

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 août 2015

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
Mme Thalmann et M. Métral, juges  
Greffière : Mme Berseth Béboux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**J.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Henri Bercher, avocat à  
Nyon,

et

**I.**\_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 4, 6 LPGA ; art. 6 al. 1, 16, 18 al. 1, 24 LAA ; art. 11, 36 al. 1  
OLAA**

**E n f a i t :**

**A.** J.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], marié et père d'un enfant né en 2014, travaillait en qualité de comptable pour le compte de la société X.\_\_\_\_\_ à T.\_\_\_\_\_. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès d'I.\_\_\_\_\_ (ci-après : I.\_\_\_\_\_ ou l'intimée).

Le 5 septembre 2009, alors qu'il roulait à vélo, il est entré en collision avec une voiture. Selon la déclaration d'accident complétée par l'employeur le 5 octobre 2009, l'assuré a subi une double fracture ouverte au bras droit ayant nécessité une greffe, ainsi que des contusions au visage. L'assuré s'est retrouvé en totale incapacité de travail dès le jour de l'accident.

Le rapport de la Gendarmerie vaudoise du 15 septembre 2009 fait état des éléments suivants :

« (...)

Circonstances :

M. M.\_\_\_\_\_, conducteur en état d'ébriété, venait de K.\_\_\_\_\_ et circulait en direction de D.\_\_\_\_\_. Parvenu à la hauteur du Parc du [...], il enclencha ses indicateurs de direction gauches et se mit en ordre de présélection sur le centre de la chaussée afin d'enfiler l'accès au dit parc. Après avoir laissé passer un véhicule venant de D.\_\_\_\_\_, inattentif, il démarra en obliquant à gauche sans apercevoir et accorder la priorité au cycle piloté en sens inverse par M. J.\_\_\_\_\_ qui circulait bien à sa droite sur sa voie de circulation. Le côté droit de l'auto M.\_\_\_\_\_ fut heurté par l'avant du deux-roues. Suite au choc, son pilote fut désarçonné et chuta lourdement sur la chaussée.

(...)

Blessures :

M. J.\_\_\_\_\_ : fracture au poignet droit, coupures à la bouche et contusions sur les jambes et l'épaule droite. Il a été acheminé à l'Hôpital de C.\_\_\_\_\_ par le personnel d'Ambulances [...], de cette ville. Par la suite, il fut transféré au Q.\_\_\_\_\_ à [...]. »

Du 5 au 25 septembre 2009, l'assuré a séjourné au Q.\_\_\_\_\_ (ci-après : Q.\_\_\_\_\_), où il a subi deux interventions chirurgicales au poignet droit. Dans leur rapport du 26 octobre 2009, les Drs Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, et N.\_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont posé le diagnostic de status post-

fracture-luxation radio-carpienne droite. Ils ont indiqué avoir procédé à une réduction fermée de la diaphyse radiale et cubitale du poignet droit en urgence le 6 septembre 2009, puis effectué une réduction à ciel ouvert par double voie d'abord, capsulodèse, reconstruction de l'auvent radial sur la margelle postérieure par un greffon chondro-costal le 16 septembre suivant. Relevant que le patient avait subi une chute à vélo avec réception sur le poignet droit en flexion dorsale, les médecins ont précisé que l'intervention avait été bien tolérée et que les suites post-opératoires avaient été simples avec des cicatrices calmes et non-inflammatoires.

I. \_\_\_\_\_ a pris le cas en charge.

Aux termes d'un rapport du 22 mars 2010, la responsable du Case Management d'I. \_\_\_\_\_ prenait acte des plaintes de l'intéressé en ces termes :

« (...)

- Fortes douleurs à la main et au poignet droits.
- Pas beaucoup de sensations dans les doigts.
- Mobilité des doigts meilleure. Il arrive à faire la pince.
- Mobilité du poignet droit impossible.
- Trouble du sommeil. Il dort que 4 à 5 heures par nuit.
- Douleurs au niveau du sternum. La cicatrice d'environ 20 cm de long se met très vite à enfler dès que l'assuré fait trop d'efforts et se penche trop en avant. (...) »

Renseignant la F. \_\_\_\_\_ (ci-après : F. \_\_\_\_\_) assurance responsabilité civile du conducteur responsable de l'accident, par un certificat médical du 29 mars 2010, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a fait état d'une fracture luxation complexe du poignet droit avec reconstruction du cartilage articulaire par une greffe costale. Le médecin a qualifié l'évolution de favorable sur le plan mécanique, signalant néanmoins la survenance d'un syndrome de Sudeck. Il a préconisé un traitement sous forme de physiothérapie et d'ergothérapie, dont la durée dépendrait de l'évolution du syndrome précité, tout en se prononçant en faveur d'une reprise du travail à 20% « dès que possible ».

Le 7 avril 2010, en sa qualité de médecin-conseil d'I. \_\_\_\_\_, le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a

fait état d'une évolution lente mais favorable, une reprise de l'activité de comptable étant susceptible d'intervenir à la fin avril ou en mai 2010. Le traitement consistait en de la physiothérapie, de l'ergothérapie, du Miacalcic, des anti-inflammatoires non stéroïdien et des antalgiques et était en lien de causalité avec l'accident.

Selon les rapports de la responsable du Case Management d'I. \_\_\_\_\_ des 31 mai et 27 septembre 2010, l'assuré se plaignait de douleurs à la main et au poignet droits, de fourmillement dans le bout des doigts, de troubles du sommeil, de douleurs au niveau du sternum, d'une inflammation des nerfs et des tendons et d'une intolérance de son bras droit au chaud et au froid.

Interpellé par F. \_\_\_\_\_, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a notamment indiqué dans son rapport du 13 septembre 2010 que les douleurs de son patient n'étaient pas dues à une sensibilité articulaire mais beaucoup plus à un problème d'allodynie causée par le syndrome de Sudeck.

Le 8 novembre 2010, la responsable du Case Management a précisé que l'assuré se sentait mieux, que le 6 octobre 2010, il avait eu son premier rendez-vous au centre d'antalgie à l'Hôpital de F.V. \_\_\_\_\_ et que le traitement de Lyrica prescrit à cette occasion l'aidait à mieux dormir (6 à 7 heures par nuit) et diminuait les douleurs. Aux termes de son rapport du 29 novembre 2010, les plaintes de l'assuré étaient superposables à celles prévalant en septembre 2010, hormis les troubles du sommeil dont l'amélioration se confirmait.

Dans un avis du 8 novembre 2010, le Dr L. \_\_\_\_\_ s'est prononcé en faveur d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 10% « selon table 1 et 5 ».

Renseignant I. \_\_\_\_\_ le 4 janvier 2011, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic de séquelles de traumatisme complexe du poignet droit compliquées par un syndrome de Sudeck. L'évolution était toujours lentement favorable, avec une diminution des douleurs. Le praticien estimait que dès février 2011, une reprise du travail à 100% dans une

activité adaptée était exigible. Il craignait une limitation de l'amplitude de la mobilité, le pronostic restant à son avis néanmoins favorable.

Le 18 janvier 2011, la responsable du Case Management d'I.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré avait reçu son licenciement, qu'il était démoralisé et fâché et que sa mère allait rester quelques jours chez lui pour le soutenir moralement. Les plaintes de l'assuré étaient énumérées dans les mêmes termes que dans le rapport du 29 novembre 2010.

Interpellé par I.\_\_\_\_\_, le Dr Y.\_\_\_\_\_, médecin-chef au Service d'anesthésiologie et antalgie de l'Hôpital de F.V.\_\_\_\_\_, a posé le 2 mars 2011 le diagnostic de CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) de type II après fracture et délabrement de l'avant-bras sur accident de la circulation. Il a mis en évidence une amélioration lente des symptômes tant au niveau objectif que subjectif et douloureux. La récupération fonctionnelle restait cependant largement incomplète. Le traitement en cours consistait en du Lyrica et de la rééducation sensorielle ; le pronostic était réservé en raison de la lenteur de l'amélioration sous les traitements actuels. Le Dr Y.\_\_\_\_\_ ne se prononçait pas sur la question de la reprise du travail, précisant ne pas gérer cet aspect du dossier.

I.\_\_\_\_\_ a mis en œuvre une expertise médicale, qu'elle a confiée aux Drs S.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, spécialistes en chirurgie plastique et reconstructive et chirurgie de la main à la Clinique G.\_\_\_\_\_. Dans leur rapport du 22 juin 2011, les chirurgiens ont retenu les diagnostics de :

- status à 21 mois post-fracture luxation ouverte postérieure du carpe droit (traitée en urgence par réduction fermée, puis à 10 jours par greffe chondro-costale pour reconstruction de la partie dorsale de la fossette lunarienne, suture ligamentaire radio-carpienne palmaire et dorsale, libération du nerf médian au poignet droit),
- syndrome douloureux chronique du membre supérieur droit,
- allodynie des 3 cicatrices (palmaire et dorsale du poignet droit et costal inférieur droit),
- raideur du poignet droit,
- insomnies,

- intolérance à l'effort.

Les experts ont en outre indiqué qu'un scanner cérébral effectué au Q. \_\_\_\_\_ le jour de l'accident n'avait objectivé aucune lésion traumatique intracrânienne. Ils ont également mentionné la suture d'une plaie à la lèvre, une contusion de l'épaule droite et des membres inférieurs ainsi que des plaies aux membres inférieurs, sans que des bilans radiologiques n'aient montré des fractures à ces différents niveaux. Lors de l'expertise, l'assuré avait signalé des plaintes dans trois régions différentes : la région costale inférieure droite, le poignet droit et la racine du membre dans la région de la ceinture scapulo-thoracique. Au niveau du poignet, les douleurs étaient décrites à 4-5/10 au repos et à 7-8/10 à l'activité, un soulagement étant apporté par la prise de Lyrica. Les Drs S. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ ont en outre répondu aux questions d'I. \_\_\_\_\_ en ces termes :

**« 5. Etat de santé objectif ?**

(...)

- Poignet droit :

(...)

Il n'y a pas de flexum des doigts et l'enroulement digital actif est complet, un peu plus difficile pour l'index, jusqu'à 0.5 cm du pli palmaire transverse distal.

Mobilité :

	Droite	Gauche
Extension/flexion	10-0-20	60-0-75
Inclinaison radio-cubitale	0-0-15	30-0-30
Prono-supination	70-0-30	90-0-80

A noter que le patient a dû souffler sur sa main et son poignet pour calmer les douleurs après chaque mesure.

	Droite	Gauche
Prise de force de la poigne au Jamar (cran n° 2)	7/8/10	34/35/34
Key-Pinch (pince latérale)	5.25 kg	8.25 kg
Tripode Pollici-digital	5.5 kg	6.0 kg

(...)

**7. Etiologie de l'affection en cause :**

La nature des troubles manifestés par M. J. \_\_\_\_\_ actuellement est clairement d'origine traumatique. Toutefois, l'intensité des symptômes peut être influencée par un contexte socio-familial particulièrement chargé. En effet, depuis la date du traumatisme, M. J. \_\_\_\_\_ a perdu son emploi, perdu son père et a dû, à de multiples

reprises, hospitaliser en urgence sa mère atteinte d'une maladie maniaco-dépressive.

**8. L'état de santé est-il actuellement stabilisé :**

L'état de santé de M. J. \_\_\_\_\_ est encore en phase d'amélioration. La date de stabilisation de son état de santé est difficile à prédire, mais on peut estimer qu'une amélioration se fera encore dans les 6 prochains mois.

(...)

**12. Y a-t-il lieu d'attendre d'un traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé ? Proposition de mesures thérapeutiques + durée de ces dernières ?**

Nous proposons qu'une copie de cette expertise soit adressée au Dr Z. \_\_\_\_\_ pour qu'il détermine l'indication de l'ablation de la vis sagittale qui s'est cassée en 2010 et se trouve actuellement dans l'articulation radio-lunaire. (...) Nous sommes d'avis que si le Dr Z. \_\_\_\_\_ décide d'ôter la vis cassée, un arrêt de travail à 100% devrait être appliqué durant exactement 4 semaines.

Nous proposons également que votre assurance envoie une copie de cette expertise médicale au médecin-traitant du patient, le Dr B.F. \_\_\_\_\_ à T. \_\_\_\_\_, pour qu'il mette en place un soutien psychologique ou psychiatrique afin d'encadrer thérapeutiquement M. J. \_\_\_\_\_ dans cette phase de vie dramatique où il a perdu son emploi après avoir été victime d'un accident de la route. Comme mentionné plus haut, la mise à plat d'une situation familiale compliquée pourrait également contribuer à reconstruire psychologiquement l'assuré et le rendre plus apte à faire face aux troubles causés par son membre supérieur droit.

**13. Compte tenu des seuls troubles causés à plus de 50% par l'accident, quelle est la capacité de travail de l'assuré :**

**a)** dans son activité de comptable : Nous proposons au Dr Z. \_\_\_\_\_ d'assumer une reprise thérapeutique de 2 matins par semaine pendant 2 semaines, puis chaque matin durant les 2 semaines suivantes et ceci dès le 1.9.2011. Un retour au travail à 50% devrait être envisagé dès le 1.10.2011. Cette incapacité de 50% consisterait en une durée de travail de 50%, c'est-à-dire en un travail uniquement les demi-journées et non à un rendement de 50% avec un horaire normal, ce qui n'est pas possible dans une activité de comptable. Une activité dans cette branche consiste donc en une limitation du nombre d'heures de travail quotidien et dans une limitation des déplacements professionnels. Après 3 mois de travail à 50%, une réévaluation devrait être faite pour un retour à 75% (1.1.2012). Sous réserve d'une bonne tolérance à la reprise du travail, une capacité à 100% doit être envisagée dès le 1.3.2012, soit à 2.5 ans de l'accident.

Comme mentionné plus haut, une ablation de la vis par le Dr Z. \_\_\_\_\_ nécessiterait une incapacité de travail de 100% durant 4 semaines.

**14. Si son appréciation est possible, existe-t-il une atteinte à l'intégrité :**

Les troubles fonctionnels du membre supérieur droit chez M. J. \_\_\_\_\_ consistent principalement en un blocage quasi complet du

poignet droit. Selon les tabelles SUVA, le taux d'atteinte à l'intégrité résultant des troubles fonctionnels des membres supérieurs est de 15% pour une arthrodèse radio-carpienne. Nous proposons que ce taux soit retenu comme atteinte à l'intégrité chez ce patient. »

Se prononçant sur le rapport d'expertise précité le 11 juillet 2011, le Dr L. \_\_\_\_\_ en a accepté les conclusions. Le médecin conseil était d'avis qu'un suivi psychologique était adéquat sur le plan médical, la question du rapport de causalité avec l'accident devant à son avis toutefois être examinée. Il s'est en outre rallié à l'avis des experts et admis une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) à hauteur de 15%.

Dans un rapport du 29 septembre 2011 à I. \_\_\_\_\_, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a estimé qu'une reprise du travail pouvait intervenir à 50% dès le 1<sup>er</sup> octobre 2011, le travail physique soutenu devant toutefois être évité. Aux termes d'une note du 24 octobre 2011 au dossier d'I. \_\_\_\_\_, le Dr Z. \_\_\_\_\_ partageait l'avis des experts S. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail. A son sens, les problèmes psychologiques de l'assuré dominaient.

Face aux constats posés par les experts de G. \_\_\_\_\_ et le Dr Z. \_\_\_\_\_, I. \_\_\_\_\_ a mis en œuvre une expertise psychiatrique, dont le mandat a été confié au Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans un rapport du 11 novembre 2011, l'expert a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif léger, sans symptômes psychotiques, actuellement en rémission partielle (F32.0) et de limitations en lien avec les séquelles d'une fracture complexe du poignet droit, reconstruite par greffe de cartilage costal avec une ligamentoplastie par réancrage. Le Dr W. \_\_\_\_\_ a par contre estimé sans répercussion sur la capacité de travail l'accentuation de certains traits de personnalité, trait de personnalité histrionique (Z73.1) et les difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56). L'expert a fixé la survenance des premiers symptômes anxieux et dépressifs à quelque cinq mois avant l'expertise. Il a relevé que l'assuré, alors célibataire, parvenait à réaliser ses tâches ménagères seul, qu'il gérait son quotidien sans difficulté et que son hygiène personnelle était impeccable. Sa

concentration et ses capacités cognitives étaient conservées. Procédant à la comparaison de ces aptitudes au faible score obtenu au test des matrices de Raven, l'expert en a déduit une nette exagération des plaintes cognitives. Il a au demeurant spécifiquement exclu tout état de stress post-traumatique, constatant notamment l'absence de flashbacks et de comportement d'évitement. L'existence de troubles anxieux spécifiques sortant du contexte de l'épisode dépressif léger en rémission partielle avait également été écartée. Selon l'expert, d'un point de vue purement psychiatrique, la capacité de travail l'assuré était nulle de l'accident au 14 décembre 2011, puis de 50% jusqu'au 14 janvier 2012, date à partir de laquelle une reprise du travail en plein serait possible, sans diminution de rendement.

Par décision du 27 décembre 2011, se fondant sur les rapports d'expertise des Drs S.\_\_\_\_\_, R.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_, l'\_\_\_\_\_ a mis fin au versement des indemnités journalières au 1<sup>er</sup> avril 2012.

Par l'intermédiaire de son représentant, l'avocat Me Henri Bercher, l'assuré s'est opposé à la décision d'l'\_\_\_\_\_ du 27 décembre 2011, concluant à la poursuite du versement des indemnités journalières. Dans le cadre de la procédure, il a produit deux certificats médicaux du Dr P.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant depuis le 27 octobre 2011. Dans son certificat médical du 6 février 2012, le psychiatre faisait état d'un épisode dépressif moyen à sévère, en légère amélioration depuis de début de la prise en charge psychiatrique. Le Dr P.\_\_\_\_\_ remarquait en outre que l'accident de vélo avait été déterminant dans l'évolution de la maladie de son patient. Dans celui du 5 juin 2012, le Dr P.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'épisode dépressif majeur sévère sans caractéristiques psychotiques (F 32.2) et d'état de stress posttraumatique (F 43.1), induisant une totale incapacité de travail pour une durée indéterminée au niveau psychiatrique. Selon l'assuré, ce dernier certificat permettait de conclure à une nette aggravation de son état, qui rendait d'autant moins pertinentes les conclusions de l'expert W.\_\_\_\_\_.

Le 23 octobre 2012, interpellé par W. \_\_\_\_\_ sur la position du Dr P. \_\_\_\_\_, le Dr W. \_\_\_\_\_ a évoqué l'éventualité d'une aggravation clinique dépressive. L'expert a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, proposant dans l'intervalle la validation des arrêts maladies attestés par le psychiatre traitant depuis le 27 octobre 2011 « jusqu'à ce jour », en cas de bonne compliance au traitement antidépresseur prescrit.

Par décision sur opposition du 2 novembre 2012, I. \_\_\_\_\_ a annulé sa décision du 27 décembre 2011, admis la reprise du versement des indemnités journalière dès le 1<sup>er</sup> avril 2012 et décidé la reprise de l'instruction du dossier.

**B.** Reprenant l'instruction de son dossier, I. \_\_\_\_\_ a mandaté en qualité d'experts le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, et le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

**a)** Sur le plan somatique, le Dr B. \_\_\_\_\_ a examiné l'assuré le 4 février 2013. Pour les besoins de l'expertise, il a fait procéder à un examen par scinti-spect-ct du poignet droit le 8 février 2013 auprès de la Clinique de J.K. \_\_\_\_\_, dont il ressort une incongruence articulaire de la moitié dorsale de l'articulation radio-ulnaire avec hypercaptation focale à ce niveau, sans signe de Sudeck. Dans son rapport du 19 février 2013, l'expert a posé les diagnostics d'arthrose post-traumatique partielle du poignet droit, de status après ablation d'une vis cassée intraarticulaire radio-lunaire du poignet droit le 11 juin 2012, de status après ostéosynthèse de la styloïde, chondroplastie de la facette lunaire du radius et suture du ligament radio-carpien le 16 septembre 2009 avec complications secondaires par maladie de Sudeck transitoire, résorption partielle du greffon cartilagineux et fragmentation intraarticulaire d'une vis en 2010 et de status après fracture intraarticulaire du radius distal droit avec luxation radio-carpienne dorsale le 5 septembre 2009. Selon l'expert, l'état du membre supérieur droit de l'assuré était entièrement

imputable à l'accident. Au chapitre du status, le Dr B.\_\_\_\_\_ a notamment fait état des éléments suivants :

« Force de préhension : pince digito-palmaire 10 kg à droite et 42 kg à gauche ; pince pollici-digitale 6 kg à droite et 7 kg à gauche.

Mobilité des poignets : flexion-extension 20-0-35° à droite et 80-0-70° à gauche, déviation radio-cubitale 15-0-20° à droite et 25-0-45° à gauche ; pronosupination 85-0-45° à droite et 90-0-99° à gauche.

Opposition du pouce cotée à Kapandji 10 ddc [des deux côtés]. Empans des pulpes D1-D5 19,5 cm à droite et 20,5 cm à gauche. L'extension de tous les doigts longs est conservée ddc [des deux côtés]. Enroulement complet avec distance pulpe-paume de 0 mm à la pulpe de tous les doigts. Douleurs importantes du poignet droit en fin de mouvement dans tous les plans, surtout du côté opposé du mouvement, sous forme de tiraillements ressentis comme très désagréable.

Tiraillements à la face antérieure du poignet en fin de supination. La fin de pronation est un peu gênante. Douleurs à la percussion de toutes les saillies osseuses du poignet droit et celle du 1<sup>er</sup> et du 4<sup>e</sup> rayon de la main droite et dans une moindre mesure du 3<sup>e</sup> rayon.

Les tests de provocation à la recherche d'une instabilité du carpe ne sont pas faisables en raison des douleurs. Pas d'instabilité de la radio-cubitale inférieure. »

Le Dr B.\_\_\_\_\_ a en outre relevé qu'au moment de l'expertise, le patient présentait essentiellement une incongruence post-traumatique douloureuse radio-lunaire de son poignet droit, évoluant vers une arthrose post-traumatique définitive à ce niveau. Selon l'expert, compte tenu de l'arthrose définitive, le statu quo ante et le statu quo sine ne seraient plus jamais retrouvés. Cela ne remettait toutefois pas en cause - du point de vue somatique - l'exigibilité d'une pleine capacité de travail tant dans l'activité habituelle de comptable que dans toute autre activité adaptée ne nécessitant pas de manutention en force ni de mouvements répétitifs du poignet droit. Le Dr B.\_\_\_\_\_ préconisait la poursuite du traitement conservateur en cours (port d'un bracelet de contention qui soulageait les douleurs et prise d'antalgiques et d'anti-inflammatoire non stéroïdiens à la demande). En cas de persistance de douleurs insupportables, le Dr B.\_\_\_\_\_ évoquait la possibilité « à plus long terme, et de façon totalement imprévisible pour l'instant » d'une arthrodèse partielle du poignet, notamment radio-carpienne, préservant l'articulation médio-carpienne. Enfin, se fondant sur la table 5.2 de la SUVA, l'expert a qualifié l'arthrose de moyenne à grave et a retenu une atteinte à

l'intégrité de 10%, qui resterait inchangée même dans le cas d'une éventuelle arthrodèse partielle du poignet.

**b)** Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 5 juin 2013, le Dr V.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics d'épisode dépressif léger (F32.0) et de trouble anxieux non spécifié (F41.9), ces pathologies étant sans effet sur la capacité de travail.

Il ressort notamment de l'anamnèse familiale à laquelle a procédé le Dr V.\_\_\_\_\_ que l'équilibre de la famille avait été déstabilisé par le décès en 2007 du père de l'assuré et que depuis lors, l'expertisé avait repris une partie du rôle de père. Désormais marié, il tenait lui-même ses affaires administratives. Il était suivi par le Dr P.\_\_\_\_\_ depuis 2011 à raison d'une consultation par mois, ainsi que par une psychologue une fois par semaine. L'expert a en outre retenu que l'assuré se plaignait essentiellement de douleurs de son avant-bras droit, chiffrées à 4-5 sur l'échelle visuelle analogique. Celles-ci consistaient essentiellement en une sensation de serrement. L'intéressé avait aussi évoqué des douleurs sur le site du prélèvement de la greffe sternale, ainsi que des douleurs dorsales.

L'expert a en outre procédé à des recherches ciblées et systématiques d'autres pathologies psychiatriques, dont une symptomatologie anxieuse spécifique, un trouble de l'adaptation, un trouble bipolaire ou un état de stress post traumatique, recherches qui n'avaient pas été contributives. Il a néanmoins relevé que l'assuré était proche des larmes à l'évocation des sujets difficiles comme les conséquences de son accident, l'intéressé reliant la problématique anxio-dépressive survenue plusieurs mois après l'accident aux conséquences de l'atteinte à sa santé physique et à la rupture de trajectoire de vie qui en a découlé. Il a également exposé de manière documentée et circonstanciées les motifs pour lesquels il n'adhérait pas à certaines des conclusions prises par ses confrères W.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ (cf. rapport d'expertise p. 18 à 24)

Au chapitre des conclusions (cf. rapport d'expertise p. 25s), le Dr V. \_\_\_\_\_ s'est exprimé en ces termes :

« Votre assuré est un homme de [...] ans, marié et sans enfant qui rapporte des antécédents familiaux psychiatriques relativement lourds. Il dit que de son côté, il n'a pas relevé de troubles psychiques jusqu'ici. On sait pourtant le deuil difficile de son père en 2007, même s'il n'y a pas eu de soins pour ce motif, d'après les informations à disposition.

En date du 05.09.2009, M. J. \_\_\_\_\_ a été victime d'un accident de circulation. Une perte de conscience de courte durée est probable. Tant le scanner cérébral à l'entrée que ce qui est décrit au dossier parlent toutefois contre une atteinte cérébro organique. Le status neurologique a toujours été normal du point de vue du système nerveux central. Le diagnostic principal reste une fracture luxation ouverte du poignet droit qui a été traitée chirurgicalement. Cet aspect de l'atteinte à la santé de l'intéressé a été apprécié à part et le soussigné n'a pas à revenir là-dessus.

L'intéressé n'a pas présenté de troubles psychiques au départ. On ne trouve rien d'objectif au dossier en ce sens. Comme cela a été rapporté plus haut, les symptômes anxieux et dépressifs fluctuants ne remontent qu'à cinq mois avant l'expertise W. \_\_\_\_\_ soit au moins de juin 2011 et vraisemblablement à un moment où l'intéressé prenait conscience du « plateau de réadaptation ».

En l'état, la seule pathologie psychiatrique qui peut être reconnue dans ce cas n'a rien de préoccupant. Il s'agit d'un épisode dépressif léger, sans plus. Il s'agit d'un trouble anxieux non spécifié, sans plus. Comme cela a été argumenté plus haut, un tel tableau clinique ne saurait être associé à des limitations psychiatriques significatives et à une quelconque incapacité de travail.

Il est par contre vrai que M. J. \_\_\_\_\_ souffre de la situation actuelle. Il est vrai qu'il a beaucoup perdu pour lui qui avait fortement investi son intégrité physique et ses performances sportives, en particulier. Il est aussi vrai que ce sujet a des standards relativement élevés et qu'il a plus de difficultés que tout un chacun à accepter une atteinte à son intégrité physique.

En l'état, il y a beaucoup d'arguments pour admettre que votre assuré s'est aujourd'hui campé dans une position de révolte et de non acceptation des conséquences physiques et socioprofessionnelles liées à son accident. Cette position psychologique est vraisemblablement le *primum movens* de l'adoption d'un comportement d'invalidé.

Cette position psychologique ne peut pas être assimilée à une maladie psychiatrique per se. Il s'agit bien plus d'un *comportement anormal de malade* que d'un *trouble mental* stricto sensu.

Au terme de son évaluation, le soussigné est persuadé qu'il n'y a pas lieu de retenir une quelconque incapacité de travail psychiatrique dans ce cas. Il n'y en a jamais eu.

Si l'on applique les règles académiques usuelles, la médication psychotrope n'est pas strictement indiquée dans un tel cas, sachant que l'assuré n'a jamais dépassé le seuil d'un épisode dépressif léger. En termes de qualité de vie, ce sujet pourrait effectivement bénéficier d'un suivi psychothérapeutique. Le but devrait en être le

travail de deuil d'une certaine intégrité corporelle et la mobilisation des moyens de faire face à la situation actuelle.

Sur le plan professionnel, ce sujet pourrait bénéficier d'un reclassement, si ses limitations physiques le justifiaient. Sur le plan psychiatrique, le soussigné n'a pas de propositions à formuler puisqu'il ne retient pas d'incapacité de travail dans le champ de sa spécialité.

Le pronostic psychiatrique à long terme n'est pas nécessairement mauvais, si on s'en tient à ce qui est strictement médical dans ce cas. »

L'expert a également répondu comme suit aux questions d'l. \_\_\_\_\_ :

« (...)

**5.5 Est-ce que des facteurs étrangers (antérieurs ou intercurrents) jouent un rôle dans la genèse ou la persistance de ces troubles ?**

Pour le soussigné, M. J. \_\_\_\_\_ relève d'une certaine fragilité qui était antérieure à l'accident en cause. Il y a de lourds antécédents psychiatriques familiaux. Il y a tout de même eu un deuil difficile de son père en 2007, deuil qui semble avoir quelque peu dépassé ce qui est normalement attendu dans une telle situation, même s'il n'y aurait pas eu de soins médicaux pour ce motif.

M. J. \_\_\_\_\_ présente par ailleurs des traits de personnalité de type anankastique qui contribuent à des difficultés d'acceptation d'une atteinte qui serait même minime à son intégrité physique.

Pour le soussigné, on peut admettre une réaction anxieuse et dépressive de sévérité variable au moment de la prise de conscience du « plateau de réadaptation ». Dans une appréciation large, une telle réaction devrait s'amender, au plus tard sur une période d'une année, s'il n'y avait pas de facteurs étrangers à l'événement traumatique en cause pour donner un socle médical à la pathologie psychiatrique que présente encore l'intéressé.

A partir du 01.06.2012, l'expert considère, avec une vraisemblance prépondérante (>75%), que ces facteurs étrangers à l'accident en cause (traits de personnalité pathologiques, conséquences psychologiques d'un licenciement, contexte familial particulièrement chargé (mentionné par l'expertise S. \_\_\_\_\_), entre autres choses) sont devenus le primum movens du maintien de la pathologie psychiatrique de l'intéressé, même si elle n'est que de peu de sévérité. On ne verrait sinon pas quelle explication médicale donner à une telle évolution.

L'assuré a certes une atteinte à sa santé physique. La fonction de son poignet droit est limitée. Il a perdu en termes de capacités. On n'est pourtant pas dans une situation d'amputation d'un membre ou de paraplégie, par exemple, tout en sachant aussi que de tels sujets font aussi face et reprennent parfois une activité professionnelle en plein et une vie sociale normale.

**5.6 Les troubles manifestés par l'assuré(e) et les constatations objectives sont-ils en relation de causalité**

***naturelle pour le moins partielle avec l'accident du 05.09.2009 ?***

Oui, pour le soussigné on doit admettre que les troubles psychiques de l'intéressé (épisode dépressif léger, trouble anxieux non spécifié) sont en relation de causalité naturelle pour le moins partielle avec l'accident du 05.09.2009 pour une période limitée dans le temps.

On peut admettre avec une vraisemblance prépondérante (>50%) que l'intéressé n'aurait probablement pas présenté ces troubles depuis juin 2011, s'il n'avait pas été victime de l'accident du 05.09.2009.

***5.7 Du point de vue psychique, le statu quo ante (...) ou le statu quo sine (...) est-il atteint, resp. quand a-t-il été atteint ou quant sera-t-il probablement atteint ?***

(...)

Pour le soussigné, on devrait s'attendre à un retour au statu quo ante au plus tard le 01.06.2012, dans la mesure où il n'y aurait pas eu de facteurs étrangers à l'accident en cause pour expliquer la genèse et le maintien des troubles psychiques de l'assuré.

(...)

**9. Atteinte l'intégrité**

(...)

L'assuré ne souffre pas d'une atteinte importante (altération évidente ou grave) de sa santé psychique. Il relève d'un épisode dépressif léger et d'un trouble anxieux non spécifique, sans plus.

Comme il s'agit d'une atteinte psychogène et, pour le surplus, de peu de sévérité, il n'y a pas d'arguments pour admettre que les troubles psychiques de l'intéressé devraient durer sur toute la vie.

A partir du 01.06.2012, l'expert considère, avec une vraisemblance prépondérante (>75%), que [d]es facteurs étrangers à l'accident [...] sont devenus le primum movens du maintien de la pathologie psychiatrique de l'intéressé même si elle n'est que de peu de sévérité. On ne verrait sinon pas quelle explication médicale donner à une telle évolution.

Au vu de ces constatations, l'expert ne retient pas d'atteinte à l'intégrité sur le plan psychiatrique dans ce cas. »

Statuant par décision du 21 janvier 2014, l.\_\_\_\_\_ a repris à son compte les avis des experts B.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_. Sur le plan somatique, la poursuite d'un traitement conservateur sous forme d'un bracelet de contention ainsi que d'antalgiques et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens à la demande ne permettait pas d'attendre une sensible amélioration, de sorte que l'état de santé de l'assuré devait être considéré comme stabilisé. Toujours au niveau somatique, l'intéressé présentait une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de comptable ainsi que dans toute activité adaptée ne nécessitant pas de manutention en force ni de mouvements répétitifs du poignet droit. Sur le plan

psychiatrique, les troubles dont souffrait l'assuré étaient fondés, à partir du 1<sup>er</sup> juin 2012, à hauteur de la vraisemblance prépondérante (>75%) par des facteurs étrangers à l'événement assuré. Pour les seules suites de l'accident du 5 septembre 2009, il n'existait donc plus d'incapacité de travail psychiatrique et la capacité de travail de l'intéressé était entière, tant dans son activité habituelle que dans toute autre activité. De l'avis de l'assureur, il n'existait ainsi pas d'incapacité de travail et, passé le délai d'adaptation de trois mois, il mettrait fin au versement des indemnités journalières dès le 1<sup>er</sup> mai 2014. En outre, l'état de santé de l'assuré étant considéré comme stabilisé, son droit à la prise en charge de frais de guérison prenait fin avec la présente décision. I. \_\_\_\_\_ a enfin fixé la perte d'intégrité à 10% et arrêté l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 12'600 francs, ajoutant que l'intéressé n'avait droit à aucune autre prestation de l'assurance-accidents.

Le 20 février 2014, l'assuré s'est opposé à la décision du 21 janvier 2014, concluant à l'octroi d'une IPAI de 25% et d'une rente d'invalidité de 50% au moins. Il a reconnu avec le Dr B. \_\_\_\_\_ que les séquelles documentées touchant son poignet droit n'entraînaient pas en elles-mêmes une incapacité de travail dans son activité de comptable, quand bien même les douleurs insupportables admises par l'expert altéraient la qualité de son sommeil et par là sa vigilance au travail et son pouvoir de concentration. Il n'adhérait toutefois pas au taux d'atteinte à l'intégrité de 10% retenu par le Dr B. \_\_\_\_\_, dans la mesure où il n'intégrait pas les diminutions de la pronation et de la supination constatées, pas plus que le préjudice esthétique et le handicap socio-professionnel. Selon l'assuré, dès lors qu'il ne pouvait plus faire aucune utilisation de son membre supérieur droit, il se trouvait dans une situation comparable à la perte totale d'une main, donnant droit à une IPAI de 40%. Sur le plan psychiatrique, l'assuré a fait grief au Dr V. \_\_\_\_\_ d'avoir procédé à une expertise « orientée » et a remis en cause la valeur probante de son rapport. Enfin, l'opposant a mentionné l'existence d'une pathologie dorsolombaire, devenant invalidante. En conclusion, compte tenu des troubles somatiques et psychiques dont il était affecté, selon lui

tous en relation de causalité directe avec l'accident du 5 septembre 2009, il estimait subir un préjudice économique de 50% au moins.

Par courrier du 21 février 2014, l'assuré a transmis un certificat médical du 17 février 2014 de la Dresse G.A.\_\_\_\_\_, nouveau médecin traitant. A l'issue des consultations des 28 janvier et 11 février 2014, la praticienne a posé les diagnostics de douleurs séquellaires main et poignet droits, de lombosciatalgies gauches et de syndrome anxio-dépressif, attestant un arrêt de travail à 100% à partir du 28 janvier 2014.

Le 14 avril 2014, I.\_\_\_\_\_ est entrée en possession du dossier de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), comprenant notamment :

- un rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_ à l'OAI du 9 février 2010, lequel faisait état d'un pronostic favorable et estimait possible une reprise du travail à 20% dès début mars 2010, selon amélioration du syndrome de Sudeck, le médecin confirmant que l'état de son patient était en cours d'amélioration et que le travail pouvait être repris,
- un rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_ à l'OAI du 26 septembre 2011 mettant en avant une évolution favorable sur le plan fonctionnel permise par l'amélioration du syndrome de Sudeck, et une reprise d'une activité adaptée à 50%, par demi journées, dès le 1<sup>er</sup> octobre 2011, aucune restriction mentale ou psychique n'étant au demeurant à relever,
- un rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_ à l'OAI du 3 avril 2012 confirmant l'amélioration du Sudeck et la capacité de reprendre le travail à 50% dès le 1<sup>er</sup> octobre 2011 malgré la persistance de douleurs chroniques intermittentes, une augmentation progressive du taux de travail étant possible,
- un avis du Dr H.M.\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) du 25 avril 2012, retenant l'affection principale de douleurs et impotence fonctionnelle du poignet droit suite à une fracture-luxation (CIM S69.8), et au titre de facteurs associés non du ressort de l'AI, un trouble de l'adaptation. Selon le SMR, l'assuré avait présenté une totale incapacité de travail du 6 septembre 2009 au 31 octobre 2011, une capacité de travail de 50% depuis le 1<sup>er</sup> novembre

2011 ; dès le 1<sup>er</sup> mars 2012, il avait recouvré une pleine capacité de travail tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée ne nécessitant pas le port de charges de plus de 5 kg et pas de travaux de force ni mouvements répétitifs du poignet droit,

- un projet d'acceptation de rente de l'OAI du 2 mai 2012 prévoyant l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2010, puis d'une demi-rente du 1<sup>er</sup> février 2012 au 31 mai 2012,
- un avis du SMR du 18 octobre 2012, dans lequel le Dr J.N. \_\_\_\_\_ faisait état des éléments suivants :

« (...)

Le certificat du Dr P. \_\_\_\_\_, psychiatre, en date du 5.6.2012 retient un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et un état de stress post-traumatique. Si l'on se réfère aux critères de la CIM-10, les signes cliniques relevés par le psychiatre, le tableau décrit par le Dr P. \_\_\_\_\_ correspond à un épisode dépressif léger (2 symptômes principaux associés à 3 symptômes secondaires), et non pas sévère.

L'état de stress post-traumatique ne peut pas davantage être retenu. Toujours selon la CIM-10, le PTSD [Posttraumatic stress disorder] constitue une réponse à une situation ou à un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique, et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus (p. ex. catastrophe naturelle ou d'origine humaine, guerre, accident grave, mort violente et présence du sujet, torture, terrorisme, viol, et autres crimes). Un accident de la voie publique tel que celui dont a été victime l'assuré ne répond évidemment pas à ces critères. De plus une amnésie circonstancielle n'est pas compatible avec ce diagnostic. Enfin, l'expertise de Dr W. \_\_\_\_\_ ne mentionne rien permettant d'évoquer un PTSD. »,

- un avis du SMR du 30 janvier 2014, dans lequel le Dr J.N. \_\_\_\_\_ s'exprime en ces termes :

« L'expertise du Dr V. \_\_\_\_\_ à la demande de l'assureur-accidents conclut à un épisode dépressif léger et un trouble anxieux non spécifié sans incidence sur la capacité de travail. Cette appréciation diagnostique rejoint celle de l'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_. L'épisode dépressif sévère et le trouble état de stress post-traumatique retenus par le psychiatre traitant sont formellement écartés par l'expert.

L'expert expose ensuite les raisons pour lesquelles, contrairement au Dr W. \_\_\_\_\_, il ne peut pas retenir d'incapacité de travail, même temporaire, suite à l'accident. Cette analyse pointue ne prête pas flanc à la critique si l'on se place dans une perspective strictement psychiatrique.

Dans son appréciation de la capacité de travail, le Dr W. \_\_\_\_\_ a probablement tenu compte de l'aspect somatique.

Pour notre part, nous considérons une incapacité de travail notable du 6.9.2009 au 30.9.2011, de 50% du 1.10.2011 au 31.1.2011 [recte : 2012], de 25% du 1.1.2012, et de 0% depuis le 1.3.2012,

conformément aux conclusions de l'expertise de chirurgie de la main ».

Par décision du 30 avril 2014, I. \_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition du 20 février 2014 et confirmé sa décision du 21 janvier 2014. Se référant aux conclusions concordantes des experts, l'assureur a retenu l'absence de toute incapacité de travail au niveau somatique depuis mars 2012, sous réserve de l'incapacité ponctuelle induite par l'ablation d'une vis cassée en juin 2012. Cela étant, l'interruption du versement des indemnités journalières au 30 avril 2014 et le refus de rente d'invalidité étaient justifiés. L'assureur-accidents a également confirmé le taux de l'IPAI de 10%, estimant qu'en l'absence de troubles psychiques, il ne pouvait exister de droit à une IPAI pour ce motif. En outre, le taux de 25% réclamé par l'assuré était infondé, dès lors que son poignet droit n'était pas bloqué. Selon I. \_\_\_\_\_, le taux de 10% reconnu correspondait de manière anticipée à une arthrodèse partielle avec perte de la moitié de la mobilité en pronosupination (selon rapport du Dr B. \_\_\_\_\_), l'IPAI étant de 10% en cas d'arthrodèse, comme dans le cas d'arthrose moyenne intracarpienne du cas d'espèce. Par surabondance, I. \_\_\_\_\_ estimait qu'il n'existait pas de lien de causalité adéquate entre l'accident du 5 septembre 2009 et les troubles psychiques présentés par l'assuré. Enfin, l'assureur a également nié tout lien de causalité entre les douleurs lombaires irradiant dans la jambe gauche depuis le début 2014, signalées pour la première fois au moment de l'opposition du 20 février 2014, et l'accident, survenu environ cinq ans auparavant.

Par courrier du 16 mai 2014, l'assuré a transmis à I. \_\_\_\_\_ des nouvelles pièces relatives à ses douleurs lombaires, à savoir notamment :

- un rapport de la Dresse K.I. \_\_\_\_\_, médecin assistante à l'Hôpital de C. \_\_\_\_\_, faisant état d'une contusion du nerf ulnaire droit et de lombalgies sur probable hernie discale, indiquant que le patient connaissait des dorsalgies suite à un accident de la voie publique en 2011 et attestant une totale incapacité de travail du 7 au 11 mai 2014,
- un rapport radiologique du 8 mai 2014 du Dr U. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, mettant en évidence des douleurs lombaires depuis 2011

suite à un accident de la voie publique et précisant, au niveau lombaire, les éléments suivants :

« Avec comparatif du 11.04.2014

L'examen actuel ne montre pas de modification notable par rapport au contrôle précédent. Il n'y a pas d'argument pour un tassement vertébral ou un décroché cortical suspect de fracture. Pas d'argument non plus pour l'apparition d'une lésion ostéolytique ou ostéocondensante suspecte.

On retrouve la spondylose L5-S1 ainsi que la discrète arthrose interfaccettaire postérieure L4-L5 et L5-S1 d'aspect inchangé. Disparition sur le cliché actuel de la discrète attitude scoliothique dextroconvexe visible sur le comparatif.

Le reste des données radiologiques est sans modification notable. »

- un rapport d'IRM lombaire du 13 mai 2014 de la Clinique de J.K. \_\_\_\_\_, retenant des discopathies dégénératives Pfirrmann IV L4-L5 et L5-S1. Au titre de l'anamnèse, le Dr L.A. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, mentionnait des lombalgies chroniques prévalant depuis un accident de la voie publique en 2010, exacerbées depuis quatre jours suite à une chute. Il a posé les conclusions suivantes :

« Dans le cadre d'une discopathie étagée de L4 à S1, on met en évidence une volumineuse hernie L4-L5 para-médiane gauche et pré-foraminale gauche luxée vers le haut refoulant dans les récessus latéraux les racines L4 et L5 gauches. Rehaussement péri-herniaire après injection intra-veineuse de produit de contraste.

Fracture annulaire et petite hernie postéro-médiane en L5-S1, sans contact avec les racines adjacentes.

En rapport avec les discopathies Pfirrmann IV L4-L5 et L5-S1, on note également une arthrose postérieure modérée et un réhaussement après injection intra-veineuse de produit de contraste témoin d'une instabilité.

Selon l'évolution clinique, nous sommes à disposition pour une infiltration afin de tenter une diminution du processus inflammatoire péri-herniaire. »,

- un certificat de la Dresse G.A. \_\_\_\_\_ du 13 mai 2014 attestant une atteinte lombosciatique chronique depuis l'accident de la voie publique en 2009, avec exacerbation des douleurs depuis « quelques jours ».

Dans un avis du 19 mai 2014, le Dr L. \_\_\_\_\_ a nié tout lien de causalité naturelle entre l'accident et les discopathies pluriétagées avec hernie discale dégénérative, en raison de l'inexistence de plainte objective avec un trouble neurologique immédiat.

**C.** Par acte de son mandataire du 2 juin 2014, J.\_\_\_\_\_ recourt à l'encontre de la décision sur opposition du 30 avril 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il conclut préalablement à l'octroi de l'effet suspensif dans le sens d'une reprise du versement des indemnités journalières, ainsi qu'au renvoi du dossier à l'intimée pour instruction sur la séquelle tardive invoquée. Au fond, le recourant conclut à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25% et d'une rente d'invalidité de 50%. Concernant l'IPAI, J.\_\_\_\_\_ relève que la Dresse S.\_\_\_\_\_ a conclu, le 22 juin 2011, à une atteinte à l'intégrité de 15%. Depuis lors, les douleurs insupportables perdurent, perturbant gravement son sommeil et influençant de manière directe son psychisme. Le recourant estime qu'il n'est plus en mesure de se servir de sa main droite, même pour les actes les plus banals de la vie quotidienne et qu'il est privé de toute activité sportive, jusqu'alors pilier de son existence. Ces différents éléments, auxquels s'ajoute le préjudice esthétique, rendent selon lui inadapté le taux de 10% préconisé par le Dr B.\_\_\_\_\_. Au niveau de l'invalidité, le recourant fait valoir que lors de l'accident, son poignet a été désarticulé et qu'il a subi un traumatisme crânien cérébral avec perte de connaissance, des contusions à l'épaule et des blessures aux jambes, ajoutant qu'il était hautement vraisemblable que la violence de l'accident ait également provoqué une lésion dorsolombaire, apparue récemment en raison, en particulier, de son inactivité physique. Il réfute la valeur probante du rapport Dr V.\_\_\_\_\_, lequel aurait omis ou minimisé des éléments importants, dont le bouleversement de son mode de vie induit par la privation de toute activité sportive, l'absence de toute vie sociale et le bouleversement de sa vie familiale suite à la décompensation de sa mère à l'occasion de son hospitalisation. La totale incapacité de travail au niveau psychique attestée par le Dr P.\_\_\_\_\_ prévaut selon lui sur l'appréciation du Dr V.\_\_\_\_\_ et doit conduire à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité au moins. Sur le lien de causalité entre « une éventuelle incapacité de travail pour raison psychique et l'accident », J.\_\_\_\_\_ soutient que, même à retenir un accident de gravité moyenne, plusieurs facteurs aggravants (privation du sport de nature à entraîner des troubles psychiques, allongement du traitement médical compte tenu d'un syndrome de Sudeck et de l'ablation d'une vis défectueuse, douleurs

physiques persistantes et constantes, incapacité de longue durée) tendent à reconnaître un état de stress post-traumatique. Enfin, le recourant affirme avoir souffert de douleurs dorsolombaires depuis l'accident. Il produit une liasse de rapports médicaux attestant de ce fait, tout en mettant en avant une « volumineuse et totalement invalidante hernie discale L4-L5, notamment ». Il relève que le Dr V. \_\_\_\_\_ a mentionné lesdites douleurs dans son rapport, au contraire des médecins intervenus auparavant, qui s'étaient focalisés sur « la lésion spectaculaire subie [...] au poignet droit et à ses difficultés de récupération », ce qui explique que les plaintes qu'il dit avoir exprimées concernant les atteintes lombaires n'aient pas été reportées. Il attribue à ces douleurs une origine post-traumatique liée à l'accident du 5 septembre 2009, compte tenu de l'absence d'une telle pathologie avant l'accident, de sa condition physique de pointe et des circonstances de l'accident, toute origine dégénérative devant au surplus être exclue. Au titre des mesures d'instruction, le recourant demande la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire. A l'appui de son recours, l'intéressé produit les mêmes rapports médicaux que ceux adressés à son assureur-accidents le 16 mai 2014.

Dans sa réponse du 25 juin 2014, l'intimée relève que les avis des médecins traitants du recourant ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions des experts, dès lors qu'ils ne font état d'aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré dans le cadre des expertises. I. \_\_\_\_\_ réfute également les arguments de l'intéressé concernant l'IPAI. Quant aux dorsolombalgies, elles ne pouvaient pas être prises en compte comme suite de l'accident du 5 septembre 2009: le premier bilan radiologique a été effectué plusieurs années après l'événement, démontrant que les douleurs lombaires n'avaient pas été au premier plan. I. \_\_\_\_\_ estime que les pièces médicales produites à l'appui du recours démontrent qu'il s'agit au contraire d'un remaniement dégénératif, sans lien avec l'accident, aucune pièce au dossier n'attestant un tassement subit d'une vertèbre, l'apparition ou l'aggravation d'une lésion, au sens de la jurisprudence. L'intimée maintient au surplus l'absence de lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident, rappelant au demeurant que le

Dr V.\_\_\_\_\_ avait nié tout lien de causalité naturelle. Enfin, I.\_\_\_\_\_ s'est opposée à la restitution de l'effet suspensif.

Le 30 octobre 2014, le recourant a produit un rapport du Dr M.O.\_\_\_\_\_ du 10 septembre 2014 à la Dresse G.A.\_\_\_\_\_, lequel met en avant les diagnostics de lombosciatalgie bilatérale chronique dans le cadre d'une hernie discale L4-L5 gauche et d'une importante dysbalance musculaire, ainsi qu'un status après fracture-luxation du carpe le 05.09.2009 avec reconstruction à l'aide d'un greffon du poignet droit. Le médecin a indiqué que les douleurs persistantes s'étaient aggravées à la suite d'une chute avec perte d'équilibre le 7 mai 2014. Il a en outre relevé les mesures articulaires suivantes :

« (...)

Coudes :

- Flexion-extension : 140-0-0
- Pro-supination : 90-0-90

Poignet :

- F[lexion]/E[xtension] : D[roite]-G[auche] : 15-0-0 / 60-0-60 »

Au titre de l'appréciation, le Dr M.O.\_\_\_\_\_ a mis en évidence les éléments suivants :

« Ce patient a une situation complexe sur le plan professionnel avec un traumatisme qui a occasionné des lésions, il est actuellement non-reconnu par les assurances tant accidents que l'Al. Se surajoutent des problèmes lombaires avec des troubles visualisables sur le plan de l'imagerie pas tout à fait concordants avec les examens cliniques qui (sont) perturbé(s) par des signes de majoration. Néanmoins, le patient présente un déconditionnement et ici une prise en charge physique est importante. Habitant à T.\_\_\_\_\_, je lui propose de faire de la physiothérapie à la Clinique N.R.\_\_\_\_\_ afin de bénéficier des traitements en piscine. Nous convenons de nous revoir sans environ deux mois pour voir un peu l'évolution à long terme. Sur le plan douloureux, on pourrait éventuellement essayer du Lyrica mais ceci uniquement si les douleurs sont dans les membres inférieurs ».

Le 31 octobre 2014, le recourant a transmis un certificat du 30 octobre 2014 du Dr Z.\_\_\_\_\_, lequel fournit notamment les éléments suivants :

« Le patient a été revu à ma consultation le 31 juillet 2014, où l'on constate que l'algodystrophie est en phase froide. Par ailleurs, il décrit des douleurs lombaires en rapport une hernie discale récemment découverte.

Un EMG a été demandé pour asseoir le diagnostic de compression nerveuse au niveau du membre supérieur droit. Celle-ci est revenue non-concluante.

A vu de cette évolution, on constate que l'aspect du poignet est satisfaisant d'un point de vue fonctionnel, n'empêchant pas le patient à une activité professionnelle non physiquement soutenue ».

Selon le recourant, le fait que le médecin précité évoque également un accident « à haute énergie » plaide en faveur de l'existence d'un stress post-traumatique attesté par le psychiatre traitant, et de son lien de causalité adéquat avec l'événement assuré, ce a fortiori en présence d'un traumatisme cérébral avec perte de connaissance comme en l'espèce.

Le 2 décembre 2014, J.\_\_\_\_\_ a encore produit encore un rapport du 28 juillet 2014 du Dr R.P.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint au Service de neurochirurgie du Q.\_\_\_\_\_, à la Dresse G.A.\_\_\_\_\_, lequel a fait état d'une évolution favorable de la lombosciatalgie avec une absence de Valsalva et de Lasègue. Le médecin a par contre relevé un syndrome lombo-vertébral excessivement invalidant et a adressé le patient au Dr M.O.\_\_\_\_\_ pour une évaluation de ce dernier syndrome dans le cadre d'un déconditionnement majeur. Le recourant joint également à son envoi un certificat médical du Dr P.\_\_\_\_\_ du 28 octobre 2014, lequel reconduit l'arrêt de travail à 100% du 1<sup>er</sup> au 31 novembre 2014, pour « accident » et « maladie », précisant : « Séquelles physiques et psychiques d'accident ».

Par écriture du 5 janvier 2015, l'intimée a maintenu sa position, en ajoutant que si l'assuré avait chuté en mai 2014, il devait annoncer l'accident, qui ne concernerait toutefois pas la présente cause.

Par courrier du 30 mars 2015, la juge instructrice a requis d'I.\_\_\_\_\_ la production du dossier de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud que l'assureur-accidents avait fait verser à son dossier le 4 mars 2014, mais qui ne faisait pas partie de la liasse de documents transmis au Tribunal en réponse au recours.

L'intimée a donné suite à cette requête le 10 avril 2015 en transmettant à la Cour de céans le dossier de l'AI dans son état au mois d'avril 2014.

Le 13 avril 2015, le recourant a été avisé que le dossier AI versé au dossier de la cause était à sa disposition au Tribunal et que, sauf nouvelle réquisition, un jugement serait rendu dès que l'état du rôle le permettrait.

Par courrier du 26 mai 2015, le recourant a sollicité l'octroi d'un délai pour la production de nouvelles pièces médicales et le dépôt d'un mémoire conclusif.

Le 15 juin 2015, dans le délai accordé par le Tribunal, le recourant a produit un mémoire conclusif, aux termes duquel il maintient les conclusions prises dans son recours. Il indique en substance que ses problèmes dorsolombaires sont en voie d'amélioration. S'agissant de son atteinte psychique, il joint à son envoi les notices d'utilisation des médicaments Remeron, Lyrica et Cipralex, qui démontrent selon lui que ses troubles psychiques nécessitent un traitement relativement lourd. Il produit également un rapport du 10 juin 2015 Dr P.\_\_\_\_\_, lequel qualifie de léger l'état dépressif actuel de son patient, compte tenu du traitement mis en place. Selon le psychiatre, l'évolution demeure fluctuante avec des passages d'« apparente » normalité et des creux anxio-dépressifs accrus à chaque fois qu'il se voit confronté avec les assurances, les expertises ou toutes les suites de son accident, médicales ou administratives. Par contre, le Dr P.\_\_\_\_\_ juge l'état de stress post-traumatique inchangé, précisant que les symptômes séquellaires post-traumatiques persistent malgré une évolution moyennement satisfaisante, qui a donné à l'assuré l'énergie nécessaire pour continuer « à se battre ». Le recourant en déduit que son état de stress post-traumatique empêche une reprise de travail au-delà de « 50% » (sic). Enfin, s'agissant de l'IPAI, J.\_\_\_\_\_ estime que les 25% auxquels il prétend sont modérés, son atteinte étant selon lui supérieure. Il maintient que son poignet droit est inutilisable, ce qui est selon lui accrédité par les valeurs de mouvement du poignet droit de « 15-

0-0 » ressortant du « rapport du Q.\_\_\_\_\_ du 28 juillet 2014 produit par l'intimée le 5 janvier 2015 » (sic) et justifie une IPAI de 25%, au sens de la table d'indemnisation 1.2 de la CNA en cas de perte de pronation/supination. Il maintient en outre que les séquelles psychiques donnent eux aussi droit à une IPAI comprise entre 20 et 35%.

Par déterminations du 23 juin 2015, l'intimée a maintenu ses conclusions. Elle estime que le taux de 25% prévu par la table d'indemnisation 1.2 de la CNA ne trouve pas application en l'espèce, le recourant ayant conservé une capacité de flexion de 15° et ne subissant pas de perte de pronosupination, tel que cela ressort du rapport du Dr M.O.\_\_\_\_\_ du 10 septembre 2014, qui retient des valeurs de flexion/extension de 15-0-0° et de pronosupination de 90-0-90°.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (cf. 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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent, qui est celui du domicile de l'assuré (cf. art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet

du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. ; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était en droit de mettre fin au versement des indemnités journalières au 30 avril 2014, d'arrêter le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 10% et de nier le droit à toute autre prestation de l'assurance-accidents, savoir notamment une rente d'invalidité.

**3.** A titre préalable, on relèvera que la décision sur opposition du 30 avril 2014 ne prévoit pas le retrait de l'effet suspensif en cas de recours. Ainsi, la demande du recourant tendant à la restitution de l'effet suspensif est sans objet. Il n'y a dès lors pas à entrer en matière sur le point.

**4.** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA) et de survivants (art. 28 LAA), ainsi que les prestations en espèce versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) ; art. 24 LAA).

**5.** Il convient en premier lieu d'examiner le droit du recourant à des indemnités journalières et à une rente d'invalidité de la LAA, des suites de l'accident du 5 septembre 2009.

**a)** Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Est réputée incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA toute perte, totale ou partielle, d'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

En vertu 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. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (cf. art. 8 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. art. 16 LPGA).

**b)** Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier

l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3 et les références ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité ou par un médecin d'arrondissement de la CNA était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en œuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique ; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

**6.** Par la décision litigieuse, l'intimée a mis fin au versement des indemnités journalières au 30 avril 2014 et a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, au motif que le recourant disposait

d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de comptable, et donc d'une pleine capacité de gain. De son côté, le recourant conteste être en mesure de reprendre le travail et soutient en substance que la totale incapacité de travail dont il serait toujours affecté est due aux suites de l'accident du 5 septembre 2009.

**a) aa)** Sur le plan somatique, I. \_\_\_\_\_ a fondé sa décision sur l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_. Dans son rapport du 19 février 2013, l'expert a posé les diagnostics d'arthrose post-traumatique partielle du poignet droit, de status après ablation d'une vis cassée intraarticulaire radio-lunaire du même poignet le 11 juin 2012, de status après ostéosynthèse de la styloïde chondroplastie de la facette lunarienne du radius et suture du ligament radio-carpien le 16 septembre 2009 avec complication secondaire par maladie de Sudeck transitoire, résorption partielle du greffon cartilagineux et fragmentation intraarticulaire d'une vis en 2010 et de status après fracture intraarticulaire du radius distal droit avec luxation radio-carpienne dorsale le 5 septembre 2009. Se fondant sur un examen par scinti-spect-ct ordonnée pour les besoins de l'expertise (cf. rapport du 8 février 2013 de la Clinique de J.K. \_\_\_\_\_), le Dr B. \_\_\_\_\_ a relevé qu'au moment de l'expertise prévalait essentiellement une incongruence post-traumatique douloureuse radio-lunaire du poignet droit évoluant vers une arthrose post-traumatique définitive. On relèvera à cet égard que l'examen du 8 février 2013 précité n'a plus mis en évidence de signe du Sudeck, qui était à l'origine des complications rencontrées par l'assuré. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a préconisé un traitement conservateur (bracelet de contention ainsi qu'antalgiques et anti-inflammatoires non-stéroïdiens sur demande), ce dont on peut conclure qu'aucun traitement n'était plus à même d'apporter une amélioration et que l'état du recourant était stabilisé. Bien qu'aux yeux de l'expert, l'arthrose définitive empêchait d'atteindre le status ante et le status sine, aucune des atteintes somatiques prévalant au moment de l'expertise n'était de nature à porter atteinte à la capacité de travail de l'assuré. Ainsi, selon le Dr B. \_\_\_\_\_, l'intéressé disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de comptable ainsi que dans toute autre activité adaptée ne

nécessitant pas de manutention de force ni de mouvements répétitifs du poignet droit.

L'avis du Dr B. \_\_\_\_\_ sur la capacité de travail du recourant est partagé par la majorité des médecins intervenus dans le cadre du dossier. Ainsi, les Drs S. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_, dans leur rapport d'expertise du 22 juin 2011, avaient également déjà estimé que les différents diagnostics mis en évidence lors de leur examen (status à 21 mois post-fracture luxation ouverte postérieure du carpe droit, syndrome douloureux chronique du membre supérieur droit, allodynie des trois cicatrices (palmaire et dorsale du poignet droit et costal inférieur droit), raideur du poignet droit, insomnies et intolérance à l'effort) n'empêchaient pas la reprise du travail dès le 1<sup>er</sup> septembre 2011, de manière progressive à 20% durant deux semaines, à 50% dès le 1<sup>er</sup> octobre 2011, puis à 100% dès le 1<sup>er</sup> mars 2012, sous réserve d'une incapacité à 100% durant quatre semaines en cas d'ablation d'une vis cassée dans le poignet droit, intervenue en l'espèce le 11 juin 2012.

C'est également le cas du Dr Z. \_\_\_\_\_, chirurgien traitant, qui, dès le 9 février 2010, s'est prononcé en faveur d'une reprise progressive du travail, selon l'évolution du syndrome de Sudeck. Fixant celle-ci à 20% dès début mars 2010, il a ensuite attesté une pleine capacité de travail dès le mois de février 2011 (cf. rapport du 4 janvier 2011). Faute de reprise effective, le chirurgien a alors préconisé une reprise à 50% dès le 1<sup>er</sup> octobre 2011 assortie d'une augmentation progressive compte tenu de l'amélioration du Sudeck (cf. rapports du 29 septembre 2011 à I. \_\_\_\_\_ et des 26 septembre 2011 et 3 avril 2012 à l'OAI). Enfin, le 31 octobre 2014, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a confirmé que l'aspect du poignet était satisfaisant du point de vue fonctionnel et n'empêchait pas son patient d'exercer une activité professionnelle non soutenue.

Seuls les Drs G.A. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_, médecins traitants, soutiennent que leur patient est affecté d'une totale incapacité de travail. Leurs certificats d'incapacité des 17 février et 28 octobre 2014 font à la fois état de symptômes somatiques et de symptômes psychiques, le Dr

P.\_\_\_\_\_ ajoutant que son appréciation concerne tant les suites d'accident que de maladie. Dépourvus de motivation et manquant de clarté, les avis des médecins traitants ne sauraient ainsi remettre en question les appréciations des experts et médecins précités.

Il sied dès lors de conclure que J.\_\_\_\_\_ ne subit plus aucune atteinte à sa capacité de travail en lien avec les suites somatiques de la fracture-luxation de son poignet droit lors de l'accident du 5 septembre 2009. Sa capacité de travail étant entière dans son activité habituelle, sa capacité de gain est également intacte à ce titre. Le recourant paraît d'ailleurs adhérer à cette conclusion, dès lors que dans son acte d'opposition du 20 février 2014, il a indiqué reconnaître avec le B.\_\_\_\_\_ que les séquelles documentées touchant son poignet droit n'entraînaient pas en elles-mêmes une incapacité de travail dans son activité de comptable, et qu'il n'est plus revenu sur ce point dans son acte de recours.

**bb)** Toujours au niveau somatique, le recourant invoque des douleurs dorsolombaires au titre de séquelles tardives de l'accident du 5 septembre 2009.

En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre à la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, au paiement d'indemnités journalières (cf. art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, 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 (cf. ATF 123 V 137 consid. 3a et 118 V 293 consid. 2c). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. Plus le temps écoulé entre l'accident et la

manifestation de l'accident est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (RAMA 1997 no U 275 p. 191 consid. 1c ; TF 8C\_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 2.2).

En ce qui concerne le rapport de causalité entre un accident et une hernie discale, on rappellera que selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à l'accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail (RAMA 2000 n° U 378 p. 101 consid. 3 ; TFA U 136/04 du 11 mai 2005 consid. 3.1). Outre les critères précités, sont également déterminants pour admettre une relation de cause à effet entre un accident et un prolapsus discal une relation temporelle étroite avec l'apparition immédiate des douleurs après l'accident, une anamnèse pré-traumatique vierge de tous symptômes et des premières radiographies après l'accident sans aucune image d'altération dégénérative au niveau du segment concerné (TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 4.4.2 et les références citées).

En l'occurrence, c'est dans le cadre de son acte d'opposition du 20 février 2014 que le recourant a mentionné pour la première fois une « pathologie dorso-lombaire devenant invalidante ». Il soutient avoir ressenti des douleurs dorsales « depuis le début » et les avoir signalées aux différents médecins intervenus depuis l'accident. Toutefois que face à « la lésion spectaculaire subie [...] au poignet droit et à ses difficultés de récupération », ainsi qu'à l'urgence liée au déficit moteur et sensitif de sa main, ses plaintes n'auraient jamais été prises au sérieux ni reportées dans les rapports médicaux (cf. courrier du 16 mai 2014 et acte de recours p. 7 ch. 1). Ces affirmations ne sont toutefois pas convaincantes. En effet,

elles sont tout d'abord en contradiction avec les dires mêmes de l'assuré qui, dans son acte de recours, fait état de « douleurs dorsolombaires apparues récemment » (cf. acte de recours p. 6 let. c). En outre, aucun des experts S.\_\_\_\_\_, R.\_\_\_\_\_, W.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, qui ont pourtant procédé à un examen détaillé de l'état de santé du recourant, n'ont évoqué la moindre atteinte lombaire. Tel n'a pas été le cas non plus du Dr Z.\_\_\_\_\_, qui a suivi régulièrement le recourant depuis l'accident jusqu'en 2014 et procédé à trois interventions chirurgicales des suites de l'accident. Au demeurant, aucun des rapports de Case Management d'I.\_\_\_\_\_, qui pourtant décrivent de manière détaillée les plaintes de l'assuré, ne mentionne des douleurs lombaires (cf. rapports de Case Management des 22 mars, 31 mai, 27 septembre, 29 novembre 2010 et 18 janvier 2011). Seul le Dr V.\_\_\_\_\_ fait état de « douleurs dorsales » dans son rapport d'expertise du 5 juin 2013 ; cette mention, des plus brève, figurant au chapitre des plaintes de l'assuré, n'est toutefois intervenue que près de cinq ans après l'accident.

Pour sa part, le recourant n'a produit aucun élément permettant de conclure, même au degré de la vraisemblance prépondérante, que les discopathies et la hernie discale sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 5 septembre 2009. Le rapport du 13 mai 2014 du Dr L.A.\_\_\_\_\_, qui documente pour la première fois la présence d'une hernie discale, mentionne au contraire des discopathies dégénératives. Certes, les rapports des Drs K.I.\_\_\_\_\_ (7 mai 2014), U.\_\_\_\_\_ (8 mai 2014), L.A.\_\_\_\_\_ et G.A.\_\_\_\_\_i (13 mai 2014) produits par le recourant à l'appui de son recours font état de pathologies lombaires supposées prévaloir depuis l'accident de la voie publique, que les praticiens fixent pour certains en 2010 ou 2011. Ces rapports ne sont toutefois pas probants, dès lors que lesdits médecins ne suivaient pas l'assuré au moment de son accident et qu'ils n'ont fait que reproduire les affirmations de celui-ci quant à l'apparition de ses douleurs. Le rapport du 10 septembre 2014 du Dr M.O.\_\_\_\_\_ n'apporte aucun élément en faveur de la thèse soutenue par le recourant, le médecin évoquant cependant, tout comme avant lui le Dr W.\_\_\_\_\_, des signes de majoration des symptômes. En définitive, aucune pièce médicale au

dossier ne permet d'attester l'apparition d'une atteinte lombaire dans les suites immédiates de l'événement du 5 juin 2009.

Enfin, le fait que le recourant n'ait jamais souffert d'une telle affection avant l'accident n'est pas relevant non plus. On rappellera à cet égard que 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* ; cf. ATF 119 V 335, consid. 2b/bb ; TF 8C\_6/2009 du 30 juillet 2009, consid. 3).

A l'instar du Dr L.\_\_\_\_\_, on retiendra ainsi que les éléments au dossier permettent d'exclure que les douleurs lombaires alléguées au titre de séquelles tardives par le recourant soient en lien de causalité (naturelle et adéquate) avec l'accident du 5 septembre 2009. Le dossier étant au demeurant suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause sur cette question, le renvoi du dossier à l'intimée pour instruction complémentaire sur le point des séquelles tardives, tel que sollicité par le recourant, n'a pas lieu d'être (cf. appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc).

Il semble au demeurant que le recourant ait été victime d'une chute le 6 mai 2014, vraisemblablement à l'origine des différentes consultations et examens intervenus dès le 7 mai 2014. Si tel devait être le cas, il appartiendrait à l'intéressé d'annoncer cet événement à son assureur-accidents, dans la mesure où les éventuelles atteintes en découlant concerneraient un sinistre distinct de celui dont il est question dans la présente affaire.

**b) aa)** Sur le plan psychiatrique, l'intimée retient avec le Dr V.\_\_\_\_\_ que le recourant ne subit aucune atteinte à sa capacité de travail pour des motifs psychiatriques.

De son côté, se fondant sur l'avis de son psychiatre traitant, le recourant soutient que, des suites de l'accidents, son état de santé psychique empêche toute reprise du travail. Le 6 février 2012, le Dr P.\_\_\_\_\_ avait signalé un épisode dépressif de moyenne à sévère importance, qu'il estimait en légère amélioration depuis la mise en place d'un traitement psychothérapeutique et psychopharmacologique. Le 5 juin 2012, il a posé les diagnostics d'épisode dépressif majeur sévère (F32.2) et d'état de stress post-traumatique (F43.1), lesquels induisaient selon lui une totale incapacité de travail pour une durée indéterminée.

Dans son rapport d'expertise du 5 juin 2013, le Dr V.\_\_\_\_\_ a quant à lui retenu les diagnostics d'épisode dépressif léger (F32.0) et de trouble anxieux non-spécifié (F41.9), diagnostics qu'il a détaillés et appuyés sur des systèmes de référence reconnus (CIM-10 et DSM-IV-TR). De l'avis de l'expert, lesdites pathologies n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail du recourant, et n'en avaient à son sens jamais eu. Le Dr V.\_\_\_\_\_ a au surplus estimé que le recourant présentait déjà une certaine fragilité avant l'accident. S'il pouvait concevoir une réaction anxieuse et dépressive au moment de la prise de conscience du "plateau de réadaptation", celle-ci devait selon lui s'amender au plus tard dans le délai d'un an. Ainsi, l'expert a considéré qu'à partir du 1<sup>er</sup> juin 2012, les facteurs étrangers à l'accident, tels que traits de personnalité pathologique, conséquences psychologiques de son licenciement, contexte familial particulièrement chargé notamment, étaient les *primum movens* du maintien de la pathologie, dont l'expert insistait sur le peu de sévérité, l'épisode dépressif se situant à son avis à la limite du seuil de diagnostic. Dès lors, en l'absence de ces facteurs extérieurs, le statu quo ante aurait en tous les cas été atteint dès le 1<sup>er</sup> juin 2012. La préexistence de facteurs psychiques semble d'ailleurs également ressortir du rapport médical du Dr P.\_\_\_\_\_ du 6 février 2012, lequel indiquait que l'accident de vélo avait été déterminant dans l'évolution de la maladie de son patient.

Il sied à ce stade de relever que le rapport d'expertise du Dr V.\_\_\_\_\_ remplit en tous points les réquisits jurisprudentiels pour se voir

accorder pleine valeur probante, contrairement à ce que laisse entendre le recourant. Singulièrement, l'expert a procédé à des investigations minutieuses de l'état de santé objectif de l'assuré, procédant à deux examens cliniques. Il n'a pas manqué de détailler les éléments pertinents dans une riche anamnèse et de relever exhaustivement les plaintes de l'assuré, tant sur le plan somatique que sur le plan psychique, compte tenu notamment du contexte familial de l'intéressé et des pertes de celui-ci ensuite de l'accident. Il a également pris connaissance des dossiers d'I.\_\_\_\_\_ et l'OAI, procédant à une analyse complète des pièces en sa possession, et notamment de l'intégralité des rapports médicaux traitant des atteintes tant somatiques que psychiques. Il s'est ensuite entretenu avec le psychiatre traitant sur les divergences de diagnostics. L'expert V.\_\_\_\_\_ s'est de plus positionné sur les rapports de ses confrères W.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_, argumentant en détail et de manière documentée ses divergences d'opinion. Ses conclusions apparaissent au surplus non seulement fort étayées, mais également pleinement convaincantes, compte tenu de ses observations cliniques, ce qui permet incontestablement de s'y référer pour trancher le présent litige.

Le Dr V.\_\_\_\_\_ a procédé à la recherche minutieuse et systématique d'autres pathologies, recherche qui n'a pas été contributive. Se prononçant sur le rapport du Dr P.\_\_\_\_\_ du 5 juin 2012, le Dr V.\_\_\_\_\_ a exposé en détails et de manière convaincante les raisons pour lesquelles les conclusions diagnostiques de son confrère ne pouvaient à son sens pas être retenues. On retiendra ainsi avec l'expert que le tableau clinique décrit par le Dr P.\_\_\_\_\_ ne valide pas un épisode dépressif sévère selon les critères exigés par le système de classification CIM-10, mais qu'elle correspond à un épisode dépressif léger. Cette thèse est notamment accréditée par le fait qu'aucun des médecins intervenus depuis 2009 n'a décelé de pathologies psychiques sévères, le Dr Z.\_\_\_\_\_ ayant même spécifié le 26 septembre 2011 qu'aucune restriction mentale ou psychologique n'était à relever. Or, il n'apparaît pas vraisemblable qu'une pathologie sévère telle que celle soutenue par le recourant ait échappé durant plusieurs années à de nombreux médecins. Ne plaide pas non plus en faveur d'une dépression sévère le fait qu'en

2013 et 2014, l'assuré s'est marié puis a eu un enfant, alors qu'il avait pourtant indiqué au Dr V.\_\_\_\_\_ avoir abandonné ses projets de paternité en raison des suites de son accident. Enfin, l'intensité du suivi psychiatrique dont bénéficie le recourant, à raison d'une seule consultation par mois auprès du Dr P.\_\_\_\_\_, et d'un appui auprès d'une psychologue une fois par semaine, ne tend pas non plus à démontrer la sévérité de son épisode dépressif. On suivra également l'avis du Dr V.\_\_\_\_\_ lorsqu'il écarte tout état de stress post-traumatique, le recourant ne présentant aucune des trois catégories de symptômes très spécifiques exigés par la doctrine que sont les intrusions, l'évitement et l'action neurovégétatives, et lorsqu'il affirme que les descriptions données par le psychiatre traitant n'entrent pas dans les symptomatologies précitées. On relèvera par ailleurs que les diagnostics avancés par le Dr P.\_\_\_\_\_ avaient déjà été préalablement réfutés par le Dr J.N.\_\_\_\_\_ du SMR, également pour leur absence de compatibilité avec tout système de classification reconnu. Dans son avis du 18 octobre 2012, le Dr J.N.\_\_\_\_\_ avait au demeurant retenu que l'accident de la voie publique subi par le recourant ne répondait pas au critère de « situation ou événement exceptionnellement menaçant ou catastrophique qui provoquerait des symptômes évident de détresse chez la plupart des individus », requis pour que puisse être admis un état de stress post-traumatique. L'avis du Dr V.\_\_\_\_\_ a été finalement corroboré par le Dr J.N.\_\_\_\_\_, qui, dans son avis du 30 janvier 2014, a qualifié son analyse de pointue et a estimé que ses conclusions ne prêtaient pas flanc à la critique.

Les conclusions en termes de diagnostic du Dr V.\_\_\_\_\_ sont en outre en grande partie superposables à celles du Dr W.\_\_\_\_\_ qui, dans son rapport du 11 novembre 2011, a retenu un épisode dépressif léger, sans symptômes psychotiques (F32.0), de surcroît en rémission partielle. Le Dr W.\_\_\_\_\_ avait en outre exclu tout état de stress post-traumatique. Il est vrai que les avis des experts divergent quant à l'évaluation de la capacité de travail, le Dr W.\_\_\_\_\_ ayant attesté du point de vue psychiatrique une totale incapacité de travail depuis l'accident, suivie d'une reprise à 50% dès le 15 décembre 2011 et d'une reprise en plein dès le 15 janvier 2012. Le 23 octobre 2012, face aux

allégations d'aggravation de recourant, il a même admis la prise en compte des arrêts de travail attestés par le psychiatre traitant « jusqu'à ce jour », préconisant au surplus la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique. Toutefois, l'évaluation de la capacité de travail du Dr W.\_\_\_\_\_ ne saurait emporter la conviction de la Cour. On ne s'explique en effet pas la raison pour laquelle le Dr W.\_\_\_\_\_ attribue un effet incapacitant à un épisode dépressif léger, qui plus est en rémission, ni pourquoi il fixe le début de l'incapacité de travail au 5 septembre 2009, tout en faisant remonter le début des symptômes anxieux et dépressifs à seulement cinq mois avant son expertise de novembre 2011. Ces apparentes incohérences ne permettent pas de remettre valablement en cause les conclusions du Dr V.\_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail. En tout état de cause, cette divergence n'a aucune incidence sur la présente cause, I.\_\_\_\_\_ ayant mis fin au versement des indemnités journalières au 30 avril 2014, date à laquelle les avis des deux experts ne connaissent aucune contradiction.

En définitive, l'avis du Dr P.\_\_\_\_\_ quant aux diagnostics et à l'évaluation de la capacité de travail au niveau psychiatrique reste isolé et ne convainc pas. Le recourant ne fournit aucun élément objectif qui aurait été ignoré de l'expert V.\_\_\_\_\_ et qui serait de nature à suspecter l'existence d'un trouble psychique entraînant une incapacité de travail et justifierait de s'éloigner des conclusions de l'expert. Dans la procédure de recours, il s'est limité à produire un certificat d'incapacité de travail de son psychiatre traitant du 28 octobre 2014, lequel reconduit l'arrêt de travail à 100% du 1<sup>er</sup> au 30 novembre 2014, pour « séquelles physiques et psychiques d'accident », tout en cochant à la fois les cases « maladie » et « accident ». Un tel document n'est assurément pas de nature à remettre valablement en cause les conclusions du Dr V.\_\_\_\_\_. En outre, dans son mémoire conclusif du 15 juin 2015, le recourant plaide soudain en faveur d'une incapacité de travail de 50% seulement, sans préciser depuis quand prévaudrait cette amélioration. Il sied ainsi de retenir qu'au niveau psychiatrique, le recourant ne subit aucune atteinte à sa capacité de travail, tout au moins dès avril 2013, date de l'expertise du Dr V.\_\_\_\_\_.

En l'absence de toute atteinte à la capacité de travail d'ordre psychiatrique, il n'y a pas lieu d'examiner plus avant la question de la causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident.

**bb)** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; cf. ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée).

En l'espèce, au vu des pièces constituant le dossier de l'assuré, notamment des quatre expertises mises en œuvre par l'intimée, dont deux sur le plan psychiatrique, il apparaît que les éléments permettant de trancher le litige ont été élucidés à satisfaction. Il s'ensuit qu'il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise psychiatrique judiciaire, telle que requise par le recourant. L'on ne voit pas en effet qu'une telle mesure d'instruction puisse fournir à ce stade un éclairage nouveau sur les conclusions de l'expert mandaté par l'intimée, spécialiste en psychiatrie.

**c)** En définitive, c'est de manière convaincante que l'intimée a retenu que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail, et qu'elle a mis fin au versement des indemnités journalières au 30 avril 2014, en tenant compte d'un délai d'adaptation de trois mois. La capacité de travail étant préservée dans son activité habituelle, le recourant ne subit en outre aucune perte de gain du fait de l'accident assuré, de sorte que c'est également à juste titre que l'intimée lui a nié le droit à une rente d'invalidité.

**7.** Il reste à examiner le bien-fondé du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité retenu par l'intimée.

**a)** Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite d'un accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'IPAI se fixe en même temps que la rente d'invalidité ou, lorsqu'il n'existe aucun droit à une rente, à la fin du traitement médical (art. 24 al. 2 LAA). L'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives. De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'importance prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (cf. TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (cf. TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2).

Selon 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. A teneur de l'art. 36 al. 4 OLAA, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (cf. ATF 133 V 224 consid. 2).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de 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 (cf. ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b et les références).

L'annexe 3 de l'OLAA 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 (cf. ATF 124 V 32 consid. 1b et les références). 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). 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 (cf. 124 V 211 consid. 4a/cc ; TF 8C\_195/2013 du 10 août 2013 consid. 6.1, 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1, 8C\_365/2007 du 15 mai 2008 consid. 7.2) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

**b)** En l'espèce, reprenant les conclusions du Dr B.\_\_\_\_\_, l'intimée retient une atteinte à l'intégrité de 10%, équivalent à une indemnité de 12'600 francs.

Dans son rapport du 19 février 2013, le Dr B.\_\_\_\_\_ a estimé que compte tenu de l'arthrose définitive du poignet, qu'il a qualifiée de moyenne à grave, une atteinte à l'intégrité de 10% se justifiait, en application de la table d'indemnisation 5.2 de la CNA.

De son côté, tout en s'appuyant sur l'avis de la Dresse S.\_\_\_\_\_ et la table d'indemnisation 1.2 de la CNA, le recourant soutient subir une atteinte à l'intégrité de 25% au moins. A cet égard, la position

du recourant apparaît peu claire, dans la mesure où, dans leur rapport d'expertise du 22 juin 2011, les Drs S. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ ont retenu un taux de 15%. En tout état de cause, le recourant explique que les douleurs insupportables prévalant en juin 2011 subsistent, perturbant son sommeil et influençant son psychisme. Il fait valoir qu'il n'est simplement plus en mesure de se servir de sa main droite, même pour les actes les plus banals de la vie quotidienne, que son handicap l'a totalement privé de toute activité sportive et qu'il subit un dommage esthétique en terme de cicatrice, d'enflure, de handicap moteur et d'attelle. Cette argumentation ne convainc cependant pas.

Tout d'abord, l'évaluation de 15% des Drs S. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ ne peut être retenue, dans la mesure où elle a été formulée en juin 2011, à un moment où, aux dires des experts, l'état de santé du recourant était encore en phase d'amélioration. Dans l'intervalle, le syndrome de Sudeck a connu une nette amélioration (cf. rapports du Dr Z. \_\_\_\_\_ des 26 septembre 2011, 3 avril 2012 et 31 octobre 2014), voire s'est amendé (cf. rapport du 13 mai 2014 du Dr L.A. \_\_\_\_\_). En outre, la comparaison des valeurs de mobilité retenues par les experts en 2011 pour le poignet droit (extension-flexion : 10-0-20°, inclinaison radio-cubitale 0-0-15° et pronosupination 70-0-30°) aux mesures prises par le Dr B. \_\_\_\_\_ en février 2013 parle aussi en faveur d'une amélioration. En tout état de cause, en l'absence d'un état stabilisé, l'appréciation des experts de G. \_\_\_\_\_ ne saurait prévaloir sur celle du Dr B. \_\_\_\_\_.

Comme rappelé ci-dessus, l'atteinte à l'intégrité doit être évaluée exclusivement sur la base de constatations médicales objectives (cf. consid. 7a supra). Or, le recourant se contente de substituer sa propre appréciation à celle du Dr B. \_\_\_\_\_, sans fournir aucune constatation émanant d'un médecin. Ensuite, comme il ressort du rapport de Dr B. \_\_\_\_\_, l'assuré est parvenu à récupérer l'usage, tout au moins partiel, de sa main. Des mesures de l'expert (cf. rapport d'expertise du 19 février 2013 p. 8s), il ressort en effet que la main droite a recouvré sa fonction de pince, avec des valeurs quasi-identiques des deux côtés au niveau pollicidigital (6 kg à droite pour 7 kg à gauche), et malgré une perte de force au

niveau digito-palmaire (10 kg à droite pour 42 kg à gauche). Le mobilité du poignet reste certes réduite du côté droit, mais elle a pu être partiellement récupérée (flexion-extension : 20-0-35° à droite et 80-0-70° à gauche, déviation radio-cubitale : 15-0-20° à droite et 25-0-45° à gauche, pronosupination 85-0-45° à droite et 90-0-90° à gauche). Les fonctionnalités précitées ne permettent manifestement pas d'affirmer, comme le fait le recourant, qu'il n'est plus en mesure de se servir de sa main pour quelque acte de la vie quotidienne que ce soit, tel que le serait une personne privée d'une main. Contrairement à ce que soutient le recourant dans son mémoire conclusif du 15 juin 2015, les mesures prises par le Dr M.O. \_\_\_\_\_ le 10 septembre 2014, au demeurant postérieures à la décision litigieuse, ne permettent pas de retenir que le taux de 25% prévu par la table d'indemnisation 1.2 de la CNA en cas de poignet bloqué en extension, avec perte de la pronation et de la supination trouve application en l'espèce. En effet, pour qu'un tel cas de figure soit réalisé, il faut tout à la fois que le poignet soit bloqué en extension et qu'il y ait une perte de la pronation et de la supination. Or, tel n'est pas le cas en l'espèce, le Dr M.O. \_\_\_\_\_ ayant constaté une capacité de flexion de 10°, et surtout des valeurs de pronosupination de 90-0-90°, lesquelles, comme le relève à juste titre l'intimée dans son courrier du 23 juin 2015, correspondent à une pleine amplitude du mouvement tant dans le sens de la pronation que dans celui de la supination.

Compte tenu de l'arthrose affectant l'assuré, que le Dr B. \_\_\_\_\_ qualifie de moyenne à grave, le taux de 10% retenu n'est pas critiquable au regard des tables d'indemnisation de la CNA (Table 5, révision 2011, atteinte à l'intégrité résultant d'arthrose), qui prévoit un taux de 5 à 10% en cas d'arthrose moyenne et de 10 à 25% en cas d'arthrose grave. L'appréciation du degré de l'IPAI ne saurait en outre intégrer les conséquences d'une arthrolyse, dans la mesure où celle-ci n'est pas prévue, même à long terme, le Dr B. \_\_\_\_\_ indiquant que cette intervention est pour l'instant « totalement imprévisible ». Le recourant ne présentant au demeurant aucune atteinte psychiatrique des suites de l'accident, et aucune incapacité de travail à ce titre, il ne saurait prétendre à une IPAI à ce titre. Ce point a d'ailleurs été confirmé par le Dr V. \_\_\_\_\_

(cf. rapport d'expertise p. 31). Enfin, aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité ne saurait être allouée pour les préjudices esthétiques soulevés par le recourant (cicatrice et porte d'une attelle). En définitive, aucun des éléments avancés par ce dernier ne permet de retenir comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'il subit une atteinte à l'intégrité de 25%. On rappellera notamment à cet égard que dite atteinte est évaluée de manière abstraite, égale pour tous les assurés présentant le même status médical, sans qu'il ne soit tenu compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour un assuré concerné (cf. consid. 7a supra).

En définitive, le taux d'atteinte à l'intégrité indemnisable de 10% retenu par l'intimée, sur la base de l'estimation du Dr B. \_\_\_\_\_ t, doit être confirmé.

**8.**                    **a)** Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite, ni d'allouer de dépens (cf. art. 61 let. a et 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 30 avril 2014 par I. \_\_\_\_\_ est confirmée.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni octroyé de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Henri Bercher (pour le recourant), à Nyon,
  - I. \_\_\_\_\_, à [...],
  - Office fédéral de la santé publique, à Berne,
- par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :