

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2022 / 482 vom 5. Oktober 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-10-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2022\\_\\_482](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2022__482)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2022 / 482 du 5 octobre 2022

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2022 / 482 del 5 ottobre 2022

## Regeste

INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ, CONDITION DU DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, RENTE D'INVALIDITÉ | 18 LAA, 19 LAA, 24 LAA, 25 LAA, 6 LAA, 16 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

## Erwägungen

### E. 5

Dans un arrêt du 15 juillet 2020, le Tribunal fédéral a notamment exposé ce qui suit en ce qui concerne le SDRC (TF 8C\_416/2019 consid. 5.1) : « Anciennement nommé algodystrophie ou maladie de Sudeck, [le SDRC] a été retenu en 1994 par un groupe de travail de l'International Association for the Study of Pain (IASP). Il constitue une entité associant la douleur à un ensemble de symptômes et de signes non spécifiques qui, une fois assemblés, fondent un diagnostic précis (DR F. LUTHI/DR P.-A. BUCHARD/A. CARDENAS/C. FAVRE/DR M. FÉDOU/M. FOLI/DR J. SAVOY/DR J.-L. TURLAN/DR M. KONZELMANN, Syndrome douloureux régional complexe, in Revue médicale suisse 2019, p. 495). L'IASP a aussi réalisé un consensus diagnostique aussi complet que possible avec la validation, en 2010, des critères dits de Budapest, à savoir: 1) Douleur qui persiste et apparaît disproportionnée avec l'événement initial 2) Au moins un symptôme dans trois (critères cliniques) ou quatre (critères recherche) des quatre catégories suivantes: a) Sensoriel: le patient décrit une douleur qui évoque une hyperpathie et/ou une allodynie b) Vasomoteur: le patient décrit une asymétrie de température et/ou un changement de couleur et/ou une asymétrie de couleur c) Sudomoteur/oedème: le patient décrit un oedème et/ou une asymétrie de sudation d) Moteur/trophique: le patient décrit une raideur et/ou une dysfonction motrice (faiblesse, tremor, dystonie) et/ou un changement trophique (pilosité, ongles, peau). 3) Au moins un signe dans deux des catégories suivantes (critères cliniques et recherche) : a) Sensoriel: confirmation d'une hyperpathie et/ou allodynie b) Vasomoteur: confirmation d'une asymétrie de température et/ou changement de couleur et/ou asymétrie de couleur c) Sudomoteur/oedème: confirmation d'un oedème et/ou asymétrie de sudation d) Moteur/trophique: confirmation d'une raideur et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremor, dystonie) et/ou changement trophique (pilosité, ongles, peau) 4) Il n'existe pas d'autre diagnostic qui explique de manière plus convaincante les symptômes et les signes cliniques Les critères ci-dessus sont exclusivement cliniques et ne laissent que peu de place aux examens radiologiques (radiographie, scintigraphie, IRM). L'utilisation de l'imagerie fait l'objet d'une controverse dans le milieu médical, mais garde un rôle notamment dans la recherche de diagnostics différentiels, ou lorsque les signes cliniques sont discrets ou incomplets ainsi que dans certaines formes atypiques (DRS K. DISERENS/P.

VUADENS/PR JOSEPH GHIKAIN, Syndrome douloureux régional complexe: rôle du système nerveux central et implications pour la prise en charge, in *Revue médicale suisse* 2020, p. 886; F. LUTHI/M. KONZELMANN, Le syndrome douloureux régional complexe [algodystrophie] sous toutes ses formes, in *Revue médicale suisse* 2014, p. 271). En pratique, si les critères 1 à 3 sont remplis et que le critère 4 est respecté, on doit considérer que le patient souffre d'un SDRC; toutefois la valeur prédictive positive n'est que de 76 %. Si les critères sont partiellement remplis, il faut poursuivre le diagnostic différentiel et réévaluer le patient. Si les critères ne sont pas remplis, le patient a une probabilité quasi nulle d'avoir un SDRC (DR F. LUTHI/DR P.-A. BUCHARD/A. CARDENAS/C. FAVRE/DR M. FÉDOU/M. FOLI/DR J. SAVOY/DR J.-L TURLAN/DR M. KONZELMANN, op. cit., p. 498). Le SDRC est quatre fois plus fréquent chez la femme, le plus souvent au membre supérieur, avec une prédominance entre 50 et 70 ans. L'introduction des critères de Budapest a réduit de 50 % les diagnostics de SDRC (DRS K. DISERENS/P. VUADENS/PR JOSEPH GHIKAIN, op. cit., p. 885 s.). » Par ailleurs, la littérature médicale expose qu'il n'y a pas d'examen gold standard pour le diagnostic de SDRC, « [...] il n'existe pas de gold standards équivalents et pas de tests absolus qui soient spécifiques du SDRC » (SDRC, Syndrome douloureux régional complexe. SUVA Care. W. Jänig, R. Schaumann, W. Vogt (éditeurs), éd. septembre 2013, p 52). Les examens complémentaires peuvent contribuer au diagnostic mais ne permettent pas d'exclure un diagnostic de SDRC. « Les examens paracliniques n'ont qu'une valeur limitée (Schürmann et al.) » (SDRC, Syndrome douloureux régional complexe op. cit., p. 63). Le diagnostic du SDRC est basé sur des critères cliniques, les critères de Budapest sont utilisés pour poser le diagnostic de SDRC (cf. Table 3 tiré de SDRC, Syndrome douloureux régional complexe, op. cit., p. 132). L'évolution du SDRC est la plupart du temps favorable, surtout si la douleur s'estompe, si la mobilité n'est pas trop réduite et si la personne est active, mais elle s'étend sur plusieurs mois. Elle ne laisse pas de séquelles ou rarement (une gêne modérée et des douleurs occasionnelles qui persistent, une articulation un peu moins mobile, un manque de force). Par commodité, on dit généralement que le SDRC évolue en plusieurs phases : une phase dite chaude, suivie d'une phase intermédiaire et pour finir une phase dite froide. Mais des études plus récentes semblent contredire cette vision en phases qui se succèdent. On aurait plutôt deux formes différentes de SDRC. La forme chaude, la plus fréquente, mais aussi celle qui répond le mieux aux médicaments (surtout la cortisone et les bisphosphonates) : les douleurs sont souvent fortes, elles augmentent avec l'activité mais sont présentes aussi au repos, tant le jour que la nuit ; le membre atteint est gonflé et raide, souvent chaud. La forme froide, plus rare, mais qui répond moins bien aux médicaments : la région atteinte est plus froide, la peau est violacée, bleutée, il y a souvent moins de gonflement, mais les douleurs ressemblent plus à des brûlures, les sensations sont désagréables, la peau est difficile à toucher, le mouvement est aussi douloureux. Le plus souvent les formes chaudes évoluent et les symptômes s'atténuent progressivement. Parfois elles se transforment en forme froide. L'inverse ne se rencontre pas. Dans les formes froides, l'évolution est souvent plus longue et c'est aussi dans les formes froides que l'on peut rencontrer des formes chroniques de SDRC, mais qui restent rares (cf. <https://www.planetesante.ch/Maladies/Syndrome-douloureux-regional-complexe>).

## E. 6

a) En l'occurrence, en ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail, le recourant conteste la manière dont a été pris en compte le SDRC, respectivement la douleur de manière générale. Il reproche en particulier à la CNA d'avoir « balayé » la problématique du

SDRC, sans se prononcer sur les rapports du Dr H. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> décembre 2020 et du 25 août 2021, qui font état d'une lésion traumatique pluri-digitale s'étant compliquée par un « syndrome douloureux régional complexe particulièrement sévère laissant pour séquelles des douleurs chroniques, un manque de mobilité et de force de la main gauche avec une négligence presque complète du membre supérieur gauche ». Il soutient que les conclusions à tirer de ces rapports sont en contradiction avec l'appréciation du médecin d'arrondissement, qui serait de ce fait sans valeur probante. Il requiert par conséquent la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Pour sa part, l'intimée estime que l'examen final de son médecin d'arrondissement du 29 juin 2020, au terme duquel la Dre M. \_\_\_\_\_ a retenu une capacité totale de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant, repose sur une connaissance complète du dossier médical et que ses conclusions, objectives et motivées, sont convaincantes et ont ainsi pleine valeur probante.

b) D'emblée, il y a lieu de constater que l'existence du SDRC n'est, en tant que telle, pas contestée. Ce sont les effets dudit SDRC sur la capacité de travail du recourant qui sont litigieux. c) En l'espèce, l'appréciation finale de la Dre M. \_\_\_\_\_ du 29 juin 2020 tient compte de l'ensemble de l'anamnèse, repose sur les examens cliniques auxquels elle a procédé le 11 septembre 2019 puis le 29 juin 2020, prend en compte les plaintes du recourant ainsi que l'ensemble des avis médicaux des médecins traitants versés jusqu'alors au dossier. C'est sur cette base qu'elle a notamment retenu comme diagnostics une amputation distale de l'index avec section subtotal (95 %) du tendon fléchisseur profond, section complète du nerf et de l'artère collatéraux ulnaire du majeur, plaie simple palmaire de l'annulaire de la main gauche ayant nécessité une suture du tendon fléchisseur profond, du nerf et de l'artère collatéraux ulnaire du majeur gauche le 28 août 2018 ainsi qu'un SDRC. Objectivement, la Dre M. \_\_\_\_\_ a constaté le jour de l'examen final une absence d'amyotrophie du membre supérieur gauche et aucun signe objectif d'un SDRC encore actif. Dans son appréciation, elle indiquait encore l'existence d'un col de cygne marqué au niveau du 3<sup>ème</sup> doigt et nettement moins prononcé au niveau des 2<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> doigts. La force était certes diminuée au test de Jamar, mais eu égard à l'existence de nombreuses discordances entre les dires de l'assuré et ses propres constatations cliniques, de tremblements induits, d'importantes autolimitations au cours de l'examen ainsi que de différences majeures entre les mesures réalisées par le Dr H. \_\_\_\_\_ lors de son examen du 7 mai 2020 et celles faites lors de l'examen du 29 juin 2020, le médecin d'arrondissement estimait que l'état de santé du recourant était stabilisé sur le plan médical et qu'il n'y avait pas de traitement chirurgical ou médical susceptible d'améliorer la situation de façon significative. C'est pour ces motifs que la Dre M. \_\_\_\_\_ concluait, en date du 29 juin 2020, que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité ne s'exerçant pas au froid mais en intérieur, essentiellement avec la main droite chez un assuré droitier, la main gauche pouvant uniquement servir d'aide mais ne pouvant pas effectuer d'activités manuelles. En outre, dans le cadre de son appréciation circonstanciée du 6 septembre 2021, la Dre M. \_\_\_\_\_ a expliqué que, sur la base des status retenus par le Dr H. \_\_\_\_\_, elle pouvait dire qu'il n'y avait pas de SDRC actuellement actif, mais que l'on se trouvait bien dans une phase froide, avec la persistance d'une raideur essentiellement au niveau du majeur. Le Dr H. \_\_\_\_\_ retenait en effet lors du status figurant dans son rapport du 2 septembre 2020 uniquement la présence d'une atrophie distale de l'index de la main gauche. La coloration était physiologique, il n'y avait pas d'hypersudation. Aussi, il n'existait aucun signe de syndrome douloureux régional complexe actif. Cette appréciation est du reste

également partagée par le Dr H. \_\_\_\_\_, qui a confirmé dans ses rapports des 27 mai 2019 et du 2 septembre 2020 que le syndrome douloureux régional complexe était à présent en phase froide. Il n'en va pas autrement des Drs F. \_\_\_\_\_ et B.W. \_\_\_\_\_, lesquels indiquaient également, dans leur rapport du 17 décembre 2019, que le SDRC était au stade froid. Certes, dans son rapport du 25 août 2021, le Dr H. \_\_\_\_\_ semble revenir sur ses appréciations précédentes, en retenant un SDRC sévère. Pour ce faire, il se fonde toutefois sur les douleurs chroniques, le manque de force et de mobilité dont se plaint son patient. Or, comme l'indique la littérature médicale sur le sujet (cf. consid. 5 ci-dessus), un SDRC ne saurait redevenir actif lorsqu'il est devenu froid. Par ailleurs, comme on va le voir ci-dessous, les seules plaintes de l'assuré ne sauraient être prises en compte lorsqu'elles se heurtent aux constatations objectives faites lors d'un examen clinique, tel que celui qu'a pratiqué la Dre M. \_\_\_\_\_ le 29 juin 2020. Ainsi, contrairement à ce que soutient le recourant, non seulement les effets du SDRC ont été discutés par le médecin d'arrondissement, mais les avis du Dr H. \_\_\_\_\_ des 1<sup>er</sup> décembre 2020 et du 25 août 2021 ont bel et bien été pris en compte par la Dre M. \_\_\_\_\_. Au demeurant, force est de constater que ces deux médecins s'accordent à dire que le SDRC n'est plus actif. Nonobstant ce qui précède, le recourant persiste à nier toute valeur probante à l'appréciation de sa capacité de travail par la Dre M. \_\_\_\_\_, en invoquant la persistance de sa symptomatologie douloureuse, laquelle s'étendrait désormais à tout son corps, et en s'appuyant sur les récentes évaluations médicales des Drs F. \_\_\_\_\_ et A.W. \_\_\_\_\_, qui le suivent au Centre de la douleur du B. \_\_\_\_\_, ainsi que celles de son ergothérapeute et de son médecin traitant, le Dr T. \_\_\_\_\_. Dans ce contexte, il soutient que sa capacité de travail serait au maximum de 20 % dans une activité adaptée. Or, comme le relève la Dre M. \_\_\_\_\_ dans son appréciation du 6 septembre 2021, pour évaluer la capacité de travail du recourant, tant les Drs F. \_\_\_\_\_ et B.W. \_\_\_\_\_ que l'ergothérapeute se basent sur les dires de leur patient, qui mentionne ne pouvoir travailler qu'à 20 % au vu de sa symptomatologie douloureuse. Ils ne donnent aucun substrat médical objectif à leur évaluation et ne se prononcent notamment pas sur les discordances entre les plaintes de l'intéressé et les constats cliniques résultant des examens cliniques de la Dre M. \_\_\_\_\_, à savoir que malgré le fait que l'assuré mentionne ne pas utiliser son bras gauche, il ne présente aucune amyotrophie de son membre supérieur gauche et qu'il n'y a aucune explication pour l'extension des douleurs aux jambes et à la tête. En outre, ils ne font aucunement mention des antécédents de l'assuré avec des douleurs multiples pluri-investiguées depuis 2017 selon les dires mêmes de son médecin traitant, le Dr T. \_\_\_\_\_. En effet, ce dernier, dans son appréciation du 26 janvier 2021, s'il fixait la capacité résiduelle de travail du recourant à 20 %, expliquait que le recourant se plaignait de nombreuses douleurs depuis 2017, lesquelles, malgré les investigations médicales menées ne trouvaient aucun substrat objectif. Il précisait encore que ces atteintes, préexistant à l'événement du 28 août 2018, évoluaient dans un contexte psychosocial défavorable. Or, de tels éléments ne ressortent pas à l'assureur-accidents. L'existence d'un état anxieux préexistant à l'accident ainsi que celle d'un passé douloureux chronique a d'ailleurs été relevée respectivement par le Dr H. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 27 mai 2019 et par le Dr S. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 17 juillet 2019. En outre, les médecins de la CRR rapportaient déjà dans leur rapport du 1<sup>er</sup> février 2019 l'existence de facteurs contextuels influençant négativement les aptitudes fonctionnelles émises par l'assuré, soit une kinésiophobie, un assuré centré sur ses douleurs et les signes vaso-moteurs, ainsi qu'une cotation élevée de la douleur. L'établissement du diagnostic de SDRC ne pouvant reposer

de façon fiable que sur un examen clinique (cf. consid. 5 ci-dessus), c'est donc à juste titre que la Dre M.\_\_\_\_\_ s'est écartée de l'avis des médecins traitants et de celui de l'ergothérapeute du recourant. Au vu de ce qui précède, il convient de constater que l'appréciation du médecin d'arrondissement de l'intimée est particulièrement fouillée et que ses conclusions, détaillées et convaincantes, ont pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, en ce qui concerne les conséquences des atteintes à la santé subies par le recourant à la suite de l'événement du 28 juin 2018, en particulier les répercussions du SDRC, sur la capacité de travail du recourant. d) En conclusion, il y a lieu de considérer que la capacité de travail du recourant est entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites dans le rapport de la Dre M.\_\_\_\_\_ du 29 juin 2020.

## **E. 7**

Reste à examiner le degré d'invalidité présenté par le recourant, compte tenu de sa capacité totale de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. a) 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). 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\_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 8C\_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1). 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 citées ; TF 9C\_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2). b) 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 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). 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). c) Lorsque l'assuré 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'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). 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). L'assuré 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 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75). d) En l'espèce, le recourant réfute le revenu sans invalidité retenu par l'intimée, prétendant qu'il est largement supérieur. Il n'a toutefois produit aucune pièce corroborant son allégation. Cela étant, dès lors que l'intimée s'est fondée sur le revenu que son précédent employeur lui a indiqué (4'938 fr. versé treize fois l'an), il y a lieu de reconnaître que cette dernière a évalué le revenu sans invalidité le plus concrètement possible, comme l'exige la jurisprudence. Ainsi, le revenu sans invalidité tel que retenu par l'intimée, soit 64'194 fr., est correct. Pour le surplus, l'intimée a justement calculé le revenu sans invalidité, en se fondant sur les données salariales telles qu'elles ressortent de l'ESS, ce qu'elle était légitimée à faire, le recourant ne mettant pas pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail. Quant à l'abattement de 10 % sur le revenu avec invalidité, on relèvera en premier lieu que celui-ci a pour but de palier au fait que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier. Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 90\_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Les éléments personnels et professionnels pouvant justifier une déduction doit toujours s'inscrire dans le but visé par la jurisprudence qui est de déterminer, à partir de valeurs statistiques, un revenu d'invalidité qui corresponde au mieux, in concreto, à l'exploitation lucrative raisonnablement exigible des activités encore possibles dans le cadre de la capacité résiduelle de travail (ATF 126 V 75 consid. 5 ; TF 8C\_88/2008 du 24 juin 2009). Dans le présent cas, il ne se justifie toutefois pas de s'écarter du taux de 10 % appliqué par l'intimée pour tenir compte des limitations fonctionnelles présentées par le recourant, qui lui permettent de réaliser une activité s'exerçant à l'intérieur et essentiellement avec la main droite - chez un assuré droitier -, la main gauche servant d'aide, et cela sans aucune limitation pour les travaux fins ni les mouvements en dessous du plan des épaules, ni dans les déplacements. On précisera que dans la mesure où la main gauche, au demeurant non dominante chez le recourant, conserve une fonction d'aide, il ne s'agit pas d'une situation de mono-manuel (cf. à titre d'exemple : TF 8C\_88/2014 du 10 septembre 2014, affaire dans laquelle l'assurée avait eu la main droite écrasée par une presse et était apte à exercer une activité légère n'exigeant ni dextérité ni rendement où un abattement de 10 % a été confirmé). Pour le surplus, le manque d'expérience d'un assuré dans une nouvelle profession ou l'absence de formation professionnelle ne constituent pas un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales lorsque les activités adaptées envisagées (simples et répétitives de niveau de compétence 1) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique (cf. également Lonta, Fixation du revenu d'invalidité selon l'ESS, in : Jusletter 22 octobre 2018, pp. 24 et 27 et les réf. cit.). Quant au fait que le recourant aurait des difficultés à s'exprimer et à comprendre le français, on relèvera qu'il ressort du dossier que le recourant parle et comprend relativement

bien le français (cf. pièces 73 et 119 du dossier). Quoi qu'il en soit, des connaissances linguistiques limitées sont des facteurs étrangers à l'invalidité (Ionta, op. cit. p. 24 et réf. cit.). Aussi, en procédant à un abattement de 10 %, l'intimée a raisonnablement tenu compte de l'ensemble des circonstances du cas. La comparaison des revenus, exempte de critique, mène à la constatation que le recourant subit une perte de sa capacité de gain de 3 %. La décision sur opposition est ainsi bien fondée en ce qui concerne le droit à une rente d'invalidité, qui doit être nié (art. 18 al. 1 LAA).

## **E. 8**

a) Le recourant reproche également à l'intimée une estimation incorrecte de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (6 %) à laquelle il a droit. Il prétend à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50 %, en se basant sur les conclusions du rapport médical d'avril 2021 des Drs F.\_\_\_\_\_ et B.W.\_\_\_\_\_, selon lesquelles les limitations subies par leur patient vont au-delà de la lésion initiale et impliquent l'entier du membre supérieur gauche, auxquelles s'ajoutent de fortes douleurs qui remontent à la nuque et l'hémiface gauche et commencent à s'étendre aux jambes. Ainsi, selon ces médecins, la limitation porterait sur l'entier du membre gauche supérieur avec une évolution en aggravation, de sorte qu'il y aurait lieu de retenir une perte fonctionnelle totale du membre supérieur gauche, qui correspond à un taux de 50 % d'atteinte à l'intégrité (annexe 3 à l'art. 36 al. 2 OLAA). Figure également au dossier, l'avis médical que le Dr H.\_\_\_\_\_ a adressé le 16 avril 2021 au conseil du recourant, dans lequel « considérant la table 3 (révision 2000) de la Suva concernant l'indemnisation pour des atteintes à l'intégrité selon la LAA [...], la position 32 correspondrait par analogie au préjudice subi par [...], c'est-à-dire 20 % ». b) Aux termes de l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Selon 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. A teneur de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestations 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. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, du 18 août 1976, in : FF 1976 III p. 171). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références citées). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (FRESARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR] vol. XIV, 3ème éd., Bâle 2016, p. 998 n. 311). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même

(ATF 133 V 224 consid. 5.1 ; ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C\_812/2010 du 2 mai 2010 consid. 5.2). Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel – anatomique ou fonctionnel –, mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2 et les références citées). Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'IPAI est échelonnée selon la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 et 113 V 218 consid. 4b et les références citées). L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 29 consid. 1b ; ATF 113 V 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). En vue d'une évaluation encore plus affinée de certaines atteintes, la Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation. Ces tables n'ont pas valeur de règle de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; ATF 116 V 156 consid. 3a ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 145/96 consid. 2a). c) En l'espèce, dans son rapport du 29 juin 2020, confirmé le 6 septembre 2021, la Dre M.\_\_\_\_\_ a retenu qu'au vu du manque de mobilité du 3<sup>ème</sup> doigt, il y avait lieu de considérer que l'assuré présentait des séquelles correspondant à l'image 10 de la table 3 (atteinte à l'intégrité résultant de la perte d'un ou plusieurs segments des membres supérieurs - révision 2000), laquelle s'appliquait par analogie, dès lors que dans la table 1 des atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs il n'y avait aucune atteinte à l'intégrité qui corresponde à un taux d'IPAI. Ce raisonnement l'a conduite à retenir par analogie une atteinte analogue à l'amputation du 3<sup>ème</sup> doigt et par conséquent une IPAI de 6 %. Dans son rapport du 6 septembre 2021, le médecin d'arrondissement a expliqué que pour fixer le taux de l'IPAI, elle avait tenu compte des seules séquelles objectives et non pas des séquelles subjectives. Rappelant en détail les différences au niveau des status et les discordances déjà mentionnées en ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail du recourant, elle a déclaré devoir se distancier de l'appréciation du Dr H.\_\_\_\_\_, qui retient que l'assuré présente des séquelles correspondant à un taux d'IPAI de 20 % selon la table 3 et la position 32, ce qui correspond à une amputation des doigts II, III et IV et de l'estimation de l'atteinte à l'intégrité des Drs F.\_\_\_\_\_ et B.W.\_\_\_\_\_, évaluée à 50 %, qui correspond à une amputation totale de tout le membre supérieur gauche au niveau de l'épaule. Elle relevait que les conclusions de ses confrères, d'ailleurs très divergentes, se basaient essentiellement sur les dires de l'assuré, qui mentionne ne plus pouvoir rien faire avec son bras gauche, ce qui objectivement n'est pas possible, puisqu'il ne présente pas d'amyotrophie de son membre supérieur gauche, ce que le Dr H.\_\_\_\_\_ a admis puisque lors du status figurant dans le rapport du 2 septembre 2020, il indiquait uniquement la présence d'une atrophie distale de

l'index de la main gauche, en relevant que la coloration était physiologique, qu'il n'y avait pas d'hypersudation et aucun signe de syndrome douloureux régional complexe actif. d) En l'espèce, la Cour de céans constate que, dans son estimation de l'atteinte à l'intégrité, la Dre M. \_\_\_\_\_ a écarté l'application de la table 1 relative à l'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs au motif que celle-ci ne mentionnait pas d'atteinte aux doigts. Elle a dès lors appliqué la table 3 relative à l'atteinte à l'intégrité résultant de la perte d'un ou de plusieurs segments des membres supérieurs par analogie et a retenu la position 10, qui correspond à l'amputation du majeur. Le médecin d'arrondissement a justifié cette estimation en relevant que l'absence d'amyotrophie au niveau de l'avant-bras et du bras gauches prouvait que le recourant utilisait sa main gauche, contrairement à ses allégations. Or, il ressort tant du rapport du 29 juin 2020 que de celui du 6 septembre 2021 qu'à la suite de son examen clinique, la Dre M. \_\_\_\_\_ a elle-même retenu que le recourant pouvait utiliser sa main gauche comme aide mais n'était pas apte à effectuer d'activité manuelle avec celle-ci. Force est donc de constater que le recourant présente une atteinte fonctionnelle du membre supérieur gauche. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité doit par conséquent être évaluée sur la base de la table 1. Le recours doit être admis sur ce point et la cause renvoyée à l'intimée pour nouvelle évaluation de l'IPAI sur la base de la table 1.

#### **E. 9**

Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. Comprend notamment le droit pour l'intéressé d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1). En l'espèce, vu le sort du recours, la requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et à l'audition de témoins s'avère inutile et doit être rejetée.

#### **E. 10**

a) En conclusion, le recours doit être partiellement admis. La décision sur opposition rendue par l'intimée est annulée en tant qu'elle porte sur le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. Elle est confirmée pour le surplus. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. fbis LPGA et art. 1 LAA). c) Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de dépens fixée à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA).