

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 mai 2023

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
M. Neu et Mme Röthenbacher, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

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

et

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

Art. 49 al. 3 et 61 let. c LPGA ; 6 al. 1, 16, 18, 19 al. 1, 24 et 25 LAA ; 11 et 36 OLAA

E n f a i t :

A. U._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], marié et père de trois enfants (nés en [...], [...] et [...]), travaillait en qualité d'ouvrier polyvalent auprès de l'entreprise R._____ SA à [...] depuis le 11 août 2003. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 24 mars 2005, alors qu'il était occupé à percer une plaque de métal à l'aide d'une perceuse à accu munie d'une mèche de quatre millimètres, cette dernière a passé à travers la plaque de métal, puis est entrée dans la pulpe de l'index de sa main gauche qui soutenait alors ladite plaque, perforant ensuite l'os puis l'ongle du doigt en question. Souffrant d'une fracture ouverte de la phalange distale de l'index gauche, il a été soigné à l'Hôpital d[...]. La pulpe et l'ongle ont ainsi été suturés aux plans cutané et sous-cutané. La CNA a pris en charge le cas et a donc garanti le versement des prestations légales d'assurance. Dans l'intervalle, soit en date du 11 juillet 2006, U._____ a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) tendant à l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente en raison d'un Südeck à l'index gauche. Sous l'égide de l'assurance-invalidité, l'assuré a suivi une formation pratique d'opérateur sur machines et dessinateur auprès de l'entreprise R._____ SA. L'OAI lui a en conséquence versé des indemnités journalières.

Par prononcé du 24 septembre 2008, l'OAI a octroyé une rente entière du 1^{er} mars 2006 (à l'échéance du délai d'attente d'un an) au 31 janvier 2007, l'assuré ayant perçu une indemnité journalière de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} février 2007 jusqu'au terme de sa formation pratique le 17 septembre 2008. A l'issue des mesures de réadaptation professionnelle, il a estimé que le préjudice économique subi par l'assuré était de 28 % en application de la méthode de comparaison des revenus.

Dans une note du 29 janvier 2009, la CNA a recueilli des informations relatives à la place de travail nouvellement occupée par l'assuré auprès de R._____ SA en qualité de dessinateur-programmateur. Cette activité consistait :

“(…) à faire le plan dans l'ordinateur d'une pièce métallique puis de la réaliser sur les différentes machines de l'atelier. La programmation et la découpe laser se fait depuis l'ordinateur et ce dernier va donner les indications à la machine pour la réalisation. Cependant, l'employé doit aller physiquement poser les tôles sur la machine et placer la bonne tête de découpe dans la machine laser. La machine fait après elle-même le travail. L'employé doit alors reprendre les pièces découpées pour les donner aux collègues concernés par la suite des opérations de réalisation de l'objet. L'employé doit aussi pouvoir œuvrer au centre d'usinage. Sur cette machine, il doit poser des barres métalliques ou des pièces pour la réalisation de certains travaux de perçages, fraisages et taraudages. L'employé doit alors poser les différents outils sur la machine, les fixer, les caler puis programmer ladite machine pour procéder après à la réalisation des pièces finales.

Activités alternatives :

En cas de grosses pièces, l'employé peut se faire aider, mais très souvent il est seul à ce poste. Une fois les pièces usinées terminées, il ôte les pièces à la machine et les place sur un chariot destiné à être amené au stock ou à d'autres collègues. Le chariot est pris en charge par une tierce personne. M.U._____ manipule des poids allant jusqu'à 5 kg, mais au-delà, il utilise le palan ou un collègue, ne pouvant pas porter plus avec régularité.”

Par deux décisions du 26 mars 2009, confirmées par décision sur opposition du 17 septembre 2009 et par arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 11 mars 2011 (CASSO AA 127/09-27/2011), la CNA a tout d'abord refusé l'octroi d'une rente d'invalidité au motif que les séquelles de l'accident ne réduisaient pas la capacité de gain de manière importante. Au vu des constatations cliniques du Dr H._____, de la description du poste de travail de l'assuré et de l'avis du Dr B._____ du 11 février 2009, la CNA a estimé que l'activité d'opérateur sur machines et dessinateur devait pouvoir être exercée à pleins temps et rendement par l'intéressé, dans la mesure où elle était adaptée à l'atteinte à la phalange distale de l'index gauche. Les douleurs intenses éprouvées par l'assuré s'inscrivaient dans un contexte de développement de facteurs non-organiques. Or, la CNA ne pouvait engager sa responsabilité pour la composante psychosomatique affectant

U._____. Dès lors, compte tenu de la seule atteinte à la phalange distale de l'index gauche consécutive à l'accident du 24 mars 2005, il y avait lieu de considérer qu'il n'y avait pas de diminution importante de la capacité de gain justifiant l'octroi d'une rente d'invalidité. La CNA a en outre alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % ascendant à 5'340 francs. La CNA s'est référée à l'appréciation du Dr H._____ du 14 mars 2007 qui a retenu le taux de 5 % par analogie à la quotité attribuée à une amputation de l'index (figure 6 de la table 3 relative à l'intégrité résultant de la perte d'un ou plusieurs segments des membres supérieurs).

B. Dès le 1^{er} février 2014, l'assuré a travaillé en qualité de dessinateur en construction métallique pour le compte de la société W._____ SA à [...] et était, à ce titre, à nouveau assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la CNA.

Le 6 février 2014, l'assuré a été victime d'un accident de la voie publique alors qu'il circulait à vélo. Les premiers soins ont été donnés aux A._____ (A._____). Les diagnostics de fracture du scaphoïde du poignet droit, de contusion de la cheville gauche et de contusion abdominale ont été retenus par les médecins des A._____ et une incapacité de travail totale a été attestée. Les suites de cet accident ont été prises en charge par la CNA.

Le 17 mai 2014, l'assuré s'est blessé à la cheville droite après avoir glissé et fait une chute dans les escaliers de son immeuble (sinistre [...]).

En raison de la persistance des douleurs à la cheville gauche et d'une dépendance aux cannes axillaires, la CNA a organisé un séjour du 12 août 2014 au 23 septembre 2014 au sein de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR), sise à Sion, pour une prise en charge pluridisciplinaire. A l'issue de ce séjour, les Drs P._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et V._____, médecin assistant, ont attesté, dans leur rapport du 16 octobre 2014, une incapacité de travail totale de l'assuré dans l'activité de dessinateur en construction métallique

du 12 août au 19 octobre 2014 avec une reprise progressive de son activité professionnelle à 50 % du 20 octobre au 17 novembre 2014 et à 100 % à partir du 18 novembre 2014, dans la mesure où le pronostic de réinsertion dans cette activité était favorable. A titre de limitations fonctionnelles, ces médecins ont retenu l'absence de port de charges lourdes et la marche prolongée.

Le 24 novembre 2014, l'assuré a été licencié pour le 30 novembre suivant par la société W._____ SA.

Le 28 novembre 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, faisant état d'une atteinte au pied gauche existant depuis le 6 février 2014.

Figurent au dossier :

- un rapport du 14 décembre 2014 du Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, estimant que la situation de son patient ne s'était pas améliorée avec le séjour à la CRR et que l'assuré présentait une incapacité de travail totale ;

- un rapport du 2 septembre 2015 du Dr T._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique ainsi qu'en chirurgie de la main au sein du Département de l'appareil locomoteur du CHUV, dans lequel ce médecin a observé que l'origine des douleurs de l'assuré au poignet droit et à la cheville gauche n'était pas expliquée par les examens radiologiques réalisés ;

- un rapport du 3 mars 2016 de la CRR à l'issue d'un séjour du 6 janvier au 9 février 2016 organisé par la CNA, aux termes duquel les Drs P._____ et S._____, médecin assistant, ont relevé qu'aucun nouveau diagnostic n'avait été posé au cours du séjour, que le diagnostic d'algodystrophie relatif à la cheville gauche de l'assuré n'avait pas été retenu sur la base des examens radiologiques, que les plaintes (douleurs chroniques de la

cheville gauche et du poignet droit) ne s'expliquaient pas par les lésions objectives constatées, que la situation sur le plan médical était stabilisée, que les limitations fonctionnelles étaient une absence de port de charges lourdes répétées ainsi que la marche prolongée et ont retenu que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans l'activité de dessinateur en construction métallique dès le 14 mars 2016, soit peu après la sortie de la CRR.

Dans la mesure où l'assuré présentait des douleurs persistantes au poignet droit, le Dr T. _____ a opté pour une dénervation totale du poignet droit. L'assuré a subi cette intervention chirurgicale le 18 mai 2016.

