

S2 21 94

JUGEMENT DU 6 FÉVRIER 2023

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Thomas Brunner et Christophe Joris, juges ;
Simon Hausammann, greffier

en la cause

X _____, recourant, représenté par Maître Philippe Loretan, avocat, 1950 Sion 2
Nord

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA),
6004 Lucerne, intimée, représentée par Maître Didier Elsig, avocat, 1001 Lausanne

(art. 6 et 36 LAA ; causalité naturelle et adéquate d'un syndrome douloureux régional
complexe et d'un trouble de l'adaptation post-traumatique)

Faits

A. X _____, né le xx.xx 1970, marié, sans formation particulière, a exercé depuis le mois de novembre 2018 une activité lucrative en qualité de menuisier-charpentier auprès de l'entreprise A _____ Sàrl. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA).

B. Le 14 janvier 2019, en maniant une raboteuse-dégauchisseuse, l'assuré a été victime d'un accident, lui causant une plaie complexe de la face palmaire D2 à D5 à droite avec une perte de substance superficielle pulpaire sur D2 et D5, ainsi qu'une perte de substance plus importante sur D3 et D4 (sur D3, perte de substance de la face palmaire IPD et pulpaire versant radial avec arthotomie, perte de substance de 50% de l'insertion du fléchisseur profond et perte de substance du pédicule vasculonerveux radial sous-capital P2 jusqu'en discalité ; sur D4, perte de substance de la face palmaire de l'IPD et pulpaire, principalement du versant radial avec exposition du fléchisseur profond légèrement lacéré, perte de substance sous-capital P2 jusqu'en distalité du versant radial). Le même jour, il a été admis aux urgences de l'Hôpital du Valais pour y subir une première intervention (débridement, parage, rinçage et couverture par Intégra double couche D3-D4 ; pièces 1, 9 et 14). Une greffe de peau fine au niveau D3 et D4 a ensuite été pratiquée le 5 février 2019 (pièce 13).

Lors d'un contrôle post-opératoire du 22 mai 2019, le Dr B _____ du Service de chirurgie plastique reconstructive, esthétique de la main de l'Hôpital du Valais, a constaté que la greffe avait pris à 90%, que les plaies s'étaient bien refermées, que la mobilité passive était assez bonne et que l'intéressé se plaignait de paresthésies au niveau D2 à D5. Ce médecin a ainsi prolongé l'arrêt de travail de six mois et a suggéré une réorientation professionnelle, dans la mesure où la récupération ne risquait pas d'être complète (pièce 19).

Avec l'instauration de séances d'ergothérapie intensives, la situation a ensuite lentement évolué d'une manière positive, de sorte que l'intéressé a envisagé une reprise professionnelle à la fin du mois d'août 2019 (pièces 25 et 28). Néanmoins, en septembre 2019, des douleurs persistaient aux extrémités des doigts rendant une reprise incertaine, ce qui pesait sur son moral (pièce 34). Dans l'intervalle, l'assuré a obtenu le soutien de l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI) afin d'envisager une reconversion professionnelle, mais il souhaitait cependant reprendre son activité habituelle (pièce 42).

Le 3 décembre 2019, le Dr B _____ a constaté qu'il n'existait pas d'amélioration depuis le dernier contrôle, qu'il persistait une allodynie du majeur, une hypersensibilité de D4, et un défaut d'extension des doigts longs de la main en raison de la douleur (pièce 44). Le 20 janvier 2020, ce médecin a observé qu'il était venu s'ajouter une hypersudation en D3-D4 (pièce 51).

Devant cette évolution peu favorable, l'assuré a séjourné du 19 mai 2020 au 30 juin suivant à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR), au terme duquel un probable syndrome douloureux régional complexe (SDRC) de type 1 (algodystrophie) de la main et du poignet droit a été suspecté. Selon le Dr C _____, spécialiste FMH en rhumatologie, les trois premiers critères de Budapest pour retenir un SDRC étaient remplis : douleur en continu et disproportionnée (critère 1) ; présence de symptômes et signes cliniques, soit allodynie, augmentation de la sudation, diminution des mobilités articulaires, tremblements, attitude dystonique, faiblesse, ongles qui poussent moins vite, atrophie de la peau (critères 2 et 3). S'agissant du diagnostic différentiel (critère 4), il a observé un trouble fonctionnel avec épargne majeure de la main dans le cadre de douleurs importantes, mais a précisé qu'il était difficile de différencier s'il s'agissait d'une vraie dystonie ou d'une dystonie dans le cadre d'un SDRC. Sur le plan psychiatrique, le Dr D _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec symptômes de type post-traumatique (PTSD ; F43.28). Reprenant son anamnèse, ce psychiatre a observé que l'assuré avait vécu la guerre de Bosnie, durant laquelle il avait assisté à de nombreuses exactions et autres drames. A son arrivée en Suisse en 2002, il avait ensuite obtenu l'asile, puis effectué un suivi psychiatrique pour des symptômes de type post-traumatique. Le Dr D _____ a conclu que l'accident de travail de l'assuré avait « *réveillé et réactivé des séquelles d'un ancien PTSD (de la guerre) avec comme conséquence une symptomatologie anxieuse (et) dépressive* ». En raison de ces atteintes complexes, la situation risquait d'évoluer sur plusieurs mois encore et il était difficile d'établir un délai de stabilisation pour le Dr C _____. Ce dernier a également observé que des facteurs contextuels influençaient la situation et a considéré que l'assuré devait être considéré comme un monomanuel avec les limitations fonctionnelles suivantes : port répétitif et/ou prolongé de charges même légères, activités nécessitant la prise de force et les activités répétitives avec la main droite (pièce 68).

Le 29 mai 2020, l'assuré a également été examiné par la Dresse E _____ du Centre de traitement de la douleur de l'Hôpital du Valais, laquelle a repris le diagnostic de probable SDRC en raison des douleurs ressenties sur l'ensemble de la main avec

répercussion jusqu'aux cervicales. Cette médecin a observé une allodynie, des troubles sudomoteurs, une diminution de la motricité et une dysfonction motrice (pièce 68, pp. 13 à 15).

Un consilium de l'appareil locomoteur a ensuite été organisé, le 12 août 2020, à la CRR. Après six mois de séances d'ergothérapie et de physiothérapie, le Dr C _____ a constaté que la situation n'avait guère évolué et que les douleurs restaient constantes (en particulier l'allodynie et l'attitude dystonique de la main). Il a ainsi préconisé de poursuivre le traitement antalgique, ainsi que l'ergothérapie et la physiothérapie afin de ne pas laisser seul l'assuré. Il a également proposé des perfusions de Lidocaïne et de Kétamine, un traitement plus invasif était cependant refusé par l'intéressé (pièce 71). Lors d'un contrôle subséquent du 14 octobre 2020, le Dr C _____ a relevé qu'un syndrome d'apnée du sommeil très sévère avait été diagnostiqué. Au niveau de la main, il a qualifié la situation d'enlisée avec d'importantes douleurs (entre 7/10 et 10/10) et une main qui ne bougeait toujours pas, mis à part le pouce qui avait conservé une mobilité relative. Les plaintes algiques remontaient de plus dans tout le membre supérieur droit, ce qui désespérait son patient. Pour ce spécialiste, l'évolution était « *relativement catastrophique* » et il a estimé qu'une progression ne pouvait plus être attendue d'un traitement. Il a malgré tout prolongé le traitement antalgique et les thérapies, pour l'accompagner et dans l'attente des perfusions prévues au centre de traitement de la douleur (pièce 79).

Dans l'intervalle, l'intéressé s'est rendu à la consultation de la Dresse E _____, le 5 octobre 2020. Au terme de son examen, celle-ci a relevé que l'état de santé de son patient s'était détérioré depuis son contrôle du mois de mai précédent, avec des douleurs qui s'étaient étendues sur les niveaux supérieurs (C2 et C3) et dans l'hémi-crâne et l'œil droit (pièce 86). Une perfusion de Xylocaïne a ainsi été opérée le 23 novembre 2020, mais est restée sans effet (pièce 91).

Le 16 novembre 2020, la Dresse E _____, spécialiste en médecine interne générale et médecine intensive, a rendu une appréciation médicale sans examen (au vu des documents à disposition et en accord avec le Dr C _____ ; pièce 83). Cette médecin d'arrondissement de la CNA a d'abord observé que les douleurs importantes de l'assuré ne s'amélioraient pas malgré les traitements (médicaments, ergothérapie et physiothérapie), qu'il avait développé, dans le cadre de son accident, un état dépressif réactionnel, et que sa situation familiale était compliquée avec une épouse qui était également en arrêt de travail et une fille qui les aidait beaucoup. Elle a ensuite repris les constatations du Dr C _____ du 13 octobre 2020 ainsi que les diagnostics retenus,

en précisant qu'un syndrome douloureux régional complexe avec été confirmé et qu'une décompensation psychologique sous la forme d'un PTSD s'était ajoutée. La Dresse F _____ a cependant estimé que le PTSD n'était pas en lien avec l'évènement du 14 janvier 2020 (recte 2019), mais qu'il découlait vraisemblablement de la situation géopolitique en ex-Yougoslavie dans les années 1990. S'agissant des troubles de la main, elle a considéré que la situation pouvait être considérée comme stabilisée et que l'activité habituelle n'était plus exigible. Dans une activité adaptée (pas d'utilisation de la main droite, pas de port de charges avec le membre supérieur droit ; l'assuré étant monomanuel), il avait en revanche conservé une capacité et un rendement complets. Enfin, elle a évalué à 25% l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) qui pouvait être accordée à l'assuré en raison de son atteinte à la main droite, équivalant à une perte de main de 40% (selon le barème d'indemnisation), montant auquel il convenait de déduire 15% (40% - 15% = 25%) afin de tenir compte du fait qu'il avait conservé sa main et la mobilité de son pouce (pièces 88 et 89).

Dans un rapport du 19 novembre 2020, le Dr D _____ a indiqué que l'intéressé avait maintenu son suivi auprès d'une psychologue-psychothérapeute FSP de la CRR, en raison de sa symptomatologie anxio-dépressive et de type PTSD qui compliquait considérablement toute récupération et amélioration somatiques. Il a ajouté que la situation n'était pas stabilisée sur le plan psychologique et que l'évolution se dirigeait lentement vers la bonne direction. Il a ainsi prié la CNA de maintenir la prise en charge du suivi (pièce 90).

C. Reprenant ces différents éléments, la CNA a informé son assuré, le 27 novembre 2020, qu'il ne pouvait plus être attendu de la poursuite du traitement médical une amélioration notable de son état de santé. Elle l'a dès lors informé que son droit aux indemnités journalières prendrait fin au 1^{er} janvier 2021 et lui a suggéré de s'annoncer à l'assurance-chômage dès cette date, dès lors qu'il avait conservé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (pièce 100).

Le 1^{er} décembre 2020, le Dr D _____ a indiqué que la situation évoluait favorablement depuis deux mois et a souligné que la symptomatologie dépressive avec des symptômes de PTSD s'était développée dans le contexte de l'accident du 14 janvier 2019. Il a précisé que les blessures physiques subies par son patient en janvier 2019 étaient clairement la cause de ses troubles psychiatriques actuels, en ajoutant que, selon son expérience, la nature particulière des lésions physiques était fréquemment associée à des troubles psychiques. Ce psychiatre a également estimé que la durée anormalement longue du traitement médical, les douleurs physiques persistantes et la

durée de l'incapacité de travail, étaient de facteurs qui influençaient défavorablement l'évolution psychique (pièce 113).

A l'occasion d'une nouvelle consultation du 13 janvier 2021, le Dr C _____ a observé que l'évolution était très défavorable avec des douleurs qui s'étendaient à présent dans tous le membre supérieur jusqu'au cou, une allodynie importante et une main qui ne fonctionnait « *pas vraiment* ». Il a ajouté qu'il serait bien que l'assuré bénéficie d'une perfusion de Kétamine, laquelle n'avait pas encore eu lieu en raison de la pandémie du Covid-19. A son avis, son patient n'était plus en mesure de travailler, même dans une activité adaptée (pièce 122).

Par décision du 24 mars 2021, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 979 fr. 50 sur la base d'un taux d'invalidité de 23%. Elle a précisé qu'il avait conservé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, à condition de ne pas mettre à contribution sa main droite. Elle a ajouté avoir déterminé son revenu d'invalidité sur la base de données statistiques et d'y avoir opéré un abattement de 20% afin de tenir compte de ses limitations fonctionnelles. Par ailleurs, la CNA a estimé qu'elle ne devait pas répondre des troubles psychogènes, dès lors qu'ils n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident. En outre, elle lui a accordé une IPAI de 25%, soit 37 050 francs (pièce 148).

Le 7 mai 2021, l'intéressé s'est opposé à cette décision, en remettant notamment en cause l'appréciation de la CNA quant à l'absence de causalité adéquate entre l'accident du 14 janvier 2019 et ses troubles psychiques. Il a également fait grief à la CNA d'avoir fondé sa décision uniquement sur l'avis isolé de la Dresse F _____, alors que l'ensemble des autres spécialistes avaient confirmé que ses douleurs physiques et limitations avaient pour origine l'évènement du 14 janvier 2019. L'assuré a ensuite contesté son taux d'invalidité de 23%, sa capacité de travail dans une activité adaptée et la stabilisation de son état de santé. A son avis, il souffrait encore de séquelles et pouvait prétendre à une rente d'invalidité plus élevée. Il a également estimé que la CNA avait violé son droit d'être entendu, dès lors qu'elle n'avait pas suffisamment instruit la cause, ne justifiait pas les raisons pour lesquelles elle avait écarté les avis des médecins de la CRR et que son médecin d'arrondissement ne l'avait même pas examiné personnellement et s'était contenté « *de relire son dossier* ». Pour l'assuré, il se justifiait ainsi d'ordonner une expertise pluridisciplinaire afin de constater précisément ses limitations. Enfin, il a remis en cause le taux de 25% de l'IPAI (pièce 164).

A l'appui de son opposition, le recourant a versé en cause un rapport du 15 avril 2021 du Dr C _____ indiquant qu'il n'existait plus d'amélioration depuis plusieurs mois, qu'il devait être considéré comme un monomanuel de la main non dominante et qu'une capacité de travail complète ne pouvait pas être retrouvée. Il a ajouté que l'assuré souffrait d'un SDRC, lequel était devenu chronique et ne pouvait plus guérir (pièce 164, pp. 43 et 44). L'intéressé a également joint un rapport du 21 avril 2021 du Dr D _____, confirmant le diagnostic d'état de stress post-traumatique (F43.1) et mentionnant un état dépressif d'intensité moyenne à sévère (F32.2). Selon ce psychiatre, les troubles physiques et psychiques étaient une conséquence naturelle de l'accident du 14 janvier 2019, dès lors qu'avant cette date l'intéressé ne présentait aucun symptôme et qu'il avait par le passé surmonté des symptômes de type post-traumatique dont il avait souffert après la guerre de Bosnie. En outre, la causalité adéquate devait également être retenue, puisqu'il s'agissait d'un accident de gravité moyenne qu'il avait vécu de manière particulièrement dramatique, le traitement médical était anormalement long et sans véritable amélioration fonctionnelle, les douleurs persistaient et car il était en incapacité de travail depuis très longtemps. Le Dr D _____ a ajouté que sa capacité de travail était nulle dans toute activité en raison des nombreux symptômes psychiatriques (pièce 164, pp. 46 et 47).

Par décision sur opposition du 22 juillet 2021, la CNA a rejeté l'opposition de l'intéressé et confirmé sa décision du 24 mars précédent. Premièrement, elle a relevé que l'appréciation de la Dresse F _____ bénéficiait d'une pleine valeur probante et qu'elle pouvait à juste titre considérer que la situation était stable, dès lors que celle-ci n'évoluait plus depuis de nombreux mois. La CNA a ensuite rappelé que les limitations fonctionnelles de l'assuré lui permettaient d'exercer une activité adaptée et qu'il n'était pas nécessaire de formuler une liste d'emplois adaptés pour chaque assuré. S'agissant du trouble post-traumatique, elle a souligné que les critères permettant de retenir un lien de causalité adéquat avec l'accident du 14 janvier 2019 n'étaient pas remplis. Enfin, la CNA a confirmé le taux de 25% de l'IPAI, puisque l'assuré avait conservé sa main droite ainsi que la mobilité de son pouce droit.

D. X _____ a recouru céans contre cette décision sur opposition le 13 septembre 2021, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, à l'octroi d'une rente d'invalidité pleine et entière ainsi qu'une IPAI d'au moins 40%, et à la poursuite de la prise en charge des traitements médicaux, subsidiairement, au renvoi du dossier à la CNA dans le sens des considérants. Pour l'essentiel, le recourant a repris les arguments développés dans son

opposition, en soulignant que l'avis de la Dresse F _____ était en parfaite contradiction avec les autres rapports médicaux et que la CNA n'avait pas donné les raisons pour lesquelles il convenait d'écarter ceux-ci. Il a également soutenu que la décision entreprise « *regorge(ait) d'imprécisions, d'inexactitudes et même de contradictions* » et que l'intimée avait pris le soin de retenir que les éléments qui allaient en faveur d'un refus de prestations. Le recourant a encore souligné que son état de santé n'était pas stabilisé et qu'un examen médical supplémentaire aurait dû être ordonné. Selon lui, l'IPAI de 25% avait en outre été retenue de manière arbitraire et contradictoire. Enfin, il a estimé qu'une expertise pluridisciplinaire aurait dû être diligentée et aurait permis de mettre en évidence ses nombreuses limitations au quotidien.

Dans sa réponse du 12 octobre 2021, l'intimée a répété que l'état de santé de l'intéressé n'évoluait plus depuis plusieurs mois et donc que son cas était stabilisé. En outre, elle a relevé que le recourant n'avait pas contesté que les critères jurisprudentiels n'étaient pas remplis pour nier une causalité adéquate entre ses troubles psychiques et l'évènement du 14 janvier 2019. Selon la CNA, la valeur probante de l'avis de la Dresse F _____ était entière et il n'était pas illusoire pour le recourant de retrouver une activité adaptée de type monomanuel, attendu qu'un abatement de 20% avait été opéré sur son revenu d'invalidé. Enfin, l'intimée a rejeté les objections faites par le recourant quant à la détermination de l'IPAI, dès lors que le Dr C _____ avait retenu qu'il avait conservé sa main droite et une mobilité relative de son pouce.

Le 12 novembre 2021, le recourant a rappelé que son état de santé s'était aggravé et n'était pas stabilisé et qu'il ne souffrait d'aucun trouble psychique avant son accident. Il a ensuite soutenu qu'il existait un lien de causalité entre son accident du 14 janvier 2019 et le SDRC, dès lors que celui-ci était apparu de manière partielle dans une période de latence de deux mois. En outre, il a fait grief à la CNA de n'avoir pas tenu compte de toutes les limitations fonctionnelles, notamment celles engendrées par le SDRC et le PTSD, pour arrêter sa capacité résiduelle de travail.

Dans sa duplique du 30 novembre 2021, l'intimée a rétorqué que le fait que certaines pathologies ne se soient manifestées qu'après l'accident du 14 janvier 2019 n'était pas suffisant pour établir un lien de causalité. Par ailleurs, seul un diagnostic probable de SDRC avait été émis par le Dr C _____ et ce n'est que 16 mois après l'accident que celui-ci l'avait clairement retenu, niant ainsi sa relation de causalité. Ensuite, la CNA a relevé que le recourant n'avait pas démontré dans quelle mesure il ne serait pas

capable d'exercer une activité adaptée, ce d'autant plus qu'il existait suffisamment d'emplois légers et adaptés à son handicap sur le marché du travail.

Faisant usage de son droit de formuler des ultimes observations, le recourant a indiqué qu'il était toujours en incapacité complète de travail et a versé en cause deux nouveaux rapports des 24 août 2021 et 13 janvier 2022 du Dr C _____. Dans ceux-ci, ce spécialiste observait que la perfusion de Kétamine n'avait pas permis de soulager les douleurs, qu'il n'y avait aucun changement au status clinique et qu'il n'existait plus aucun traitement à proposer à l'intéressé, mis à part la poursuite des antalgiques et du suivi psychologique. Selon le recourant, son état de santé n'était ainsi toujours pas stabilisé et la CNA n'aurait pas dû se fonder uniquement sur le rapport de son médecin d'arrondissement, lequel était à son sens dénué de toute valeur probante. Enfin, il a remis en cause son revenu d'invalidé, estimant qu'un abattement supérieur aurait dû être retenu.

Sans autres observations, l'échange des écritures a été clos le 18 janvier 2022.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

Remis à la poste le 13 septembre 2021, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 22 juillet précédent, a été interjeté dans le délai légal de trente jours prolongé des fêtes estivales (art. 38 al. 4 et 60 LPGA) et devant l'autorité compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations en lien avec son accident du 14 janvier 2019, plus particulièrement sur l'existence d'un lien de causalité avec son syndrome douloureux régional complexe et ses troubles psychiques, sur la stabilisation de son état de santé, sur les taux de la rente d'invalidité et de l'IPAI qui lui ont été accordées.

2.1. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle et adéquate.

L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'évènement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la *conditio sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le domaine des assurances sociales. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références).

2.2. Dans le domaine des assurances sociales, l'autorité fonde généralement sa décision 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 (ATF 135 V 39 consid. 6.1). 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 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a).

L'autorité compétente 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 (arrêt 8C_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2 ; arrêts du

Tribunal administratif fédéral C-1472/2012 du 24 mars 2014 consid. 7.1.1 et C-6844/2011 du 5 juin 2013 consid. 7.1). Elle peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 125 V 351 consid. 3a ; SVR 2007 IV n° 31 p 111 [I 455/06] consid. 4.1). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt 9C_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 3.3). En particulier, une expertise sera mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5618/2012 précité consid. 7). Le cas échéant, l'autorité peut par ailleurs renoncer à l'administration d'une preuve, si elle acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3. ; 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc).

Il ne se justifie pas d'écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt 4A_172/2013 du 1er octobre 2013 consid. 3.5 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-4232/2011 du 17 juillet 2012 consid. 5 et C-3456/2010 du 23 janvier 2012 consid. 8). En ce qui concerne en particulier les documents produits par le service médical de l'assureur, le Tribunal fédéral n'exclut pas que ce dernier ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci (ATF 122 V 157 consid. 1d). En revanche, lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'article 44 LPGa, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 ; 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'article 44 LPGa (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées).

Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve objectivement et indépendamment de leur origine décider si les pièces à disposition permettent de

procéder à une appréciation fiable des prétentions litigieuses. En présence de rapports médicaux contradictoires, il ne peut notamment pas trancher le litige sans apprécier toutes les pièces médicales et exposer les motifs pour lesquels il se fonde sur un avis médical plutôt que sur un autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant de savoir si cet acte est complet compte tenu des droits contestés, s'il est fondé sur des examens approfondis en tous points, s'il tient compte des affections dont se plaint l'intéressé, s'il a été établi en connaissance de l'anamnèse, si l'exposé du contexte médical est cohérent, voire si l'appréciation de la situation médicale est claire, et si les conclusions de l'expert sont dûment motivées. N'est donc en soi déterminante pour la valeur probante d'un moyen de preuve ni la provenance d'une prise de position reçue ou demandée par le biais d'un mandat ni sa désignation en tant que rapport ou expertise. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète et approfondie, elle ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions (ATF 125 V 351 ; arrêt 9C_543/2011 du 19 janvier 2012 consid. 2.3.1). De plus, on rappellera que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (arrêt U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345).

3. Dans un premier grief, le recourant soutient que le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) serait en lien de causalité naturel et adéquat avec son accident du 14 janvier 2019.

3.1. Les termes syndrome douloureux régional complexe (SDRC), algodystrophie ou maladie de Sudeck décrivent en médecine un tableau clinique post-traumatique qui se développe après un traumatisme et évolue rapidement vers des douleurs violentes à caractère brûlant et invalidant, auxquelles s'ajoutent des limitations fonctionnelles motrices et sensitifs superficiels ou profonds. Il s'agit d'une entité syndromique dont le diagnostic repose sur des critères précis, dits de Budapest, excluant toute atteinte expliquant mieux les symptômes (Drs F. LUTHI/P.-A. BUCHARD/A. CARDENAS/C. FAVRE/M. FÉDOU/M. FOLI/DR J. SAVOY/J.-L. TURLAN/M. C. KONZELMANN, Syndrome douloureux régional complexe in : Revue Médicale Suisse, 2019, pp. 496-502).

S'agissant de l'admission d'un lien de causalité entre un accident et une algodystrophie, le Tribunal fédéral a considéré, dans un arrêt 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 (cf. également arrêt 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5), que trois conditions cumulatives devaient être remplies: 1° la preuve d'une lésion physique après un accident (p. ex. un hématome ou une enflure) ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ; 2° l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (p. ex. état après un infarctus du myocarde, après une apoplexie, etc.) ; 3° une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie (au maximum six à huit semaines). Dans l'arrêt en question, le Tribunal fédéral a nié l'existence d'un rapport de causalité naturelle avec une probabilité prépondérante entre un accident et un SDRC, dès lors que le délai de latence entre l'accident et l'apparition du SDRC était supérieur à une année. Pour arriver à cette conclusion, le Tribunal fédéral s'est fondé sur un article médical (B. KIENER ET R. KISSLING, Expertise et algodystrophie) paru en 1998 dans une brochure sur le SDRC (Algodystrophie, éditeurs E. BÄR/M. FELDER/B. KIENER) publiée par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) et Novartis.

Cette brochure a bénéficié d'un remaniement complet en 2013 afin de s'adapter aux nouvelles découvertes scientifiques et des nouvelles et importantes connaissances acquises sur la physiopathologie du SDRC (W. JÄNIG/R. SCHAUMANN/W.VOGT [éditeurs]). Dans un article paru dans ladite brochure, ses auteurs expliquent que la question de la causalité doit être résolue en étudiant en particulier l'évolution en fonction du temps et en prenant en compte les critères de Budapest ainsi que d'autres facteurs ayant marqué significativement le décours. Selon ces auteurs, ce n'est qu'une fois que l'expert a posé un diagnostic de SDRC qu'il faut, s'agissant de la causalité accidentelle, démontrer qu'une lésion corporelle de l'extrémité concernée s'est bien produite ; si tel est le cas, se pose alors la question de savoir si le SDRC est apparu durant la période de latence correspondante de six à huit semaines (R. SCHAUMANN/W. VOGT/F. BRUNNER, Expertise, in: SDRC Syndrome douloureux régional complexe, 2013, p. 130 s.). Cette période de latence de six à huit semaines ne constitue qu'une valeur empirique et ne fait nullement l'objet d'un consensus médical. Au demeurant, elle a été proposée en 1998, soit avant que les critères diagnostiques du SDRC aient été établis. On ne saurait dès lors établir, sur le plan juridique, une règle absolue quant au délai dans lequel les symptômes du SDRC devraient se manifester (arrêt 8C_416/2019 précité consid. 5).

La jurisprudence plus récente a ainsi précisé, s'agissant du temps de latence entre l'événement accidentel et l'apparition du SDRC, qu'il n'est pas nécessaire qu'un SDRC

ait été diagnostiqué dans les six à huit semaines après l'accident pour admettre son caractère causal avec l'événement accidentel ; il est en revanche déterminant qu'on puisse conclure, en se fondant sur les constats médicaux effectués en temps réel, que la personne concernée a présenté, au moins partiellement, des symptômes typiques du SDRC durant la période de latence de six à huit semaines après l'accident (arrêt 8C_177/2016 du 22 juin 2016 ; voir aussi arrêts 8C_27/2019 du 20 août 2019 consid. 6.4.2, 8C_123/2018 du 18 septembre 2018 consid. 4.1.2 et 8C_673/2017 du 27 mars 2018 consid. 5 et les références citées).

Dans l'arrêt 8C_177/2016 précité, l'assurée avait annoncé le 1er novembre 2012 un accident (chute sur les mains et blessure à l'annulaire droit) survenu le 25 octobre 2011. Le premier rapport médical au dossier datait du 12 décembre 2012, soit plus d'une année après l'accident, et arrivait à la conclusion qu'il n'existait pas d'explication pour les douleurs persistantes de l'assurée et qu'il manquait des indices cliniques pour poser le diagnostic de SDRC. Nonobstant cela, l'assureur avait versé des indemnités journalières jusqu'au 30 juin 2013 et pris en charge le traitement médical au-delà de cette date. Tant la juridiction cantonale que le Tribunal fédéral saisi par l'assureur-accidents ont admis l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel du 25 octobre 2011 et le diagnostic de SDRC posé pour la première fois par des experts médicaux le 28 novembre 2013, soit plus de deux ans après l'événement déclenchant ; ils ont admis que les symptômes du SDRC avaient bel et bien dû exister avant la pose du diagnostic, car on ne pouvait pas expliquer autrement l'incapacité de travail de longue durée attestée médicalement dans l'activité habituelle.

3.2. En l'occurrence, l'on relève premièrement que la causalité des séquelles physiques dont souffre le recourant avec l'accident du 14 janvier 2019 n'est pas remise en cause. La CNA conteste cependant l'existence d'un lien de causalité entre cet accident et le syndrome douloureux régional complexe (SDRC).

A l'examen des trois critères devant être cumulativement remplis pour reconnaître un lien de causalité avec un SDRC, l'on retient que les deux premiers sont remplies et non contestés. L'intimée estime cependant que le troisième critère ne serait pas rempli, dans la mesure où un diagnostic clair de SDRC n'a été établi que 16 mois après l'accident. En l'état du dossier, l'on note que les premiers symptômes d'un SDRC n'ont été observés par le Dr B _____ qu'en date du 3 décembre 2019 (allodynie, défaut d'extension des doigts long), respectivement le 20 janvier 2020 (hypersudation ; cf. pièces 44 et 51). Ensuite, ce n'est que le 9 juillet 2020 que le Dr C _____ a émis un probable diagnostic de SDRC en présence d'allodynie, d'augmentation de la sudation, de

diminution des mobilités articulaires, de tremblements, d'attitude dystonique, de faiblesse, d'ongles qui poussent moins vite, et d'une atrophie de la peau (cf. pièce 68). La Dresse E _____ a, quant à elle, observé des symptômes d'un SDRC en date du 29 mai 2020 (pièce 68, pp. 13 à 15).

Cela étant, bien qu'il se soit écoulé plusieurs mois avant que des symptômes d'un SDRC aient été formellement observés par des médecins, il est rappelé que le temps de latence de six à huit semaines doit être relativisé et qu'il suffit que des symptômes typiques de ce syndrome se soient manifestés, au moins partiellement, durant cette période de latence. Au vu de l'anamnèse de l'intéressé, du développement de son état de santé et de l'incapacité de travail totale qu'il a présenté dans son activité habituelle depuis l'accident du 14 janvier 2019, on peut retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il avait déjà développé des symptômes typiques d'un SDRC bien avant que celui-ci ne soit formellement diagnostiqué lors de son séjour à la CRR en été 2020. Le 10 avril 2019, le Dr B _____ avait ainsi déjà observé un défaut d'amplitude dans les doigts D3 et D4 du recourant, de même que des paresthésies (cf. rapport du 22 mai 2019 ; pièce 19). En outre, dans son rapport du 3 décembre 2019, en faisant référence à l'allodynie du majeur, ce médecin avait indiqué qu'elle persistait, laissant apparaître que ce symptôme typique d'un SDRC s'était déjà manifesté par le passé (cf. pièce 44). De plus, l'intéressé avait déclaré, le 25 septembre 2019, qu'il transpirait beaucoup des doigts et qu'il n'avait pas de bonnes sensations (pièce 34). Du reste, il est hautement vraisemblable que l'incapacité de travail totale dans l'activité habituelle ait été déclenchée par l'accident du 14 janvier 2019, puisque c'est depuis cette date que cette incapacité de travail a été attestée médicalement. Aucun des spécialistes consultés n'a au demeurant évoqué une autre cause non liée à l'accident qui aurait à elle seule pu expliquer ou être à l'origine des symptômes et des signes cliniques présentés par l'assuré. De surcroît, selon la doctrine médicale la plus récente, le SDRC est rare et il survient dans la majorité des cas après un traumatisme de l'appareil locomoteur ou un accident vasculaire cérébral (Drs F. LUTHI/P.-A. BUCHARD/A. CARDENAS/C. FAVRE/M. FÉDOU/M. FOLI/J. SAVOY/J.-L. TURLAN/M. KONZELMANN, op. cit., 2019, p. 495). Or, en l'espèce, le recourant n'a pas subi d'accident vasculaire cérébral (cf. arrêt 8C_416/2019 précité consid. 6.2.4, admettant un lien de causalité d'un SDRC apparu 18 mois après l'accident, dans un état de fait similaire).

Sur la base de ces éléments, la prolongation de l'incapacité de travail totale dans l'activité habituelle du recourant ne trouve aucune autre explication que dans celle de

l'existence d'un SDRC. Il s'ensuit qu'un lien de causalité naturel et adéquat doit être admis entre l'accident du 14 janvier 2019 et le SDRC.

4. Le lien de causalité adéquat et naturel entre le trouble de l'adaptation post-traumatique (PTSD) et l'accident du 14 janvier 2019 est également remis en cause.

4.1. En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'évènement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet évènement (ATF 117 V 359 consid. 6, 369 consid. 4 ; 115 V 133 consid.6 et 403 consid. 5).

En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'évènement accidentel lui-même. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 115 V 403 consid. 5c/bb ; arrêt 8C_540/2018 du 22 juillet 2019 consid. 4.2 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3ème éd., 2016, n° 121, p. 934) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;

- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Il n'est pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères. En principe, il faut un cumul de trois critères sur sept, ou au moins que l'un des critères se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (SVR 2010 UV n° 25 p. 100 [8C_897/2009] consid. 4.5 ; arrêts 8C_99/2019 du 8 octobre 2019 consid. 4.1.2 et 8C_196/2016 du 9 février 2017 consid. 4). Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (ATF 115 V 133 consid. 6 c/bb et 115 V 403 consid. 5 c/bb p. 409). En cas d'accidents de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité, il faut un cumul de quatre critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ou que l'un des critères se manifeste avec une intensité particulière (arrêt 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.1, in SVR 2019 UV n° 27 p. 99).

4.2. Dans le cas d'espèce, l'intimée remet premièrement en doute l'existence d'une causalité naturelle entre le trouble de l'adaptation post-traumatique (PTSD) et l'accident du 14 janvier 2019.

Dans ses rapports motivés des 19 novembre 2020, 1^{er} décembre suivant et 21 avril 2021 (cf. pièces 90, 113 et 164), le Dr D _____ explique cependant d'une manière convaincante pour quelles raisons il convient de retenir un lien de causalité naturel. L'avis de la Dresse F _____, non spécialisée en psychiatrie, selon laquelle le PTSD découlerait « *vraisemblablement de la situation géopolitique en ex-Yougoslavie dans les années 1990* » et donc qu'il ne serait « *probablement pas en lien avec l'évènement du 14 janvier 2019* » n'emporte à l'inverse que peu la conviction (cf. appréciation du 16 novembre 2020 ; pièce 88). En effet, même à retenir que les événements vécus par l'intéressé dans son pays d'origine aient causé chez ce dernier des troubles psychiques pour lesquels il a été traité lors de son arrivée en Suisse en 2002, il n'en demeure pas moins que c'est bien l'accident du 14 janvier 2019 qui a réactivé ce trouble de

l'adaptation post-traumatique comme décrit de manière circonstanciée par le Dr D _____. L'on note également que le PTSD avait été traité en 2002 et que plus aucun suivi psychiatrique n'a ensuite été mis en place jusqu'à l'accident du 14 janvier 2019 (cf. rapport du Dr D _____ du 7 juillet 2020 ; pièce 68). Dans ces conditions, aucun indice ne porte à croire que sans l'évènement accidentel, ce trouble psychique serait néanmoins réapparu. Il est par conséquent difficile et hasardeux pour le médecin d'arrondissement de nier le rapport de cause à effet entre ceux-ci, étant rappelé qu'il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé (cf. *supra* consid. 2.1).

4.3. L'intimée conteste ensuite l'existence d'un lien de causalité adéquat, en soutenant qu'aucun des critères jurisprudentiels ne seraient remplis afin d'admettre celui-ci entre les symptômes non organiques du recourant et l'évènement du 14 janvier 2019. Il s'agit à cet égard d'une question de droit, de sorte que les avis des Drs C _____ et D _____ ne sont à eux seuls pas décisifs.

4.3.1. Dans un premier temps, l'accident du 14 janvier 2019 doit être classé dans l'une des catégories d'accidents (peu de gravité, gravité moyenne, accident grave).

Dans la pratique, ont été classés parmi les accidents de gravité moyenne à la limite supérieure les accidents ayant occasionné les lésions de la main suivantes : l'amputation totale du pouce, de l'index, du majeur et de l'auriculaire, et partielle de l'annulaire chez un serrurier dont la main droite s'était trouvée coincée dans une machine (cas U 233/95 cité par le recourant) ainsi que l'amputation du petit doigt, de la moitié de l'annulaire et des deux-tiers de l'index chez un aide-scieur dont la main gauche avait été atteinte (arrêt U 280/97 du 23 mars 1999 publié dans RAMA 1999 U 346 p. 428). En revanche, a été jugé comme étant de gravité moyenne : le fait pour un scieur de s'être fait amputé l'auriculaire de la main gauche, de ne plus pouvoir utiliser son annulaire et d'avoir une atrophie persistante des autres doigts (arrêt U 5/94 du 14 novembre 1996) ; le cas d'un aide-serrurier qui avait subi un accident avec une scie entraînant l'amputation des extrémités de deux doigts à la main droite et de trois doigts à la main gauche (arrêt U 185/96 du 17 décembre 1996) ; le cas d'un chauffeur ayant subi une subamputation pulpaire au niveau de la troisième phalange de l'index de la main droite, souffrant d'une hyposensibilité de l'extrémité pulpaire et d'une diminution de la mobilité de l'articulation interphalangienne distale (arrêt U 13/02 du 11 mars 2003 consid. 2.2.4 avec les références) ; ou encore l'accident ayant causé un raccourcissement du pouce phalangien d'un demi-centimètre et un index hypoesthésique (arrêt U 25/99 du 22

novembre 2001 publié dans RAMA 2002 U 449 p. 53 ; pour une vue d'ensemble de la casuistique voir le consid. 4.1.2 de l'arrêt 8C_77/2009 du 4 juin 2009).

Dans le cas d'espèce, l'on relève que le recourant a été victime d'une coupure partielle des doigts en utilisant un rabot de menuisier, entraînant des pertes de substances importantes (jusqu'à 50%) des doigts D3 et D4 et nécessitant une greffe de peau. Au vu de la jurisprudence, cet accident doit être qualifié de gravité moyenne. Les parties ne donnent aucun motif pour lequel il conviendrait de classer cet accident à la limite inférieure ou à la limite supérieure d'un accident de gravité moyenne. L'on note au demeurant que le Dr D _____ a également qualifié cet événement de gravité moyenne.

4.3.2. En présence d'un accident de gravité moyenne, il reste à examiner, dans un second temps, si la condition du cumul de trois critères au moins est remplie dans le cas d'espèce, respectivement si l'un des critères retenus s'est manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (cf. supra consid. 4.1).

4.3.2.1. Tout d'abord, s'agissant du caractère particulièrement dramatique ou impressionnant de l'accident, il est rappelé qu'un tel caractère est associé à tout accident de gravité moyenne mais que cela ne suffit cependant pas encore pour admettre l'existence de ce critère (arrêts 8C_96/2017 du 24 janvier 2018 consid. 5.1 et 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.4.1). Le caractère impressionnant de l'accident a été admis dans des cas de blessures à la main par des machines ayant occasionné des amputations ou des mutilations. Il en fut ainsi dans le cas d'un travailleur dont la main avait été entraînée dans une ébavureuse avec pour résultat une mutilation de la face dorsale des doigts longs de la main droite (arrêt 8C_175/2010 précité consid. 5.2), ainsi que dans celui d'un aide-scieur dont la main gauche avait été blessée par une fraiseuse avec comme conséquence l'amputation du petit doigt, de la moitié de l'annulaire et des deux-tiers de l'index (arrêt U 280/97 précité consid. 2b/bb). Tel a aussi été le cas s'agissant d'un menuisier dont la main droite s'était trouvée coincée dans une toupie et qui avait subi une amputation totale du pouce, de l'index, du majeur et de l'auriculaire, et partielle de l'annulaire (arrêt U 233/95 du 13 juin 1996 consid. 3c), ou encore d'un menuisier s'étant coupé avec une fraiseuse avec pour résultat des blessures à certains doigts, en particulier une amputation partielle de l'un d'eux (arrêt 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.2.1). Le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident n'a en revanche pas été retenu dans d'autres cas de blessures à la main par des machines ayant pour certaines entraîné des amputations. Il s'agissait notamment

d'un scieur dont la main gauche avait été prise dans la chaîne d'une machine avec pour résultat une amputation de l'auriculaire, un annulaire douloureux et une atrophie des autres doigts (arrêt U 5/94 précité consid. 2b/aa et bb), ainsi que d'un aide-serrurier dont la blessure avec une machine à scier avait entraîné l'amputation des extrémités de deux doigts à la main droite et de trois doigts à la main gauche (arrêt U 185/96 du 17 décembre 1996 consid. 2b). Il en est allé de même dans le cas d'un travailleur victime de multiples lésions à une main après un accident avec une fraiseuse à bois (arrêt U 19/06 du 18 octobre 2006 consid. 4.1), et dans celui d'un machiniste dont la main gauche avait été sérieusement blessée après avoir été entraînée dans un appareil de laminage, l'intéressé ayant évité une atteinte à l'entier de son bras après avoir pu éteindre l'appareil de sa main droite (arrêt U 82/00 du 22 avril 2002 consid. 3.2.1).

Dans le cas d'espèce, l'on ne saurait retenir que l'accident du 14 janvier 2019 se serait produit dans des circonstances particulièrement dramatiques au sens de la jurisprudence. Le caractère particulièrement impressionnant doit également être nié, dans la mesure où la vie du recourant n'a pas été mise en danger et que ce dernier n'a pas subi de perte totale de sa main droite et a su conserver une certaine mobilité de son pouce droit (cf. rapport du 14 octobre 2020 du Dr C _____ ; pièce 79). En outre, la situation a, dans un premier temps, évolué d'une manière positive, laissant même l'intéressé envisager une reprise professionnelle à la fin du mois d'août 2019 (cf. notice d'entretien téléphonique du 2 juillet 2019 ; pièce 25). Dans ces circonstances, il est difficile de soutenir que l'accident en question ait provoqué des angoisses importantes propres à déclencher chez le recourant des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. Ce premier critère n'est dès lors pas rempli.

4.3.2.2. Ensuite, il convient de retenir le critère de la nature particulière de la blessure, dans la mesure où l'intéressé a perdu l'utilisation de sa main et doit être considéré comme un monomanuel (cf. rapport du 9 juillet 2020 du Dr C _____ et appréciation du 16 novembre 2020 de la Dresse F _____ ; pièces 68 et 88). En effet, pour apprécier la nature particulière des lésions physiques, il convient d'examiner si elles entraînent des atteintes à des organes auxquels l'homme attache normalement une importance subjective particulière (par exemple la perte d'un œil ou certains cas de mutilations à la main dominante ; arrêt 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 4.3.2 et les références).

En l'espèce, pour le recourant, en tant qu'ouvrier manuel (menuisier), sa main dominante était déterminante dans sa profession, de sorte que son accident l'a contraint à changer

de métier et à se reconverter dans une activité adaptée ne nécessitant pas l'emploi du membre supérieur droit. L'on peut dès lors retenir qu'il attachait une importance subjective particulière à sa main droite. Le cas d'espèce est au demeurant similaire à celui d'un aide-scieur ayant perdu l'usage de sa main dominante avec amputation du petit doigt, de la moitié de l'annulaire et des deux-tiers de l'index, pour lequel le critère de l'atteinte particulière avait été retenu dès lors que l'atteinte touchait la main d'un ouvrier manuel, organe qui lui permettait l'exercice de sa profession et que la perte pratiquement de cet organe signifiait la perte de son indépendance économique (arrêt U 280/97 du 23 mars 1999 ; RAMA 1999 n° U 346 p. 428). Partant, ce critère est réalisé.

4.3.2.3. S'agissant de la durée anormalement longue du traitement médical, il convient de prendre en considération, en plus de l'aspect temporel, la nature et l'intensité du traitement, ainsi que la possibilité d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêts 8C_277/2019 du 22 janvier 2020 consid. 5.1 et 8C_533/2017 du 17 avril 2018 consid. 3.3 et les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêt 8C_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 5.2.2). En outre, la jurisprudence a nié ce critère dans le cas d'un assuré dont le traitement médical du membre supérieur accidenté avait consisté en plusieurs opérations chirurgicales et duré deux ans (arrêt U 37/06 du 22 février 2007 consid. 7.3).

En l'occurrence, le traitement a été principalement conservateur sous la forme de prise d'antalgiques et de séances de physiothérapie et d'ergothérapie, ce qui ne peut être qualifié de pénible et invasif sur une longue durée (arrêts 8C_277/2019 précité consid. 5.1 et 8C_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 5.2.2). Ce critère n'est ainsi pas rempli.

4.3.2.4. Le critère des douleurs physiques persistantes est ensuite également rempli au vu du syndrome douloureux régional complexe (SDRC) qui s'est développé depuis l'accident du 14 janvier 2019 et qui a provoqué des douleurs persistantes observées par les Drs E _____ et C _____ lors de leurs consultations successives. Ce dernier a ainsi relevé que les douleurs étaient cotées en moyenne à 7/10 jusqu'à 10/10 et qu'elles s'étaient étendues dans tout le membre supérieur droit et remontaient jusque dans la face (cf. rapports des 14 octobre 2020, 13 janvier 2021, 15 avril suivant, 24 août suivant et 13 janvier 2022 ; pièces 79, 122 et 164 et pièce 11 du recourant). Le recourant a en outre dû suivre un important traitement antalgique sur une longue durée ainsi qu'une consultation spécialisée de la douleur auprès de la Dresse E _____, justifiant d'autant plus de retenir ce critère (cf. arrêt 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.6,

mentionnant un traitement antalgique important sur une longue durée). Par ailleurs, rien n'indique que les troubles psychiques aient « *exercé très tôt une influence prépondérante* » sur l'état de santé du recourant, comme le soutient l'intimée. Cela est du reste contredit par le Dr D _____ qui estimait justement que les blessures physiques influençaient défavorablement sur son évolution psychique et non le contraire (cf. rapport du 1^{er} décembre 2020 ; pièce 113). En tout état de cause, dans la mesure où l'un des critères de Budapest pour admettre l'existence d'un SDRC est la présence d'une douleur persistante et disproportionnée par rapport à l'événement initial, il convient d'admettre ce critère (arrêts 8C_566/2019 du 27 novembre 2020 consid. 7.4.2 et 8C_416/2019 précité consid. 5.1).

4.3.2.5. En lien avec le critère de l'existence de difficultés apparues au cours de la guérison et de complications importantes, la jurisprudence requiert des motifs particuliers ayant entravé la guérison, et ce même s'il n'a pas été possible de supprimer les douleurs de l'intéressée, ni même de rétablir une capacité de travail entière (arrêts 8C_252/2007 du 16 mai 2008 consid. 7.6 et 8C_57/2008 du 16 mai 2008 consid. 9.6.1).

Dans le cas d'espèce, l'on observe que le SDRC est apparu au cours du processus de guérison et qu'il a entraîné d'importantes complications avec des douleurs s'étendant aggravées et étendues malgré les différents traitements suivis par l'intéressé. Or, initialement une récupération fonctionnelle de la main droite permettant une reprise de l'activité professionnelle était envisagée en fin d'année 2019 (cf. rapport du 22 mai 2019 du Dr B _____ ; pièce 19). Après la greffe de peau, le Dr B _____ était en effet optimiste et il a observé une évolution lentement positive, en estimant que des progrès seraient effectués durant deux ans en cas de réussite du traitement (cf. pièce 34). Cependant, ce médecin a observé qu'après une année, l'évolution était peu favorable et a ainsi prolongé l'arrêt de travail (cf. rapport du 20 janvier 2020 ; pièce 51). Lors du séjour à la CRR du 19 mai 2020 au 30 juin suivant, après avoir diagnostiqué un probable SDRC, le Dr C _____ a également prolongé l'arrêt de travail, en précisant que le pronostic était sombre et qu'une réinsertion dans une activité adaptée était peu favorable (cf. rapport du 9 juillet 2020 ; pièce 68). Le Dr C _____ a ensuite fait état d'une évolution défavorable (cf. pièce 71), en qualifiant la situation de relativement catastrophique dans son rapport du 14 octobre 2020 et a ainsi prolongé l'incapacité de travail en conséquence (pièce 79). Le 13 janvier 2021, il a observé que l'évolution était très défavorable et a estimé que l'intéressé n'était pas capable de travailler dans une activité adaptée (pièce 122). La Dresse E _____ a également constaté que la situation s'était détériorée avec des douleurs qui s'étaient aggravées et étendues à des niveaux supérieurs (cf.

rapport du 5 octobre 2020, pièce 91). Les douleurs du recourant se sont ainsi étendues et péjorées, ce dernier les estimant entre 3-4/10 et 8-9/10 en août 2020 (cf. pièce 71), puis en moyenne entre 7/10 et 10/10 en octobre 2020 (pièce 79). Dans ces circonstances, il peut effectivement être retenu que des complications importantes sont apparues au cours de la guérison, de sorte que ce critère est rempli (cf. arrêts 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 5.3 et 8C_566/2019 précité consid. 7.4.1, dans lesquels le critère de difficultés apparues au cours de la guérison a été retenu en lien avec un SDRC).

4.3.2.6. En ce qui concerne le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, il doit se rapporter aux seules lésions physiques et ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (arrêt 8C_209/2020 du 18 janvier 2021 consid. 5.2.2 et 8C_249/2018 précité consid. 5.2.7 et les références). Ce critère est en principe admis en cas d'incapacité totale de travail de près de trois ans (arrêts 8C_547/2020 du 1^{er} mars 2021 consid. 5.1 et les références). En revanche, la jurisprudence a jugé qu'une durée de 21 mois était insuffisante pour l'admettre (arrêt 8C_600/2020 du 3 mai 2021 consid. 4.2.4). De même, une durée de 3 ans et 5 mois avant qu'une capacité de travail complète ne soit retrouvée dans une activité adaptée a également été jugée comme insuffisante, dès lors que celle-ci avait été entrecoupée par des périodes de capacité de travail partielle (entre 50% et 90% ; arrêt 8C_566/2019 du 27 novembre 2020 consid. 7.3).

En l'occurrence, le Dr C _____ a continuellement exclu que son patient avait recouvré une capacité de travail dans une activité adaptée sur le plan somatique. Dans son rapport du 13 janvier 2021, soit plus de deux ans après l'accident du 14 janvier 2019, il confirmait qu'une capacité de travail dans une activité adaptée n'avait toujours pas été récupérée (cf. pièce 122). Ce spécialiste a répété cela le 15 avril 2021, en précisant que l'intéressé ne pourrait pas avoir « *une capacité de travail complète* » (cf. pièce 11 du recourant). Néanmoins, la Dresse F _____ a estimé, dans son appréciation du 16 novembre 2020, qu'une pleine capacité de travail était exigible du recourant dans une activité adaptée n'impliquant pas d'utiliser de la main droite ni de port de charges avec le membre supérieur droit (cf. pièce 88). L'on se trouve ainsi en présence d'avis médicaux divergents et il n'est pas exclu que les troubles psychiques du recourant aient joué un rôle sur la prolongation de son incapacité de travail (le Dr D _____ indiquant néanmoins, dans son rapport du 1^{er} décembre 2020, que l'incapacité de travail de longue

durée était due pour un motif physique uniquement et que cela influençait de manière défavorable l'évolution psychique de l'intéressé ; pièce 113). La question de la valeur probante respective de ces avis peut néanmoins rester indécise, dans la mesure où trois critères sont déjà remplis pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 14 janvier 2019 et les troubles psychiques (PTSD) développés par le recourant.

4.3.2.7. L'on note enfin que le recourant n'a pas été victime d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident.

4.4. Attendu de ce qui précède, trois critères parmi les sept consacrés par la jurisprudence sont cumulativement remplis dans le cas d'espèce. Dans ces circonstances, il s'ensuit que l'accident du 14 janvier 2019 représente la cause naturelle et adéquate des troubles psychiques présentés par le recourant. Ces troubles auraient ainsi dû être pris en considération dans l'évaluation de la stabilisation de son état de santé et de sa capacité résiduelle de travail, ainsi que sur la détermination de l'IPAI à laquelle il peut prétendre.

En présence d'avis contradictoires sur la capacité de travail du recourant et en l'absence d'analyse exhaustive de l'influence des troubles psychiques sur celle-ci, il n'est pas possible pour la Cour de céans de porter un jugement valable sur l'issue de la cause. Il se justifie ainsi d'admettre le recours, d'annuler la décision sur opposition du 22 juillet 2021 et de renvoyer la cause à la CNA afin qu'elle examine l'influence de l'ensemble des troubles (physiques et psychiques) présentés par le recourant sur sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, ainsi que sur son droit à une IPAI. A cet égard, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'article 43 alinéa 1 LPGA (ATF 132 V368 consid. 5 ; arrêts 8C_401/2019 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3 et les références), il appartiendra à l'intimée de mettre en œuvre une expertise indépendante pluridisciplinaire (psychiatrique et rhumatologique) au sens de l'article 44 LPGA, laquelle portera également sur la question de la stabilisation de l'état de santé de l'intéressé, notamment sous l'angle des troubles psychiques présentés et liés à l'accident du 14 janvier 2019.

Une fois ces différents points traités par les experts, l'intimée évaluera à nouveau si le cas est stabilisé au regard des SDRC et PTSD, et dans l'affirmative depuis quand, respectivement elle examinera le droit à des prestations du recourant (rente d'invalidité et IPAI).

5. La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. a aLPGA et 83 LPGA).

6. La partie recourante est réputée avoir obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA) lorsque, dans la procédure judiciaire cantonale portant sur des prestations d'assurance sociale, la décision administrative est annulée et la cause renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire puis nouvelle décision (ATF 137 V 57 consid. 2.1 et 132 V 215 consid. 6).

6.1. Selon les articles 61 lettre g LPGA et 91 alinéa 1 LPJA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal ; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige. L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a ; 110 V 365 consid. 3c ; SVR 2001 AHV n° 4 p. 12 consid. 3b).

Aux termes de l'article 27 alinéa 1 de la loi fixant le tarif des frais et dépens devant les autorités judiciaires ou administratives (LTar ; RS/VS 173.8), les honoraires sont fixés d'après la nature et l'importance de la cause, ses difficultés, l'ampleur du travail, le temps utilement consacré par le conseil juridique, et la situation financière des parties. D'une façon générale, le juge est en mesure de se rendre compte de la nature et de l'ampleur des opérations que le procès a nécessitées (ATF 139 V 496 consid. 5.1). Il ne prend en compte que le temps utilisé par l'avocat qui s'inscrit raisonnablement dans le cadre de l'accomplissement de sa tâche (ATF 109 la 107 consid. 3b ; arrêt 5D_54/2014 du 1er juillet 2014 consid. 2.2 ; RVJ 2009 160 consid. 5a). La durée de l'activité utilement déployée par un avocat diligent est appréciée en procédant par estimation, en fonction du cours ordinaire des choses et de l'expérience de la vie (RVJ 1994 153 consid. 3c). Devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, les honoraires sont fixés entre 550 fr. et 11 000 fr. (art. 40 al. 1 LTar) selon l'importance et la complexité du litige et non pas en fonction de la liste des opérations de l'avocat de choix, d'une association ou d'une protection juridique. La LTar consacre le principe de l'évaluation globale des dépens (art. 4 al. 1 et art. 27 al. 4 LTar), laissant dans ce cadre à l'autorité ou au juge un large pouvoir d'appréciation qui doit néanmoins être exercé dans les limites fixées par la loi.

6.2. Dans le cas d'espèce, le mandataire du recourant a produit un recours de 37 pages, une réplique de 7 pages et une détermination supplémentaire de 10 pages. Au vu des critères précités, de l'activité utile déployée par le mandataire du recourant (les écritures

ayant été faites par une stagiaire), des nombreuses redites contenues dans ses écritures, de la teneur des pièces de procédure déposées, de la complexité moyenne de l'affaire, de l'ampleur du dossier, la Cour fixe les honoraires de son mandataire à un montant arrondi de 2000 francs, débours et TVA compris.

Prononce

1. Le recours est partiellement admis. La cause est renvoyée à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) afin qu'elle mette en œuvre une expertise au sens de l'article 44 LPGA conformément au considérant 4.4.
2. Il n'est pas perçu de frais.
3. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) versera à X _____ une indemnité de 2000 francs pour ses dépens.

Sion, le 6 février 2023.