une indemnité pour atteinte à l'intégrité à l'assuré estimant qu'il était à même d'exercer une activité dans différents secteurs de l'économie, sans port de charges de plus de 20-25 kg, sans port répété de charges de plus de 10-15 kg et sans activité nécessitant des mouvements répétés du membre supérieur droit. En prenant comme base les chiffres du niveau de compétence 1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : l'ESS), un salaire de 68'717 fr. pouvait encore être réalisé qui était supérieur au gain de 53'115 fr. réalisable sans l'accident. En outre, aucun abattement n'était justifié dans le cas d'espèce après examen des facteurs de déduction sur le salaire statistique. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, celle-ci ne saurait être allouée dès lors que l'assuré ne présentait pas d'atteinte importante à l'intégrité physique d'après l'examen effectué le 13 août 2021.

Le 9 novembre 2021, l'assuré, désormais représenté par son conseil, a formé opposition à l'encontre de la décision précitée et a fait

valoir qu'il souffrait d'un CRPS qui l'empêchait d'utiliser son bras droit dominant limitant grandement le domaine d'activité aux seuls métiers de surveillance. Ensuite, la CNA avait omis de prendre en compte le fait que, certains jours, toute activité professionnelle était impossible en raison d'une crise inflammatoire très douloureuse. Enfin, tant le Centre hospitalier M._____ que la Clinique B._____ avait aggravé la symptomatologie en immobilisant son bras par une attelle et par la mise en place d'une physiothérapie intensive plutôt que douce. S'agissant du refus de rente, il a allégué qu'il fallait appliquer le parallélisme des revenus, vu le revenu de valide très inférieur à la moyenne et qu'il fallait également tenir compte de ses limitations fonctionnelles. Finalement, il a indiqué qu'un CRPS donnait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Le 14 février 2022, la CNA a indexé un rapport du 31 janvier 2022 du Prof. F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a posé les diagnostics de status post-contusion du 5^e doigt de la main droite, de status post-torsion main-poignet droit, d'irritation du nerf cubital droit et d'atteinte de type CRPS type I du membre supérieur droit. Selon lui, le CRPS au décours et l'irritation du nerf cubital représentaient une atteinte à l'intégrité entre 5 et 10 % et l'activité habituelle n'était plus exigible. Il reconnaissait en revanche une pleine capacité de travail sans diminution de rendement dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : limitation de port de charges supérieures à 5 kg et de port de charges répété supérieures à 5 kg ainsi que toute activité nécessitant des mouvements répétés du membre supérieur droit.

Les 28 février et 17 mai 2022, l'assuré a complété son opposition en précisant avoir droit à une rente d'invalidité de 21 % ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %.

Par décision sur opposition du 24 octobre 2022, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a pour l'essentiel considéré qu'elle était fondée à se baser sur le rapport du Dr P._____ pour retenir que la

situation était stabilisée. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, la CNA a indiqué qu'elle ne pouvait suivre l'assuré lorsqu'il faisait valoir que c'était la règle du parallélisme qui devait s'appliquer et que c'était à juste titre qu'elle avait retenu le salaire prévu par la Convention collective de travail de la Poste SA qui était en outre supérieur au salaire annoncé par l'ancien employeur. Quant au salaire avec invalidité, elle a considéré que l'assuré ne pouvait pas être suivi quand il demandait un abattement de 25 %. La CNA a encore actualisé le salaire d'invalidé en prenant en compte l'ESS 2020 publié le 23 août 2022 et l'a indexé à 2021 pour aboutir à la somme de 65'354 fr. 29 qui, comparée au revenu de valide de 53'115 fr. ne laissait apparaître aucune perte. Enfin, concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'appréciation du Prof. F. _____ ne saurait être suivie dès lors qu'elle était très sommaire et dénuée de motivation.

B. Par acte du 11 novembre 2022, reçu le 14 novembre 2022, W. _____, toujours représenté par son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition de la CNA du 24 octobre 2022 en concluant principalement à la réforme de la décision litigieuse en ce sens qu'il avait droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il a fait valoir que l'appréciation du Dr P. _____ était contredite par le rapport du Prof. F. _____ du 31 janvier 2022 qui devait être pris en compte dès lors qu'il contenait une motivation développée et rigoureuse s'appuyant sur la doctrine médicale. Il a également reproché à l'intimée de ne pas avoir soumis le rapport du Prof. F. _____ à son médecin-conseil et de ne pas avoir diligenté une expertise. Aussi, une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 % devait lui être reconnue, le Tribunal fédéral ayant en outre confirmé une telle indemnité en présence d'un CRPS (TF 8C_332/2009 du 10 septembre 2009). S'agissant du droit à une rente d'invalidité, le recourant a fait valoir que son salaire de valide était 28 % inférieur au salaire de référence et qu'il fallait également tenir compte d'un abattement de 25 % sur le salaire d'invalidé du moment que ses limitations fonctionnelles l'empêchaient d'avoir accès aux activités les

mieux rémunérées du niveau de compétence 1 et du fait qu'il était étranger et au bénéfice d'un permis de travail.

Par réponse du 15 décembre 2022, l'intimée, sous la plume de son mandataire, a conclu au rejet du recours. Elle a exposé que le Dr P._____ avait rédigé une appréciation médicale détaillée qui avait pleine et entière valeur probante et qui ne saurait être remise en cause par l'avis du 31 janvier 2022 du Prof. F._____ qui n'était d'ailleurs pas motivé. S'agissant du revenu de valide, elle a indiqué que le salaire minimum tirée d'une convention collective de travail [CCT] ne pouvait pas être qualifié de revenu nettement inférieur au salaire habituel de la branche. De plus, le revenu de 24 fr. 32 tiré de la CCT était supérieur au montant de 24 fr. 20 indiqué par l'ancien employeur du recourant. Pour le revenu d'invalidé, elle avait, à juste titre, pris en compte le salaire réalisé par un homme niveau de compétence 1 de l'ESS du moment que les activités visées par ce niveau de compétence étaient des activités simples et répétitives qui ne requéraient aucune formation, ni expérience professionnelle spécifique et que les limitations fonctionnelles du recourant ne restreignaient pas sa capacité de travail dans ce genre d'activités. En outre, elle n'avait pas à procéder un abattement sur le revenu statistique.

Par écriture du 21 décembre 2022, le recourant, par son mandataire, a transmis un rapport du 7 décembre 2022 du Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale, en neurologie et médecine physique et réadaptation, retenant une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée en tant qu'employé de bureau.

Par réplique du 29 décembre 2022, le recourant a fait valoir que le rapport du Prof. F._____ était pleinement probant dès lors qu'il comprenait trois pleines pages et reprenait les éléments du dossier, notamment l'imagerie et que l'intimée n'avait pas critiqué les prises de position du Prof. F._____, qui était cohérentes avec la jurisprudence en matière de SDRC et n'avait pas soumis ce rapport à son médecin-conseil. Le recourant a également allégué que le fait que le salaire de valide

retenu correspondait au salaire minimum de la CCT ne suffisait pas à exclure l'application de la règle du parallélisme des revenus, mais que d'autres circonstances devaient exister, ce qui n'était pas le cas en l'espèce.

Par écriture du 24 janvier 2023, le recourant a produit un rapport du 9 janvier 2023 du Prof. F._____ retenant qu'une capacité de travail à 50 % était possible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir pas de port de charge, pas d'utilisation répétée de la main droite et pas de gestes répétitifs ou en force de préhension à droite.

Par duplique du 3 février 2023, l'intimée a constaté que les conclusions du Dr P._____ se recoupaient entièrement avec celles des spécialistes de la Clinique B._____ et que les rapports du Prof. F._____ et du Dr N._____ étaient postérieurs de plusieurs mois à la décision attaquée. Elle a pour le surplus confirmé ses conclusions.

Le recourant s'est encore exprimé par déterminations du 8 mars 2023 dans lesquelles il a relevé que les rapports médicaux des Prof. F._____ et Dr N._____ faisaient douter de l'appréciation médicale de la partie intimée justifiant la mise en œuvre d'une expertise.

E n d r o i t :

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

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

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

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) Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de la personne assurée - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) - et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

c) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20] et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou

d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

4. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes

exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

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

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les

placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

e) De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

5. Dans sa décision sur opposition du 24 octobre 2022, la CNA s'est fondée sur l'appréciation du Dr P._____ pour retenir que l'assuré était en mesure de travailler à un taux de 100 % sans perte de rendement dans une activité adaptée devant éviter le port de charges de plus de 20-25 kg, le port répété de charges de plus de 10-15 kg et les mouvements répétés du membre supérieur droit.

Le recourant, pour sa part, a critiqué l'évaluation de l'intimée en faisant valoir que, selon les constatations des Prof. F._____ et Dr N._____, sa capacité de travail était de 50 % dans une activité adaptée.

a) Le médecin d'arrondissement de la CNA a établi une anamnèse de l'ensemble des rapports médicaux émis par les médecins traitants depuis l'accident du 22 août 2019. Il a pris note des déclarations du recourant puis l'a lui-même examiné le 13 août 2021. Au terme de cet examen, il a constaté en particulier que l'on retrouvait quasiment une mobilité symétrique du membre supérieur droit vis-à-vis du gauche, que le recourant présentait des douleurs sur le bord ulnaire de tout le membre supérieur droit, qu'on ne retrouvait pas de trouble vasomoteur au niveau du membre supérieur droit et que les périmètres des avant-bras et bras étaient symétriques. Il a ensuite posé des diagnostics et émis son appréciation dans laquelle il a déterminé les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 20-25 kg, pas de port de charges répété supérieures à 10-15 kg et pas d'activités nécessitant des mouvements répétés du membres supérieur droit. Il a enfin estimé que l'activité habituelle n'était plus exigible et qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était attendue sans diminution de rendement. Le rapport du médecin-conseil est ainsi fondé sur un dossier complet et les conclusions, claires et étayées, sont convaincantes. Les conclusions de ce rapport sont d'ailleurs confirmées par les médecins de la Clinique B._____ qui ont également posé le diagnostic de SDRC et ont retenu les mêmes limitations fonctionnelles dans leur rapport du 9 juin 2021. Ces médecins ont également indiqué que le recourant pourrait récupérer une capacité de travail à trois mois d'une prise en charge adéquate, à temps partiel initialement, dans leur rapport du 8 mai 2020 et qu'une stabilisation médicale était attendue dans les deux mois dans leur rapport du 9 juin 2021.

b) Aucun élément du dossier ne vient contredire de manière convaincante l'analyse et les conclusions du Dr P._____. En effet, on relèvera tout d'abord que l'imagerie n'a mis en évidence aucune fracture, ni aucune lésion pouvant expliquer la symptomatologie présentée par le recourant (cf. rapports du 23 août 2019 du Dr S._____, du 18 novembre 2019 du Centre hospitalier M._____, du 12 décembre 2019 du Dr X._____, du 20 décembre 2019 du Dr C._____ et du 3 décembre 2019

du Prof. D.______). A cet égard, on relèvera qu'un rapport du 27 avril 2021 relatif à une arthrographie avant CT/IRM du poignet droit et arthro-CT du poignet droit n'a mis en évidence aucune anomalie des ligaments, ni aucune lésion osseuse post-traumatique visible ou lésion cartilagineuse. Le Dr C.______ a, à plusieurs reprises, indiqué une baisse des douleurs (cf. rapports des 8 novembre 2019 et 21 janvier 2020), ce que le recourant a lui-même relevé dans un entretien du 22 juillet 2020. On relèvera ici que les médecins de la Clinique B.______ ont constaté une discordance entre l'importance des douleurs, du handicap perçu et des lésions organiques objectivables (p. 6 du rapport du 9 juin 2021) et que le principal frein à un retour au travail chez un recourant peu limité de façon objective se situait au niveau de la gestion des sensations douloureuses, l'assuré restant focalisé sur ses ressentis douloureux malgré les bons résultats (cf. rapports de la phase initiale aux ateliers professionnels de la Clinique B.______ du 22 avril 2021 et d'ergothérapie du 31 mai 2021). Si les Drs R.______ et Z.______, médecins de l'assuré, ont également posé le diagnostic de SDRC, ils n'ont pas retenu de limitations fonctionnelles plus étendues que celles indiquées par le Dr P.______ (cf. rapports des 31 août 2020, 4 octobre 2020 et 4 janvier 2021). S'agissant de la capacité de travail résiduelle, ces médecins ne se sont pas prononcés sur cette question dans leurs rapports. En outre, les simples certificats d'arrêt ne constituent pas une pièce suffisante à contester la valeur probante d'un rapport établi par un médecin-conseil et les médecins de la Clinique B.______ au terme d'une évaluation de plusieurs jours et d'un rapport soigné et complet. Au demeurant, un certificat d'arrêt de travail ne concerne que l'activité habituelle et ne permet pas de se prononcer sur une activité adaptée. On relèvera encore que le Prof. F.______ a reconnu une pleine capacité de travail sans diminution de rendement dans une activité adaptée dans son rapport du 31 janvier 2022. Quant aux rapports du Dr N.______ et du Prof. F.______ des 7 décembre 2022 et 9 janvier 2023, ils ne sauraient être pris en compte du moment qu'ils sont postérieurs à la décision de l'intimée du 21 octobre 2021 ainsi qu'à la décision sur opposition du 24 octobre 2022 (cf. consid. 5e). On notera qu'ils n'auraient de toute façon été d'aucun secours au recourant dans la mesure où le Dr N.______ a indiqué une capacité de travail de 50 % en

tant qu'employé de bureau sans se prononcer sur d'autres activités adaptées et où l'appréciation du Prof. F._____ n'est ni étayée, ni détaillée et ne saurait emporter la conviction de la Cour de céans.

c) Il y a lieu de relever ici qu'aucun trouble psychique n'a été retenu lors du séjour du recourant à la Clinique B._____ (cf. évaluation psychiatrique du 5 mai 2020 de la Dre K._____ et p. 6 du rapport du 9 juin 2021) et que l'état de santé psychique du recourant n'a fait l'objet d'aucun diagnostic, ni suivi. Seul le Dr Z._____ a mentionné, dans ses rapports des 4 octobre 2020 et 4 janvier 2021, un état de détresse psychologique et une répercussion psychologie sans toutefois poser de diagnostics, n'étant en outre pas psychiatre. A l'aune de tels éléments, on ne saurait de toute évidence considérer que l'existence d'une atteinte à la santé psychique ait été établie au degré de la vraisemblance prépondérante prévalant en matière d'assurances sociales (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.3), et ce encore moins sous l'angle du lien de causalité nécessaire avec l'évènement du 22 août 2019. Le recourant n'a d'ailleurs pas allégué souffrir d'une telle atteinte, ni d'ailleurs d'une quelconque atteinte neurologique qui n'a précisément pas été constatée par le Dr I._____ (cf. rapports des 7 mai 2020 et 30 avril 2021).

d) Au vu de ce qui précède, la Cour de céans ne peut que se rallier à l'appréciation du Dr P._____, reconnaissant au recourant une pleine capacité de travail sans diminution de rendement dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

6. S'agissant du volet économique, le recourant a fait valoir que son salaire de valide était 28 % inférieur au salaire de référence et qu'il fallait appliquer le parallélisme des revenus. Il a fait valoir qu'il fallait également tenir compte d'un abattement de 25 % sur le salaire d'invalidé du moment que ses limitations fonctionnelles l'empêchaient d'avoir accès aux activités les mieux rémunérées du niveau de compétence 1 et du fait qu'il était étranger et au bénéfice d'un permis de travail.

a) Pour évaluer le taux d'invalidité au sens de l'art. 18 LAA et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA).

b) La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_1/2020 du 15 octobre 2020 consid. 3.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références ; TF 8C_837/2019 du 16 septembre 2020 consid. 5.2).

c) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

d) aa) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à

des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

bb) 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).

cc) 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).

dd) 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).

e) Lorsqu'avant la survenance de l'atteinte à la santé la personne assurée réalisait un revenu nettement inférieur aux salaires habituels dans sa branche d'activité pour des raisons étrangères à l'invalidité, il y a lieu d'en tenir compte dans la comparaison des revenus en opérant un parallélisme des revenus à comparer pour l'évaluation de l'invalidité (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 lorsque pour une activité à temps complet, sans heures supplémentaires, il est inférieur d'au moins 5 % au salaire statistique de la branche pour l'ensemble de la Suisse (ATF 141 V 1 consid. 5.7 ; 135 V 297). Il convient alors de prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. En pratique, on peut tenir compte des facteurs étrangers à l'invalidité, pour déterminer le revenu sans invalidité, en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité pour le porter jusqu'à un montant correspondant au salaire statistique de la branche, mais réduit de 5 %, et renoncer à procéder à une déduction particulière en raison des mêmes facteurs lors du calcul du revenu avec invalidité au moyen de salaires statistiques. Dans ce dernier calcul, seule entre encore en considération une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de la personne assurée et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

Toutefois, lorsque la réalisation d'un revenu d'invalidité situé dans la moyenne apparaît raisonnablement possible et exigible, il n'y a pas lieu d'adapter en conséquence le revenu sans invalidité qui serait inférieur à la moyenne pour des motifs d'ordre économique. Cela n'est pas constitutif d'une inégalité de traitement à l'égard des personnes à faible revenu. En d'autres termes, un motif exclusivement économique pour justifier un salaire inférieur à la moyenne n'est pas suffisant pour adapter le salaire statistique (ATF 135 V 58 consid. 3.4).

7. En l'occurrence, l'intimée a calculé le degré d'invalidité du recourant en tenant compte d'un revenu sans invalidité de 53'115 fr. en se fondant sur le salaire indiqué dans la CCT Poste CH SA, région C (Daillens) catégorie EF 3 (cf. calcul du taux d'invalidité du 20 octobre 2021), à savoir un salaire horaire de 24 fr. 32. A cet égard, le recourant a fait valoir que ce salaire était inférieur de 28 % au salaire de référence et ne saurait dès lors être pris en compte. Or, on constatera que ce salaire se rapproche et est même supérieur aux informations données par l'employeur pour l'année 2021, à savoir un salaire horaire de 24 fr. 20. Ainsi, on ne saurait appliquer le parallélisme des revenus du moment que le revenu retenu n'est pas inférieur à ce que le recourant aurait réellement touché. A cet égard, on relèvera que rien au dossier n'indique que le recourant aurait cherché à augmenter son revenu avant la survenance de l'accident. Si le recourant dispose d'une formation de vendeur, il n'a cependant jamais exercé cette profession, travaillant plutôt comme livreur (restauration rapide) ou comme facteur, son objectif étant de devenir chauffeur indépendant VTC (cf. compte-rendu d'entretien du 22 juillet 2020). Dans ces circonstances, le salaire ressortant de la CCT peut effectivement être confirmé.

S'agissant du revenu avec invalidité actualisé à 65'354 fr. 29 dans la décision sur opposition litigieuse, l'intimée s'est basée sur l'ESS 2020, TA1_skill level, tous secteurs d'activité confondus, niveau de compétence 1 pour un homme qu'elle a rapporté à une durée hebdomadaire de 41.7 heures et indexé selon un taux de - 0.7 % pour 2021. Le recourant n'a pas contesté le principe d'un calcul du revenu d'invalidité sur la base de l'ESS vu l'absence de revenu effectivement réalisé, ni le résultat du calcul mais a en revanche fait valoir qu'un abattement de 25 % devait être pris en compte du moment que ses limitations fonctionnelles l'empêchaient d'avoir accès aux activités les mieux rémunérées du niveau de compétence 1 et du fait qu'il était étranger et au bénéfice d'un permis de travail. Or, les circonstances du cas d'espèce ne justifient pas que l'on tienne compte d'un tel facteur. En effet, il y a lieu de constater que le recourant n'est pas limité sur le plan de ses connaissances linguistiques et qu'il est en mesure d'exercer une activité à plein temps sans diminution de rendement si l'activité respecte

ses limitations fonctionnelles. De plus, les restrictions fonctionnelles reconnues, qui exigent du recourant qu'il évite les efforts répétitifs du membre supérieur droit ainsi que le port de charges de 20 à 25 kg et le port répété de charges de 10-15 kg, ne sauraient être qualifiées de sévères. Elles ne suffisent pas à réduire les perspectives salariales dans une mesure permettant un abattement sur son salaire d'invalidité. Une déduction supplémentaire sur le salaire statistique ne se justifie donc pas pour tenir compte des circonstances liées à son handicap. En effet, un abattement n'entre en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'y a plus d'éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (cf. TF 8C_659/2021 du 17 février 2022 consid. 4.3.1). En outre, tant la nationalité française du recourant que son permis B ne le placent pas dans une situation précaire du point de vue du droit des étrangers. En effet, les citoyens de l'Union européenne, notamment les citoyens français comme l'est le recourant, ne rencontrent pas de difficultés particulières dans l'obtention d'un permis de travail suisse. Il importe encore de mentionner que le recourant est né en [...], de sorte qu'il est encore jeune, qu'il s'exprime en français et qu'il dispose d'une expérience professionnelle variée (création d'une entreprise de fast food, livraison de repas à domicile, coordination des plannings, facteur), c'est-à-dire des éléments parlant plutôt en faveur d'un possible retour sur le marché du travail. Ces critères ne justifient donc pas de procéder à une réduction supplémentaire du salaire statistique. Si par impossible un abattement devait être concédé, il ne pourrait excéder 5 %, ce qui ne suffirait quoi qu'il en soit pas à ouvrir le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assureur-accidents, puisqu'aucun préjudice économique ne résulterait de la comparaison entre le revenu de valide et celui d'invalidité. A titre indicatif, et sur le plan purement théorique puisque les circonstances du cas d'espèce ne le justifient pas, même un abattement de 10 %, voire 15 %, aboutirait à une invalidité largement inférieure à 10 %, insuffisante pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (53'115 fr. - [65'354 fr. 29 x 90 %] = - 5'703 fr 85 : 53'115 fr. = - 10,73 % / 53'115 fr. - [65'354 fr. 29 x 85 %] = - 2'436 fr 14 : 53'115 fr. = - 4,58 %).

8. L'intimée a également dénié au recourant le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité résultant de l'accident assuré. Le recourant a conclu pour sa part à l'octroi d'une indemnité pour une atteinte à l'intégrité d'un taux de 10 %.

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 toutes les personnes 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 la personne concernée (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité incombe avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement les limitations, et d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_566/2017 précité consid. 5.1 et la référence).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 113 V 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1, première phrase, de l'annexe 3). 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, deuxième phrase, de l'annexe 3). Le ch. 2 de l'annexe 3 OLAA dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 3.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

b) En l'espèce, l'intimée a nié le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, motif pris de l'absence de séquelles conformément à l'appréciation du Dr P._____.

Le recourant a contesté ce refus en faisant valoir que le Prof. F._____ avait, dans son rapport du 31 janvier 2022, retenu une indemnité comprise entre 5 et 10 %. Or, il faut déjà constater que seul le Prof. F._____ a considéré qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité pouvait être octroyée. Ensuite, son rapport du 31 janvier 2022 ne saurait être suffisant pour permettre de justifier l'allocation d'une telle indemnité. En effet, le Prof. F._____ s'est limité à indiquer au terme de son rapport que le CRPS au décours et l'irritation du nerf cubital représentaient une atteinte à l'intégrité entre 5 et 10 % sans autre précision et sans indiquer à quelle table d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA il se

référait, ni développer cette question dans son rapport. De plus, le Prof. F._____ a parlé d'une irritation du nerf cubital qui est sans lien avec l'accident ayant abouti à l'écrasement de l'auriculaire. Enfin, on constatera que le Prof. F._____ n'est pas revenu sur cette question dans son rapport du 9 janvier 2023, pas plus que le Dr N._____ dans son rapport subséquent du 7 décembre 2022. En définitive, cela ne saurait suffire à remettre en cause l'avis du médecin d'arrondissement qui peut donc être confirmé.

S'agissant enfin de l'arrêt dont s'est prévalu le recourant dans ses écritures (TF 8C_332/2009 du 10 septembre 2009), on constatera que la comparaison est manifestement mal fondée dans la mesure où cet arrêt concernait une distorsion de l'articulation tibio-tarsienne supérieure droite dont l'examen par radiographie avait permis d'exclure une fracture mais avait montré un œdème significatif de la moelle osseuse chez un cuisinier qui avait chuté dans les escaliers, ce qui n'est en rien comparable avec un facteur/coursier atteint à l'auriculaire à la suite d'une pression dans un chariot, sous réserve de l'absence de fracture et du développement d'un CRPS type 1 dans les suites de l'accident dans les deux cas. Ainsi, aucun parallèle entre cette affaire et le présent cas ne peut être fait.

9. Le dossier étant complet et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1), il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise telle que demandée par le recourant dans son écriture du 8 mars 2023.

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

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause et que l'intimée agit en sa qualité d'assureur social (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 24 octobre 2022 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais de justice, 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 Jean-Michel Duc (pour W. _____),
- 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 :