Le 11 août 2016, l'OAI a reçu une copie du dossier de la CNA, dont un rapport du 8 août 2016 du Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, dans lequel ce médecin a observé ce qui suit :

“Du point de vue assécurologique, la symptomatologie que présente le patient au niveau de sa cheville G ne s'explique pas principalement par les lésions et les séquelles des lésions pouvant être mises en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 06.02.2014. En ce qui concerne cette cheville G, l'assuré a une exigibilité théorique totale dans une activité de type sédentaire.

En ce qui concerne la fracture du scaphoïde du poignet D du 06.02.2014 et ses séquelles, la situation n'est pas encore stabilisée suite à la dénervation du poignet D du 18.05.2016. En effet, suite à cette intervention la symptomatologie que présentait le patient au niveau du bord radial de son poignet D ne s'est pas modifiée, mais il ressent constamment de petits picotements au niveau des 5 cicatrices cutanées résultant de la dénervation du poignet, avec douleurs au niveau de 4 de ces cicatrices au moindre mouvement du poignet et au moindre contact de ces cicatrices avec quoi que ce soit. [...]

En théorie, une stabilisation devrait avoir lieu dans les 6, maximum 12 mois suite à la dernière intervention. Quoi qu'il en soit, une fois la stabilisation atteinte, il semble déjà clair que l'assuré pourra avoir, en relation avec les séquelles objectives des accidents qu'il a subi, une exigibilité totale dans une activité à faible charge physique des deux mains.”

Figurent notamment au dossier :

- un procès-verbal d'entretien du 31 août 2016 entre les directeurs de l'entreprise W._____ SA et un inspecteur de la CNA dont il ressort en particulier que le salaire de l'assuré était très élevé pour un dessinateur sans certificat fédéral de capacité mais que son ancien employeur avait tenu compte du fait qu'il avait une qualification de constructeur métallique et quatre ans d'expérience comme dessinateur et que ce genre de profil était très recherché et quasi introuvable ;

- un rapport du 26 mai 2017 de la CRR à l'issue d'un séjour du 29 mars au 25 avril 2017 organisé par la CNA, dans lequel les Drs P._____ et L._____, médecin assistante, ont relevé qu'aucun nouveau diagnostic n'avait été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie, que les plaintes (douleurs chroniques de la cheville gauche et du poignet droit) ne s'expliquaient pas par des lésions objectives constatées, que la situation sur le plan médical était stabilisée et que les limitations fonctionnelles définitives étaient une absence de port de charges lourdes répétée ainsi que la marche prolongée ;

- un examen réalisé le 26 juin 2017 par le médecin d'arrondissement de la CNA, aux termes duquel la Dre G._____ a considéré que sur le plan médical la situation était stabilisée, que d'un point de vue objectif l'assuré devait éviter le port de charges lourdes avec la main droite ou les mouvements répétitifs du poignet droit, que concernant la cheville gauche, l'assuré ne pouvait pas exercer d'activité nécessitant la marche en terrain irrégulier, ni dans des escaliers, échelles ou échafaudages et que dans une activité adaptée la capacité de travail était de 100 % sans diminution de rendement. La Dre G._____ a en outre estimé que l'assuré ne présentait pas, ni pour la cheville gauche ni pour le poignet droit, de séquelles indemnissables selon les tables d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité de la LAA ;

- un rapport du 21 décembre 2017 du Dr T._____ qui lors de sa consultation de l'assuré le 14 décembre 2017 en présence d'une évolution défavorable de la dénervation sur les douleurs du poignet droit, n'avait

pas de proposition thérapeutique ; ce médecin indiquait que son patient effectuait de l'autohypnose et qu'il devait reprendre un loisir sportif ou manuel qui déplaçait son attention.

Par décision du 8 mars 2018, la CNA a mis un terme à ses prestations au 31 janvier 2018, dans la mesure où l'assuré présentait de nouveau une pleine capacité de travail dans sa profession de dessinateur en construction métallique. Cette décision a été confirmée par décision sur opposition du 17 mai 2018 qui a refusé à l'assuré tout droit à une rente d'invalidité et tout droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Dans un rapport du 13 juin 2018 consécutif à une consultation de l'assuré le 11 juin 2018, le Dr T._____ a fait part d'une situation malheureusement inchangée en présence d'un poignet droit de son patient qui restait inutilisable pour toute activité professionnelle manuelle lourde ou répétée. L'assuré devait se reclasser dans un poste adapté (pas de chantier). Ce médecin n'avait pas de proposition thérapeutique.

Par décision du 3 septembre 2018, l'OAI a nié tout droit à des prestations. Cette décision a été confirmée par arrêt du 23 avril 2020 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO AI 304/18 - 116/2020).

C. Par acte du 18 juin 2018, U._____, représenté par Me Alessandro Brenchi, a déféré la décision sur opposition du 17 mai 2018 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à ce que la Cour :

I **Déclare recevable** le recours.

II **Admette** le recours.

Principalement

III **Réforme** la décision sur opposition du 17 mai 2018 rendue par la Caisse Nationale Suisse d'Assurance et **accorde** à U._____ le bénéfice des prestations de l'assurance-accidents, singulièrement la poursuite du versement des indemnités

journalières dès le 1^{er} février 2018, dont le montant sera établi en cours d'instance.

Réforme la décision sur opposition du 17 mai 2018 rendue par la Caisse Nationale Suisse d'Assurance et **accorde** à U. _____ le bénéfice des prestations de l'assurance-accidents, singulièrement le versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, dont le montant sera précisé en cours d'instance.

Subsidiairement

V **Réforme** la décision sur opposition du 17 mai 2018 rendue par la Caisse Nationale Suisse d'Assurance et **accorde** à U. _____ le bénéfice des prestations de l'assurance-accidents, singulièrement le versement d'une rente d'invalidité, dont le montant sera établi en cours d'instance.

VI **Réforme** la décision sur opposition du 17 mai 2018 rendue par la Caisse Nationale Suisse d'Assurance et **accorde** à U. _____ le bénéfice des prestations de l'assurance-accidents, singulièrement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, dont le montant sera précisé en cours d'instance.

Plus subsidiairement

III **Annule** la décision sur opposition du 17 mai 2018 rendue par la Caisse Nationale Suisse d'Assurance et **renvoie** la cause devant l'autorité inférieure pour rendre une nouvelle décision dans le sens des considérants.

Très subsidiairement

IV **Annule** la décision sur opposition du 17 mai 2018 rendue par la Caisse Nationale Suisse d'Assurance et **renvoie** la cause devant l'autorité inférieure pour complément d'instruction."

Il invoquait une violation de son droit d'être entendu en lien avec la décision sur opposition attaquée qu'il estimait ne pas être suffisamment motivée. Sur le fond et en substance, il contestait la stabilisation de son état de santé à la fin du mois de janvier 2018, le refus d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents ainsi que d'une indemnité pour atteinte en sa faveur. A titre de mesures d'instruction, il a notamment requis une expertise pluridisciplinaire (physique, neurologique, etc. ; psychiatrique) afin de « mettre en lumière les liens entre l'accident de 2014, les lésions subies ensuite de l'accident et les conséquences actuelles, notamment au niveau de la capacité de travail et de gain ». Il a sollicité en outre la mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, requête à laquelle il a renoncé par la suite.

Dans sa réponse du 11 octobre 2018, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée, sans qu'une expertise ne s'avère être nécessaire.

Le 28 novembre 2018, la CNA a fixé un délai au 18 décembre 2018 au recourant afin de respecter son droit d'être entendu pour se déterminer sur un rapport de surveillance dont il avait fait l'objet sur mandat de l'assureur responsabilité civile la C. _____ Assurances. Elle a produit le rapport précité dans la présente cause et requis la suspension de la procédure afin de soumettre ce rapport à la Dre G. _____ pour déterminer si l'exigibilité telle que définie en son temps par ce médecin restait d'actualité (correspondance du 10 janvier 2019 de la CNA avec annexes).

Par courrier du 30 janvier 2019, le recourant a informé la Cour de céans qu'il avait contesté le rapport du détective privé, en déposant une action civile pour violation de la personnalité. Il faisait valoir que les modalités de réalisation de cette mesure étaient illicites, raison pour laquelle il était nécessaire de procéder au retranchement de la pièce du dossier. Il pouvait dès lors se rallier à la demande de suspension mais pas pour les motifs invoqués, mais pour trancher la pertinence du rapport du détective privé.

La cause a dès lors été suspendue le 31 janvier 2019. La cause n'ayant pas été tranchée par le Tribunal d'arrondissement, elle a d'accord entre les parties été suspendue de six mois en six mois, une dernière fois le 17 juin 2021.

Par courrier du 25 mai 2021, la CNA a indiqué que son médecin d'arrondissement, la Dre G. _____ avait estimé que les observations effectuées en avril 2018 ne modifiaient pas l'examen final du 26 juin 2017 dont les conclusions restaient parfaitement valables. Un délai au 21 juin 2021 avait dès lors été imparti au recourant pour savoir s'il maintenait sa demande de suspension. Le 16 juin 2021, le recourant a indiqué que le document de la Dre G. _____ n'était pas suffisant pour

déterminer ses souffrances et qu'il était nécessaire d'attendre la décision du Tribunal d'arrondissement relative au rapport du détective privé.

La cause a été reprise par déterminations du 2 février 2022 du nouveau mandataire du recourant, Me Duc. Celui-ci se référait au nouveau rapport de la Dre G. _____ du 3 septembre 2020, à une expertise rhumatologique du 10 mai 2021 de la Dre Y. _____, spécialiste en rhumatologie, figurant dans le dossier de l'OAI et au rapport du Dr T. _____ du 11 novembre 2021, selon lesquels il apparaissait clairement que l'état de santé de son mandant ne s'était pas stabilisé et que la CNA aurait dû revoir sa position, allouer à tout le moins l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qu'elle reconnaissait, et se déterminer à nouveau sur l'état de stabilisation et le droit à la rente.

La CNA s'est déterminée le 29 avril 2022, maintenant les conclusions de son mémoire de réponse du 11 octobre 2018. Elle s'estimait fondée à considérer l'état de santé du recourant comme stabilisé aux termes de la décision du 17 mai 2018 confirmant la décision du 8 mars 2018 mettant fin à ses prestations au 31 janvier 2018 au soir, sans que les pièces médicales « toutes largement postérieures à la décision entreprise » ne s'avéraient pas pertinentes pour l'issue du présent litige.

Le recourant s'est déterminé le 23 mai 2022, persistant dans ses précédentes conclusions et insistant sur la mise en œuvre d'une expertise judiciaire au vu des appréciations médicales divergentes.

D. Le 30 mars 2022, la juge en charge de l'instruction a informé les parties que le dossier de l'OAI avait été produit. Les parties se sont déterminées sur le dossier de l'OAI. Le 24 avril 2023, le recourant a produit un certificat médical du 5 avril 2023 attestant qu'il devait interrompre son travail du 1^{er} novembre 2022 au 31 juillet 2023.

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. a) Dans un premier moyen de nature formelle, le recourant reproche à la CNA d'avoir violé son droit d'être entendu. Il fait grief à l'intimée de ne pas avoir motivé la décision sur opposition attaquée.

b) aa) Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procès équitable au sens de l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu garantit notamment à chaque personne le droit de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, d'avoir accès au dossier, de prendre connaissance de toute argumentation présentée à l'autorité et de se déterminer à son propos, dans la mesure où il l'estime nécessaire, que celle-ci contienne ou non de nouveaux éléments de fait ou de droit, et qu'elle soit ou non concrètement susceptible d'influer sur le jugement à rendre (ATF 146 III 97 consid. 3.4.1 ; 142 III 48 consid. 4.1.1 et références citées).

Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti

par l'art. 29 al. 2 Cst., a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

bb) En l'espèce, la motivation de la décision sur opposition querellée permet de comprendre parfaitement les éléments qui ont été retenus par la CNA et les raisons pour lesquelles ils l'ont été. En réalité, en tant que le recourant reproche à l'intimée une argumentation laconique, sommaire, voire superficielle, en déplorant une motivation insuffisante sur l'examen de son droit éventuel aux prestations litigieuses de l'assurance-accidents, le grief se confond avec celui d'arbitraire dans la constatation des faits et l'appréciation des preuves. Il convient de l'examiner avec le fond du litige.

3. Le litige sur le fond porte sur la question de savoir si l'intimée était en droit de considérer que l'état de santé du recourant était stabilisé au 31 janvier 2018, respectivement de refuser le droit à une rente

d'invalidité, ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. La décision sur opposition du 17 mai 2018 attaquée marque, par conséquent, la limite temporelle du pouvoir d'examen du juge (cf. ATF 143 V 409 consid. 2.1 et les références).

4. 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.

Le catalogue des prestations comprend notamment le droit à une indemnité journalière (art. 16 et 17 LAA), le droit à une rente d'invalidité (art. 18 ss LAA), ainsi que le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 et 25 LAA).

b) aa) 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. 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).

L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident, étant précisé que l'amélioration attendue par la continuation du traitement médical doit être significative et que des améliorations mineures ne suffisent ainsi pas ; cette question doit être examinée de manière prospective (TF 8C_484/2019 du 3 août 2020 consid. 3 et les références citées). Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique

mineur à attendre de nouvelles mesures – comme une cure thermale – ne donnent droit à sa mise en œuvre.

bb) 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).

cc) 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).

dd) 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).

ee) 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.

c) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références ; TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

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

déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

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

f) Dans un premier moyen, le recourant conteste la stabilisation de son état de santé et le fait que l'intimée était en droit de passer au régime de la rente à compter du 1^{er} février 2018 et lui refuser le droit à une rente d'invalidité.

A la lumière des appréciations médicales figurant au dossier, la Dre G. _____ expose, dans son examen final du 26 juin 2017, de manière claire et convaincante les motifs pour lesquels l'état de santé de l'assuré devait être considéré comme stabilisé au plus tard au 31 janvier 2018. Elle a relevé qu'aucune nouvelle intervention n'était envisagée et, après avoir évalué de manière objective la situation au niveau du membre supérieur droit et du membre inférieur gauche, elle a confirmé que la situation était stabilisée sur le plan médical. Elle a indiqué ne pas pouvoir expliquer la

symptomatologie de l'assuré au niveau de sa cheville gauche principalement par les séquelles des lésions pouvant être reliées à l'accident de février 2014 et estimé qu'en ce qui concernait cette cheville l'intéressé présentait une exigibilité théorique totale dans une activité de type sédentaire (sans marche en terrain irrégulier, ni dans des escaliers, échelles ou échafaudages). S'agissant de la fracture du scaphoïde du poignet droit du 6 février 2014 et ses séquelles, la Dre G._____ a indiqué qu'une fois la stabilisation atteinte dans un délai de six, maximum douze mois, depuis l'intervention chirurgicale du 18 mai 2016 par le Dr T._____ (dénervation totale du poignet droit), l'assuré conservait une capacité de travail totale dans une activité à faible charge physique des deux mains. A cet égard, force est de constater que, dans son rapport du 13 juin 2018, le Dr T._____ relève que la situation reste malheureusement inchangée, respectivement ne mentionne en aucun cas l'existence d'un traitement médical permettant d'améliorer sensiblement l'état de santé de l'assuré et, donc, contestant la stabilisation de son état de santé. Ensuite, c'est à tort que le recourant invoque l'incompétence de la Dre G._____, dès lors que contrairement à ce qu'il prétend, elle n'est pas médecin psychiatre, mais médecin praticien.

Enfin, c'est après avoir pris connaissance de l'ensemble des actes médicaux au dossier et avoir procédé à un examen médical complet de l'assuré, que la Dre G._____ a confirmé la stabilisation de l'état de santé du recourant, respectivement défini l'exigibilité. Il est partant faux de prétendre que ledit examen personnel de l'assuré aurait été incomplet. Il en va de même des critiques concernant une prétendue apparence de prévention de la spécialiste.

S'agissant des divergences entre l'assurance-accidents et l'assurance-chômage relevées par le recourant, elles s'expliquent par le fait que l'assurance-chômage a tenu compte des certificats médicaux établis par le Dr T._____, lesquels attestent une incapacité de travail de 100 % dans l'ancienne activité professionnelle chez W._____ SA, tandis que l'assureur-accidents a tenu compte de la capacité de travail de U._____ dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles

résultant de ses séquelles. Or, s'il n'est pas contesté que l'assuré ne peut plus travailler auprès de son ancien employeur, dès lors que cette activité impose manifestement qu'il se rende sur des chantiers, rien ne s'oppose à ce qu'il continue de travailler en qualité de dessinateur de constructions, dès lors que cette activité ne nécessite en général pas de se rendre sur des chantiers et de marcher en terrain inégal, voire d'utiliser des échelles ou des échafaudages, respectivement n'est pas exigeante pour les membres supérieurs.

Pour ce qui est du profil professionnel du recourant, il convient de répéter (cf. décision sur opposition du 17 mai 2018, p. 12) que U._____ avait été engagé comme dessinateur en construction métallique par la société W._____ SA et que, s'il bénéficiait d'un salaire relativement élevé pour un dessinateur en construction, c'était pour tenir compte du fait qu'il avait une qualification de constructeur métallique et quatre ans d'expérience comme dessinateur. Or, ce genre de profil est très recherché et quasi introuvable (cf. procès-verbal d'entretien du 31 août 2016 entre les directeurs de l'entreprise W._____ SA et un inspecteur de la CNA, p. 1), ce qui justifiait par conséquent un tel salaire.

Eu égard à l'ensemble de ce qui précède, il y a lieu de confirmer, à défaut de traitements médicaux pouvant apporter une amélioration notable, la stabilisation de l'état de santé de l'assuré, respectivement son aptitude à exercer à pleins temps et rendement l'activité de dessinateur de constructions, vu que cette activité respecte les limitations fonctionnelles découlant de l'accident du mois de février 2014. Partant, c'est à juste titre que l'intimée a mis fin aux prestations d'assurance au 31 janvier 2018 au soir, respectivement confirmé que le recourant ne subissait pas d'incapacité de gain ouvrant le droit à la rente.

g) Le précédent avocat du recourant s'était fondé sur des pièces médicales relativement anciennes pour contester la fin des prestations d'assurance au 31 janvier 2018. De son côté le nouveau conseil du recourant revient, lui aussi, sur la question de la stabilisation du cas dans ses observations du 2 février 2022. Il invoque cette fois-ci à

l'appui de ses allégations des pièces médicales qui sont toutes largement postérieures à la décision sur opposition entreprise. Il s'agit en particulier du rapport du 11 novembre 2021 du Dr T._____ du centre de la main du CHUV à Lausanne, mais aussi du rapport d'expertise rhumatologique de la Dre Y._____ du 18 juin 2021. Or il y a lieu de rappeler que depuis le 17 mai 2018, le recourant a subi le 29 mai 2019 une résection de la première rangée des os du carpe au poignet droit, alors que dans ses rapports du 21 décembre 2017 puis du 13 juin 2018, le Dr T._____ ne préconisait à ce niveau-là aucune mesure thérapeutique susceptible d'améliorer sensiblement l'état du recourant. Le Dr T._____ relevait que la situation restait inchangée avec un poignet qui demeurait inutilisable pour toutes activités professionnelles manuelles lourdes ou répétées et que son patient devait se reclasser dans un poste adapté (pas de chantier - ce qui était le cas chez son dernier employeur ; cf. rapport du 4 septembre 2020 de la Dre G._____). En l'absence d'évolution bénéfique de la dénervation totale du poignet droit du 18 mai 2016, les limitations fonctionnelles étaient les mêmes que celles constatées par la Dre G._____ en juin 2017. Le 13 décembre 2018, le Dr T._____ notait encore une situation inchangée avec néanmoins un assuré qui présentait beaucoup moins d'allodynie sur les cicatrices cutanées du poignet droit.

En réalité, ce n'est qu'en février 2019, voire avril 2019, que la situation s'est aggravée dans la mesure où l'assuré ne parvenait pas à reprendre une activité de dessinateur, car même l'utilisation du clavier (soit une activité légère) devenait douloureuse. Ce spécialiste de la main a proposé de réaliser cette nouvelle intervention, laquelle a été considérée comme indiquée par le service médical, dans la mesure où elle devait permettre, selon la Dre G._____, d'éviter une aggravation aiguë (cf. avis du 29 avril 2019 [pièce 435]). Dans son rapport du 4 septembre 2020 relatif à son examen de l'assuré le jour précédent, le médecin d'arrondissement de la CNA avait posé les diagnostics de douleurs du poignet droit dans les suites d'une fracture du scaphoïde du poignet droit traitée conservativement suite à une chute à vélo le 6 février 2014 avec possible syndrome douloureux régional complexe de la main et du poignet droit dans les suites de la dernière intervention du 28 mai 2019 : résection

de la première rangée des os du carpe du poignet droit et styloïdectomie radiale et de douleurs de la cheville gauche dans les suites d'une contusion de la cheville gauche par écrasement avec plaie rétro-malléolaire interne, suspicion d'ostéite malléolaire interne gauche en mars 2014 non objectivée. En présence d'un assuré dont les plaintes étaient similaires à celles de l'examen final du 26 juin 2017, la Dre G. _____ a indiqué qu'un probable syndrome douloureux régional complexe (SDRC) ne modifiait pas les limitations fonctionnelles retenues en lien de causalité avec l'accident de février 2014 et surtout en lien avec la résection de la première rangée des os du carpe et la raideur du poignet droit. Elle notait en outre des discordances importantes, notamment entre le fait que l'assuré mentionnait faire usage de sa main et son poignet droit mais qu'il ne présentait pas d'amyotrophie du membre supérieur droit, qu'il ne pouvait pas tenir le dynamomètre de Jamar alors qu'il avait effectué cette mesure à la mi-juin 2020 chez le Dr T. _____ obtenant quatre kilos. De plus, lors des différents séjours de réadaptation, il avait été retenu la présence de nombreux facteurs contextuels influençant de manière très défavorable la reprise d'une activité adaptée à l'état de santé de l'assuré. Ces derniers étaient toujours présents et l'intéressé peinait à se projeter dans une nouvelle activité ; il indiquait qu'il souhaitait retrouver une activité professionnelle mais qu'il devait être guéri et avoir retrouvé la mobilité de son poignet et de sa cheville et ne présenter plus de douleurs.

En conclusion, l'intervention pratiquée en mai 2019, dont le risque connu est la réactivation du syndrome douloureux régional complexe (SDRC), ainsi que les mesures d'instruction complémentaires qui avaient été réalisées par la suite se sont inscrites dans le contexte d'une rechute des troubles du poignet droit, lesquels présentaient la particularité d'être stabilisés depuis plus d'une année. Quant à l'expertise rhumatologique du 10 mai 2021 de la Dre Y. _____ ordonnée par l'OAI, il semblerait à la lecture du rapport SMR du 26 juillet 2021 que la situation se soit aggravée depuis mai 2019 en raison du constat en juin 2019 d'une arthrose entre le radius et le capitatum du poignet droit avec fragments osseux dans l'espace de résection. Il s'ensuit que les éléments sur lesquels reposent les observations du 2 février 2022 du conseil du

recourant - tout comme le rapport d'examen final de la Dre G._____ du 3 septembre 2020, l'expertise de la Dre Y._____ du 10 mai 2021 et le rapport du Dr T._____ du 11 novembre 2021 - n'ont pas à être pris en compte dans le cadre de la présente procédure. Ceux-ci doivent plutôt être examinés dans le contexte de la rechute découlant de la péjoration des troubles ayant conduit à l'intervention du 28 mai 2019.

5. a) Par un deuxième moyen, le recourant critique le refus de la CNA de lui allouer une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

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

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

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez toutes les personnes présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour la personne concernée (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité incombe avant tout aux

médecins, qui doivent d'une part constater objectivement les limitations, et d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_566/2017 précité consid. 5.1 et la référence).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 113 V 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1, première phrase, de l'annexe). 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.

En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité est fixée d'après l'ensemble du dommage (art. 36 al. 3, première phrase OLAA).

c) Lors de son examen final du 26 juin 2017, la Dre G. _____ a estimé que l'assuré ne présentait pas, ni pour la cheville gauche ni pour le poignet droit, de séquelles indemnissables selon les tables d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité de la LAA. En l'occurrence, l'assuré ne produit et/ou il n'existe aucun rapport médical au dossier attestant chez ce dernier l'existence d'une atteinte importante et durable

à son intégrité physique motivant une atteinte à l'intégrité. Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimée n'a pas alloué une telle indemnité.

6. a) A titre de mesure d'instruction, le recourant sollicite la mise en œuvre d'une expertise médicale. Une telle requête doit être rejetée dans la mesure où l'intimée a suffisamment instruit le dossier (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). En effet, il n'y a aucun motif valable pour s'écarter des avis des médecins de la CRR et de la Dre G._____. De plus, les rapports largement postérieurs à la décision sur opposition du 17 mai 2018 attaquée n'ont pas à être pris en considération dans le présent dossier mais dans le cas de la rechute de l'accident du mois de février 2014.

b) Enfin, le rapport de surveillance du 8 juillet 2018 dont l'assuré a fait l'objet sur mandat de l'assureur responsabilité civile du véhicule ayant causé l'accident de vélo, qui avait justifié dans un premier temps la longue suspension, peut être retranché de la présente procédure. En effet, la Dre G._____ rappelle le 14 janvier 2019 que ses conclusions du 26 juin 2017 qui se basaient uniquement sur des constatations cliniques et objectives ne sont pas modifiées par les observations effectuées par le rapport de surveillance (cf. rapport du 4 septembre 2020 de la Dre G._____).

7. a) Mal fondé, le recours doit par conséquent être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 82a 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
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 17 mai 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour U. _____),
- 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 :