

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 octobre 2010

Présidence de M. JOMINI
Juges : Mme Lanz Pleines et M. Abrecht
Greffière : Mme Favre

Cause pendante entre :

D._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Philippe Nordmann,
avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, à Monthey (VD).

Art. 16 LPGA; art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. D._____, né en 1965, originaire d'Espagne, a été engagé en 2000 par l'entreprise S._____ (active dans la fabrication et le commerce de machines, appareils et outillages), où il a exercé l'activité de monteur électricien sur machines. A titre d'employé de S._____, il est assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA) pour les accidents professionnels et non professionnels.

Le 13 septembre 2004, dans les WC de l'entreprise, D._____ (ci-après: l'assuré) a chuté sur le carrelage humide, avec réception sur son poignet gauche en hyperextension. Le traitement - pris en charge par la CNA - a d'abord été conservateur, avec une immobilisation plâtrée puis de nombreuses séances de physiothérapie et d'ergothérapie. Une dénervation du poignet gauche a été réalisée (intervention chirurgicale du 24 janvier 2005). L'assuré a pu reprendre le travail à 50 % dès le 10 mai 2005.

Le médecin d'arrondissement de la CNA (Suva Lausanne), le Dr T._____, a rédigé plusieurs rapports médicaux. Dans son rapport du 25 janvier 2006, il a notamment exposé ce qui suit :

- L'accident est survenu chez un individu qui présentait déjà des douleurs du poignet gauche depuis quelque temps, et qui semble avoir complètement décompensé une pseudarthrose du scaphoïde carpien avec une arthrose radio-carpienne débutante.
- L'intéressé dit qu'il a des douleurs permanentes, variables d'un jour à l'autre, pouvant s'exacerber sans raison particulière, même au repos. Objectivement, le tableau clinique est celui d'une main pseudo-paralytique et d'un poignet apparemment bloqué en extension physiologique, maintenu dans une sorte d' « attelle-cercueil », alors qu'il n'y a aucun signe réactif ou dystrophique local pouvant expliquer,

ne serait-ce que partiellement, cette situation. Une surcharge psychogène est donc certaine.

Le Dr G._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Lausanne, qui a mis en place un traitement de prise en charge des complications psychiatriques de l'affection somatique, a indiqué ce qui suit dans un rapport du 26 juin 2006 :

- L'assuré présente depuis de nombreux mois une symptomatologie dépressive marquée. L'état dépressif actuellement observable paraît intriqué avec un trouble somatoforme douloureux.
- Les diagnostics suivants ont été retenus : trouble dépressif majeur, épisode isolé, moyen ; trouble somatoforme douloureux. Ces deux troubles sont apparus dans les suites de l'accident.

L'assuré a séjourné du 9 janvier au 20 février 2007 à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: la CRR) à Sion. Le rapport du 20 mars 2007 des médecins du service de neurologie de cet établissement, qui reprend un consilium psychiatrique du Dr M._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin de la CRR, contient les passages suivants :

"Diagnostic primaire

- Réadaptation neurologique (Z 50.9)

Diagnostics secondaires

- Troubles moteurs dissociatifs de la main gauche (type clenched fist syndrom) (F 44.4)
- Trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22)
- Arthrose radiocarpienne gauche et pseudarthrose du scaphoïde gauche
(M 19.9)

[...]

Le diagnostic reste donc celui d'un syndrome conversif, connu dans la littérature sous le nom de « clenched fist syndrom ». En faveur de ce diagnostic, on retiendra l'aspect clinique, l'absence de raideur articulaire, la mobilisation normale sous anesthésie générale et l'absence d'explication physiopathologique autre. Ce diagnostic est renforcé par l'observation de la main durant le sommeil du patient, qui se détend et retrouve une position physiologique. Quoi qu'il en soit, le pronostic d'une telle pathologie, est décrit comme mauvais.

[...]

Face à cette pathologie rebelle d'origine psychiatrique, un bilan et une prise en charge spécialisés sont réalisés, qui confirment le diagnostic de troubles moteurs dissociatifs, auxquels se surajoutent des troubles de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (cf. consilium psychiatrique). Il est noté que de tels troubles sont relevés comme l'expression inconsciente de conflits intrapsychiques, souvent en lien avec des pulsions agressives intolérables, et qu'il n'y a pas d'élément orientant vers une simulation ou un trouble factice. Une prise en charge spécifique est initiée sous forme d'hypnose, que le patient poursuivra ambulatoirement. On relève dans ses antécédents diverses manifestations sous forme de « crises d'hyperventilation » ou de malaises bruyants, avec manifestations de type neurologique, telles que paralysie transitoire ou perturbation de l'état de conscience. Un tel trouble de conversion reste de pronostic réservé, avec tendance à la récurrence, mais une amélioration n'est pas exclue, chez un patient qui bénéficie de bonnes ressources d'apprentissage et d'une volonté authentique de réinsertion. Ce trouble interfère avec la capacité de travail, et peut justifier des mesures professionnelles, adaptées à l'usage restreint de sa main. Dans une telle activité, la capacité de travail actuelle pourrait être revue à la hausse.

Parallèlement une prise en charge par une approche physique est initiée, sous forme de physiothérapie et d'ergothérapie. Une mobilisation progressive est initiée, avec attelle et en fin de séjour, la mobilisation de la main semble beaucoup moins douloureuse. Cependant la main n'est pas fonctionnelle, et on ne note

pratiquement pas de mouvement volontaire. Un suivi ergothérapeutique est prévu à la Clinique Longeraie. La prise en charge en physiothérapie s'est orientée vers un reconditionnement physique global et sans autre limitation, l'indication à poursuivre ce traitement n'est pas retenue. On relèvera que le patient est autonome pour toutes les activités de la vie quotidienne.

Sur le plan médicamenteux, nous avons poursuivi un traitement antalgique de [...], le [...], qui a aussi un effet anxiolytique, a aussi été maintenu. Nous avons ajouté une médication myorelaxante de [...]. Notre psychiatre confirme l'utilité d'une médication antidépressive sous forme de [...] et d' [...].

Sur le plan professionnel, le patient a été évalué sur des périodes de 3-4 h. Sur une activité informatique, la rentabilité peut être qualifiée de normale, et le comportement est exemplaire. L'utilisation de sa main gauche se limite de temps en temps à une double touche. Jamais, il n'a pu démontrer un mouvement volontairement de son poignet, ni de ses doigts (cf. rapport des ateliers professionnels).

Actuellement le patient occupe une place de travail financée par la Suva et il est prévu un rendez-vous AI le 26.02.21007, nous retenons pour des raisons médicales psychiatriques citées précédemment et au vu d'un pronostic réservé quant à une évolution positive au niveau fonctionnel de la main, l'indication à un changement de profession. Dans une activité adaptée non contraignante, pour le poignet et la main gauches, une capacité à 50 % est retenue, avec un potentiel d'amélioration. Dans son ancienne activité bimanuelle d'électromécanicien, l'incapacité de travail est complète".

Le 24 août 2007, la CNA (Suva Lausanne, team prestations) a informé l'assuré que, selon les avis médicaux dont elle disposait, les suites de l'accident du 13 septembre 2004 étaient désormais stabilisées, de sorte qu'elle allait passer à la liquidation du cas et fixer la rente d'invalidité LAA (loi fédérale sur l'assurance-accidents). Toutefois, la CNA attendait de connaître la position des organes de l'assurance-invalidité.

B. L'assuré avait en effet, le 30 juin 2005, demandé des prestations AI. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (Office AI) a traité cette demande.

Par une décision du 16 septembre 2008, l'Office AI a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité, avec la motivation suivante :

"Depuis le 13 septembre 2004 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

Selon les renseignements en notre possession, vous travaillez en qualité d'ouvrier spécialisé en électricité chez S. _____ depuis le 1^{er} octobre 2000. Le 13 septembre 2004, à la suite d'une chute, vous avez présenté des incapacités de travail sans interruption notable.

A réception de l'ensemble des pièces relatives à l'instruction de votre demande, votre dossier a fait l'objet d'un examen approfondi par le Service médical régional. Du point de vue médical, nous constatons qu'à l'échéance du délai de carence en septembre 2005, vous présentiez des limitations fonctionnelles en relation avec votre atteinte à la santé. En effet, il fallait éviter le port de charge, les mouvements du poignet, les mouvements fins des doigts du pouce. D'autre part, à ce moment-là, vous ne dégagiez aucune limitation du point de vue psychiatrique.

En l'espèce, à l'échéance du délai de carence, au vu des limitations fonctionnelles décrites plus haut, nous constatons que l'exercice de l'activité habituelle n'est plus indiquée. Par contre dans une activité adaptée, votre capacité de travail exigible est de l'ordre de 100%. Pour déterminer votre degré d'invalidité, nous avons donc comparé le salaire que vous réalisiez sans atteinte à la santé à celui qui serait le vôtre dans une activité adaptée.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le

revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2004, CHF 4'588.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6 heures; La Vie économique, 10-2006, p.90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'771.52 ($CHF\ 4'588.00 \times 41,6 : 40$), ce qui donne un salaire annuel de CHF 57'258.24.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2004 à 2005 (+ 1% ; La Vie économique, 10-2006, p.91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 57'830.82 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité/catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 52'047.74.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible
sans invalidité CHF 73'260.00

avec invalidité CHF 52'047.74

La perte de gain s'élève à CHF 21'212.26 = un degré d'invalidité de 28.95%.

A l'échéance du délai de carence, vous présentez un degré d'invalidité de 29%, ce qui ne vous ouvre pas le droit à une rente mais à des mesures professionnelles. Vous avez dès lors bénéficié des mesures professionnelles de notre Office. Dans le cadre de celles-ci, nous avons pris en charge les frais de reclassement en qualité d'ordonnanceur toujours auprès du même employeur S._____ pendant la période du 7 novembre 2007 au 7 février 2008. Au cours des mesures professionnelles, vous avez présenté une aggravation de votre état de santé. D'un point de vue psychiatrique, vous présentez depuis le mois de janvier 2007, une incapacité de travail de 50%, raison pour laquelle la mesure professionnelle s'est déroulée à ce même taux.

Vous avez terminé votre formation pratique chez S._____ le 7 mai 2008 à votre satisfaction et celle de l'employeur. Nous vous avons encore octroyé des cours d'anglais nécessaires à l'exercice de votre nouvelle activité et cela jusqu'au 12 septembre 2008.

A l'heure actuelle, votre capacité de travail et de gain correspond à 50% et cela depuis le mois de février 2007.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:

sans invalidité CHF 75'600.00

avec invalidité CHF 37'800.00

La perte de gain s'élève à CHF 37'800.00 = un degré d'invalidité de 50 %.

Du fait que vous présentiez un degré d'invalidité de 29% depuis le mois de septembre 2005 selon le calcul de l'ESS, nous avons calculé votre invalidité moyenne sur douze mois.

Sur la base de ce qui précède, au mois d'août 2007, votre degré d'invalidité est de 40% au moins et ouvre le droit à un quart de rente (5 mois à 29% et 7 mois à 50% :12 = 41.25%). Vous avez dès lors droit à un quart de rente dès le 1^{er} août 2007 ainsi qu'à une

demi-rente basée sur un degré d'invalidité de 50% dès le 1 novembre 2007 (après trois mois d'aggravation).

Notre décision est par conséquent la suivante:

A partir du 1^{er} août 2007, le droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 41% puis, dès le 1^{er} novembre 2007, le droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 50% est reconnu (sous déduction des indemnités journalières versées pendant la mesure de reclassement)".

Cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours.

C. La CNA (Suva division prestations d'assurance, team ouest) a rendu le 23 septembre 2008 une décision fixant, en relation avec les séquelles de l'accident du 13 septembre 2004, une rente d'invalidité et une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Les éléments de calcul de la rente sont les suivants :

- salaire mensuel réalisable sans l'accident : 6'550 fr.
- salaire mensuel dans une activité adaptée : 4'650 fr.
- incapacité de gain : 29 %
- gain assuré : 73'215 fr. 50
- rente mensuelle, dès le 1^{er} mai 2008 : 1'415 fr. 50 (sans allocation de renchérissement).

La détermination du degré de l'incapacité de gain a été effectuée en tenant compte du fait que l'assuré, en dépit des séquelles de l'accident, restait à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition de ne pas devoir mettre à forte contribution le poignet lésé (activité de tri ou contrôle de produits manufacturés, surveillance de machines, portier, etc.). La décision retient par ailleurs que, outre les séquelles organiques de l'accident, des troubles psychogènes réduisent aussi la capacité de gain, mais ils ne sont pas en relation de causalité adéquate avec l'accident.

L'atteinte à l'intégrité, estimée à 15 %, a justifié l'octroi d'une indemnité de 16'020 fr.

D. L'assuré a formé opposition à cette décision.

La CNA (Suva secteur oppositions) a rendu le 12 décembre 2008 une décision rejetant l'opposition. Elle a considéré que le litige portait uniquement sur la question de savoir si les troubles psychogènes engageaient sa responsabilité selon la LAA, la décision entreprise étant pour le surplus déjà entrée en force (consid. 1). Elle a considéré, sur la base de la jurisprudence du Tribunal fédéral, que le lien de causalité adéquate faisait défaut. La motivation est *in extenso* la suivante, après le rappel des constatations médicales sur le plan psychiatrique (consid. 3a) :

"Cette surcharge psychique ne saurait toutefois engager la responsabilité de la Suva dès lors qu'il y a lieu, n'en déplaie à l'opposant, de rejeter tout lien de causalité adéquate entre les troubles litigieux et l'accident assuré. En effet, un examen attentif des critères jurisprudentiels topiques ne permet pas de considérer que le sinistre assuré, à considérer comme étant à la limite des accidents banals, ait pu avoir une influence déterminante dans l'apparition et le développement de la composante psychique affectant M. D._____. En premier lieu, l'accident n'était pas entouré de circonstances particulièrement dramatiques et ne revêt pas un caractère impressionnant, l'assuré ayant été victime d'une simple chute de sa hauteur après avoir glissé sur du sol mouillé. Contrairement à ce que soutient le conseil de l'opposant, la fracture du poignet gauche n'est pas survenue dans les suites directes de cette chute: celle-ci n'a fait que décompenser une pseudarthrose du scaphoïde (cf. protocole opératoire de la Permanence de Longeraie du 24.1.2005). Aussi, ne saurait-on considérer que l'intéressé ait présenté des lésions physiques graves ou de nature particulière, propres à entraîner des troubles psychiques. Le traitement, essentiellement à visée antalgique, n'a pas été anormalement long ou entaché d'erreurs entraînant une aggravation notable des séquelles accidentelles. L'on ne peut non plus retenir une durée et un degré importants de l'incapacité de travail due aux seules

atteintes physiques, M. D. _____ ayant travaillé, entre le 16 septembre 2004 et le 30 septembre 2007, pendant 34 jours à 31 %, 80 jours à 33 % et 712 jours à 39%. Enfin, si l'intéressé fait valoir des douleurs persistantes et multiples au niveau du poignet gauche, il faut convenir que celles-ci sont également entretenues par la surcharge psychique, présente déjà au début du mois de décembre 2004 (rapport du Dr A. [...] du 2.12.2004)".

E. L'assuré a recouru le 28 janvier 2009 contre la décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Ses conclusions tendent à ce qu'il soit mis au bénéfice d'une rente de la CNA fondée sur une invalidité d'au moins 50 %.

Il requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale afin de compléter les constatations de fait sur les points suivants : utilisation et sensibilité de la main gauche ; fréquence des troubles de conversion chez un travailleur manuel privé de l'usage de sa main ; influence de la pseudarthrose du scaphoïde sur la capacité de travail, si l'accident ne s'était pas produit.

Dans sa réponse du 10 mars 2009, la CNA conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Le recourant a déposé des déterminations le 28 avril 2009, en déclarant maintenir son recours et sa requête d'expertise.

La CNA s'est déterminée le 2 juin 2009, en maintenant également ses conclusions.

Le 11 mars 2010, le recourant a demandé au juge instructeur de la Cour des assurances sociales de reprendre l'instruction du dossier. Le juge instructeur lui a répondu, le 22 mars 2010, qu'il n'apparaissait pas que des mesures d'instruction complémentaires fussent nécessaires, et qu'un arrêt serait notifié ultérieurement et dans les meilleurs délais aux parties, pour autant que d'autres affaires plus anciennes ou plus urgentes le permettent.

Le 30 juin 2010, le recourant a requis qu'un jugement soit notifié jusqu'à fin septembre 2010.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents selon la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA - délai suspendu pendant les fêtes). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

2. Dans son acte de recours, le recourant fait en substance valoir que, sans l'accident, rien ne permet d'affirmer qu'il aurait subi une atteinte à la santé. Il faut en déduire que, selon lui, la totalité des atteintes dont il souffre, depuis l'accident de 2004, serait une conséquence de cet événement; cela vaudrait également pour le trouble de conversion, conséquence selon lui assez fréquente de ce genre d'accident (soit une chute sur un sol humide avec réception sur le poignet). En d'autres termes, il se plaint d'une mauvaise application des règles sur la causalité.

Toujours dans son acte de recours, il affirme ne plus pouvoir travailler à plus de 50 %, ni avec un rendement supérieur à 50 %. Il rappelle ses problèmes pour utiliser sa main gauche, et soutient qu'il fait le maximum possible, dans son nouveau poste de gestionnaire, au service toujours du même employeur. Il paraît enfin prétendre que dans la comparaison des revenus - pour déterminer le degré d'invalidité - on ne pouvait pas se référer au marché du travail en général pour estimer le salaire dans une activité adaptée (à plein temps), parce qu'il avait conservé un emploi dans la même entreprise.

Cela étant, dans ses déterminations, le recourant a précisé que la question litigieuse était essentiellement de savoir quel est le degré d'invalidité que l'assureur LAA doit reconnaître : s'agit-il de 29 %, degré d'invalidité « somatique » reconnu, ou au contraire 50 %, correspondant à ce qui a été retenu par l'assurance-invalidité, parce qu'il faudrait admettre qu'une part de l'invalidité serait également une conséquence adéquate de l'accident. L'exposé, ou la présentation des griefs, dans les déterminations, est plus clair que dans l'acte de recours lui-même. La contestation porte effectivement sur ce point, qui doit être traité d'abord (consid. 3 infra). La question, secondaire, de la détermination et du calcul du revenu d'invalidé - à savoir, selon la définition de l'art. 16 LPGA, le revenu que l'assuré pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré - devra être examinée ensuite, en fonction de la nature et du degré de l'invalidité dont l'assurance-accidents doit répondre (consid. 4 infra).

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident, professionnel ou non. Le droit à des prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement

possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1). Le juge tranche cette question de fait en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, en les appréciant selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine).

b) 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b).

Le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies. Il 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. Un rapport médical a une valeur probante pour autant 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 125 V 351 consid. 3a).

L'assureur-accidents est tenu, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010, consid. 3.3).

c) En l'espèce, des examens médicaux complets ont été effectués à la Clinique romande de réadaptation, où le recourant a séjourné plusieurs semaines. On ne voit aucun motif de s'écarter des constatations, ou diagnostics, des médecins de cette clinique, tant sur le plan somatique que psychiatrique. Du reste, les médecins traitants du recourant n'ont pas exprimé d'avis divergents, et le médecin d'arrondissement de la CNA a fait une appréciation concordante de la situation médicale.

La CNA a tenu compte des atteintes décrites au poignet et à la main gauches pour fixer la rente d'invalidité (et l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité, qui n'est pas discutée) ; elle a en effet déterminé l'activité raisonnablement exigible, au sens de l'art. 16 LPGA, en fonction de l'impossibilité d'utiliser véritablement cette extrémité pour le travail. On ne voit pas en quoi les avis médicaux retenus, sur le plan somatique, ne seraient pas probants. Sur ce plan, ce sont les mêmes données qui ont été prises en considération dans la décision de l'Office AI. Une nouvelle expertise médicale, afin d'obtenir d'autres renseignements sur la sensibilité et l'utilisation de la main gauche, apparaît clairement superflue, dans ces conditions.

Par ailleurs, comme la CNA ne prétend pas que le recourant aurait retrouvé, s'agissant de l'usage de sa main gauche, le « statu quo ante » ou le « statu quo sine », et qu'elle ne fait pas valoir qu'un autre assureur-accidents devrait allouer des prestations, mais qu'au contraire elle reconnaît une atteinte durable justifiant l'octroi d'une rente d'invalidité, on ne voit pas le sens d'investigations complémentaires au sujet de l'influence de la pseudarthrose du scaphoïde (soit l'absence de consolidation de deux fragments osseux après une fracture antérieure) sur la capacité de travail, indépendamment de l'accident litigieux. A cet égard également, l'expertise requise n'est pas nécessaire.

d) Sur le plan psychiatrique, la force probante des rapports médicaux figurant au dossier ne devrait en principe être évaluée, dans la présente procédure, que pour autant qu'il existe un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte. Cela étant, le recourant admet lui-même souffrir d'un trouble de conversion, ou trouble dissociatif, qui est une atteinte à la santé psychique (cf. classification CIM 10, code F44). D'autres diagnostics analogues ont été posés, notamment par le psychiatre traitant (trouble somatoforme douloureux).

aa) En ce qui concerne les troubles d'ordre psychique, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), 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'événement accidentel lui-même, en fonction de son déroulement.

Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et des troubles psychiques doit, ordinairement, être d'emblée niée. 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 :

- 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.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Dans les autres cas d'accident de gravité moyenne, il importe que plusieurs des critères objectifs développés par la jurisprudence se trouvent réunis ou revêtent une intensité particulière pour que le caractère adéquat des troubles psychiques de l'assuré soit admis (cf. ATF 129 V 402 consid. 4.4; 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140, 403 consid. 5c/aa p. 409 ; cf. aussi Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in SBVR Soziale Sicherheit, 2^e éd., p. 868).

bb) La CNA a rangé l'accident litigieux dans la catégorie « à la limite des accidents banals ». Elle ne l'a donc pas considéré comme insignifiant. Néanmoins, objectivement, si l'accident doit être qualifié comme étant de gravité moyenne, c'est à juste titre que la CNA a retenu qu'il se trouvait à la limite de la catégorie des accidents de peu de gravité. Dans ces conditions, il faudrait que plusieurs des critères énoncés ci-dessus soient clairement réalisés pour admettre le lien de causalité

adéquate. Or, comme cela est exposé dans la décision attaquée, à laquelle il y a lieu simplement de renvoyer sur ce point (voir le considérant topique reproduit dans la partie « faits », let. D), il est manifeste que tel n'est pas le cas. Le recourant prétend certes que, sur chaque point, l'appréciation de la CNA serait erronée ; mais il se borne en réalité à affirmer le contraire de ce que l'assurance a retenu (quant à la durée du traitement et de l'incapacité de travail, notamment), sans toutefois que ses critiques soient concluantes. En somme, sa situation ne présente pas un caractère de gravité tel que les conditions jurisprudentielles, restrictives s'agissant des accidents peu graves, puissent être considérées comme remplies. La CNA n'a donc pas violé le droit fédéral à ce propos.

e) Le recourant invoque encore l'art. 36 al. 2 LAA (voire « l'esprit » de cette disposition), qui a la teneur suivante : « Les rentes d'invalidité [...] sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé [...] [n'est] que partiellement imputable à l'accident. Toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain ». Or cette disposition ne justifie pas une autre solution que celle adoptée par la CNA. En particulier, elle n'impose pas un autre examen du caractère adéquat du lien de causalité, lorsque l'assuré est atteint de troubles somatiques et de troubles psychiques, qui représentent des atteintes à la santé distinctes (ATF 126 V 116).

4. Dès lors que la CNA, dans le cadre de l'assurance-accidents, ne doit répondre que des conséquences de l'atteinte somatique, on ne saurait prétendre qu'elle était tenue d'appliquer les mêmes critères que l'Office AI, pour la seconde période déterminante, soit après l'aggravation de l'état de santé sur le plan psychiatrique (incapacité de travail de 50 %).

S'agissant de la première période prise en considération par l'Office AI (avant cette aggravation), il y a lieu de remarquer que les éléments de calcul du taux d'invalidité, selon l'art. 16 LPGA, correspondent à ceux retenus par la CNA. Dans les deux cas, l'assurance concernée a fixé le revenu d'invalidité en se référant aux données

statistiques, en fonction de l'activité exigible compte tenu des seules limitations somatiques. Dès le 1^{er} novembre 2007, l'Office AI a retenu le salaire effectif perçu par le recourant chez S._____. Ce salaire ne correspond toutefois pas à la pleine mise en valeur de la capacité de travail résiduelle (hypothétique) faisant abstraction des troubles psychiatriques, de sorte que, en ce qui concerne l'assurance-accident, le revenu d'invalidé ne peut être évalué que sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Les griefs du recourant à propos de la détermination du revenu d'invalidé apparaissent dès lors mal fondés.

5. Il n'y a pas lieu de traiter, formellement, la requête tendant à ce qu'un jugement soit notifié jusqu'à fin septembre 2010. La date du jugement ne saurait être déterminée par les parties, sur la base d'une requête. Cela étant, la Cour de céans traite les affaires pendantes en fonction des nécessités de l'agenda et de sa charge de travail.

6. Il résulte des considérants qui précèdent que le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice (art. 61 let. a LPGA) ni d'allouer des dépens, l'assurance intimée n'y ayant pas droit en tant qu'organe chargé de rendre des décisions administratives dans le cadre de la LAA (cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 12 décembre 2008 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Philippe Nordmann (pour M. D. _____)
- Me Olivier Derivaz (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents).
- 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).

La greffière: