

## VD\_GERICHTE ZA24.044913 vom 31. März 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-03-31, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA24.044913](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA24.044913)

FR: VD\_GERICHTE ZA24.044913 du 31 mars 2025

IT: VD\_GERICHTE ZA24.044913 del 31 marzo 2025

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 123/24 - 45/2025 ZA24.044913 CO UR DE S  
ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_

Arrêt du 31 mars 2025 \_\_\_\_\_ Composition : M. WIEDLER, président M. Pignet et Mme Livet, juges Greffier : M. Germond \*\*\*\*\* Cause pendante entre : P. \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Unia Vaud, à Lausanne, et CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée. \_\_\_\_\_ Art. 61 let. c LPGA ; 6 et 24 s. LAA ; 36 OLAA 402

- 2 - E n f a i t : A. a) P. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaille depuis le mois d'avril 2018 comme « chef d'équipe construction » au service de la société C. \_\_\_\_\_ Génie Civil SA à [...]. A ce titre, il est assuré contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). b) Le 18 mai 2022, l'assuré a subi un accident. Alors qu'il se trouvait sur un chantier, une grosse pierre d'un poids d'environ trois cents kilos lui a écrasé la main gauche l'obligeant à interrompre le travail le même jour. Cet incident lui a causé une fracture de la première phalange du deuxième doigt gauche (déclaration de sinistre LAA du 23 mai 2022 ; rapport du 7 juin 2022 de la Dre J. \_\_\_\_\_, médecin-assistante au Service de chirurgie plastique et de la main du CHUV). La CNA a pris cet accident en charge. Dans un rapport du 12 octobre 2022, la Dre J. \_\_\_\_\_ a indiqué que la fracture de la première phalange du deuxième doigt gauche était traitée conservativement et que l'assuré présentait également un Mallet finger du cinquième doigt gauche depuis l'accident traité avec une attelle en hyperextension depuis le 7 juin 2022, de l'arthrose de l'articulation interphalangienne proximale du cinquième doigt de la main gauche et une neurapraxie de la branche sensitive dorsale du nerf radial. A cinq mois de l'événement accidentel, l'assuré était suivi en ergothérapie à une fréquence hebdomadaire. Il avait du mal à travailler à 80 % en raison des douleurs et d'un manque de force. Il ne prenait plus d'anti-douleurs. Il était préconisé de poursuivre le traitement afin d'améliorer la mobilité de l'articulation interphalangienne proximale du cinquième doigt, la mobilité du deuxième doigt et le travail proprioceptif pour obtenir une récupération sensitive du territoire sensitif du nerf radial. L'assuré était en incapacité de travail à 40 % pour un mois depuis le 13 octobre 2022. En l'absence d'évolution, une évaluation de sa capacité de travail serait à demander à la Clinique romande de réadaptation (CRR) de Sion.

- 3 - Dans un rapport du 17 novembre 2022, la Dre T. \_\_\_\_\_, médecin-assistante au Service de chirurgie plastique et de la main du CHUV, a indiqué qu'à six mois du traumatisme, l'assuré travaillait à 40 % dans la construction des routes. Il présentait des douleurs en regard de l'articulation métacarpo-phalangienne du troisième doigt au port de charges avec gonflement de cette articulation, raideur des deuxième et cinquième doigts, hypoesthésie du dos de la main à 50 %, sans changement. La capacité de travail demeurait

de 40 %. Lors d'une consultation du 28 novembre 2022 au CHUV, le DrL. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, conjointement avec la Dre E. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main, a constaté que l'assuré présentait des douleurs persistantes et une tuméfaction de la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne du troisième doigt lorsqu'il faisait le poing ou soulevait de lourdes charges. Il était noté en outre un manque de force, de poigne de la main gauche avec la persistance d'une hypoesthésie dorsale des premier, deuxième et troisième doigts ainsi que de la face dorsale du métacarpe du troisième doigt gauche. Un déficit d'extension de l'articulation interphalangienne distale du cinquième doigt était par ailleurs constaté. Malgré sa bonne volonté, l'intéressé était incapable de travailler à un taux supérieur à 60 %. Toutefois, il conservait un potentiel pour gagner de la force en vue d'une reprise du travail à 80 % au moins, si bien qu'une échographie devait être réalisée pour déterminer la nature du nodule douloureux en regard de la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne du troisième doigt. En cas de persistance à long terme de la douleur de l'articulation interphalangienne proximale du cinquième doigt, une infiltration devrait être discutée. Le traitement d'ergothérapie se poursuivait avec la prolongation de l'arrêt de travail à 40 %. Selon un rapport de consultation au CHUV du 21 décembre 2022, l'assuré présentait une tuméfaction en regard de l'articulation métacarpo-phalangienne du troisième doigt de la main gauche depuis

- 4 - trois mois et demi en augmentation avec le travail qui diminuait au repos, mais était parfois très douloureuse. Le cinquième doigt gauche de l'assuré était également douloureux. Un ultrason réalisé le 13 décembre 2022 montrait une masse sur le versant radial de l'articulation métacarpo-phalangienne du majeur de la main gauche, laissant suspecter un kyste arthrosynovial. La mise en place d'une attelle digito-palmaire en position intrinsèque la nuit avec la prise d'anti-douleurs était préconisée. Il n'avait pas été réalisé d'infiltration du kyste qui pouvait disparaître tout seul. Il convenait de stimuler la mobilisation de la main en journée. La reprise du travail était fixée à 70 % en janvier 2023 puis à 80 % le mois suivant. Dans un rapport de consultation au CHUV du 22 février 2023, la Dre T. \_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré présentait toujours une hypoesthésie de la face dorsale de la main gauche sur le territoire du nerf radial. La stimulation sensitive avec la persistance d'une limitation de la flexion du cinquième doigt gauche et des douleurs de la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne avec tuméfaction après un effort, lorsqu'il faisait le poing ou portait des charges, était exercée en ergothérapie. Il travaillait à 80 % mais accomplissait uniquement les travaux excluant le port de charges importantes. Il n'avait pas encore été convoqué à la CRR. L'ergothérapie se poursuivait. Du 28 février au 24 mars 2023, l'assuré a séjourné auprès du Service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la Clinique romande de réadaptation (CRR) de Sion. Le rapport de sortie du 20 avril 2023 des Drs K. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en médecine manuelle, et A. \_\_\_\_\_, médecin-assistant, fondé notamment sur de nouveaux rapports de radiographies, ultrasons et électro-neuro-myogramme effectués au cours du séjour, faisait état des diagnostics suivants : "DIAGNOSTIC PRINCIPAL - Douleurs persistantes des doigts longs de la main gauche post-traumatiques. DIAGNOSTICS SECONDAIRES

- 5 - - 18.05.2022 : accident du travail avec traumatisme de la main gauche, avec : - Fracture oblique non déplacée de P1D2 [première phalange du deuxième doigt] de la main gauche le 18.05.2022 avec traitement conservateur. - Mallet finger D5 [cinquième doigt] gauche traité

par attelle en hyperextension débuté le 07.06.2022. - Arthrose IPP D5 [articulation interphalangienne proximale du cinquième doigt] main gauche avec cal vicieux de IPP D5. - Neuropathie de la branche sensitive dorsale du nerf radial, d'allure clinique, sans répercussion électrophysiologique. - Neuropathie tronculaire du nerf médian gauche au tunnel carpien et du nerf ulnaire gauche au coude, sans répercussion clinique (cf. ENMG du 10.03.2023). - Kyste arthrosynovial au versant radial de la MCP [articulation métacarpo-phalangienne] de D3 [troisième doigt] retrouvé le 13.12.2022." Les limitations fonctionnelles définitives retenues étaient les suivantes : « port de charges maximal de 15-20 kg. Mouvements nécessitant des prises en force avec la main gauche, ou des activités avec mouvements répétitifs du poignet. Port de charges en hauteur limité à 10- 15 kg ». La situation était stabilisée du point de vue médical. Aucune nouvelle intervention n'était proposée. Le pronostic de réinsertion de l'assuré dans son ancienne activité était défavorable, alors que, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées, celui-ci était favorable. Une reprise progressive dans son activité habituelle, en fonction des possibilités d'adaptation du poste de travail, devait être discutée. Dans un rapport du 20 juillet 2023, le Dr B. \_\_\_\_\_, médecin- assistant au Service de chirurgie plastique et de la main du CHUV, a posé les diagnostics de kyste d'origine arthrosynovial en regard du versant radial de l'articulation métacarpo-phalangienne du troisième doigt (le 13 décembre 2022), de fracture de la première phalange du deuxième doigt à gauche le 18 mai 2022 avec traitement conservateur et de mallet finger du cinquième doigt de la main à gauche avec attelle hyperextension débutée le 7 juin 2022, d'arthrose de l'articulation interphalangienne proximale du cinquième doigt de la main gauche avec cal vicieux de l'articulation interphalangienne proximale du cinquième doigt, de neurapraxie de la branche sensitive dorsale du nerf radial (le 18 mai 2022) et d'épicondylite latérale gauche (le 5 avril 2023). Lors de sa consultation le 14 juin 2023, ce médecin avait constaté une légère amélioration des

- 6 - douleurs avec un processus en cours pour une reconversion professionnelle avec la CNA. Le traitement conservateur se poursuivait avec un prochain contrôle prévu dans deux mois. Dans un rapport de consultation du 28 août 2023, le Dr B. \_\_\_\_\_ a proposé la réalisation d'une infiltration sous ultrason le 7 septembre 2023. Dans un rapport du 11 octobre 2023, le Dr B. \_\_\_\_\_ a noté l'absence d'effet bénéfique de l'infiltration précitée et a proposé la réalisation d'un électro-neuro-myogramme afin d'évaluer la présence d'une compression du PIN (nerf interosseux postérieur) au niveau de l'arcade de Frohse pour proposer une éventuelle décompression chirurgicale de ce nerf. Le traitement conservateur devait se poursuivre avec un prochain contrôle prévu dans deux mois. Dans un rapport du 15 décembre 2023, le Dr B. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré décrivait une très légère amélioration des symptômes la nuit. Il n'arrivait toujours pas à porter avec la main et le bras gauches, mais pouvait se servir de sa main droite. L'hypoesthésie était inchangée sans récupération. Il ne souhaitait pas subir une intervention de décompression, ni un électro-neuro-myogramme. L'intéressé s'était vu proposé la poursuite de son travail à mi-temps, selon l'évaluation de la CNA. Il n'y avait pas d'amélioration significative à la suite des infiltrations chez l'assuré qui vivait avec les douleurs et le déficit. Le Lyrica améliorait les symptômes sans un suivi prévu au CHUV. Dans un rapport consécutif à un examen médical de l'assuré le 27 février 2024, la Dre Z. \_\_\_\_\_, médecin praticienne, médecin d'arrondissement de la CNA, a posé les diagnostics suivants : “• Douleurs persistantes des doigts longs de la main gauche dans les suites d'un traumatisme de la main gauche le 18.05.2022 par écrasement avec fracture oblique non déplacée de P1D2 de la

main gauche le 18.05.2022 avec traitement conservateur, plaie sur le bord latéral du 5e doigt.

- 7 - • Mallet finger de D5 gauche traitée conservativement et diagnostiquée le 07.06.2022. • Arthrose IPP de D5 de la main gauche avec cal vicieux de IPP D5. • Neuropathie de la branche sensitive dorsale du nerf radial d'allure clinique sans répercussion électrophysiologique. Diagnostics secondaires - Neuropathie tronculaire du nerf median gauche au niveau du tunnel carpien et du nerf ulnaire gauche au coude sans répercussion clinique. - Kyste arthro-synovial au versant radial de la MCP de D3 diagnostiqué le 13.12.2022. - Douleurs de l'épaule gauche et de la nuque d'origine indéterminée, en présence de structures musculosquelettiques de l'épaule gauche normales. - Épicondylite du coude gauche." La Dre Z.\_\_\_\_\_ a noté que, subjectivement, l'assuré mentionnait en premier lieu une impossibilité à porter des charges avec sa main gauche. Il décrivait des douleurs constantes au niveau de sa main gauche lors des mouvements de cette main à la base des quatre derniers doigts au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, à la fois palmaire et dorsale, avec irradiation au niveau de l'avant-bras, du coude, de l'épicondyle du coude gauche, du bras, de l'épaule et de la nuque. L'assuré se plaignait par ailleurs de douleurs plus importantes aux changements de temps, au froid, susceptibles d'augmenter à 6-7 sur 10, ainsi qu'à l'utilisation de sa main gauche, avec la précision qu'il n'effectuait rien avec cette main, se servant uniquement de sa main droite. Objectivement, la Dre Z.\_\_\_\_\_ n'a pas constaté d'amyotrophie manifeste de la ceinture scapulaire, ni des bras. L'assuré tenait son bras gauche, la plupart du temps, plié à 90° au niveau du coude avec les doigts III et IV fléchis à l'intérieur de la paume et les doigts II et V en semi- extension au niveau de la métacarpo-phalangienne mais avec une flexion de l'articulation interphalangienne proximale et une flexion de l'articulation interphalangienne distale. L'extension des doigts était complète hormis au niveau du cinquième doigt où l'assuré présentait un flexum de 35°. Il pouvait faire la pince avec tous les doigts et la distance pulpe/paume était à 5,5 centimètres au niveau du deuxième doigt et à 4,5 au niveau du quatrième doigt. L'empan était légèrement diminué au niveau de la main gauche et l'assuré était en mesure d'accomplir une pince avec tous les doigts sans difficulté. Au niveau de la mobilité de

- 8 - toutes les articulations (poignet, coude ou épaule), il était constaté une diminution de toutes les amplitudes que l'assuré attribuait aux douleurs à son coude gauche qui irradiait dans l'épaule. Au niveau de l'épaule gauche, l'assuré ne présentait pas d'atteinte objectivable susceptible d'expliquer les douleurs ; un ultrason du 8 mars 2023 à la CRR ne montrait pas de lésion des structures musculosquelettiques de cette épaule. Au niveau du coude gauche, l'assuré présentait cliniquement une épicondylite sans relation de causalité pour le moins probable avec l'accident car apparue un mois après la reprise du travail, si bien qu'il n'avait pas présenté une atteinte traumatique de son coude gauche des suites de son accident. Une symptomatologie clinique évoquant une neuropathie tronculaire de la branche sensitive du nerf radial gauche n'avait pas été retrouvée sur le plan électrophysiologique lors de l'electro-neuro- myogramme du 10 mars 2023, mais entraînait une hypoesthésie de ce territoire. Cet examen avait également montré une neuropathie tronculaire du nerf médian gauche au tunnel carpien et du nerf cubital (ulnaire) gauche au niveau du coude, avec, au niveau des deux nerfs, une atteinte axonale sensitive modérée sans symptôme lors de l'examen à la CRR et lors de l'examen par la médecin d'arrondissement. De l'avis de la Dre Z.\_\_\_\_\_, les plaintes très importantes de l'assuré

ne s'expliquaient que partiellement par les atteintes objectivées engendrées par l'accident du 18 mai 2022. L'état de santé était stabilisé sans un traitement chirurgical ou médical susceptible de l'améliorer. Les limitations fonctionnelles étaient « pas de port de charges avec la main gauche, celle-ci servant de guide à la manutention d'objets qui doivent être porté[s] principalement par la main droite. Pas de mouvements nécessitant des prises en force de la main gauche et pas de mouvements répétés et/ou prolongés de la main gauche et du poignet gauche ». Dans une activité adaptée à ces restrictions fonctionnelles, la capacité de travail

- 9 - de l'assuré était entière sans diminution de rendement. Dans une activité de maçon, la capacité de travail était nulle de manière définitive. Dans l'activité exercée par l'intéressé (il disposait d'un ouvrier toute la journée à ses côtés pour effectuer les activités lourdes), sa capacité de travail était entière avec un rendement de 80 %. L'atteinte à l'intégrité a été estimée le 27 février 2024 par la Dre Z.\_\_\_\_\_. Constatant des douleurs persistantes des doigts longs de la main gauche dans les suites d'un traumatisme de la main gauche le 18 mai 2022 par écrasement avec fracture oblique non déplacée de la première phalange du deuxième doigt de la main gauche avec traitement conservateur, une plaie sur le bord latéral du cinquième doigt gauche, un Mallet finger de ce doigt traité conservativement et diagnostiqué le 7 juin 2022, une arthrose de l'articulation interphalangienne proximale du cinquième doigt de la main gauche avec cal vicieux de l'articulation interphalangienne proximale du cinquième doigt et une neuropathie de la branche sensitive dorsale du nerf radial d'allure clinique sans répercussion électrophysiologique, la médecin d'arrondissement de la CNA a évalué le taux d'atteinte à l'intégrité à 7,5 %, ceci par analogie à une diminution de la fonction de l'index et du petit doigt à 50 % en référence à la table 3 des atteintes à l'intégrité résultant de la perte d'un ou plusieurs segments des membres supérieurs. Elle a précisé qu'elle ne retenait pas de séquelles correspondant à un taux d'atteinte à l'intégrité pour les douleurs aux niveaux du coude et de l'épaule gauche de l'assuré car elles n'étaient pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement du 18 mai 2022. Le 1er mars 2024, la CNA a écrit à l'assuré qu'au vu de la stabilisation de son état de santé des suites de l'accident constatée lors de l'examen médical effectué récemment, elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 31 mars 2024. Elle statuerait ultérieurement sur le droit de l'intéressé à d'autres prestations. Par décision du 15 mai 2024, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 25 % à partir du 1er avril

- 10 - 2024. La CNA lui a également alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un montant de 11'115 fr. (taux de 7,5 %, sur la base d'un gain assuré de 148'200 fr. en 2022) versée le jour même à son bénéficiaire. A l'appui de son opposition formée le 30 mai 2024, l'assuré a contesté, en lien avec le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'évaluation de son atteinte à la santé, qui, selon lui, devait être recalculée en tenant compte des deux doigts de la main et du poignet dont la fonctionnalité était « très limitée sans parler des douleurs » ainsi que des douleurs au bras allant jusqu'à l'épaule et les cervicales et d'une forte diminution de mobilité de l'ensemble de ses membres. Il a indiqué en ce sens avoir consulté le Dr X.\_\_\_\_\_, médecin-assistant au Service de chirurgie plastique et de la main du CHUV, produit un rapport de consultation du 27 mai 2024 au CHUV et indiqué avoir rendez-vous le 25 juin 2024 avec la Dre D.\_\_\_\_\_, neurologue. Par la suite, l'assuré a remis à la CNA les pièces suivantes : - un rapport du 26 juin 2024 d'électro-neuro-myogramme réalisée le jour précédent par la Dre D.\_\_\_\_\_

diagnostiquant une atteinte post- traumatique de la branche distale du nerf sensitif du nerf radial gauche, une possible atteinte C7 gauche ou du nerf interosseux postérieur gauche et mettant en évidence des anomalies compatibles avec un tunnel carpien bilatéral, une atteinte bilatérale discrète du nerf ulnaire au niveau de la gouttière épitrochléenne, l'atteinte du nerf médian étant légèrement plus marquée à gauche et l'atteinte du nerf ulnaire légèrement plus marquée à droite. Les paramètres moteurs pour le nerf radial gauche anormaux (une amplitude plus faible qu'à droite et une vitesse de conduction motrice légèrement inférieure à la norme) s'inscrivaient en faveur d'une éventuelle atteinte du nerf interosseux postérieur. Cependant, la diffusion de la symptomatologie jusqu'au niveau cervical et la présence d'une possible hyporéflexie tricipitale gauche ne permettaient pas d'exclure complètement une atteinte radiculaire compressive surajoutée ;

- 11 - - un rapport du 8 juillet 2024 du Dr X. \_\_\_\_\_, dont on extrait les passages suivants : "Diagnostic principal - kyste d'origine arthrosynovial en regard du versant radial de la métacarpo-phalangienne de D3 13.12.2022. - Fracture P1D2 à gauche le 18.05.2022 traitement conservateur. - Mallet finger D5 à gauche le 18.05.2022 traitement avec attelle hyperextension débuté le 07.06.2022. - Arthrose IPP D5 main gauche avec cal vicieux de IPP D5 - Neurapraxie de la branche sensitive dorsale du nerf radial le 18.05.2022. - Epicondylite latérale gauche le 05.04.2023. [...] Status 05.07.2024 Status inchangé concernant les amplitudes et la force des doigts. Palpation douloureuse au niveau de l'épincodyle latérale ++ avec palpation douloureuse antérieure du coude versant radial. Tinel – Test de Cozen, Milch et Midsley douloureux ++ avec force M4. Extension poignet force M4 – douloureux ++. Hyposensibilité branche cutanée du nerf radial de l'avant-bras connue. Jamar à gauche 15 vs 40 à droite. Pas d'autres TNV nouveaux. Examens complémentaires Rx D2 à G 07.06.2022 : pas de DS de fracture. US D5 à G : déchirure complète du tendon extenseur de D5. US main gauche 13.12.2022 : Dr L. \_\_\_\_\_ : Masse présente sur le versant radial de l'articulation métacarpo-phalangienne du majeur de la main gauche. Possible kyste d'origine arthrosynovial. 05.07.2024 : ENMG : atteinte post-traumatique de la branche distale du nerf sensitif du nerf radial G. Possible atteinte C7 G ou du nerf interosseux postérieur G." Au terme d'une brève appréciation du 3 septembre 2024, la Dre Z. \_\_\_\_\_ a confirmé son estimation d'un taux d'atteinte à l'intégrité de 7,5 % pour les seules suites de l'accident du 18 mai 2022. Elle a observé que l'épicondylite au coude gauche de l'assuré n'était pas en lien de causalité avec l'accident qui avait entraîné un écrasement de la main essentiellement aux niveaux des deuxième et cinquième doigts. Sur la base de la littérature médicale, elle a estimé que la relation de causalité entre l'événement en question et la neurographie des membres supérieurs compatible avec une éventuelle paralysie du nerf interosseux postérieur n'était que possible, en l'absence de lésion structurelle au niveau du carpe des suites de l'accident.

- 12 - Par décision sur opposition du 4 septembre 2024, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 15 mai 2024. B. Par acte déposé le 7 octobre 2024 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, P. \_\_\_\_\_, représenté par Unia Vaud, a conclu à l'annulation de la décision sur opposition précitée et à l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à 7,5 %, subsidiairement au renvoi de la cause à la CNA au sens des considérants. En substance, le recourant a déploré une instruction médicale lacunaire de la part de la CNA, faisant valoir que l'évaluation de son indemnité pour atteinte à l'intégrité ne tenait, à tort et sans motivation, pas compte des douleurs dorsales et au coude pourtant établies par ses médecins traitants « assez tôt » après

l'accident. Il a également fait grief à la CNA d'avoir sous-estimé le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité sur la base de la table n° 3 en ne retenant que la moitié du pourcentage prévu pour le cas de figure. Sollicitant la réalisation d'une expertise médicale judiciaire, le recourant a produit le 22 octobre 2024 un rapport de consultation du 4 octobre 2024 du Dr X.\_\_\_\_\_ favorable à une solution chirurgicale aux douleurs réfractaires au traitement conservateur conduit sur une année avec un handicap important causé par l'épicondylite. Dans sa réponse du 11 novembre 2024, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle s'estimait fondée à fixer à 7,5 % l'atteinte à l'intégrité induite par l'accident. L'intimée a produit son dossier. Le 19 novembre 2024, le recourant a confirmé ses conclusions. Le 17 mars 2025, le recourant a produit un rapport établi par le Dr L.\_\_\_\_\_ relatif à une échographie du coude gauche réalisée le 6 mars 2025. Ce médecin confirmait la présence d'une épicondylite principalement sur le tendon de l'extenseur carpi radialis brevis et d'une compression probablement bifocale du nerf interosseux postérieur.

- 13 - 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 le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, respectivement le taux à la base de cette prestation. 3. a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la

- 14 - personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références citées). 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 des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement post hoc ergo propter hoc ; ATF 119 V

335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C\_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1). 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). 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).

- 15 - c) 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). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 24 al. 2 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, première phrase, LAA). 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 citée). 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

- 16 - 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). 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). Le ch. 2 de l'annexe 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. 4. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les

- 17 - 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). 5. a) En l'occurrence, le recourant estime que, dans l'évaluation de son indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'intimée a écarté sans argumentation des douleurs dorsales et au coude. D'après lui, la CNA aurait dû instruire davantage ces points. b) Il convient de constater que, dans son rapport d'examen médical du 27 février 2024, la Dre Z.\_\_\_\_\_ a arrêté les atteintes du

- 18 - recourant en tenant compte de l'ensemble des pièces du dossier, des plaintes du recourant et de ses propres constatations cliniques et a posé une anamnèse complète. Dans son appréciation, elle a en outre discuté les diagnostics qu'elle retenait et le lien de causalité de ceux-ci avec l'événement accidentel. Cette appréciation ne prête pas le flanc à la critique. D'ailleurs le recourant n'a pas contesté la rente d'invalidité octroyée sur la base des atteintes pour lesquelles la Dre Z.\_\_\_\_\_ a retenu un lien de causalité. Toujours le 27

février 2024, la Dre Z. \_\_\_\_\_ a établi une estimation de l'atteinte à l'intégrité du recourant, fondée sur les mêmes constatations. Dans ce cadre, le recourant estime cependant que les atteintes retenues ne tiennent pas compte de son état de santé réel, soit des douleurs dorsales et au coude. On relève une certaine contradiction dans le comportement du recourant qui ne conteste que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et non son droit à la rente. Quoi qu'il en soit, la Dre Z. \_\_\_\_\_ a exposé dans ses rapports des 27 février 2024, complétés le 3 septembre 2024, les raisons pour lesquelles elle estimait que l'épicondylite n'était pas en lien de causalité avec l'accident, celle-ci étant apparue un mois après le début de la reprise du travail par l'assuré. Par ailleurs, elle a expliqué, dans son appréciation du 3 septembre 2024, en se référant à la littérature médicale, les raisons pour lesquelles elle estimait que, sous l'angle de la vraisemblance, la possible atteinte C7 gauche ou du nerf interosseux postérieur gauche n'était pas en lien de causalité avec l'accident. Les rapports médicaux produits par le recourant ne se prononcent pas sur le lien de causalité entre ces diagnostics et l'accident. Partant, il n'existe aucun élément au dossier faisant douter de l'évaluation de la Dre Z. \_\_\_\_\_. c) Il découle de ce qui précède que la CNA pouvait se fonder sur l'appréciation de la Dre Z. \_\_\_\_\_ pour arrêter les atteintes du recourant donnant droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. En outre, c'est à juste titre que la CNA a fixé cette indemnité sur la base de la table n° 3. En effet, la table n° 1, mentionnée par le recourant, s'appliquerait si les atteintes au coude devaient être prises en compte dans le cadre de la fixation de l'indemnité, mais tel n'est pas le cas, compte tenu de l'absence de lien de causalité entre ces atteintes et

- 19 - l'accident. La table n° 3 prévoyant un taux de 15 % pour une perte totale de deux doigts (figure 29), le taux de 7,5 % est correct, la Dre Z. \_\_\_\_\_ retenant uniquement une diminution de la fonction de l'index et du petit doigt de la main gauche du recourant. 6. Sur le vu de ce qui précède, les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause sans qu'il y ait lieu de donner suite à la demande d'expertise médicale requise par le recourant. En effet, une telle mesure ne serait 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). 7. a) Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 4 septembre 2024 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.

- 20 - Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Unia Vaud (pour P. \_\_\_\_\_), - Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, - Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.