

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 mars 2026

Composition : Mme PASCHE, présidente
MM. Farron et Bonjour, assesseurs
Greffier : M. Favez

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à B***, recourant, représenté par Me Jana Burysek, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 18 al. 1 LAA ; art. 16 LPG

En fait :

A. **a)** A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 197***, gaucher, sans formation, travaillait depuis le ***2013 en qualité d[ouvrier] auprès de C. _____ SA, au taux de 100 %. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 22 août 2013, alors qu'il [travaillait] sur un chantier, l'assuré s'est coupé le bout de la phalange de l'index de la main gauche avec une scie circulaire.

Le même jour, il a été traité à la Clinique D. _____, où ont été posés les diagnostics de subamputation de l'index gauche au niveau de l'articulation interphalangienne proximale (ci-après : IPP) avec perte de substance au niveau du tiers distal de la P1 et lésion complète de l'appareil extenseur de l'index gauche, de perte post traumatique du tiers distal de la phalange proximale de l'index gauche, de plaie profonde de la face palmaire du pouce gauche, avulsion des deux tiers des ongles du majeur et de l'auriculaire gauches (cf. lettre de sortie du 9 décembre 2013 du Dr E. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

La CNA a pris le cas en charge.

Le 15 octobre 2013, il a été procédé à l'ablation d'une broche et à l'arthrodèse de l'articulation IPP par une plaque Aptus Hand 2.3.

Le 21 février 2014, l'assuré a subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse de l'index gauche, une amputation distale de P1-D2 et une cure de Kocher du bord cubital du pouce gauche.

Dans un rapport du 6 mars 2014, le Dr F._____, chef de clinique adjoint auprès du Service de chirurgie plastique et de la main du département de l'appareil locomoteur du CHUV, a posé les diagnostics de subamputation de l'index gauche au niveau de l'articulation IPP avec perte de substance au niveau du tiers distal de la P1 et lésion complète de l'appareil extenseur de l'index gauche, perte post-traumatique du tiers distal de la phalange proximale de l'index gauche et de plaie profonde de la face palmaire du pouce gauche, avulsion des deux tiers des ongles du majeur et de l'auriculaire gauches.

Le 23 avril 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : OAI), en indiquant, quant au genre d'atteinte à la santé, « passage de la main dominante dans une [s]cie circulaire qui a engendré l'amputation de l'index de la main gauche et une atteinte à la mobilité du pouce de la même main ».

Dans un rapport du 18 septembre 2014, le Dr F._____ a notamment indiqué ce qui suit :

« **Anamnèse :**

Il s'agit d'un patient de 43 ans connu pour un accident de travail par scie circulaire occasionnant une plaie complexe de la main G, opéré en urgence à la Clinique D._____ en août 2013. Une 2ème intervention est effectuée le 15.10.2013 pour révision d'arthrodèse IPP index G. L'évolution est peu favorable avec une allodynie pouce et index, ainsi que des douleurs articulaires IPP de l'index. Le patient écarte en permanence ces 2 doigts.

Evolution :

30.01.2014 : pas d'amélioration, patient souhaite ou envisage une amputation de l'index car dit avoir des douleurs persistantes et écarte continuellement son index, ne l'utilise pas. La sensibilité de la pulpe est moindre.

08.05.2014 : à 2,5 mois, toujours allodynie pouce et index.

24.07.2014 : à 5 mois post amputation index : lente évolution, persiste actuellement une allodynie versant palmo-cubital de l'index et au niveau de la perte de substance du pouce.

Allodynie versant palmo-cubital index et pulpe pouce ».

L'assuré a été examiné le 5 décembre 2014 par le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil

locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA. Aux termes de son rapport du 15 janvier 2015, ce médecin a constaté la persistance d'une importante allodynie du moignon de l'index gauche, une allodynie du bord cubital de l'extrémité distale du pouce gauche, un déficit de flexion du pouce gauche et une faiblesse des doigts 3, 4 et 5 en flexion. Il a conclu que le cas n'était pas stabilisé.

Le 12 février 2015, l'assuré a subi une révision et résection d'un névrome douloureux du nerf cubital de l'index gauche.

Dans un rapport du 1^{er} mai 2015, le Dr F. _____ a notamment relevé ce qui suit:

« **Diagnostic :**

- Plaie complexe par scie circulaire à la main gauche avec :
 - Sub-amputation de l'index gauche, section du pédicule vasculo-nerveux cubital en zone II, section partielle de l'appareil extenseur et fracture ouverte complexe IPP.
 - Plaie complexe versant cubital de l'IP du pouce avec perte de substance et section nerf collatéral cubital ainsi qu'une perte partielle de la matrice unguéale.
- Amputation secondaire trans-P1 gauche le 12.2.2014.
- Névrome douloureux du nerf collatéral cubital index gauche sur status plaie complexe nécessitant une amputation secondaire trans-P1 D2 gauche le 12.2.2014 ».

Le 19 mai 2015, le Dr G. _____ a à nouveau examiné l'assuré. Dans son rapport du même jour, le spécialiste a posé les diagnostics de subamputation traumatique de l'index gauche traitée initialement par arthrodèse IPP puis par amputation au niveau de P1, de status après plaie profonde de la face palmaire du pouce gauche, de status après révision et résection d'un névrome du nerf collatéral cubital de l'index gauche le 12 février 2015, d'allodynie persistante du moignon de l'index gauche et d'allodynie du bord cubital du pouce gauche. Il a considéré que le cas n'était pas stabilisé tout en précisant que, sur le plan professionnel, l'assuré était désormais apte à travailler dans une activité adaptée aux limitations

fonctionnelles et pouvait avoir une activité mono-manuelle avec son membre supérieur droit et utiliser la main gauche uniquement pour des gestes d'appoint, sans activité de préhension fine.

Le 23 juillet 2015, le Dr F. _____ a écrit au Dr G. _____ pour l'informer qu'il renonçait à effectuer une nouvelle révision chirurgicale, après avoir tenu une consultation commune le 16 juillet 2015 avec le Dr H. _____, spécialiste en chirurgie de la main au CHUV, lequel avait mis en évidence un risque de développer une allodynie dans la commissure sur le site de résection du deuxième rayon possiblement en lien avec une corticalisation des douleurs. Les médecins du CHUV ont aussi pris en considération le risque de développer des douleurs allodyniques du moignon du pouce et de diminuer la longueur de celui-ci empêchant également une bonne fonction de la main.

Le 15 octobre 2015, l'assuré a informé la CNA par téléphone qu'il serait opéré au CHUV le 24 novembre 2015.

Le 24 novembre 2015, l'assuré a subi une intervention tendant à l'amputation de la base du 2^{ème} rayon et au resurfaçage de la face palmo-cubitale interphalangienne du pouce gauche par un lambeau de type Foucher.

Il ressort d'une notice téléphonique du 20 janvier 2016 que l'assuré a déclaré pouvoir conduire, mais n'être pas en mesure de serrer fort le volant de sa main gauche. Il a précisé posséder une voiture automatique.

Lors d'un entretien du 16 mars 2016, l'assuré a réitéré ses propos et a précisé que, dans le cadre de la conduite, il utilisait sa main gauche comme appui.

L'assuré a été examiné par le Dr G. _____ le 23 mai 2016. Aux termes de son rapport du même jour, le médecin d'arrondissement a indiqué ce qui suit :

« **Diagnostic**

- Status après subamputation traumatique de l'index G, traitée initialement par arthrodèse IPP puis par amputation au niveau de P1 (22.08.2013).
- Status après plaie profonde de la face palmaire du pouce G (22.08.2013).
- Status après révision et résection d'un névrome du nerf collatéral cubital de l'index G (12.02.2015).
- Status après complément d'amputation du 2^{ème} rayons (sic) de la main G et resurfaçage par lambeau de type Foucher de la face palmo-cubitale du pouce G (24.11.2015).
- Allodynie persistante du bord cubital du pouce G et de la commissure entre le pouce et le 3^{ème} doigt de la main G.

Appréciation

L'assuré est vu à 33 mois de l'accident et à 6 mois de la dernière intervention chirurgicale.

L'évolution n'est pas du tout favorable. Les résultats de cette dernière intervention sont très mitigés. Persistance d'une allodynie du bord cubital du pouce G et dans la zone greffée de la commissure entre le pouce et le majeur.

En accord avec la Dresse I. _____ de la Clinique J. _____, l'assuré va bénéficier d'un séjour à la Clinique J. _____ pour réadaptation de la main et évaluation des capacités fonctionnelles ».

L'assuré a séjourné du 8 juin au 6 juillet 2016 à la Clinique J. _____. Dans un rapport daté du 19 août 2016, les Drs J.A. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et J.B. _____, médecin-assistante, ont indiqué notamment ce qui suit :

« APPRECIATION ET DISCUSSION

[...]

Une évaluation des capacités fonctionnelles est réalisée le 22.06.2016. Pendant l'évaluation, la volonté de donner le maximum aux différents tests est jugée réelle et le niveau de cohérence élevée. M. A. _____ a pu lever sur sol et à hauteur de sa taille 12 kg, a pu lever de la taille à hauteur de la tête 5 kg, porter de la main D dominant de 15 kg, porter de la main G n'a pas été réalisé avec une caisse vide de 2,5 kg (arrêt-sécuritaire).

Les limitations provisoires suivantes sont retenues : activités bimanuelles nécessitant la main gauche ; ports répétés de charges supérieures à 10 kg.

La situation n'est pas complètement stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. L'évaluation d'un bloc antalgique périphérique qui pourrait apporter une diminution des douleurs doit encore être faite.

Une stabilisation médicale est attendue à un an de la dernière intervention.

Aux ateliers professionnels, le patient a travaillé 3 heures consécutives au maximum pendant son séjour.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable au vu des facteurs médicaux retenus après l'accident.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est limité par la longueur de l'incapacité de travail, chez un patient non qualifié ayant encore des signes de phobie aux scies pouvant limiter l'accès à des ateliers professionnels actuellement ».

En annexe à leur rapport, les Drs J.A. _____ et J.B. _____ ont produit plusieurs documents, soit notamment :

- un rapport du 8 juillet 2016 de Mme K. _____, ergothérapeute, concluant que, si l'assuré avait amélioré sa forme physique et morale et la mobilité de son membre supérieur gauche durant son séjour, la très forte allodynie de la commissure entre D1 et D3 n'avait pas diminué et de nombreuses activités étaient encore très douloureuses voire impossibles à réaliser. Elle a également relevé :

«CAPACITES FONCTIONNELLES

- **Signalées** : M. A. _____ effectue la majorité des AVQ avec sa main D non-dominante. Il éprouve des difficultés à couper la nourriture, à cuisiner, à conduire, à soulever des charges. Il ne parvient pas à faire le ménage, ni à faire toute activité bilatérale nécessitant de la force.

- **Observées** : Idem. Les douleurs sont la principale limitation dans la réalisation d'activités. La main G est principalement utilisée avec D3-4-5 pour les préhensions (en crochet) et avec la face palmaire du poignet/avant-bras comme soutien (p. ex. pour porter un plateau). La pince avec le pouce ne peut être utilisée que pour des pinces sans résistance.

ÉVOLUTION OBJECTIVE

(entre parenthèses : évolution depuis le début du séjour)

- **Bilan 400 points** (nouvelle version) : Le pourcentage d'utilisation fonctionnelle de la main lésée (G) est de 23 % (+ 3 %). Il s'agit de la moyenne des épreuves suivantes :

- *mobilité de la main* 30 % (=)

Tous les mouvements des doigts et du poignet sont déficitaires, la résistance dans les prises est fortement limitée.

- *force de préhension* 11 % (+ 4 %)

Jamar 2^{ème} cran : D 50.5 kg, G 5 KG (+ 3 kg) la prise est effectuée sans appui distal dans la paume

Pinchmètre (pince pulpo-latérale D1-D2) : D 10.8 kg, G 1.5 kg (+ 0.3 kg)

Fortes douleurs déclenchées par la passation de cette épreuve de force.

- *prise monomanuelle et déplacements d'objets* 17 % (+ 9 %)

Seuls les objets légers et de taille petite à moyenne peuvent être saisis et déplacés. D2 et D3 sont généralement exclus.

- *fonction bimanuelle* 33 % (=)

Les activités en force sont très difficiles voire impossibles » ;

- un rapport rédigé à l'issue d'une évaluation du 22 juin 2016 par Mme L._____, physiothérapeute ;
- un rapport portant sur un consilium psychiatrique du 21 juin 2016 de la Dre M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, posant le diagnostic de phobie spécifique en lien avec le séjour [recte : les scies] (F 40.2) ;
- un rapport du 28 juin 2016 de la Dre N._____, spécialiste en anesthésiologie et en traitement interventionnel de la douleur.

Dans un rapport de consultation ambulatoire du 26 octobre 2016, le Dr O._____, spécialiste en anesthésiologie et en traitement interventionnel de la douleur, a relevé qu'à l'examen clinique, la mobilité du pouce, du majeur, de l'annulaire et de l'auriculaire gauches restaient dans les normes, sans troubles neurovasculaires. Il a constaté l'absence de troubles vasculaires au niveau de l'index gauche mais une section complète de l'appareil extenseur au niveau de la zone 2.

Dans un rapport de consultation ambulatoire du 8 novembre 2016, le Dr O._____ a relevé que son patient présentait un bon état général, sans déficit sensitivo moteur aux membres supérieurs, excepté la main, avec une bonne mobilité des coudes et épaules. Il a relevé que l'assuré présentait une allodynie massive au niveau de sa main avec par contre une absence de limitation du poignet, du coude et de l'épaule.

Dans un rapport du 23 décembre 2016, le Dr O._____ a posé le diagnostic d'allodynie du bord ulnaire du pouce gauche et de la première commissure. Il a confirmé que malgré cette allodynie de la main, l'assuré présentait une absence de limitation du poignet, du coude et de l'épaule. Il a précisé que depuis l'opération du 24 novembre 2016, les douleurs avaient augmenté, l'assuré présentant des douleurs depuis la cicatrice d'amputation de l'index gauche qui remontaient le long du bras de manière assez générale et vers la nuque. Les douleurs étaient plutôt du moignon que fantômes, avec une hypersensibilité à tout (mécanique, température), aussi lors de la douche.

b) Le 27 avril 2017, l'assuré s'est coupé à la main gauche en coupant de la viande. Les plaies palmaires du 4^{ème} et 5^{ème} doigts ont été suturées le 30 avril 2017. La CNA a pris le cas en charge.

Par rapport du 18 mai 2017, le Dr O._____ a posé le diagnostic de neuropathie du bord ulnaire du pouce gauche et de la première commissure.

Par courriel à la CNA du 25 septembre 2017, le Dr P._____, spécialiste en anesthésiologie et en traitement interventionnel de la douleur, a relevé ce qui suit :

« Il était évoqué de proposer une stimulation électrique centrale ou périphérique chez M. A._____, en raison de douleurs chroniques post traumatiques et chirurgicales de sa main gauche. J'ai réalisé un bloc pronostic (bloc du nerf radial superficiel sous contrôle ultrasonographique) en date du 11.09.17. Le patient a présenté une anesthésie de la paume de la main mais pas de la région du pouce, et les douleurs étaient inchangées. Dans ce contexte, nous renonçons à réaliser un test de stimulation périphérique. Quant à la stimulation médullaire, le patient souhaite la différer le plus tard possible, en raison notamment du risque non négligeable de complications ».

Dans un rapport du 15 octobre 2017, Mme Q._____, ergothérapeute, a relevé que l'assuré présentait une allodynie toujours assez importante au niveau de la face latérale du pouce, de la 1^{ère} commissure et au niveau du collatéral cubital du Vème. La force évaluée au Jamar était de 7,5 kg à gauche. L'assuré présentait des difficultés dans de nombreuses préhensions : il parvenait à se doucher et s'habiller - tout en présentant des difficultés au niveau de la fermeture de certains boutons -, mais peinait à préparer les repas ou à prendre un verre plein.

Le Dr G._____ a procédé à l'examen final de l'assuré le 20 novembre 2017. Dans son rapport du même jour, il a établi l'historique de l'atteinte à la santé du recourant, résumant en particulier l'entier des rapports médicaux produits. Il a également retranscrit les déclarations de l'assuré. Le médecin a retenu ce qui suit :

« *Traitement actuel* : Dafalgan® 1 g 3 à 4 cp/jour.
 Irfen® 600 mg 2 à 3 cp/jour.
 Tramal® gttes 25 gttes en réserve 2 à 3
x/semaine.
 Ergothérapie 2x/semaine.

Constatations

[...]

Epaules :

Mobilité complète et symétrique, indolore [...]

Coudes :

Mobilité complète et symétrique

[...]

Pas de douleurs aux insertions tendineuses.

La mobilité du poignet et de la main D est dans la limite de la norme.

[...]

La mobilité des doigts de la main D est complète.

A gauche, pour ce qui concerne le pouce, importante allodynie du bord cubital. L'interphalangienne a une extension complète et une flexion limitée à 20°.

L'articulation métacarpo-phalangienne du 1^{er} rayon a un déficit d'extension de 10° et une flexion à 20°.

La distance entre la pulpe du pouce et la paume de la main est de 4 cm.

Pour ce qui concerne les doigts 3, 4 et 5 : la flexion des articulations métacarpo-phalangiennes est :

Pour le 3^{ème} rayon : 70°

Pour le 4^{ème} rayon : 90°

Pour le 5^{ème} rayon : 80°.

L'extension est complète.

Pour ce qui concerne les articulations IPP des doigts 3,4 et 5 : la flexion est de 90°.

Pour le 3^{ème} doigt : 30°

Pour le 4^{ème} doigt : 30°

Pour le 5^{ème} doigt : 0°.

Importante allodynie du bord cubital du 5^{ème} doigt et de la commissure entre le pouce et le 3^{ème} doigt.

Diagnostic

- Status après subamputation traumatique de l'index G, traitée initialement par arthrodèse IPP puis par amputation au niveau de P1 (22.08.2013).
- Status après plaie profonde de la face palmaire du pouce G (22.08.2013).
- Status après révision et résection d'un névrome du nerf collatéral cubital de l'index G (12.02.2015).
- Status après complément d'amputation du 2^{ème} rayon de la main G et resurfaçage par lambeau de type Foucher de la face palmo-cubitale du pouce G (24.11.2015).
- Allodynie persistante du bord cubital du pouce G et de la commissure entre le pouce et le 3^{ème} doigt de la main G.

- Status après plaie palmaire du 4^{ème} et 5^{ème} doigts de la main G avec section du fléchisseur profond et troubles sensitifs du 5^{ème} doigt (30.04.2017).
- Satus après suture des tendons fléchisseurs profonds des 4^{ème} et 5^{ème} doigts de la main G et neurolyse du nerf collatéral palmaire cubital du 5^{ème} doigt (15.05.2017).
- Allodynie persistante du bord cubital de l'auriculaire à G.

Appréciation

L'assuré est vu à plus de 4 ans du premier accident. On peut considérer le cas comme stabilisé. Aucune amélioration notable n'est à attendre.

Pour ce qui concerne les plaies des 4^{ème} et 5^{ème} doigts survenues en avril 2017, le cas est stabilisé, selon son médecin.

Sur le plan professionnel, l'assuré ne pourra plus exercer son métier habituel. L'assuré est désormais apte à travailler uniquement dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Il peut avoir une activité mono-manuelle D (patient gaucher). La main G peut être utilisée pour des gestes d'appoint occasionnels sans activité de préhension fine.

Suite à l'événement du 23.08.2013 et à celui de 2017, il y a eu une atteinte durable et importante à l'intégrité corporelle qui fera l'objet d'une appréciation séparée. »

Le même jour, le Dr G. _____ a proposé de retenir un taux d'atteinte à l'intégrité de 25 %, se fondant sur la motivation suivante :

« Suite à l'accident du 23.08.2013, l'assuré a eu une importante plaie du pouce G et de l'index G qui a dû être amputé au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne. Il a développé une importante allodynie du pouce et de la commissure entre le pouce et le majeur. L'état actuel de la main G est équivalent à celle d'une amputation du pouce et de l'index au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes.

Suite à l'accident du 24.04.2017 les séquelles n'atteignent pas le seuil indemnisable.

La table no 3 figure no 19 des indemnisations pour les atteintes à l'intégrité selon la LAA prévoit une indemnisation de 25 % en cas d'amputation du pouce et de l'index au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes.

Dans le cas de Mr A. _____, une indemnisation de 25 % me paraît justifiée ».

Par courrier du 24 novembre 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle comptait mettre fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 décembre 2017.

Par courriel du 4 décembre 2017, C._____ SA a indiqué qu'en 2017, l'assuré aurait touché un salaire mensuel de 4'789 fr., auquel s'ajoutait un 13^{ème} salaire de 8.33 % du salaire de base, soit 399 fr. 08, et que l'horaire hebdomadaire de travail s'élevait à 41 heures.

Par décision du 9 janvier 2018, la CNA a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 31'500 francs. Elle a refusé l'allocation d'une rente d'invalidité, en considérant que la perte de gain subie s'élevait à 8,16 %, taux insuffisant à ouvrir le droit à la rente. A l'appui de sa décision, la CNA a indiqué que selon ses investigations, l'assuré était à même d'exercer une activité mono-manuelle droite, la main gauche pouvant être utilisée pour des gestes d'appoint occasionnels sans activité de préhension fine et qu'une telle activité, exigible durant toute la journée, lui permettrait de réaliser un revenu de 57'179 francs.

Le 9 février 2018, l'assuré, représenté par son conseil Me Jana Burysek, s'est opposé à la décision susmentionnée, en concluant à sa réforme en ce sens que son droit à une rente d'invalidité entière soit reconnu dès le 1^{er} janvier 2018, et que son atteinte à l'intégrité soit fixée à 40 %, l'IPAI étant arrêtée à un montant minimum de 50'400 francs. En substance, il a fait valoir que le rapport du Dr G._____ du 20 novembre 2017 sur lequel s'était fondée la CNA présentait des lacunes et que cette autorité n'avait pas tenu compte de l'ensemble des éléments médicaux au dossier en particulier des différents rapports rendus par la Clinique J._____. Il a indiqué se trouver en incapacité totale d'exercer une activité mono-manuelle droite durant toute une journée. Il a contesté les choix des cinq DPT retenues par la CNA, considérant celles-ci incompatibles avec sa situation. Il a enfin requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise par un médecin indépendant.

Le 14 mai 2018, Me Burysek a adressé à la CNA un rapport du 16 avril 2018 du Dr R. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, par lequel ce médecin a confirmé que la capacité de travail de ce dernier était restreinte. Il a indiqué que le seul traitement fonctionnant correctement était la morphine, à bonne dose, mais qu'à la dose prescrite, les capacités de travail, de déplacement et de fonctionnement étaient impossibles. Le Dr R. _____ a précisé que tant en l'absence de traitement qu'avec une dose de morphine insuffisante, les douleurs étaient maximales. Le médecin a ajouté que si la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était de trois heures par jour au maximum, il ignorait ce qu'il en serait lorsqu'il aurait dépassé les 50 ans, sur un marché du travail difficile. Il a conclu que son patient présentait une incapacité de travail qu'il a estimée à 70 %.

Par décision sur opposition du 23 mai 2018, la CNA a confirmé sa décision du 9 janvier 2018. Dans sa motivation, elle a notamment retenu que le rapport du 16 avril 2018 du Dr R. _____ ne se prononçait pas explicitement sur les conclusions du Dr G. _____ et portait sur les problèmes rencontrés par son patient dans le cadre de la gestion et du traitement de la douleur. Elle a en outre considéré que les rapports médicaux rendus à l'occasion du séjour de l'assuré auprès de la Clinique J. _____ n'étaient pas pertinents dès lors qu'à l'époque où ils avaient été rédigés, la situation de l'assuré n'était pas stabilisée. Elle a enfin confirmé la pertinence des DPT sélectionnées en vue de déterminer le gain réalisable annuel moyen.

B. Par acte du 25 juin 2018, A. _____, représenté par Me Burysek, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2018, dont le taux était à déterminer en cours d'instance, ainsi qu'à l'octroi d'une IPAI de 40 % - respectivement de 50'400 fr. -, et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision.

Par arrêt du 3 septembre 2019, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a partiellement admis le recours de l'assuré, et lui a reconnu le droit à une rente d'invalidité de 19 % dès le 1^{er} janvier 2018. Il ressort en particulier ce qui suit de cet arrêt (consid. 8) :

« **8. a)** Le 22 août 2013, le recourant a été victime d'un accident lors duquel il s'est coupé l'index gauche avec une scie circulaire. Il a ensuite été victime, en avril 2017, d'un nouvel événement accidentel, lorsqu'il s'est blessé au niveau des 4^{ème} et 5^{ème} doigts de la main gauche en découpant de la viande.

Il est constant que depuis l'accident d'août 2013, l'assuré n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle d'ouvrier actif dans la pose de fenêtres en PVC. Il n'est en outre, à juste titre, pas remis en question que l'état de santé de l'assuré est stabilisé. L'intimée considère que l'assuré est à même d'exercer une activité monomanuelle droite, en utilisant sa main gauche pour des gestes d'appoint occasionnels, sans activité de préhension fine, au taux de 100 %. Le recourant affirme quant à lui ne pas être en mesure d'exercer une telle activité et être incapable de travailler plus que 3 heures par jour.

b) En l'occurrence, dans son rapport du 20 novembre 2017, le Dr G. _____ a décrit les limitations fonctionnelles auxquelles est confronté le recourant pour l'exercice d'une activité professionnelle. Dans ce cadre, il a estimé qu'une activité adaptée était exigible, en retenant que l'assuré pouvait effectuer une activité mono-manuelle droite, la main gauche pouvant être utilisée pour les gestes d'appoint occasionnels sans préhension fine. Cette appréciation n'est pas contredite par les autres médecins. En particulier, le fait que les médecins de la Clinique J. _____ aient fait état d'une possibilité de travail de 3 heures consécutives ne permet pas de considérer qu'il s'agit du taux d'activité raisonnablement exigible de l'assuré. A l'époque où il a séjourné à la Clinique J. _____, son cas n'était en effet pas encore stabilisé, à quelque six mois de l'amputation de la base du 2^{ème} rayon et du surfaçage de la face palmo-cubitale de l'interphalangienne du pouce par un lambeau de type Foucher, intervention qui a été effectuée le 24 novembre 2015. Or, dans le cadre de son examen du 20 novembre 2017, le Dr G. _____ a relevé que la mobilité des épaules, comme celle des coudes, était complète et symétrique. La mobilité du poignet, de la main et des doigts de la main droite était dans la norme. Quant à la main gauche, il a constaté une importante allodynie persistante du bord cubital du pouce gauche et de la commissure entre le pouce et le 3^{ème} doigt de la main gauche, ainsi que du bord cubital de l'auriculaire gauche. Toutefois, le recourant n'a pas été considéré comme se trouvant dans la situation d'une personne privée de l'usage d'un bras ou d'une main. En particulier, le Dr G. _____ n'a pas exclu tout usage de la main gauche, mais estimé que celle-ci pouvait être utilisée pour des gestes d'appoint occasionnels sans activité de préhension fine, n'écartant ainsi pas toute utilisation de la main gauche comme main d'aide.

Les arguments du recourant dirigés contre l'appréciation du Dr G. _____ ne peuvent être suivis. Ce médecin a en effet tenu compte de l'entier des documents médicaux au dossier, qu'il a résumés ; il a listé les déclarations de l'assuré, l'a examiné, et a posé des conclusions claires, qui ne sont pas contredites. En outre, il est erroné d'affirmer que la décision attaquée ne repose que sur le rapport du Dr G. _____ du 23 novembre 2017. Le dossier de l'intimée a en effet fait l'objet d'une instruction complète depuis août 2013. La remarque du Dr R. _____ déplorant, dans son rapport du 16 avril 2018, ne pas trouver l'antalgie adéquate est sans effet à cet égard. Il ressort en effet du rapport du 23 novembre 2017 du Dr G. _____ que le traitement médicamenteux du recourant consiste en du Dafalgan et de l'Irfen, les gouttes de Tramal ne venant qu'en réserve, deux à trois fois par semaine. Dès lors, l'avis du médecin traitant selon lequel la morphine prescrite réduirait la capacité de travail, de même que les capacités de déplacement et de fonctionnement, ne peut être suivi. Du reste, il ressort du dossier que le recourant conduit (cf. note téléphonique et procès-verbal d'entretien des 20 janvier et 16 mars 2016). Ainsi et contrairement à ce qu'allègue le recourant, le Dr G. _____ a bien tenu compte dans son appréciation de la prise de Tramal en réserve, et a indiqué le dosage de ce médicament. Pour le surplus, on peine à voir la contradiction dont se prévaut le recourant entre les constatations du Dr G. _____ et celles du 18 mai 2017 du Dr O. _____. Les douleurs dont a fait état ce dernier ne sont pas contestées. Le fait qu'elles aient augmenté depuis l'intervention du 24 novembre 2016 a conduit le Dr G. _____ - comme le Dr O. _____ - à poser les diagnostics d'importante allodynie persistante du bord cubital du pouce gauche et de la commissure entre le pouce et le 3^{ème} doigt de la main gauche, ainsi que du bord cubital de l'auriculaire gauche. C'est le lieu de relever que, dans ses rapports des 8 novembre et 23 décembre 2016, le Dr O. _____ a aussi relevé une absence de limitation du poignet, du coude et de l'épaule et qu'il a indiqué dans un rapport du 26 octobre 2016, que la mobilité du pouce, du majeur, de l'annulaire et de l'auriculaire étaient dans la norme, rejoignant en cela les constatations du Dr G. _____. Le recourant a d'ailleurs lui-même indiqué, lors d'un entretien du 16 mars 2016, qu'il utilisait sa main gauche comme appui pour la conduite. Il ne peut ainsi être suivi lorsqu'il affirme que sa main gauche, respectivement l'entier de son membre supérieur gauche, est inutilisable. Dans ces circonstances, c'est à juste titre que la CNA a retenu que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail du recourant était entière. »

La Cour des assurances sociales a ensuite examiné le droit à la rente de l'assuré. La comparaison d'un revenu d'invalidé de 50'302 fr. 96 avec un revenu sans invalidité de 62'256 fr. 96 aboutissait à un degré d'invalidité de 19,2 %, arrondi à 19 %. L'assuré avait par conséquent droit à une rente d'invalidité de 19 % dès le 1^{er} janvier 2018 (cf. art. 19 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]).

Saisi de deux recours en matière de droit public émanant de l'assuré et de la CNA, le Tribunal fédéral a, par arrêt du 9 novembre 2020 (TF 8C_697/2019, 8C_698/2019) partiellement admis celui de l'assuré, réformant l'arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois du 3 septembre 2019 en ce sens que la décision sur opposition du 23 mai 2018 était annulée en tant qu'elle refusait le droit à une rente d'invalidité, la cause étant renvoyée à la CNA pour complément d'instruction et nouvelle décision sur ce point. Quant au recours de la CNA, le Tribunal fédéral l'a déclaré sans objet au vu du renvoi de la cause. Le Tribunal fédéral a retenu notamment ce qui suit (consid. 4) :

« 4.1 La cour cantonale considère que les rapports médicaux des docteurs F._____ et O._____ du CHUV ne contredisent pas les éléments retenus par le docteur G._____. Elle omet cependant de préciser que ces médecins ne se sont pas du tout prononcés sur les répercussions des séquelles définitives de l'accident sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré. On ne peut dès lors pas en tirer une confirmation des conclusions du médecin d'arrondissement de la CNA à ce sujet. En l'occurrence, il est établi que l'assuré présente, depuis la cicatrice d'amputation de l'index gauche, des douleurs à caractère neuropathique qui se manifestent sous la forme d'une hypersensibilité à tout (mécanique et température), cela malgré le suivi de séances d'ergothérapie pendant trois ans; par ailleurs, les blocs nerveux et les infiltrations pratiqués n'ont pas eu d'effet (rapport du docteur O._____ du 18 mai 2017). Dans ces conditions, on pouvait attendre du docteur G._____ qu'il prenne expressément position sur cette problématique particulière alors qu'il retient implicitement une capacité de travail entière et sans diminution de rendement dans une activité monomanuelle droite où la main (dominante) présentant l'allodynie peut être utilisée pour des gestes d'appoint. Des explications circonstanciées étaient d'autant plus nécessaires que le médecin de la CNA avait estimé, dans son rapport précédent du 23 mai 2016, que "l'évolution n'[était] pas du tout favorable" justement en raison de cette allodynie importante et persistante après la dernière intervention chirurgicale. Par ailleurs, on ne saurait, comme l'a fait la cour cantonale, écarter sans autre l'avis du docteur R._____, dont les considérations sur la prescription d'une médication antalgique différente selon que l'assuré est mis en situation de travail ou non et ses conséquences n'apparaissent pas a priori dénuées de fondement. Ces considérations étaient au contraire de nature à justifier des investigations complémentaires.

Par conséquent, on doit admettre avec l'assuré que, tel qu'il est motivé, le rapport médical final du docteur G._____ n'emporte pas la conviction s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail. Sur ce point, il convient d'annuler le jugement attaqué et de renvoyer la cause à la CNA pour qu'elle mette en oeuvre une expertise (au sens de l'art. 44 LPG) et rende une nouvelle décision sur le droit à la rente.

4.2 Il en va en revanche différemment en ce qui concerne l'appréciation séparée de ce même médecin relative au taux de l'atteinte à l'intégrité. Dans cette appréciation, celui-ci a retenu, en considération de l'importante allodynie du pouce et de la commissure entre le pouce et le majeur, un taux équivalent à celui prévu en cas d'amputation du pouce et de l'index (figure 19 de la table d'indemnisation 3 "Atteinte à l'intégrité résultant de la perte d'un ou plusieurs segments des membres supérieurs"). Comme l'a pertinemment relevé la cour cantonale, on ne voit pas que l'état de la main gauche de l'assuré justifie une indemnisation allant au-delà de ce taux, puisqu'il correspond à une atteinte complète du pouce et de l'index. A cet égard, le recours de l'assuré est mal fondé et le jugement entrepris doit être confirmé. »

C. A la suite de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral, la CNA a confié la réalisation d'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) au Dr S._____ et à la Dre T._____, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main. Dans leur rapport du 19 août 2021, ces spécialistes ont posé les diagnostics suivants (expertise, p. 50) :

« Brachialgies gauches persistantes, et neuropathie du bord ulnaire du pouce gauche et de la première commissure, sur un status après :

1. Lésion de la main gauche par scie circulaire le 22.08.2013 :

- Sub-amputation de l'index gauche au niveau de l'articulation interphalangienne proximale (IPP) avec perte de substance au niveau du tiers distal de P1 et lésion complète de l'appareil extenseur de l'index gauche. Perte post-traumatique du tiers distal de la phalange proximale de l'index gauche.
- Plaie profonde de la face palmaire du pouce gauche.
- Avulsion des 2/3 des ongles du majeur et de l'auriculaire gauches.

2. Le 22.08.2013 :

- Exploration chirurgicale de la plaie de l'index gauche, avec stabilisation temporaire de l'articulation IPP par une broche de Kirschner 1.4, suture de l'appareil extenseur par des points séparés d'Ethibond 3.0.
- Exploration chirurgicale de la plaie du pouce et suture cutanée par Dafilon 4.0.
- Ablation des ongles D3 et D5 à gauche.

3. Le 15.10.2013 :

- Ablation de la broche sur l'index gauche, et une arthrodèse de l'articulation IPP par une plaque Aptus Hand 2.3mm.

4. Le 21.02.2014 :

- AMO plaque Aptus de l'index gauche et amputation de l'index gauche au niveau du tiers distal P1.
 - Excision selon Kocher au niveau du bord cubital de l'ongle du pouce gauche.
5. Le 12.02.2015 :
- Cure de névrome nerf collatéral cubital par enfouissement intra-osseux.
6. Le 24.11.2016 :
- Amputation base 2^{ème} rayon et resurfaçage de la face palmo-cubitale de l'articulation IP du pouce par un lambeau de type Foucher.
7. Le 27.04.2017 :
- Plaies au couteau, sur les versants palmaires des 4^{ème} et 5^{ème} doigts, nécessitant une révision chirurgicale le 15.05.2017 avec suture des fléchisseurs profonds des 4^{ème} et 5^{ème} doigts, ainsi que neurolyse du nerf digito-palmaire et cubital de D5.
8. Phobie spécifique en lien avec les scies.

Les Drs S._____ et T._____ ont retenu en particulier que l'assuré n'avait pas de limitation de sa mobilité, dans le sens qu'il pouvait marcher sans peine, monter et descendre des escaliers et que les différentes postures (debout, assis, ou accroupi) étaient bien tolérées tant que l'intéressé ne devait pas se servir de sa main gauche pour s'installer dans ces positions. Les experts ont précisé que l'assuré ne pouvait pas dépendre de sa main gauche pour assurer sa sécurité, si bien qu'il ne pouvait pas utiliser une échelle en toute sécurité. Les Drs S._____ et T._____ ont fait savoir que, s'agissant du maniement d'outils ou d'objets, l'assuré était très limité au niveau du membre supérieur gauche, dont il ne pouvait se servir qu'occasionnellement, comme contre-appui, ou comme d'un crochet (conduite). Ils ont confirmé les appréciations des médecins de l'assuré quant aux difficultés que celui-ci rencontrait pour de nombreuses préhensions (préparation de repas, prendre un verre plein) et ont conclu qu'utiliser la main gauche dans le cadre professionnel semblait illusoire. Ils ont indiqué que l'intéressé parvenait à se servir assez efficacement de sa main droite qu'il utilisait comme main de préférence au quotidien, et ce depuis son accident. Les Drs S._____ et T._____ ont cependant précisé que l'assuré décrivait un état douloureux, présent de manière plus importante après une activité faible, telle qu'effectuée lors d'un examen

clinique ou d'une évaluation par l'ergothérapeute. Ils ont ajouté que cet état douloureux était susceptible de se présenter à tout moment, sans facteur déclenchant, et nécessitait à ce moment-là la prise de morphiniques. Les experts ont cependant remarqué que la dose de morphiniques efficace restait mal précisée par l'intéressé. Ils ont fait savoir que la douleur semblait, selon les dires de l'assuré, ne pas pouvoir être soulagée, empêchant ainsi l'exercice d'activités nécessitant de la concentration. Les Drs S._____ et T._____ en ont conclu qu'aucune activité, si celle-ci devait être effectuée à des horaires prédéfinis, n'était exigible de l'assuré (expertise, pp. 54-55). Ils ont fait compléter leur rapport par un bilan d'ergothérapie effectué auprès d'UY._____, qui a rendu son rapport le 4 juin 2021.

Le 28 décembre 2021, la CNA a posé le des questions complémentaires aux Drs S._____ et T._____ sur la médication de l'assuré et sur l'exigibilité d'une activité adaptée.

Le 25 janvier 2022, les Drs S._____ et T._____ ont adressé leur complément d'expertise à la CNA. Ils ont précisé que durant l'entretien, l'assuré avait su, de façon précise, rapporter prendre trois à quatre Dafalgan de 1 g et deux à trois Irfen de 600 mg par jour, ainsi que 25-30 gouttes de Tramal 2 à 3 fois par semaine. Il n'avait pas, malgré un questionnement précis, su donner d'information claire sur le traitement plus puissant qu'il disait prendre dans les épisodes douloureux plus intenses. Cela étant, l'intéressé avait toutefois précisé à plusieurs reprises, tant aux experts qu'à l'ergothérapeute, ressentir de vives douleurs en lien avec les mouvements qu'il lui était demandé d'effectuer. Il paraissait ainsi plausible à l'expert que l'assuré ne recoure au traitement plus puissant que de façon exceptionnelle et supporte le plus souvent les douleurs ressenties. Les experts ont estimé que, dans cette hypothèse, une activité de surveillance paraissait alors possible.

La CNA a adressé le dossier de l'assuré à son Centre de compétences de la médecine des assurances. Le 11 avril 2022, la Dre

U._____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, a pris position, estimant que, pour l'exigibilité ou la capacité de travail, il apparaissait que les experts étaient en contradiction avec leur estimation lors de leur expertise initiale établie le 19 août 2021, sans vraiment argumenter de manière probante, raison pour laquelle cette spécialiste a redemandé un nouveau complément d'expertise.

Dans un rapport du 9 mai 2022, le Dr R._____ a pris position sur le rapport d'expertise du 19 août 2021 des Drs S._____ et T._____. Selon le Dr R._____, l'assuré présentait une dextérité très limitée de la main droite, avec un manque de force important, notamment au niveau de la préhension du pouce et de l'index, l'empêchant d'effectuer des gestes simples du quotidien (ouvrir une bouteille ou une boîte de conserve) sans aide. Selon ce médecin, la main droite de l'intéressé n'était ni précise ni sécurisée par rapport à ce dont il aurait bénéficié avec sa main gauche dominante, ce qui posait un risque tant pour lui-même que pour autrui. A gauche, la main était « *pratiquement inutilisable* », rendant toute activité professionnelle impossible avec une hypersensibilité extrême au froid (douleurs majorées et risque de gelures dès 10 °C) et une impossibilité de porter des gants en raison des douleurs neuropathiques sévères. Sur le plan antalgique, le Dr R._____ a fait savoir à la CNA que le traitement antalgique reposait principalement sur le Tramadol et, en cas de crises sévères, sur la Méthadone. Ces traitements provoquaient des effets secondaires majeurs (sommolence, état hébété, baisse de compréhension et d'autonomie), rendant le patient inapte au travail pendant plusieurs heures après chaque prise. Même à dose modérée, le rendement de l'assuré était, selon le Dr R._____, très faible, voire nul. Globalement, ce médecin estimait que le rendement de l'assuré dans un poste de travail adapté était très réduit, au mieux 50 %, et que ce rendement baissait encore en cas de prise de Tramadol.

Dans une nouvelle appréciation du 24 mai 2022, la Dre U._____ de la CNA a demandé aux Drs S._____ et T._____ de confirmer la prise régulière du traitement décrit par l'assuré et la prise

irrégulière du traitement le plus puissant. Elle leur a également demandé qu'ils se prononcent sur l'exercice d'une activité professionnelle adaptée.

Les Drs S._____ et T._____ ont rendu leur complément d'expertise le 18 août 2022. Ils ont précisé, s'agissant du traitement antalgique, qu'ils s'étaient basés sur les données fournies par l'assuré, sur l'ordonnance dactylographiée du Dr R._____ et sur son complément manuscrit. Les Drs S._____ et T._____ ont répondu qu'il n'était pas possible de préciser davantage le traitement effectivement consommé, ce qui nécessiterait par exemple une surveillance de la prise effective de médicaments, ou alors leur dosage dans le sang ou dans les urines et qui dépassait la portée d'une expertise orthopédique. S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, les Drs S._____ et T._____ ont répondu qu'elle dépendait d'une part de l'état uniquement physique et d'autre part de l'état douloureux et des effets secondaires du traitement antalgique. Selon les experts, du point de vue uniquement physique, une activité professionnelle de surveillance ou monomanuelle restait possible, y compris avec une prise exceptionnelle d'un traitement antalgique. Cela étant, les Drs S._____ et T._____ ont relevé que, du point de vue du traitement antalgique et de ses effets secondaires, si l'état douloureux était réellement tel que la prise d'antalgiques majeurs était nécessaire, une activité professionnelle était exclue.

La Dre U._____ de la CNA a pris position le 20 septembre 2022 et a recommandé de réaliser un dosage sanguin et urinaire des différents médicaments, puisque le taux de la capacité de travail dépendait de la prise ou non d'antalgiques majeurs.

Suite au dosage sanguin réalisé le 31 janvier 2024, la Dre U._____ a retenu que le résultat des analyses, très inférieur à la norme, confirmait que l'assuré n'avait recours à son traitement antalgique que de façon exceptionnelle, si bien que l'exercice d'une activité de surveillance ou monomanuelle droite avec l'utilisation de la main gauche pour des gestes

d'appoint occasionnels sans activité de préhension fine était exigible « à 100 % horaire et rendement ».

Dans un rapport du 14 avril 2023, le Dr R. _____ a relevé que son patient prenait les médicaments en question, mais que la valeur mentionnée dans le dosage ne reflétait absolument pas l'efficacité thérapeutique ni l'effet vécu par le patient. Il a mentionné l'absence de document scientifique mettant en relation directe le dosage et l'efficacité clinique pour le traitement pris par l'assuré. Le Dr R. _____ a préconisé une hospitalisation à la Clinique J. _____ pour tester les effets du traitement en conditions.

Dans une nouvelle appréciation 19 juin 2023, la Dre U. _____ a retenu que le rapport du 14 avril 2023 du Dr R. _____ n'apportait aucun nouvel élément, mais pointait un traitement vraisemblablement inadéquat, qui demandait à être modifié. Elle a conclu qu'avec un traitement adéquat, il était « *le plus vraisemblable que l'exercice d'une activité de surveillance ou monomanuelle droite avec l'utilisation de la main gauche pour des gestes d'appoint occasionnels sans activité de préhension fine est exigible à 100% horaire et rendement* ».

Par décision du 19 juillet 2023, la CNA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents sur la base d'un degré d'invalidité de 7,48 % et a constaté que l'IPAI avait déjà été versée suite à la décision du 9 janvier 2018.

L'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision le 14 septembre 2023. Il a fait valoir que l'instruction menée par la CNA était insuffisante et ne permettait pas de répondre aux contradictions entre les rapports des Drs S. _____ et T. _____, lesquels ne revêtaient pas pleine valeur probante. Il en allait de même des conclusions de la Dre U. _____ qui ne reposaient pas sur des considérations médicales. L'assuré a requis l'organisation d'un nouveau séjour à la Clinique J. _____ et la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale au sens de l'art. 44 LPGa. A

l'appui de son opposition, l'assuré a produit un rapport du 31 août 2023 du Dr V._____, spécialiste en anesthésiologie, lequel faisait état d'une douleur avec une claire composante neuropathique (DN4 9/10) pour un CRPS (algodystrophie) de type II. L'assuré a rapporté au Dr V._____ un discret soulagement de la douleur avec la thérapie, laquelle engendrait cependant des effets secondaires après la prise du Tramadol (sommolence pendant deux à trois heures) et après la Méthadone (sommolence très importante pendant 8 heures). Ce spécialiste préconisait une neurostimulation médullaire, refusée par l'assuré, une stimulation magnétique transcrânienne ou une modulation de la thérapie.

L'assuré a complété son opposition le 7 décembre 2023, produisant :

- Un rapport du Dr V._____ du 25 octobre 2023, lequel mentionnait d'importants effets secondaires suite à la première séance de stimulation magnétique transcrânienne et proposait de diminuer la dose de Tramadol doucement face à l'hypersensibilité du patient.
- Un rapport du Dr R._____ du 4 décembre 2023, lequel rappelait que son patient était hypersensible à doses minimales antalgiques, développait très rapidement des effets secondaires sévères avec un état stuporeux, incompatible avec l'exercice d'une quelconque activité professionnelle, que les traitements proposés par le Dr V._____ n'étaient pas compatibles avec l'état de santé de son patient et qu'il était sans solution thérapeutique médicamenteuse dans ce contexte.

La CNA a réadressé le dossier de l'assuré au Centre de compétences de la médecine des assurances. Dans des concilium des 18 janvier et 18 mars 2024, la Dre U._____ a tout d'abord confirmé ses précédentes conclusions. Interrogée par la CNA sur d'éventuelles autres mesures à prendre avant la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, la

Dre U. _____ a relevé qu'un passage aux ateliers de la Clinique J. _____ serait approprié, mettant toutefois en doute la pertinence d'une nouvelle expertise.

L'assuré a séjourné du 6 au 22 mai 2024 auprès de la Clinique J. _____. Dans un rapport de sortie du 18 juin 2024, les médecins de la Clinique J. _____ ont adapté le traitement antalgique avec l'ajout d'une crème de Kétamine-Amitriptyline sur les zones allodyniques de la main gauche qui n'avait pas eu d'effet significatif sur les douleurs. Ils ont noté que le traitement habituel avait été poursuivi (Dafalgan 1g 3x/jour, Ibuprofen 600 mg 3x/jour, Tramadol 25 mg 3x/jour et Méthadone 10 mg 1x/jour en réserve), relevant que la réserve avait été prise à deux reprises durant le séjour et que le patient rapportait une certaine fatigue qu'il mettait en lien avec la prise de Tramadol. Les médecins de la Clinique J. _____ ont relaté la prise en charge de l'assuré aux ateliers professionnels (objectif : périodes allant jusqu'à 2 heures consécutives avec des activités comportant un niveau d'effort très léger, simples et avec la possibilité de n'engager que la main gauche). Ils ont indiqué que, la première fois, l'assuré avait stoppé l'activité après 30 minutes « *en raison des douleurs dans la main droite* », de difficultés de concentration et du bruits des machines dans les ateliers, et que, lors de la deuxième prise en charge prévue aux ateliers, le patient avait affirmé ne pas être en mesure de réaliser une activité en raison de craintes liées aux potentiels bruits des machines et avait quitté l'atelier. Les médecins de la Clinique J. _____ ont retenu, sur la base des lésions organiques objectivables, les limitations fonctionnelles définitives suivantes : port de charge supérieur à 5 kg, ports de charges répétés, toutes activités avec mouvements répétitifs et prolongés de la main gauche, surtout en utilisant la force, activités nécessitant une dextérité fine. Les médecins de la Clinique J. _____ ont estimé que les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Ils ont relevé que des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assuré (kinésiophobie modérée à sévère, catastrophisme élevé, une cotation élevée des douleurs et une certaine focalisation sur celles-ci, une

sous-estimation de ses capacités fonctionnelles, chez un patient anxieux) et que d'autres facteurs contextuels pouvaient interférer avec le retour au travail (absence de formation, absence de contrat de travail, la très longue période sans travailler et le litige avec les assurances).

La CNA a soumis le rapport de la Clinique J._____ à la Dre U._____ pour avis. Dans son appréciation du 29 juillet 2024, celle-ci a fait savoir à la caisse que le rapport précité ne contenait aucun élément lui permettant de revoir ses conclusions. Elle a relevé que les intervenants de la Clinique J._____ retenaient la reprise d'une activité professionnelle dans une profession adaptée en respectant les limitations fonctionnelles (éviter le port de charge supérieur à 5 kg, ports de charges répétés, toutes activités avec mouvements répétitifs et prolongés de la main gauche, surtout en utilisant la force, activités nécessitant une dextérité fine) et qu'aucune limitation de rendement n'avait été évoquée, si bien que leurs conclusions différaient peu des siennes.

La CNA a requis des renseignements complémentaires auprès de la Clinique J._____ sans obtenir satisfaction (cf. courrier électronique de la CNA au conseil du recourant du 26 novembre 2024).

La CNA a confié la réalisation d'une nouvelle expertise au Dr X._____, spécialiste en chirurgie et en chirurgie de la main.

Dans son rapport du 5 mai 2025, le Dr X._____ a posé les diagnostics de lésion complexe à la main gauche par scie circulaire le 22 août 2013, avec déchirure défectueuse P1 II dorsal et P1 I ulnovolaire, écrasement partiel ongle Dig III et V, de douleurs post-traumatiques chroniques (CIM-11 MG30.20), de troubles de détresse physique et de l'expérience corporel - symptomatologie somatique (CIM-11 6C20) et de coupure des tendons FPL IV et V gauche en zone 2, le 27 avril 2017 (pp. 60-76). L'expert a retenu que la lésion complexe de la main gauche et la coupure des tendons FPL IV et V gauche en zone 2 étaient dans une relation de causalité certaine (« 100 % *causaux* ») avec les événements accidentels

des 22 août 2013 et 27 avril 2017. S'agissant des douleurs post-traumatiques chroniques et des troubles de détresse physique et de l'expérience corporels - symptomatologie somatique, il a relevé que ces diagnostics avaient pu se développer d'une part à la suite de l'accident, mais aussi comme conséquence de prédispositions préexistantes. Malgré ces prédispositions, il a cependant estimé que la probabilité était prépondérante en ce qui concerne la causalité pour l'évolution vers ces diagnostics. Il a exclu que ces diagnostics préexistaient et qu'ils se soient manifestés sans l'accident du 22 août 2013. Il a estimé que la situation s'était stabilisée 6 à 12 mois après la dernière opération (pp. 77 à 80). L'expert a pour le surplus répondu comme il suit aux questions concernant les limitations fonctionnelles, l'exercice d'une activité adaptée et la médication (pp. 80 à 82) :

« 3) Des limitations dans l'exercice d'une activité professionnelle sont-elles à retenir ?

Oui. Cela inclut premièrement la phobie des scies circulaires et autres machines similaires, deuxièmement la main gauche à 3 doigts avec des tendons fléchisseurs D4 et D5 bloqués et un déficit de sensibilité de la pulpe D1. Ces limitations (purement somatiques) permettraient néanmoins un travail de précision avec prise fine D1-03 et une poignée avec une force légère (fermeture du poing), mais pas une prise puissante en raison du manque de force des doigts cubitiaux, ce qui est la suite des tendons fléchisseurs bloqués.

La fonction de la main droite, qualifiée d'"adominante", est également limitée.

Fonctionnellement, elle est complètement intacte, mais M. A. _____ ne semble pas avoir la capacité de réapprendre les fonctions de la main gauche à la main droite.

La limitation suivante est la formation d'une hyperpathie, résistante au traitement, et de zones d'allodynie sur toute la surface de la main gauche, ainsi que le déconditionnement qui s'est produit par la suite. Aussi longtemps que cette symptomatologie ne changera pas, une fonction utile de la main gauche n'est pas donnée.

Indépendamment de l'accident, l'aptitude à une activité professionnelle adaptée est également limitée par le manque de formation élémentaire et professionnelle de l'assuré.

4) Dans une activité professionnelle respectant les limitations éventuellement retenues, selon quel horaire et rendement notre assuré peut-il œuvrer ?

Dans la situation actuelle, il n'y a pas d'aptitude à exercer une activité adaptée dans une menuiserie. Dans une situation non industrielle, dans le cas optimal, une simple activité de surveillance, qui ne peut être effectuée que monomanuellement avec la droite, peut en théorie être raisonnablement exigée. Le fait qu'il ne s'agisse pas de la main dominante ne devrait pas jouer de rôle pour cet ouvrier non qualifié. Malheureusement, il n'y a pas non plus de possibilité qu'il travaille dans le domaine administratif, car il sait à peine lire et écrire le français (selon l'évaluation du Clinique J._____).

Il n'est pas réaliste d'envisager pour l'instant un travail tel que décrit ci-dessus, car il n'y aurait pas de constance dans le travail en raison du syndrome douloureux existant. Lors de la dernière évaluation au Clinique J._____, M. A._____ a interrompu les exercices au bout de 30 minutes et n'a même pas commencé à les faire lors de la deuxième tentative.

Questions supplémentaires du représentant légal

1) Quelle est la médication adaptée à la mobilisation (soit dans une activité adaptée selon les réponses qui précèdent) de la personne assurée ?

Dans la situation actuelle, où la perception de douleur est si fortement amplifiée au niveau central et où les fonctions exécutives sont simultanément supprimées (déconditionnement), les antalgiques habituels (AINS) ne peuvent pas aider (cf. Rief 2016). Le Tramal et les opiacés ont un effet central, mais aussi l'effet secondaire bien connu qui provoque, à des degrés divers, une somnolence voire une stupeur. Les doses nécessaires pour supprimer les douleurs très dominantes pour qu'il puisse réellement exercer des activités manuelles au moins à mi-temps devraient être si élevées que la vigilance mentale et donc la sécurité au travail ne seraient pas assurées. La médication actuelle à base de Tramal et seulement occasionnellement d'une dose de méthadone n'est pas suffisante pour réduire les douleurs dans une mesure qui rendrait l'utilisation de la main réaliste.

La médication adaptée au diagnostic serait le traitement par antidépresseurs ou autres psychotropes, bien que ceux-ci entraînent également des modifications cognitives ou de la vigilance dans la phase initiale. On sait toutefois qu'avec les préparations modernes, ces effets secondaires disparaissent presque complètement après un certain temps. De très nombreuses personnes ayant une capacité de travail normale prennent de tels médicaments. Les analgésiques appliqués techniquement, par contre, n'ont pas encore fait leurs preuves dans cette situation avancée. En tout cas les médicaments ne peuvent pas remplacer la thérapie par des thérapeutes.

2) Quelles sont les effets de cette médication sur la capacité de travail de la personne assurée dans une activité adaptée selon les réponses qui précèdent ?

Comme décrit au point 1), les effets secondaires d'un médicament antidouleur (opiacé) dosé si fortement que les douleurs sont supprimées de manière si efficace qu'un travail manuel serait

possible, sont très élevés et ne sont pas compatibles avec un travail responsable. Une telle médication n'est pas non plus indiquée, alors que la prise d'antidépresseurs ou d'autres substances psychoactives appropriées entraîne en général une accoutumance rapide ce qui fait que les effets secondaires ne sont plus ressentis ou n'apparaissent plus. Le problème réside dans l'augmentation de la dose d'une telle médication, car au début les effets secondaires sont bien présents et sont ressentis comme désagréables par de nombreuses personnes, de sorte qu'elles interrompent prématurément la tentative de thérapie. C'est précisément ce qui s'est produit à plusieurs reprises chez M. A. _____ (plusieurs tentatives par des spécialistes de la thérapie de la douleur). »

Appelé à se prononcer sur les interprétations divergentes au dossier, l'expert a notamment pris position en ces termes sur les questions relatives à la médication (pp. 83-85) :

« 3) Risque inacceptable dû aux effets secondaires de médicaments: 19.08.2021 le Dr. S. _____ dit dans son expertise "il est plausible que l'expertisé ne recourt à ce traitement (opiacés) que de façon exceptionnelle et supporte le plus souvent les douleurs ressenties". En contradiction le 09.05.2022 le Dr Y. _____ écrit que sous traitement d'opiacés "le rendement réel (travail 3-4 h) de l'effet pharmacologique qui suit cette prise (opiacés) et fortement réduit... voir nul". Le 18.04.2023 le Dr. Y. _____ ajoute "l'effet des médicaments sur le patient était démesuré par rapport à la dose... Vu le dosage sanguin qui est inférieur aux valeurs seuil minimales... il y a une différence fondamentale entre le dosage sanguin et l'effet thérapeutique de cette molécule pour le patient... Il y a un effet surmultiplié chez lui avec un dosage aussi minimal".

Il est indiscutable que sous un effet somnifiant, hallucinant et réduisant sa vigilance, on ne peut pas travailler d'une façon sérieuse et, en plus, quand on fait un travail dans un cadre où il y a des dangers d'accidents, ça peut amener des risques inadmissibles. Il est aussi connu que l'ingestion d'opiacés, soit les gouttes de Tramadol ou des plus fortes, produit un effet sur la conscience (euphorie, hallucinante, narcotique, mais aussi anxieux ou panique). Monsieur A. _____ a commencé ce type de traitement au Tramadol, qui est un opiacé très faible et qui ne rend pas dépendant en général, vu les douleurs fortes qu'il a eu et qui résistaient aux antalgiques habituels.

Au début, on ne parlait que de l'effet insuffisant sur les douleurs, mais les plaintes sur la conscience altérée sont devenues beaucoup plus tard. Subjectivement, l'assuré dit qu'en prenant régulièrement des gouttes de Tramadol dans les doses prescrites il ressent des effets cérébraux qui le gêne à faire un travail d'une façon sérieuse, mais ce serait seulement sous cette thérapie qu'il serait capable d'effectuer quelques travaux minimaux. Il est crédible qu'il prend les gouttes malgré le fait que les dosages étaient minimaux dans le sang (demi-temps rapide) et il est crédible qu'il sent un effet central à part l'effet antalgique qu'il apprécie aussi.

Il faut pourtant dire qu'un grand nombre de patients sous la souffrance de douleurs (oncologique, post-traumatique) prennent cette thérapie aux doses équivalentes et sont capables à travailler et à gérer une vie normale. On sait aussi que les drogués qui prennent des doses d'opiacés beaucoup plus élevées peuvent paraître quasiment normaux après une période d'accoutumance. Ceci dit, la thérapie dans le cadre du dosage prescrit ne peut pas être considérée comme contre-indication pour l'aptitude à un travail adapté. Par contre, le fait que l'assuré ressent les effets secondaires beaucoup plus forts et invalidants, ce qui se reflète dans son comportement, même dans les activités de la vie quotidienne, et ce qui doit être interprété dans le cadre de la centralisation des symptômes (Central Sensitization). Dans cet aspect on ne peut pas parler d'une hypersensibilité de ce patient envers ce médicament comme le préconise le Dr. Y. _____ ("l'effet de médicaments sur le patient était démesuré par rapport à la dose").

4) Traitement inadéquat: Vu la différence mentionnée sous point 3, le Dr. S. _____, dans son complément d'expertise 18.8.2022 propose à effectuer des dosages dans le sang et urine pour vérification. Les taux mesurés étaient minimaux, soit non-détectables, ce qui a commenté la Dre. U. _____ le 19.06.2023 et disant qu'un surdosage comme prétendu par le Dr. Y. _____ n'était pas possible et "quand un médicament n'est pas détecté, il est le plus probable qu'il n'ait pas été ingéré". Dans son expertise du 18.8.2022 le Dr. S. _____ mentionne pourtant que selon les investigations du Clinique J. _____ en 2016 le patient aurait pris la médication prescrite et qu'il aurait pu travailler pendant 3 heures dans les ateliers, aussi dans l'ergothérapie. Dans ce conflit d'opinion je pense que Monsieur A. _____ prend ces gouttes de Tramadol (il les a pris aussi chez moi après une pause) et qu'il recourt même à la Méthadone rarement. Le fait que les doses sanguines étaient minimales peut être justifié par le fait que la prise de sang a été décalée de la prise du médicament qui a une demi-vie courte. Il n'y a certainement pas d'indication pour augmenter la dose des opiacés, surtout en vue que le traitement proposé par les études de consensus des experts pour le syndrome de douleurs chroniques posttraumatiques ne le recommande pas du tout (voir chapitre E, questions supplémentaires du représentant légale). »

Dans une appréciation du 19 septembre 2025, la Dre Z. _____ du Centre de compétences de la médecine des assurances de la CNA s'est prononcée en ces termes sur le rapport d'expertise du Dr X. _____ :

« Nous pouvons dire que, sur le plan purement somatique, le Dr X. _____ décrit très bien les séquelles en lien avec les événements du 22.08.2013 et 27.04.2017 et que, d'un point de vue purement somatique, il retient que l'assuré présente une pleine capacité de travail dans une activité non industrielle effectuée uniquement avec la main droite.

Cependant, l'expert conclut à une incapacité de travail dans toutes activités car il tient compte à la fois d'aspects non somatiques comme le trouble de détresse physique et de l'expérience corporelle

symptomatologie somatique qui est un diagnostic psychiatrique et qui sort de son champ de compétence de l'expert, mais également parce qu'il retient des aspects non en lien avec les événements, comme le fait que l'assuré ne sache à peine lire et écrire et qu'il ait interrompu les exercices au bout de 30 minutes et n'ait même pas commencé à les faire lors de la deuxième tentative.

L'expert ne discute absolument pas les aspects contextuels ni extra-médicaux qui n'ont pas à être pris en compte dans l'évaluation de la capacité exigible de cet assuré.

Si l'on tient compte uniquement des séquelles somatiques des événements du 22.08.2013 et 27.04.2017, et comme le dit l'expert sous théoriquement, l'assuré peut exercer une pleine capacité de travail dans une activité adaptée de type mono-manuelle s'exerçant avec sa main droite.

Dans une activité adaptée, une telle activité peut être exercée à 100 % sans diminution de rendement.

Dans son activité habituelle, nous lui reconnaissons une incapacité de travail totale et durable depuis le 22.08.2013 ce que tous les médecins s'accordent à dire. »

Par décision sur opposition du 21 octobre 2025, la CNA a partiellement admis l'opposition en ce sens que l'assuré avait droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accident de 19 % dès le 1^{er} janvier 2018 et l'a rejetée pour le surplus. Dans sa motivation, elle a notamment retenu que l'appréciation médicale du 19 septembre 2025 de la Dre Z. _____ devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Se référant au revenu statistique (Enquête suisse sur la structure des salaires 2018, salaire en 2018 pour un homme dans le secteur privé, avec un niveau de compétence 1), la CNA a fixé le revenu avec invalidité à 5'620 fr. compte tenu de la durée de travail hebdomadaire usuelle en Suisse et d'un abattement maximal de 25 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles définies par l'expert et des douleurs résiduelles consécutives aux accidents assurés. Compte tenu d'un revenu sans invalidité de 62'257 fr., la degré d'invalidité se montait à 18,69 % arrondi à 19 %.

D. Par acte du 24 novembre 2025 (date du timbre postal), A. _____, toujours représenté par Me Jana Burysek, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2018, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision. En substance, il fait valoir que la première expertise mise en œuvre et

exécutée par l'expert S._____, qui a rendu son rapport initial le 19 août 2021, doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, et conduire à retenir qu'aucune activité qui devrait être effectuée à des horaires prédéfinis n'est exigible, estimant irréaliste de trouver un employeur dans ces conditions. Le recourant plaide encore dans ce contexte que le complément d'expertise - selon lequel il ne prend son traitement médicamenteux que de façon exceptionnelle, est en contradiction avec l'expertise elle-même, l'expert ayant perdu de vue que la posologie n'est valable que pour une personne au repos, sans activité professionnelle, et devrait être augmentée en cas d'activité professionnelle, ce qui ne serait pas compatible avec l'état d'éveil requis. Dans un autre moyen, il relève que, lors de son séjour à la Clinique J._____, il a dû interrompre l'activité après 30 minutes en raison des douleurs, de difficulté de concentration et du bruit des machines. Dans un troisième moyen, le recourant observe que l'expertise du Dr X._____ du 5 mai 2025 doit elle aussi se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il en ressort qu'aucune activité adaptée à son état de santé n'est raisonnablement exigible actuellement sur un marché équilibré du travail en raison du syndrome douloureux existant. Le recourant est ainsi d'avis que l'appréciation de la Dre Z._____, selon laquelle sa capacité de travail serait entière dans une activité adaptée ne saurait être suivie, tant les experts que le Dr R._____ s'accordant à dire que le problème central résulte de l'impossibilité de prescrire une antalgie adéquate, permettant raisonnablement l'exercice d'une activité professionnelle. Il souligne que le seul traitement fonctionnant correctement est la morphine, qui, à la dose prescrite, rend impossible toute activité professionnelle, et restreint de manière incisive son déplacement et son fonctionnement. Or, le recourant observe que la Dre Z._____ fait abstraction de cette problématique dans son appréciation, de même que de celle des douleurs post-traumatiques chroniques. A titre subsidiaire, le recourant requiert la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

Par courrier du 18 décembre 2025, la CNA a renoncé à déposer une réponse formelle et a renvoyé à sa décision sur opposition du 21 octobre 2025.

En droit :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le taux de la rente d'invalidité due par l'intimé au recourant à la suite des événements des 22 août 2013 et 27 avril 2017.

3. Les modifications de la LAA introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit.

4. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire.

5. a) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré (art. 19 al. 1 LAA) - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) - et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

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

6. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables,

c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

b) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du

contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

d) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner le point de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; ATF 110 V 273 consid. 4b ; TF 8C_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2 ; TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1).

On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 8C_627/2023 du 3 juillet 2024 consid. 7.2 ; TF 8C_661/2023 du 21 mai 2024 consid. 5 ; TF 8C_615/2022 du 24 mai 2023 consid. 7.2.2).

S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle

générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_291/2023 du 30 janvier 2024 consid. 6.2 ; TF 9C_774/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2).

7. En l'espèce, il est constant que l'activité habituelle de poseur de fenêtres n'est plus exigible (expertise du Dr X._____, p. 81 ; appréciation du 19 septembre 2025 du Centre de compétences de la médecine des assurances). Il est également admis que l'état du recourant est stabilisé depuis le 31 décembre 2017 (expertise du Dr X._____, pp. 79-80 ; calcul du gain assuré, pièce 555, p. 2121 du dossier de l'intimée). Les parties divergent toutefois sur le point de savoir si le recourant présente une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée et, dans l'affirmative, de quel taux.

a) A la suite de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral du 9 novembre 2020, la CNA a confié la réalisation d'une expertise aux Drs S._____ et T._____. Ces derniers ont constaté que le recourant n'avait pas de limitation de sa mobilité, dans le sens qu'il pouvait marcher sans peine, monter et descendre des escaliers et que les différentes postures (debout, assis, ou accroupi) étaient bien tolérées tant que l'intéressé ne devait pas se servir de sa main gauche pour s'installer dans ces positions. Les Drs S._____ et T._____ ont retenu, s'agissant du maniement d'outils ou d'objets, que le recourant était très limité au membre supérieur gauche, dont il ne pouvait se servir qu'occasionnellement, comme contre-appui, ou comme d'un crochet (conduite). Ils ont confirmé les constatations des médecins du recourant s'agissant des difficultés dans de nombreuses préhensions, comme lors de la préparation de repas ou pour prendre un verre plein. Les Drs S._____ et T._____ ont estimé qu'utiliser la main gauche dans le cadre professionnel était illusoire pour l'assuré. Les experts précités ont relevé que l'intéressé parvenait à se servir assez efficacement de sa main droite qu'il utilisait comme main de préférence au

quotidien, et ce depuis son accident. Ils ont cependant précisé que l'état douloureux chronique décrit par le recourant était présent de manière plus importante après une activité faible, telle qu'effectuée lors d'un examen clinique ou d'une évaluation par l'ergothérapeute. Les Drs S._____ et T._____ ont expliqué que l'état douloureux était susceptible de se présenter à tout moment, sans facteur déclenchant, et nécessitait à ce moment-là la prise de morphiniques (expertise des Drs S._____/T._____, pp. 54-55). A ce propos, les Drs S._____ et T._____ ont conclu que l'intéressé présentait un état douloureux chronique. Ils ont relevé que les diverses tentatives de traitement par la chirurgie, la thérapie, ou l'antalgie, n'avaient pas apporté de soulagement de cet état. Ils ont confirmé l'appréciation des Drs F._____ et H._____ du CHUV qui avaient constaté une cristallisation de cet état douloureux, qu'il nommait « *corticalisation* » de la douleur. A l'instar des spécialistes du traitement de la douleur du CHUV, qui n'avaient pu que constater l'échec des méthodes actuelles de traitement, les Drs S._____ et T._____ ont estimé qu'il n'existait pas de traitement qui pourrait permettre l'amélioration de la capacité résiduelle de gain du recourant, ni d'ailleurs de traitement nécessaire au maintien de son état de santé actuel (expertise des Drs S._____/T._____, pp. 57-58).

Sur le plan formel, le rapport d'expertise du 26 avril 2021 remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Les Drs S._____ et T._____ ont rencontré le recourant, ont procédé aux examens cliniques adéquats et se sont procurés le dossier médical complet de l'intéressé. Ils ont procédé à une anamnèse circonstanciée (personnelle, professionnelle et sociale). Ils ont par ailleurs fait établir un bilan complémentaire par une ergothérapeute. Le rapport contient également les observations cliniques faites au cours de l'expertise et la discussion approfondie relative aux diagnostics retenus. Il en ressort ainsi que le recourant présente un état douloureux chronique post-traumatique, qui n'a pas été soulagé par diverses tentatives de traitement par la chirurgie, la thérapie, ou l'antalgie (expertise des Drs

S._____/T._____, p. 57), et qu'une activité dans l'économie libre n'est plus exigible (*ibid.*).

b) Certes, dans leur complément d'expertise du 25 janvier 2022, les Drs S._____ et T._____ ont relevé que leur rapport se basait sur les réponses données par le recourant aux questions qui lui ont été posées lors de l'entretien. A cette occasion, l'intéressé avait su, de façon précise, rapporter prendre 3 à 4 Dafalgan de 1 g et 2 à 3 Irfen de 600 mg par jour, ainsi que 25-30 gouttes de Tramai 2 à 3 fois par semaine. Les experts n'avaient pas obtenu plus de détails sur le traitement plus puissant qu'il disait prendre dans les épisodes douloureux plus intenses. Cela étant, les experts ont relevé que le recourant avait toutefois précisé à plusieurs reprises, tant lors de l'entretien médical que lors de l'évaluation en ergothérapie, ressentir de vives douleurs en lien avec les mouvements qui lui étaient demandés d'effectuer. Les Drs S._____ et T._____ avaient estimé plausible que l'intéressé ne recoure à ce traitement que de façon exceptionnelle et supporte le plus souvent les douleurs ressenties, si bien que « *dans cette hypothèse, une activité de surveillance paraissait alors possible* ». Cela étant et comme l'écrivent eux-mêmes les experts, il ne s'agit que d'une hypothèse. Un tel constat ne ressort nullement du rapport initial d'expertise des Drs S._____ et T._____. On doit toutefois concéder que, dans leur second complément d'expertise du 18 août 2022, les Drs S._____ et T._____ n'ont finalement plus été en mesure de se prononcer de façon claire sur les questions qui leur étaient soumises. C'est notamment pour ce motif, et au vu d'un séjour à la Clinique J._____ qui n'a pas permis d'apporter les éclaircissements souhaités, ce que la CNA a d'ailleurs expressément admis (courrier électronique de la CNA au conseil du recourant du 26 novembre 2024), qu'une nouvelle expertise a été mise en œuvre, et confiée au Dr X._____.

c) Le Dr X._____ a fait des constats largement superposables à ceux émis avant lui par les Drs S._____ et T._____ et a précisé de manière claire et détaillée les questions relatives à la médication et à la capacité de travail du recourant qui pouvaient encore rester ouvertes à

l'issue du second complément d'expertise des Drs S. _____ et T. _____ et de l'hospitalisation à la Clinique J. _____.

Sur le plan formel, le rapport d'expertise du 5 mai 2025 remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel examen. Le chirurgien expert a rencontré le recourant et a procédé à un examen clinique détaillé. Le Dr X. _____ a examiné le dossier médical complet du recourant. Il est revenu sur son historique personnel, professionnel, social et médical. Le rapport d'expertise contient par ailleurs une description complète des plaintes du recourant. L'expert a détaillé de manière circonstanciée les diagnostics qu'il retenait et les interactions entre ceux-ci. Il a d'ailleurs rappelé que le risque de développement de douleurs post-traumatiques chroniques avait été mis en évidence au CHUV par le Dr H. _____ (rapport du 23 juillet 2015). Le Dr X. _____ a confirmé, à l'instar de l'ensemble des médecins ayant traité ou expertisé le recourant, que celui-ci ne présentait pas de capacité de travail dans son activité habituelle. Le Dr X. _____ a réservé un éventuel emploi « *dans une situation non industrielle* » et « *dans le cas optimal* » sous la forme d'une « *activité de surveillance, qui ne peut être effectuée que monomanuellement avec la droite* ». Il a cependant précisé que ce n'était qu'une hypothèse théorique. Dans un domaine administratif, on voyait d'ailleurs mal, au vu des limitations fonctionnelles clairement étayées par l'expert (p. 80) et indépendamment de tout facteur contextuel, quel emploi simple le recourant pourrait exercer dès lors que la frappe au clavier ou la préhension d'un stylo mettrait également ses mains à contribution. L'expert a estimé à juste titre qu'il n'était pas réaliste d'envisager un travail tel qu'il le décrit (c'est-à-dire « *dans une situation non industrielle* »), car, même dans cette hypothèse, il n'y aurait pas de constance dans le travail en raison du syndrome douloureux existant. L'expert a d'ailleurs mis sur le compte des douleurs le constat de la Clinique J. _____ selon lequel le recourant avait interrompu les exercices en atelier au bout de 30 minutes et n'avait même pas commencé à les faire lors de la deuxième tentative.

Certes, le Dr X. _____ intègre des éléments sans lien avec l'accident à son appréciation (ouvrier non qualifié qui sait à peine lire et écrire le français, ou le fait que les diagnostics comportent un volet psychiatrique). Ces éléments n'ont cependant aucune pertinence dans le contexte médical somatique et dans celui des limitations fonctionnelles qui en résultent. Il n'en demeure ainsi pas moins que le constat étayé que livre l'expert est celui d'une personne souffrant de douleurs chroniques post-traumatiques depuis des années, qui présente des limitations fonctionnelles au niveau de la main gauche, mais aussi à la main droite « *adominante* » qui est également limitée.

En définitive, l'exercice d'une activité adaptée, dans une situation non industrielle, en d'autres termes en ateliers protégés, dans le cas optimal, d'une activité monomanuelle droite théorique, paraît illusoire compte tenu de la médication nécessaire pour contrôler ou limiter la douleur. Le diagnostic de douleurs post-traumatiques chroniques est au premier plan, comme le montre l'évaluation du Dr X. _____ qui lie l'effet principal de ce diagnostic, à savoir la nécessité d'une médication lourde, et les répercussions sur la capacité de travail. Comme l'explique le Dr X. _____, en levant de manière claire et circonstanciée les doutes qui subsistaient quant à la question pharmacologique, dans un contexte où la perception de la douleur est si fortement amplifiée au niveau central et où les fonctions exécutives sont simultanément supprimées (déconditionnement), les antalgiques habituels (AINS) ne peuvent pas procurer de soulagement au recourant. L'expert explique que seuls le Tramal et les opiacés ont un effet central. Il rappelle l'effet secondaire bien connu de ces médications qui provoquent, à des degrés divers, une somnolence, voire une stupeur. Les doses nécessaires pour supprimer les douleurs très dominantes pour qu'il puisse réellement exercer des activités manuelles au moins à mi-temps devraient être si élevées que la vigilance mentale et donc la sécurité au travail ne seraient pas assurées. L'expert souligne que la médication actuelle à base de Tramal et, seulement occasionnellement, d'une dose de méthadone n'est pas suffisante pour réduire les douleurs dans une mesure qui rendrait l'utilisation de la main

réaliste (expertise du Dr X. _____ , p. 81). L'expert décrit ensuite de manière détaillée les effets secondaires de la médication. Il rappelle qu'un médicament antidouleur (opiacé) dosé si fortement au point de supprimer les douleurs, rend illusoire la possibilité d'un travail manuel, lequel ne pourrait être effectué en toute sécurité. Une telle médication n'est pas non plus indiquée, alors que la prise d'antidépresseurs ou d'autres substances psychoactives appropriées entraîne en général une accoutumance rapide ce qui fait que les effets secondaires ne sont plus ressentis ou n'apparaissent plus. Le problème réside dans l'augmentation de la dose d'une telle médication, car, au début, les effets secondaires sont bien présents et sont ressentis comme désagréables par de nombreuses personnes, de sorte qu'elles interrompent prématurément la tentative de thérapie. L'expert relève d'ailleurs que l'anamnèse du recourant concorde à ce propos avec les observations cliniques au dossier (*ibid.*, p. 82). Le Dr X. _____ a également levé les doutes quant aux dosages sanguins. Il a écarté l'argument de la Dre U. _____ (appréciation du 19 juin 2023) selon lequel les taux mesurés, minimaux ou non-détectables, montraient qu'il était plus probable que la médication n'était pas prise. Il rappelle tout d'abord que lors du séjour à la Clinique J. _____ en 2016, la médication prescrite avait été prise. Le Dr X. _____ a estimé qu'il était vraisemblable que le recourant prenne effectivement ses gouttes de Tramadol, l'ayant d'ailleurs lui-même constaté après une pause, et qu'il recoure même à la Méthadone rarement. Il a expliqué le fait que les doses sanguines étaient minimales par la courte demi-vie du médicament et le décalage avec la prise de sang. A ce propos, l'on rappelle que les experts S. _____ et T. _____ avaient préconisé une « *surveillance de la prise effective* » du médicament, alternativement des analyses, mais expliqué que cela dépassait le cadre de l'expertise. Finalement, le Dr X. _____ a rappelé qu'il n'y avait pas d'indication pour augmenter la dose des opiacés à la lumière des études de consensus des experts pour le syndrome de douleurs chroniques posttraumatiques (expertise du Dr X. _____, p. 84). Ce faisant, l'expert a expliqué de manière détaillée, sur la base des éléments du dossier, pour quelles raisons la situation apparaissait contradictoire sur le plan pharmacologique. En définitive, il ne demeure aucune question ouverte

à la suite du dépôt du rapport du Dr X._____, pleinement probant et permettant de résoudre l'ensemble des interrogations en vue de la résolution du litige.

d) Aux expertises, l'intimé oppose l'avis de son Centre de compétences de la médecine des assurances et, en dernier lieu, l'appréciation de la Dre Z._____ du 19 septembre 2025. Or, cette appréciation n'est pas probant, retenant des éléments non pertinents et sans incidence sur le sort du litige. La Dre Z._____ soutient que l'assuré bénéficierait d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée de type mono-manuelle s'exerçant avec sa main droite. Elle reproche à l'expert X._____ d'avoir omis de discuter ou de prendre en considération des aspects contextuels et extra-médicaux qui n'ont pas à être pris en compte dans l'évaluation de la capacité de travail exigible du recourant. C'est perdre de vue que si le Dr X._____ évoque effectivement de tels facteurs, il ne les a pas considérés comme étant la cause de l'incapacité de gain, mais uniquement de difficultés surajoutées. Les limitations fonctionnelles d'ordre purement somatique suffisent à empêcher toute capacité de travail sur le marché premier de l'emploi (p. 80), spécialement dans le contexte d'une médication lourde et de ses effets tels que décrits par l'expert (pp. 81-82). Quant au fait que le recourant ait, lors de son dernier séjour à la Clinique J._____, interrompu les exercices au bout de 30 minutes et n'ait même pas commencé à les faire lors de sa deuxième tentative, il y avait lieu, selon l'expert, de le mettre en lien avec les diagnostics résultant des événements des 22 août 2013 et 27 avril 2017. On ne peut pas sortir ces événements de leur contexte comme le fait la Dre Z._____. A ce propos, le rapport de la Clinique J._____ du 18 juin 2024 doit être apprécié avec grande retenue et ne saurait constituer un élément déterminant pour évaluer le droit aux prestations du recourant dans la mesure où, interrogé par la CNA elle-même - à répétées reprises - sur des incohérences ressortant du rapport dont il était l'auteur, le médecin responsable de l'évaluation n'a pas donné suite aux sollicitations de l'intimée. Cette dernière l'a d'ailleurs reconnu dans son courriel du 26 novembre 2024 au conseil du recourant dès lors qu'elle a dû mandater un second expert face

à l'impossibilité d'obtenir des renseignements auprès de la Clinique J._____. Dans ces conditions, l'évaluation de la Dre Z._____ doit être écartée.

L'appréciation de la Dre Z._____ doit également être écartée dans la mesure où elle fait abstraction de la problématique des douleurs post-traumatiques chroniques et des conséquences du traitement antalgique de celles-ci pour déterminer la capacité de travail résiduelle exigible, ceci sans remettre en cause la causalité de ce diagnostic avec les accidents dont l'assuré a été victime. Or, il s'agit clairement d'un diagnostic somatique et l'intimée n'a d'ailleurs jamais contesté qu'il soit en relation de causalité avec les accidents. On constate également que le risque qu'il se développe, notamment en cas d'intervention chirurgicale, était connu de la CNA dès l'été 2015 (rapport du 23 juillet 2015 des Drs F._____ et H._____ ; cf. expertise du Dr X._____, p. 83). L'appréciation de la Dre Z._____ doit ainsi aussi être écartée en tant qu'elle ne prend pas en considération le diagnostic de douleurs post-traumatiques chroniques.

e) Pour le reste, la Cour de céans ne voit pas quel type d'activité le recourant pourrait exercer au regard de l'ensemble des limitations fonctionnelles décrites dans les expertises. Elle rejoint dès lors le recourant lorsqu'il soutient qu'il n'existera pas d'employeur suffisamment bienveillant pour l'embaucher, respectivement d'activité susceptible de lui être accessible. Au contraire, il apparaît que recourant n'est pas dans la capacité d'exercer une activité professionnelle sur un marché équilibré du travail, dès lors que l'employeur devra se contenter de prestations fournies de façon discontinue, et sans horaires prédéfinis, en raison des douleurs, respectivement des effets de la médication. Par conséquent, il faut admettre que, même en prenant en considération le large éventail d'activités simples et répétitives ne nécessitant pas de formation dans les secteurs de la production et des services, les possibilités d'un emploi adapté aux importantes limitations du recourant, et singulièrement aux effets de la médication propre à apaiser les douleurs post-traumatiques chroniques, n'apparaissent pas suffisantes pour qu'il puisse mettre en valeur sur le plan

économique une hypothétique capacité de travail. A cet égard on rappelle que le Dr X. _____ n'envisage une activité légère monomanuelle que dans un contexte non industriel.

f) Compte tenu de ce qui précède, il convient d'admettre, sur la base de l'expertise réalisée par le Dr X. _____, confirmant dans une très large mesure celle réalisée par les Drs S. _____ et T. _____, que le recourant présente une incapacité de travail totale dans toutes activités. Aussi, le degré d'invalidité se monte à 100 % (art. 16 LPGGA), si bien que le recourant a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 100 % à compter du 1^{er} janvier 2018 (art. 18 al. 1 et 19 al. 1 LAA).

8. Le recourant voit sa conclusion principale entièrement admise, si bien que sa requête d'expertise judiciaire est sans objet compte tenu du sort du recours.

9. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée, en ce sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 100 % dès le 1^{er} janvier 2018

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

c) Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 21 octobre 2025 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est réformée, en ce sens que A._____ a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 100 % dès le 1^{er} janvier 2018.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à A._____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Jana Burysek (pour le recourant),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (intimée),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :