

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 septembre 2024

Composition : M. PIGUET, président
Mme Brélaz Braillard et M. Oulevey, juges
Greffier : M. Genilloud

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Samuel Leuba, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 et 18 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé en qualité d'« ouvrier polyvalent chapeur » pour le compte de l'entreprise D._____ SA à 100 % depuis le 4 juin 2018. A ce titre, il était assuré obligatoirement 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 4 octobre 2019, l'assuré a été victime d'un accident ; il s'est coincé et écrasé le poignet droit entre une barre métallique d'une cage d'ascenseur et un tuyau d'isolation d'environ 200 kg (aux dires de l'intéressé) durant plusieurs minutes, la barre métallique appuyant contre le versant ulnaire et le tuyau contre le versant radial. A la suite de cet évènement, l'assuré a présenté un poignet droit douloureux au niveau des carpes, surtout au niveau du bas du scaphoïde et du semi-lunaire, ainsi qu'une perte de sensibilité sur le 5^e doigt et sur la tranche de la main, s'arrêtant au poignet ; une radiographie du poignet droit n'a révélé aucune atteinte osseuse. Au final, un écrasement avec neurapraxie sensitive des nerfs ulnaire et radial a été retenu (cf. rapports du 5 octobre 2019 du Dr X._____, médecin praticien, et du 18 octobre 2019 du Dr M._____, médecins au [...] [ci-après: [...]]).

La CNA a pris en charge le cas.

L'assuré a repris le travail le 2 décembre 2019 à temps plein.

Constatant, vers le mois de mai 2020, l'exacerbation de ses douleurs, jusqu'alors tolérables, ainsi qu'une perte de force, l'assuré a à nouveau consulté le [...]. Une IRM (imagerie par résonance magnétique) du poignet droit effectuée le 13 mai 2020 a mis en évidence une arthrose du lunatum sur conflit ulno-carpien sans déchirure du complexe fibrocartilagineux triangulaire ainsi qu'un œdème osseux en miroir avec l'ulna et dans la corne post du côté radial (cf. rapport du 13 mai 2020 du [...]).

Après s'être améliorées durant quelques semaines, les douleurs sont réapparues vers septembre 2020 pour devenir de plus en plus importantes, si bien qu'une infiltration a été effectuée le 19 octobre 2020.

Observant que les douleurs présentées par l'assuré au poignet droit étaient compatibles avec un syndrome d'impaction ulno-carpien sur ulna long à droite, avec le développement de kyste dans la lunatum, et que les traitements conservateurs par physiothérapie, antalgie et infiltration ulno-carpienne n'avaient pas apporté d'amélioration, les médecins du [...] ont décidé de pratiquer, le 25 janvier 2021, une arthroscopie diagnostique du poignet droit avec débridement du cartilage du lunatum ainsi qu'une ostéotomie de raccourcissement de l'ulna droit par une plaque LCP (plaque à compression verrouillée ; cf. protocole opératoire du 22 février 2021 des Drs V._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique ainsi qu'en chirurgie de la main et S._____, spécialiste en chirurgie de la main), intervention qui s'est compliquée d'une neurapraxie du nerf ulnaire droit, probablement sur écrasement par un écarteur utilisé lors de l'ostéotomie, d'évolution favorable (cf. rapport du 28 janvier 2021 du [...]).

Malgré l'intervention précitée et une nouvelle infiltration radiocarpienne effectuée le 15 juin 2021, l'assuré a gardé des douleurs au poignet droit, surtout à l'effort, des limitations d'extension ainsi que des hypoesthésies aux abords de la cicatrice et sur le bord ulnaire de la main droite.

Un arthro-CT du poignet droit effectué le 25 novembre 2021 a mis en évidence une perforation (diagnostic différentiel : défaut) centrale du ligament scapho-lunaire avec portion palmaire et dorsale intègres, une arthrose radio-ulnaire distale, une arthrose radio-carpienne débutante ainsi que la persistance d'un kyste sous chondral au pôle proximal du lunatum et un autre sur le versant dorsal du lunatum (cf. rapport du 29 novembre 2021 du Dr K._____, spécialiste en radiologie).

Le 24 janvier 2022, l'assuré a subi une nouvelle intervention chirurgicale sous la forme d'une dénervation partielle du poignet droit (PIN, AIN, nerf radial superficiel, branche dorsale du nerf ulnaire ; cf. protocole opératoire du 26 janvier 2022 des Drs V._____ et S._____).

Dans un rapport du 24 février 2022, la Dre S._____ a estimé que toutes les options thérapeutiques à disposition consistaient en des interventions palliatives sur le poignet (notamment arthrodèse partielle du poignet), lesquelles limiteraient la mobilité et la force dans la main, sans supprimer de manière certaine les douleurs. Relevant qu'une reprise dans son ancien métier n'était plus possible, elle a préconisé la mise en place d'un séjour à la [...] (ci-après : [...]) afin d'évaluer l'assuré et de définir une possible reconversion professionnelle.

Malgré une infiltration échoguidée supplémentaire en radio-carpien effectuée le 30 mai 2022, l'assuré a continué à présenter des douleurs quotidiennes, tant au repos qu'à l'effort, étant très gêné dans ses activités quotidiennes. Seule une arthrodèse partielle avec fusion radio-scapho-lunaire était encore envisageable à ce stade (cf. rapport du 7 juillet 2022 de la Dre L._____, spécialiste en chirurgie de la main, du [...]).

Dans un rapport du 19 août 2022, la Dre L._____, a relevé qu'il persistait toujours une douleur en regard de la face dorsale du poignet, péjorée lors des mouvements de flexion-extension du poignet. Constatant que l'assuré ne pourrait jamais reprendre son ancienne activité sur les chantiers, et compte tenu des options chirurgicales limitées et sans garantie d'amélioration, la Dre L._____ a estimé qu'il était nécessaire de proposer à l'intéressé une reconversion professionnelle dans une activité adaptée qui n'impliquait pas le port de charges de plus de 5 kg avec la main droite ni d'activités répétées monomanuelles de plus d'une heure.

L'assuré a séjourné à la [...] du 4 octobre au 1^{er} novembre 2022. Dans son rapport du 15 novembre 2022, le Dr T._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a retenu, sur le plan orthopédique,

une maladie de Dupuytren du fléchisseur du 4^e rayon à droite, pour laquelle aucun suivi particulier n'était préconisé pour la suite ; s'agissant du poignet droit, peu de changements avaient été observés au cours du séjour, si ce n'était une diminution des compensations du membre supérieur, raison pour laquelle il n'y avait aucune indication à une nouvelle intervention chirurgicale, ni à la poursuite de l'ergothérapie ou de la physiothérapie en ambulatoire. Aucun diagnostic du domaine psychiatrique ou neurologique n'a par ailleurs été retenu. Le Dr T. _____ précisait que la situation de l'assuré était sur le point d'être stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Au niveau des limitations fonctionnelles, les activités impliquant des ports de charges supérieures à 10-15 kg, des ports répétés de charges supérieures à 5-10 kg, des mouvements nécessitant de la force ou des amplitudes importantes du poignet droit ou des mouvements répétés du poignet droit étaient proscrites.

Dans un rapport du 19 janvier 2023, la Dre L. _____ a indiqué qu'elle avait revu l'assuré fin décembre 2022 et que le status et les plaintes étaient globalement similaires, raison pour laquelle elle n'avait pas de nouvelle solution à proposer. Elle confirmait par ailleurs les limitations fonctionnelles évoquées dans son rapport du 19 août 2022.

Le 15 février 2023, l'assuré a été examiné par la Dre R. _____, médecin d'arrondissement. Dans son rapport du même jour, cette médecin a considéré que l'état de santé de l'assuré était stabilisé ; aucun traitement chirurgical ou médical ne pouvait grandement améliorer son état de santé. Elle était d'avis que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle de chapeur ou d'ouvrier de la construction était nulle, ce de manière définitive. En revanche, elle estimait que dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (pas de port répété et/ou prolongé de charges supérieures à 5 kg, pas de mouvement répété du poignet droit, pas de mouvement nécessitant de la force ou des amplitudes importantes du poignet droit et pas de mouvement fin [activités fines] avec la main droite), la capacité de travail de l'intéressé

était entière, sans diminution de rendement. Par ailleurs, aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité ne se justifiait.

Par courrier informel du 12 avril 2023, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et à l'indemnité journalière avec effet au 30 avril 2023.

Par décision du 22 juin 2023, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 22 % à compter du 1^{er} mai 2023, tout en lui déniait le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Le 6 juillet 2023, l'assuré, par son mandataire, Me Jean-Samuel Leuba, a fait opposition à cette décision. Il reprochait à la CNA une violation de son droit d'être entendu, en tant qu'elle avait mis un terme au paiement des frais médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 1^{er} mai 2023 sans rendre de décision formelle et sans lui laisser le temps de se prononcer sur l'avis médical du 15 février 2023 de la médecin d'arrondissement, lequel ne lui avait été transmis que par courrier du 26 avril 2023 et dont le contenu est en tout état de cause contesté. Quant à l'évaluation de l'incapacité de gain de 22 %, elle ne tenait pas suffisamment compte de ses limitations fonctionnelles, lesquelles étaient difficilement conciliables avec les activités du secteur de l'industrie préconisées par la CNA, ce d'autant plus qu'il était droitier. Des mesures d'investigation complémentaires devaient donc être menées afin de déterminer objectivement l'ampleur des atteintes subies et leur caractère durable.

Le 27 juillet 2023, l'assuré a complété son opposition. Relevant qu'il bénéficiait d'un placement à l'essai sous l'égide de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) – mesure ayant pour but de vérifier qu'il possédait effectivement les capacités nécessaires pour intégrer le marché de l'emploi –, il faisait valoir que sa situation n'était pas clairement établie et que la CNA ne pouvait rendre une décision avant que l'OAI ne se prononce sur son cas.

Par décision sur opposition du 16 novembre 2023, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. Elle a considéré qu'au vu des pièces médicales au dossier, la situation médicale de l'assuré était manifestement stabilisée ; elle était donc fondée à mettre un terme au paiement des soins médicaux et au versement de l'indemnité journalière ainsi qu'à statuer sur son droit à la rente d'invalidité. Contrairement à l'avis de l'assuré, elle estimait qu'elle n'était pas tenue d'attendre le terme de son placement à l'essai mis en place par l'OAI. Aucun élément ne permettait de remettre en cause l'appréciation du 15 février 2023 de la Dre R._____, laquelle s'était prononcée en pleine connaissance du dossier et après avoir personnellement examiné l'assuré. S'agissant de la rente d'invalidité fondée sur le taux de 22 %, elle devait être confirmée.

B. Par acte du 20 décembre 2023, B._____, par son mandataire, a déféré la décision sur opposition du 16 novembre 2023 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme, en ce sens qu'une capacité de travail d'un taux égal ou inférieur à 60 % dans une activité adaptée soit retenu afin de tenir compte de l'ensemble de ses limitations fonctionnelles et que la cause soit renvoyée à la CNA pour qu'elle procède au calcul du droit à la rente, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à la CNA pour nouvelle décision au sens des considérants. Il a en outre requis la restitution de l'effet suspensif au recours. En substance, l'assuré contestait être en mesure d'exercer une activité adaptée dans différents secteurs de l'industrie à temps complet et sans perte de rendement. Se référant aux rapports des 24 juillet et 14 décembre 2023 du Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, il indiquait que son état psychique s'était détérioré depuis deux mois environ, précisant souffrir d'une symptomatologie dépressive anxieuse, de troubles du sommeil, d'une irritabilité et d'une instabilité émotionnelles, d'une hypersensibilité au stress, d'un manque de concentration et d'une fatigabilité augmentée en lien direct avec l'accident du 4 octobre 2019. Il a également produit un rapport du 13 décembre 2023 de son médecin traitant, le Dr Z._____, indiquant que l'état de santé physique de son patient se détériorait, avec

l'aggravation de ses douleurs au poignet droit aussi bien au repos qu'en cas d'efforts minimes tels que la conduite automobile, le port de charges légères de moins de 5 kg ou encore le lavage des dents ou des cheveux. L'assuré était d'avis qu'il disposait d'une capacité résiduelle de travail de tout au plus 60 % dans une activité adaptée à ses limitations physiques et psychiques. Le revenu d'invalidé devait dès lors être nettement inférieur à celui arrêté par la CNA, ce d'autant plus qu'un taux d'abattement supérieur à 5 % aurait dû être retenu. Enfin, il a requis notamment la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin de confirmer les taux d'incapacité de travail décrits par ses médecins traitants ainsi que l'audition des Drs Z._____ et P._____.

Dans sa réponse du 15 mars 2024, la CNA, représentée par Me Antoine Schöni, a conclu au rejet du recours. En ce qui concerne le rapport du 13 décembre 2023 du Dr Z._____, en tant qu'il se contentait de relater les déclarations de son patient, il n'était pas susceptible de remettre en cause l'appréciation probante de la Dre R._____. S'agissant des atteintes psychiques invoquées par l'assuré et mentionnées par le Dr P._____, elles n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident. La CNA était donc parfaitement fondée à considérer que l'intéressé disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles définies par la Dre R._____. Enfin, il n'y avait pas lieu de modifier le calcul de l'invalidité, le taux d'abattement de 5 % tenant suffisamment compte de ses limitations fonctionnelles s'agissant d'un revenu d'invalidé défini sur la base du niveau de compétence le plus bas de l'ESS (Enquête suisse sur la structure des salaires).

Par réplique du 29 avril 2024, l'assuré a confirmé les conclusions et les moyens de son recours. Il faisait en outre valoir qu'au vu des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques, de la durée anormalement longue du traitement médical et des douleurs physiques persistantes - lesquelles avaient d'ailleurs rendu nécessaire une nouvelle intervention au [...] en date du 18 avril 2024 -, un lien de causalité entre l'accident du 4 octobre 2019 et ses affections psychiques devait être admis.

Par duplique du 29 mai 2024, la CNA a derechef conclu au rejet du recours. Elle considérait qu'hormis éventuellement le critère des douleurs persistantes - lequel ne se manifestait toutefois pas avec une intensité particulière - aucun des critères jurisprudentiels permettant de reconnaître un lien de causalité adéquate entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique n'était réalisé.

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 a pour objet la question de savoir si le recourant peut prétendre à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents en raison des troubles - somatiques et psychiques - qu'il a présentés dans les suites de son accident du 4 octobre 2019, singulièrement le taux à la base de cette prestation.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non

professionnel et de maladie professionnelle. 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 (art. 4 LPGa).

b) L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'assurance-accidents doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées ; TF 8C_36/2017 du 5 septembre 2017 consid. 3.1).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références citées).

aa) En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

bb) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6 ; 403 consid. 5). Le Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (ATF 148 V 301 consid. 4.3.1). La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 5.2.1). Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. S'agissant d'un accident de gravité moyenne, il convient encore d'évaluer si d'autres circonstances objectives lui sont directement liées ou apparaissent comme des conséquences directes ou indirectes de celui-ci. De telles circonstances sont en effet elles-mêmes susceptibles, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, d'entraîner ou d'aggraver une incapacité de gain d'origine psychique en relation avec l'accident (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa). Ainsi, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du

caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; 115 V 133 consid. 6c/bb). De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C_816/2021 précité consid. 3.3 et les références). Par ailleurs, un seul critère peut être suffisant pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves (ATF 147 V 207 consid. 5.2.2 et les références).

4. a) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité,

pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023). 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).

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

c) Pour déterminer le revenu sans invalidité, il faut établir quel salaire l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en posant la présomption qu'il aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2).

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

aa) 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).

bb) 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).

5. a) Pour pouvoir examiner le droit aux prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133

consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

b) C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert 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 et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

6. a) En l'espèce, le recourant a été victime le 4 octobre 2019 d'un accident sur son lieu de travail qui a entraîné un traumatisme au poignet droit. Malgré une évolution progressivement favorable, le recourant a gardé des douleurs et des limitations fonctionnelles. Un conflit ulno-carpien a alors été suspecté et le recourant a notamment bénéficié d'une ostéotomie raccourcissante de l'ulna droit - compliquée d'une neurapraxie du nerf ulnaire droit, probablement sur écrasement par un écarteur utilisé lors de l'ostéotomie, d'évolution favorable - ainsi que d'une arthroscopie diagnostique mettant en évidence notamment une perforation (diagnostic différentiel : défaut) centrale du ligament scapho-lunaire. Malgré la prise d'antalgiques, les infiltrations radio-carpiennes effectuées et les séances de physiothérapie et d'ergothérapie dispensées,

le recourant a continué à présenter des douleurs et des limitations fonctionnelles qui l'empêchaient de reprendre son activité habituelle. Dans le décours de ses affections au poignet droit, le recourant semble par ailleurs avoir développé des symptômes dépressifs.

b) En premier lieu, il convient de relever que c'est à juste titre que l'intimée a considéré que l'état de santé du recourant, sur le plan somatique, était stabilisé à compter du 30 avril 2023, ce que le recourant ne remet au demeurant pas en cause. En effet, il est admis par les médecins consultés (cf. en particulier les rapports des 19 août 2022 et 19 janvier 2023 de la Dre L._____, du [...], du 15 novembre 2022 du Dr T._____, de la [...], et du 15 février 2023 de la Dre R._____, médecin d'arrondissement) qu'il n'existe plus d'options chirurgicales – autres que conservatrices – susceptibles d'améliorer les douleurs du recourant et que ce dernier dispose, malgré les séquelles de son accident, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port répété et/ou prolongé de charges supérieures à 5 kg, pas de mouvement répété du poignet droit, pas de mouvement nécessitant de la force ou des amplitudes importantes du poignet droit et pas de mouvement fin [activités fines] avec la main droite). Aucune pièce médicale au dossier ne vient jeter le doute sur cette appréciation de la situation sur le plan somatique. Enfin, il sied de relever qu'il n'y a pas lieu de s'intéresser, dans le cadre de la présente procédure, aux circonstances qui ont donné lieu à une nouvelle intervention chirurgicale le 18 avril 2024, celles-ci étant à l'évidence postérieures à la décision litigieuse.

c) Sur le plan psychiatrique, le recourant fait valoir, sur la base des rapports des 24 juillet et 14 décembre 2023 du Dr P._____, qu'il souffre, à tout le moins depuis le début de l'année 2021, de troubles psychiques (épisode dépressif moyen [F32.1], douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques [F45.41]), occasionnant une instabilité émotionnelle, une hypersensibilité au stress, un manque de concentration, une fatigabilité augmentée avec faible résistance à l'endurance ainsi qu'un épuisement des ressources adaptatives.

aa) Cela étant, la question de savoir si les troubles psychiques dont souffre le recourant sont en relation de causalité probable avec l'évènement survenu le 4 octobre 2019 peut demeurer ouverte. En effet, en tant que le caractère naturel et le caractère adéquat du lien de causalité doivent être remplis cumulativement pour octroyer des prestations d'assurance-accidents, la jurisprudence admet de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle dans les cas où ce lien de causalité ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 147 V 207 consid. 6.1 et la référence citée).

bb) Or, en l'occurrence, il n'est pas possible de retenir l'existence d'un lien de causalité adéquate.

aaa) Tout d'abord, il convient de relever que l'accident du 4 octobre 2019 – dont la gravité doit être appréciée d'un point de vue objectif, sans s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique (cf. ATF 117 V 366 consid. 6a et la référence citée) – doit, compte tenu de son déroulement, être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne *stricto sensu*. En effet, pour apprécier le degré de gravité d'un accident, seules sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.3.1 et les références citées). Or en l'espèce, au moment de l'accident, le recourant était chargé de ramener au sol un tuyau à chape rempli de mortier d'environ 200 kg à l'aide d'une cage d'ascenseur. Ce tuyau, qui était attaché à la cage d'ascenseur, s'est soudainement décroché et est venu écraser le poignet droit du recourant durant plusieurs minutes. Un tel choc peut certes être considéré comme violent et inattendu, voire relativement impressionnant. Toutefois, il n'a causé aucune chute, ni de malaise ou de perte de connaissance. De surcroît, la force avec laquelle le tuyau est venu écraser le poignet droit du

recourant a vraisemblablement été relativement faible puisque ledit tuyau s'est décroché de la cage d'ascenseur dans laquelle se trouvait l'intéressé. Ce constat a d'ailleurs été confirmé par les imageries effectuées immédiatement après l'accident, lesquelles n'ont révélé aucune atteinte osseuse.

bbb) Reste à examiner en second lieu si les critères jurisprudentiels sont réalisés.

S'agissant du critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, il convient de rappeler que l'adoption de ce critère par la jurisprudence repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. C'est le déroulement de l'accident dans son ensemble qu'il faut prendre en considération. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances de l'espèce et non en fonction du ressenti subjectif de l'assuré, en particulier de son sentiment d'angoisse. Il faut en effet observer qu'à tout accident de gravité moyenne est associé un certain caractère impressionnant, lequel ne suffit pas pour admettre l'existence du critère en question (TF 8C_361/2022 du 13 octobre 2022 consid. 5.3.1 ; TF 8C_600/2020 du 3 mai 2021 consid. 4.2.3 et la référence citée). En l'occurrence, si l'accident subi par le recourant peut, de prime abord, sembler spectaculaire, il n'y a pas lieu d'admettre qu'il revêt un caractère particulièrement impressionnant et qu'il s'est déroulé dans des circonstances particulièrement dramatique. Au contraire, l'accident s'est déroulé dans un contexte relativement banal pour un ouvrier et n'a de surcroit pas été causé lors de l'utilisation directe d'une machine ou par un objet contendant.

Pour ce qui est du critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques, il peut être retenu en présence de lésions physiques graves

ou, s'agissant de la nature particulière des lésions physiques, d'atteinte à des organes auxquels l'homme attache normalement une importance subjective particulière (par exemple la perte d'un œil ou certains cas de mutilations à la main dominante ; TF 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 4.3.2 et les références citées). En l'occurrence, ce critère n'est pas réalisé. En effet, le recourant a uniquement présenté des douleurs à son poignet droit, sans fracture, atteinte qui ne saurait être qualifiée de grave.

En ce qui concerne le critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il sied de relever que l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré. La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations, même pendant une certaine durée, ne suffisent pas à fonder ce critère (ATF 148 V 138 consid. 5.3.1). En l'occurrence, il convient de relever que le traitement médical appliqué au recourant a consisté dans un premier temps en des mesures conservatrices, lesquelles lui ont permis de reprendre son activité professionnelle dès le 2 décembre 2019. Ce n'est que dans un second temps qu'il est apparu nécessaire de procéder à des interventions chirurgicales, la première, une arthroscopie diagnostique du poignet droit avec débridement du cartilage du lunatum et ostéotomie de raccourcissement de l'ulna droit le 25 janvier 2021 et une seconde, une dénervation partielle du poignet droit le 24 janvier 2022. Certes de telles interventions peuvent être qualifiées d'invasives. Celles-ci ne sauraient toutefois être considérées comme particulièrement lourdes, ce d'autant plus qu'elles se sont déroulées en ambulatoire. Qui plus est, elles ont été réalisées à un an d'intervalle. La période de dix-neuf mois qui s'est écoulée entre la première intervention le 25 janvier 2021 et le rapport du 19 août 2022 de la Dre L._____, laquelle soulignait la nécessité de se concentrer désormais sur les mesures d'ordre professionnel, n'est pas suffisante pour conclure à une durée anormalement longue des soins médicaux. D'ailleurs, il ressort du rapport du 15 novembre 2022 du Dr T._____, de la [...], que des facteurs contextuels ont empêché une évolution favorable de la situation de l'intéressé sur le plan physique

(catastrophisme élevé, kinésiophobie légère à modérée et sous-estimation importante de ses capacités fonctionnelles). Au vu de ces éléments, le critère de la durée et de l'intensité du traitement médical ne saurait être considéré comme rempli en l'espèce.

S'agissant du critère des douleurs physiques persistantes, il est nécessaire que les douleurs importantes aient existé sans interruption notable durant tout le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (art. 19 al. 1 LAA). L'intensité des douleurs doit être examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4). En l'occurrence, le recourant présente toujours des douleurs résiduelles au niveau de son poignet droit ; celles-ci n'ont jamais véritablement pu être éliminées durablement depuis l'accident le 4 octobre 2019. En tant que ces douleurs peuvent être mises en lien avec une atteinte objective, respectivement avec une atteinte qui présenterait un rapport de causalité naturelle avec l'accident, ce critère peut être considéré comme réalisé.

En tant qu'aucun élément au dossier ne suggère un doute quant au caractère adéquat de la prise en charge, le critère des erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ne saurait être retenu.

Quant au critère relatif aux difficultés apparues durant la guérison et des complications importantes, la jurisprudence a précisé qu'il doit exister des motifs particuliers ayant entravé la guérison, et ce même s'il n'a pas été possible de supprimer les douleurs de l'intéressé ni même de rétablir une capacité de travail entière (TF 8C_613/2019 du 17 septembre 2020 consid. 6.4.3 et les références citées). Or rien n'indique que le recourant aurait été confronté à des complications particulières. Certes l'intervention du 25 janvier 2021 s'est compliquée d'une neurapraxie du nerf ulnaire droit, probablement sur écrasement par un écarteur utilisé lors de l'ostéotomie. Cependant, cette complication, qui n'a au demeurant pas causé de nouvelle atteinte, a rapidement évolué favorablement et n'a pas sensiblement retardé la guérison. En outre, le

fait que l'intéressé a bénéficié de traitement par antalgiques et par infiltrations, et subi plusieurs interventions chirurgicales – sans succès – ne suffit pas à conduire à l'admission de ce critère.

Enfin, en ce qui concerne le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail, celui-ci peut être admis. En effet, si l'on excepte les périodes durant lesquelles le recourant a pu reprendre son activité – soit du 2 décembre 2019 jusqu'à début octobre 2020 ainsi qu'entre début novembre et mi-décembre 2020 – il apparaît qu'il a subi, entre la survenance de l'accident le 4 octobre 2019 et le rapport du 19 août 2022 de la Dre L._____ invitant l'intimée à évaluer la pertinence d'une reconversion professionnelle, une période d'incapacité totale de travail de plus de deux ans. On ne saurait toutefois retenir que ce critère soit réalisé de manière particulièrement marquante.

En définitive, en tant que seuls deux des critères précités sont réalisés en l'espèce, un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques du recourant et l'accident du 4 octobre 2019 ne saurait être reconnu. Dès lors, il n'appartient pas à l'intimée de prendre en charge, au titre de l'assurance-accidents, les troubles psychiques que le recourant a présentés dans les suites de son accident.

7. Pour le reste, la comparaison des revenus effectuée par l'intimée pour déterminer le taux d'invalidité du recourant ne porte pas le flanc à la critique et doit être confirmée. Contrairement à ce que soutient le recourant, il n'y a pas lieu de procéder à un abattement sur le salaire statistique pris en considération pour fixer le revenu d'invalidé supérieur à 5 %. En effet, la valeur statistique utilisée par l'intimée (ESS 2020, tableau TA1_skill_level, niveau de compétence 1) s'applique aux assurés qui conservent une capacité de travail dans des activités simples et répétitives et recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique ni de formation professionnelle. Ces facteurs n'entrent ainsi pas en ligne de compte pour fixer un abattement supplémentaire en l'espèce (à cet égard, cf. TF 9C_458/2018 du 17 octobre 2018 consid. 4.1). En outre, âgé de 49

ans au moment de la décision litigieuse, le recourant n'avait pas encore atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (sur ce point, cf. par exemple ATF 143 V 431 consid. 4.5.2). De plus, il est titulaire du permis C, réside en Suisse depuis 2005 et dispose de connaissances suffisantes de la langue française, tant à l'oral qu'à l'écrit, de sorte qu'on ne saurait considérer qu'il puisse rencontrer des difficultés particulières à retrouver un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles.

C'est donc à juste titre que l'intimée a octroyé au recourant une rente d'invalidité de 22 %.

8. Dans le cadre de son recours, le recourant a requis, à titre de mesures d'instruction complémentaires, notamment la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire ainsi que l'audition des Drs Z. _____ et P. _____. Cela étant, les pièces au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause et de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

9. **a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. La requête d'effet suspensif formulée par le recourant dans son mémoire de recours est, compte tenu du présent arrêt, devenue sans objet.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens ni au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA), ni à l'intimée, dès lors

qu'elle a agi en qualité d'institution chargée de tâches de droit public (ATF 126 V 143 consid. 4 ; cf. également ATF 128 V 323).

d) Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Me Leuba peut ainsi prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 19 juin 2024, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, dite liste peut être intégralement suivie. Il convient dès lors d'arrêter l'indemnité à 3'127 fr. 35 fr., débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3^{bis} RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

e) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 16 novembre 2023 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.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Jean-Samuel Leuba, conseil du recourant, est arrêtée à 3'127 fr. 35 (trois mille cent vingt-sept francs et trente-cinq centimes), débours et TVA compris.

- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Jean-Samuel Leuba (pour B. _____), à Lausanne,
- Me Schöni (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents), à Bienne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :