

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4089/2010

ATAS/849/2012

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 25 juin 2012**

**9ème Chambre**

En la cause

Monsieur B \_\_\_\_\_, domicilié c/o Me MARTIN Jean-Jacques,  
Place du Port 2, 1204 Genève, comparant avec élection de domicile  
en l'étude de Maître MARTIN Jean-Jacques

recourant

contre

CNA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002  
LUCERNE

intimé

**Siégeant : Florence KRAUSKOPF, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et  
Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur B\_\_\_\_\_, né en 1985, est assuré auprès de CNA Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA).
2. Le 14 octobre 2007, alors qu'il se trouvait en état d'ébriété, il s'est fait accompagner à l'extérieur par un videur d'un club de nuit à Zurich. Furieux d'avoir été expulsé, il a alors donné un coup de poing contre la surface vitrée de la cage d'ascenseur se trouvant devant la porte d'entrée du club. Celle-ci s'étant brisée, il a subi d'importantes lésions à la main gauche et à l'avant bras, à savoir un sectionnement de l'artère radiale, du nerf médian, de la branche superficielle du nerf radial, de plusieurs tendons et de la jonction musculotendineuse.
3. Par décision du 22 janvier 2008, l'assurance a pris en charge le sinistre, réduisant toutefois ses prestations en indemnités journalières de moitié, considérant que les agissements de l'assuré lors de l'accident devaient être qualifiés d'entreprise téméraire.
4. Lors de l'accident, B\_\_\_\_\_ suivait un apprentissage de plâtrier auprès de l'entreprise X\_\_\_\_\_, qui l'a licencié avec effet au 30 juin 2008. Ayant échoué aux examens, il ne peut être engagé comme plâtrier, mais uniquement comme manœuvre.
5. B\_\_\_\_\_ a pu quitter l'hôpital après deux jours, avec une attelle qu'il devait porter pendant quatre semaines. L'évolution a été, dans un premier temps, favorable. Il a suivi un traitement médicamenteux, de la physiothérapie et de l'ergothérapie. Sont toutefois apparues des allodynies, empêchant l'assuré, gaucher, d'utiliser sa main gauche. Les allodynies se caractérisent comme des douleurs provoquées par de légers effleurements ou stimuli de chaleur ou de froid. Elles peuvent provenir d'un écrasement nerveux irrémédiable (pièce ass. 69 p. 12 ass.).
6. Il est rapidement apparu que l'assuré n'allait plus pouvoir exercer l'activité de plâtrier. Dans le cadre de la procédure conduite par l'assurance-invalidité, il s'est ainsi vu octroyer des mesures professionnelles consistant en un stage d'orientation, prévu du 2 mars au 31 mai 2009.
7. Le 13 mars 2009, l'assuré a informé la CNA qu'il avait dû interrompre le stage en raison de douleurs importantes.
8. L'assuré a été hospitalisé à la Clinique romande de réadaptation du 10 au 23 juin 2009. Considérant que les thérapies proposées n'apportaient pas d'améliorations, le patient a interrompu son séjour auprès de cette clinique. Dans son rapport du 8 juillet 2009, cette dernière constate que l'incapacité de travail est toujours de 100% et que l'état de santé de l'assuré n'est pas stabilisé. Les douleurs neurogènes avec

allodynies pouvaient entrer dans le cadre d'un CRPS de type II. Une prise en charge semi-invasive devait être envisagée. L'évolution allait être difficile.

Lors d'un nouveau séjour auprès de la clinique précitée du 21 septembre au 15 octobre 2009, il a été constaté que le patient rencontrait des difficultés à dormir à cause du contact avec le drap sur la main gauche. Aucune solution n'avait par ailleurs été trouvée pour son habillement en hiver, son allodynie ne permettant pas de couvrir l'avant-bras. Il était ambivalent quant à une nouvelle intervention chirurgicale, préconisée par le chirurgien de la main, dès lors qu'il craignait la période post-opératoire (dépendance de tiers) et une nouvelle cicatrice. Le diagnostic de pseudonévrome du rameau superficiel du nerf radial était posé. Les traitements à la douleur n'apportaient que peu de soulagement. L'assuré était cependant centré sur la douleur et présentait plusieurs discordances dans les différentes évaluations. Le rapport de physiothérapie relève, en effet, que le patient intègre la main gauche dans les activités de la vie quotidienne, lorsqu'il est observé en dehors de situations de bilan ou d'évaluation.

Au terme d'un rapport détaillé, incorporant les conclusions résultant des différentes thérapies entreprises (physio-, ergo- et musicothérapie), du rapport du neurologue et des ateliers professionnels, il a été retenu que, dans une activité adaptée, ne sollicitant pas la main gauche, l'assuré pouvait travailler à 100%. Toutefois, une réintégration professionnelle paraissait difficile, le patient étant centré sur la douleur. Son état de santé était stabilisé.

9. Par courrier du 25 janvier 2010, la CNA a informé son assuré que, son état de santé étant stabilisé, elle allait verser ses prestations jusqu'au 31 mai 2010, afin de lui permettre de trouver seul ou avec le concours de l'AI un poste de travail adapté.
10. A la suite du projet de l'AI de verser à l'assuré une rente entière d'octobre 2008 à janvier 2010, la CNA a rendu, le 30 juin 2010, une décision de rente, retenant une incapacité de gain de 18% et une atteinte à l'intégrité de 23,50%.
11. Dans son rapport du 26 juin 2010, le Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main, a indiqué qu'un geste chirurgical (neurolyse) pouvait être envisagé pour diminuer la symptomatologie de la main.
12. Le 6 juillet 2010, l'assuré a appelé la CNA pour indiquer qu'il n'était pas d'accord avec la décision du 30 juin 2010. Se présentant le 9 juillet 2010 dans les locaux de la CNA, il a expliqué qu'il avait des sensations de brûlures très intenses qui lui rendaient la vie impossible. Cela l'empêchait de se concentrer et de suivre une conversation simple. Rien n'atténuait ses douleurs. En raison de celles-ci, il n'arrivait pas à vivre une vie normale. Les douleurs étaient insupportables; il n'arrivait pas à avoir une activité régulière. Le procès-verbal établi par la CNA mentionne sous "conclusions": "Pour toutes ces raisons, je ne suis pas d'accord avec

votre décision du 30 juin 2010 et je fais opposition pour préserver mes droits en attendant de pouvoir discuter avec mon avocat, Me Barth."

13. Par courriers des 2 septembre et 1<sup>er</sup> octobre 2010, la CNA a invité son assuré à motiver son opposition, attirant son attention sur le fait qu'à défaut celle-ci serait déclarée irrecevable.
14. Etant restée sans nouvelle de son assuré, la CNA a déclaré son opposition irrecevable, par décision du 27 octobre 2010.
15. Par acte expédié le 29 novembre 2010, l'assuré recourt contre cette décision, dont il demande l'annulation. Préalablement, il sollicite la suspension de la cause jusqu'à droit jugé dans la procédure AI pendante devant la Cour de justice (A/3128/2010). Principalement, il conclut à l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> juin 2010.
16. La CNA a répondu qu'elle ne voyait pas l'utilité d'une suspension, mais s'en rapportait à justice sur ce point. Comparant le revenu que l'assuré aurait réalisé sans accident avec celui qu'il pouvait obtenir dans cinq exemples d'activités à temps complet ne nécessitant pas de sollicitations particulières de la main gauche, la CNA a retenu une rente d'invalidité de 17,54%, arrondi à 18%. Elle concluait donc à la confirmation de sa décision de rente. Si l'opposition devait être déclarée recevable, il n'y avait pas lieu de lui renvoyer le dossier, les motifs présidant à sa décision ayant été exposés.
17. Par arrêt du 16 février 2011, la Cour de justice a renvoyé le dossier AI à l'administration pour complément d'instruction et nouvelle décision. Se fondant, s'agissant des troubles physiques du recourant, sur les avis du Dr L\_\_\_\_\_ et du SMR, elle a estimé que l'instruction du dossier devait être complétée, tant sur la sphère chirurgicale que psychiatrique.
18. Dans sa détermination, l'assuré a, notamment, signalé qu'il s'était cassé la main gauche le 7 mars 2011. Selon les certificats médicaux produits, il était définitivement incapable de travailler à 100%. A sa gêne physique s'était ajouté un trouble dépressif récurrent. L'AI était revenue sur sa décision et avait repris l'instruction du dossier. L'instruction complémentaire menée par cette assurance allait également être utile à l'appréciation faite par l'assurance-accident. Il convenait donc de suspendre la présente procédure.
19. La CNA a rétorqué qu'elle ne répondait pas des atteintes psychiques et a maintenu ses conclusions.

Par la suite, elle a encore précisé qu'elle avait refusé de prendre en charge les suites de l'accident du 7 mars 2011, dès lors que l'intéressé n'était plus assuré à ce moment. Cette décision n'a pas été contestée.

20. Par courrier du 27 mai 2011, le conseil du recourant a informé la Cour qu'il cessait d'occuper.
21. Le 8 août 2011, le Vice-Président du Tribunal de première instance a refusé le changement de mandataire professionnel sollicité par le recourant, au bénéfice de l'assistance juridique. L'ancien conseil du recourant a donc continué à suivre le dossier pendant la présente procédure.
22. Répondant à la question de la Cour de savoir si le patient avait subi l'opération envisagée et si l'état de santé de celui-ci était stabilisé, le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué, le 8 décembre 2011, que l'intervention n'avait pas eu lieu. D'une part, le patient n'avait pas été parfaitement compliant à la prise en charge médico-chirurgicale. D'autre part, l'évolution de l'état de santé du patient ne rendait plus nécessaire une opération. La fonction au niveau de la main du recourant était satisfaisante, hormis les douleurs qu'il présentait.
23. Par courrier du 20 décembre 2011, l'assurance a indiqué que l'attestation du Dr L\_\_\_\_\_ ne modifiait pas sa prise de position.
24. Dans son courrier du 9 janvier 2012, le conseil du recourant relève que le Dr L\_\_\_\_\_ n'aborde nullement les conséquences de l'accident de mars 2011. Par ailleurs, le projet de décision de l'AI du 8 décembre 2011 prévoyait une rente de 100% dès le 1<sup>er</sup> octobre 2008. Il apparaissait primordial de déterminer si les affections psychiatriques ouvrant le droit aux prestations de l'AI étaient les conséquences de l'accident de 2007. Il demandait donc l'apport du dossier AI.
25. Le 23 janvier 2012, la Cour a ordonné l'apport dudit dossier.
26. Les éléments suivants sont ressortis du dossier AI:
  - Selon le rapport du 4 mai 2011 des Drs M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ du Département de santé mentale et psychiatrie des HUG, l'assuré souffrait d'un épisode dépressif, sans précision, d'une personnalité émotionnellement labile, type impulsif et d'un trouble somatoforme, sans précision. Le rapport faisait suite à une deuxième hospitalisation non volontaire, en raison d'un comportement agressif et désorganisé. Le rapport relève que le patient a développé, depuis son accident, un trouble somatoforme douloureux avec un épisode dépressif marqué. La symptomatologie dépressive est associée à une importante projectivité ainsi qu'une dépendance à l'alcool et au cannabis. A la sortie, le patient était de thymie triste, anxieux. Il n'avait pas d'idées suicidaires et présentait des éléments de persécution de la part du personnel des HUG.
  - Le 7 juillet 2011, le recourant avait consulté en urgence le service. Il avait expliqué avoir eu des impressions cinesthésiques et entendu la voix d'un homme lui disant quelque chose qu'il n'avait pas compris, dans un contexte de solitude et de

crainte de vivre tout seul, sous consommation de cannabis. Il présentait un discours projectif et un délire de grandeur. Il s'était présenté aux urgences, car il souhaitait manger, prendre une douche et dormir au chaud. Le diagnostic posé est "depressive disorder NOS (311) et "personality disorder (301.9)".

- Dans son rapport du 11 octobre 2011, le Dr O \_\_\_\_\_, psychiatre auprès de la Clinique de Belle-Idée, retient les diagnostics de schizophrénie indifférenciée F 20.3 depuis juillet 2011, de troubles somatoformes F 45 depuis 2007 et de traumatisme au niveau du bras gauche depuis 2007. Le pronostic pouvait être bon à condition que le patient suive un traitement psychiatrique spécialisé et qu'il soit accompagné dans un processus de réintégration professionnelle. Depuis l'accident, il avait développé des troubles psychiatriques avec des décompensations d'ordre psychotique, des délires de persécution, mystiques et de revendications. Il avait également développé des troubles somatoformes douloureux et était devenu très projectif avec une dépendance à l'alcool et au cannabis. Le patient avait toujours refusé tout traitement et suivi médical en ambulatoire. L'adhésion aux soins avait toujours été faible. Au moment de la rédaction du rapport, l'assuré acceptait le traitement aux neuroleptiques et était motivé pour un suivi en ambulatoire. Il était envisageable, dans deux ans, qu'il exerce une activité adaptée à 50%, dans un milieu où le niveau de stress était faible.

- Dans son évaluation du 6 décembre 2011, le SMR constate qu'au trouble dépressif accompagné d'irritabilité est venue s'ajouter une schizophrénie indifférenciée F20.3 avec délire de persécution, mégalomane et mystique. Un traitement psychothérapeutique et médicamenteux devrait permettre d'améliorer l'état de santé, qui devait ensuite être réévalué. L'incapacité de travail était de 100%, dans toute activité.

27. Se prononçant sur les pièces de l'AI, la CNA a relevé que l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité reposait sur les troubles psychiques. Elle a rappelé avoir refusé la prise en charge de l'accident du 7 mars 2011, au motif qu'il n'était pas couvert.

28. Le recourant a souligné que l'accident du 14 octobre 2007 avait aggravé son état psychique; il se réfère à cet égard aux rapports des Drs P \_\_\_\_\_, Q \_\_\_\_\_, R \_\_\_\_\_, M \_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_ et O \_\_\_\_\_.

Selon le rapport des Drs R \_\_\_\_\_ et Q \_\_\_\_\_ du 16 avril 2010, le patient, hospitalisé de manière non volontaire sur certificat du Dr S \_\_\_\_\_, présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, un syndrome douloureux somatoforme persistant, un "trouble mental/du comportement sur dérivés du cannabis, syndrome de dép. utilisé act la drogue".

29. Par décision du 24 novembre 2011, le Tribunal tutélaire a prononcé la mise sous curatelle du recourant.

30. Dans le second échange d'écritures relatif au dossier de l'AI, la CNA a, derechef, contesté le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident de 2007. L'assuré a soutenu que ce dernier relevait de la catégorie des accidents dits moyens, que les séquelles étaient toujours visibles, les douleurs persistantes et que le traitement et l'incapacité de travail étaient particulièrement longs.
31. Le recourant a encore produit un certificat médical du 22 mars 2012 du Dr M\_\_\_\_\_, psychiatre auprès des HUG, indiquant que le patient souffrait d'une impotence définitive de la main gauche et d'une schizophrénie paranoïde. Cette dernière avait provoqué l'incapacité totale de travail.
32. Les parties ont ensuite été informées que la cause était gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).

Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Formé dans le délai et la forme prescrits, le recours est recevable (art. 60 et 61 let. b LPGA).

Le chef de conclusions préalable tendant à la suspension de la présente procédure jusqu'à droit juge dans la cause A/3128/2010 est devenu sans objet, dès lors que cette procédure a pris fin par l'arrêt de la Cour du 16 février 2011, d'une part. D'autre part, l'AI a rendu une décision d'octroi de prestations, devenue définitive.

3. Se pose en premier lieu la question de savoir si l'intimée pouvait déclarer l'opposition irrecevable au motif qu'elle ne contenait ni motivation ni conclusions et que l'assuré n'avait pas réagi dans le délai imparti pour compléter son opposition.
  - a. La jurisprudence ne pose pas de conditions élevées en matière de recevabilité d'un acte de recours (ATF n.p. C 161/2000 du 29 septembre 2000). Le fait que les conclusions ne ressortent pas expressément de l'acte de recours n'est pas en soi un motif d'irrecevabilité. Il suffit que la partie adverse et l'autorité de recours puissent

comprendre avec certitude les fins du recourant (ATF n.p. 681/2010 du 5 octobre 2010, consid. 2; 670/2010 du 28 septembre 2010, consid. 2; 391/2010 du 8 juin 2010, consid. 4). Le Tribunal fédéral a confirmé qu'il faut pouvoir déduire de l'acte de recours sur quels points et pour quelles raisons la décision entreprise est contestée, ce que le recourant demande et sur quels faits il entend se fonder. Une brève motivation est suffisante, à condition toutefois que les motifs avancés se rapportent à l'objet de la contestation (ATF n.p. 2A.143/2005 du 21 avril 2005).

- b. La décision du 30 juin 2010 comporte l'indication qu'à défaut d'opposition dans le délai de 30 jours dès sa notification, elle entre en force. Il est précisé "*une opposition peut être formée par écrit ou lors d'un entretien personnel; elle doit être motivée*". Le recourant a choisi la voie orale d'opposition. Il ressort du "procès-verbal d'opposition" rédigé par l'intimée, dans les locaux de laquelle l'assuré s'est rendu le 9 juillet 2010, qu'il avait des sensations de brûlures très intenses qui lui rendaient la vie impossible. Cela l'empêchait de se concentrer et de suivre une conversation simple. Rien n'atténuait ses douleurs. En raison de celles-ci, il n'arrivait pas à vivre une vie normale. Les douleurs étaient insupportables; il n'arrivait pas à avoir une activité régulière. Le procès-verbal établi par la CNA mentionne sous "conclusions": "Pour toutes ces raisons, je ne suis pas d'accord avec votre décision du 30 juin 2010 et je fais opposition pour préserver mes droits en attendant de pouvoir discuter avec mon avocat, Me Barth."

Contrairement à ce que soutient l'intimée, il ressort suffisamment clairement du procès-verbal du 9 juillet 2010 que le recourant n'acceptait pas la décision du 30 juin 2010. L'on comprend également à la lecture dudit document que le recourant considérait que la décision ne tenait pas suffisamment compte des atteintes à sa santé. Il n'était ainsi pas nécessaire de l'interpeller, ni de le menacer d'irrecevabilité s'il ne donnait pas suite à la demande de l'assurance de compléter son opposition. Certes, le recourant avait indiqué qu'il allait discuter avec son conseil. La question se posait ainsi tout au plus de savoir si après discussion avec celui-ci, le recourant souhaitait maintenir ou non son opposition. Il n'en demeure pas moins que le procès-verbal établi par l'intimée comporte suffisamment d'éléments pour retenir la recevabilité de l'opposition.

Le recours est donc bien fondé sur ce point. Dans la mesure où les parties se sont exprimées sur le fond du litige, il n'est pas besoin de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle traite l'opposition. La Cour peut donc examiner le fond du litige.

4. Est litigieux le droit à une rente entière d'invalidité du recourant. Le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'est pas contesté.
- a. Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. L'art. 8 al. 1 LPGGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée

permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2). En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. Un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur, car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (ATF 133 V 549 consid. 6; 131 V 362 consid. 2.2).

- b. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence 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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement 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 condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b).

Savoir si l'événement 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 l'assurance sociale (ATF 125 V 195 consid. 2; 121 V 47 consid. 2a; 208 consid. 6d). 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 129 V 181 consid. 3.1; 406 consid. 4.3.1; 119 V 338 consid. 1).

- c. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats

convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

- d. Le juge des assurances sociales 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 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3; 125 V 195 consid. 2).
5. En l'espèce, il ressort du dossier que le traitement des lésions à la main gauche est terminé et que subsistent des allodynies. Les parties ne divergent d'ailleurs pas sur ce point. Elles s'opposent toutefois quant aux questions de savoir quelles sont les répercussions de l'atteinte physique sur la capacité de travail du recourant, d'une part, et, d'autre part, si les troubles psychiques du recourant se trouvent en lien de causalité adéquate avec l'accident ayant causé les lésions physiques.

La Cour examinera d'abord les conséquences de l'atteinte physique sur la capacité de travail du recourant.

- 6.. Le rapport établi par la Clinique romande de réadaptation le 11 décembre 2009 pose un diagnostic clair, comporte une anamnèse, l'examen clinique de l'assuré et se fonde, en outre, sur les rapports de physiothérapie, de musicothérapie, de neuropsychologue, des ateliers professionnels et de l'ergothérapeute. Il tient compte des plaintes exprimées par le patient et comporte une discussion détaillée de l'état de santé de celui-ci. En particulier, le rapport discute les allodynies et les douleurs présentées par l'assuré. Enfin, le rapport parvient à la conclusion claire que dans une activité adaptée, qui n'exige pas l'utilisation de la main gauche, la capacité de travail est entière.

Il n'y a pas de motif de s'écarter de cette appréciation, dûment motivée et ne présentant pas de contradictions. Aucun élément au dossier ne vient d'ailleurs contredire le diagnostic posé ni les limitations fonctionnelles retenues. Par conséquent, la Cour retiendra que la capacité de travail du recourant, sur le plan physique, est de 100% dans une activité qui ne requiert pas l'usage de sa main gauche (dominante).

7. Doit encore être examinée la portée des atteintes psychiques, dont souffre le recourant. Celui-ci subit une incapacité de travail totale en raison de son état psychique. L'assurance conteste toutefois que celle-ci soit en relation de causalité adéquate avec l'accident d'octobre 2007. Il convient ainsi de vérifier si les conditions posées par la jurisprudence pour admettre l'existence du lien de causalité entre un accident et des atteintes psychiques sont remplies en l'espèce.
  - a. La jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles d'ordre psychique 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 exemple 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. Le degré de gravité d'un accident s'apprécie d'un point de vue objectif, en fonction de son déroulement; il ne faut pas s'attacher à la manière dont la victime a ressenti et assumé le choc traumatique (cf. ATF 115 V 133 consid. 6c/aa, 403 consid. 5c/aa). Ce qui est déterminant, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (ATF n.p. 8C\_77/2009 du 4 juin 2009, consid. 4.1.1).

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 (ATF n.p. 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 l'accident subi par un scieur dont la main gauche avait été prise dans la chaîne de la machine avec pour résultat une amputation de l'auriculaire, un annulaire douloureux et une atrophie des autres doigts (ATF n.p. U 5/94 du 14 novembre 1996), de même que celui dont a été victime un aide-serrurier avec une scie entraînant l'amputation des extrémités de deux doigts à la main droite et de trois doigts à la main gauche (ATF n.p. U 185/96 du 17 décembre 1996) ou encore l'accident ayant causé un raccourcissement du pouce phalangien d'un demi-centimètre et un index hypoesthésique (ATF n.p. U 25/99 du 22 novembre 2001 publié dans RAMA 2002 U 449 p. 53; pour une vue d'ensemble de la casuistique voir les ATF n.p. 8C\_175/2010 du 14 février 2011, consid. 4.3 et 8C\_77/2009 du 4 juin 2009, consid. 4.1.2).

Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants, au regard des seuls aspects physiques: 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.

A ce propos, il y a lieu de considérer qu'en cas d'accident de gravité légère ou moyenne, le fait d'être écarté du monde du travail pendant une très longue durée ou de manière durable apparaît d'un point de vue médical comme plutôt inhabituel. Conformément au principe de l'obligation de réduire le dommage, il doit être reconnaissable concrètement que l'assuré a entrepris tout ce qui était possible et exigible pour regagner aussi vite que faire ce peut le monde du travail. Ainsi, il doit tenter de reprendre son activité malgré les éventuels désagréments personnels et, le cas échéant, avec un accompagnement thérapeutique médical. Est dès lors déterminant non plus la durée de l'incapacité de travail, mais l'importance de l'incapacité de travail malgré les efforts consentis pour reprendre le travail.

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. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité adéquate soit admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1; 115 V 140 consid. 6c/aa, 409 consid. 5c).

- b. En l'espèce, l'assuré a subi un sectionnement de l'artère radiale, du nerf médian, de la branche superficielle du nerf radial, de plusieurs tendons et de la jonction musculotendineuse. Ces lésions ont pu être traitées, à l'exception de l'écrasement nerveux, qui provoque les allodynies. En comparaison aux cas les plus graves d'accidents de la main cités ci-dessus qui ont occasionné des amputations d'une partie des doigts et/ou du pouce, on doit retenir que les forces mises en jeu sur la main gauche du recourant au moment de l'accident étaient d'importance moyenne. Par ailleurs, au vu du déroulement de l'accident, provoqué par un geste agressif du recourant, qui en mesurait ainsi la force, ainsi que de la casuistique citée ci-dessus, il y a lieu de ranger l'accident d'octobre 2007 dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite inférieure.

S'agissant des circonstances de l'accident, il convient de tenir compte du fait que le recourant a lui-même donné un coup de poing contre une surface vitrée. Une telle surface est, selon le cours ordinaire des choses, susceptible de se briser et d'infliger par ses bris des lésions importantes. Le fait qu'à la suite du coup donné dans la vitre, celle-ci se soit brisée et l'ait blessé ne peut donc être considéré comme une circonstance particulièrement dramatique ou impressionnante.

Pour l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, la jurisprudence a nié que ce critère fût rempli notamment dans le cas d'un assuré dont le traitement médical du membre supérieur accidenté avait consisté en plusieurs opérations chirurgicales et duré 18 mois (ATF n.p. U 37/06 du 22 février 2007, consid. 7.3). En l'espèce, le recourant a pu quitter l'hôpital après deux jours, avec une attelle qu'il devait porter pendant quatre semaines. Il a suivi un traitement médicamenteux, de la physiothérapie et de l'ergothérapie. Le traitement a ensuite consisté à combattre les douleurs; il n'y a cependant pas eu de nouvelle intervention chirurgicale, même si celle-ci avait été envisagée pendant une certaine période. Différentes thérapies destinées à diminuer les douleurs ont encore été entreprises lors des deux séjours à la clinique de réadaptation. A la suite du second séjour à ladite clinique en octobre 2009, il a été constaté que l'état de santé physique du recourant était stabilisé. Le traitement médical n'a ainsi pas été caractérisé par des traitements continus spécifiques et lourds; le critère de durée et pénibilité requis par la jurisprudence n'est donc pas rempli (cf. ATF 134 V 109 consid. 10.2.3).

Par ailleurs, aucune erreur dans le traitement médical n'est à déplorer. En outre, aucune difficulté ou complication importante liée au traitement n'est apparue.

Les lésions physiques subies, à savoir un sectionnement de l'artère radiale, du nerf médian, de la branche superficielle du nerf radial, de plusieurs tendons et de la jonction musculotendineuse, ont pu être traitées. Seules demeurent les allodynies.

Celles-ci se caractérisent par des sensations de brûlure provoquées par de légers effleurements ou stimuli de chaleur ou de froid. Elles induisent ainsi des douleurs quasi permanentes, apparemment mal maîtrisées par la prise de médicaments. Les douleurs dont se plaint le recourant relèvent d'une certaine intensité. Il est atteint, de manière continue, dans la vie de tous les jours et ne peut, en raison des douleurs ressenties lors de l'effleurement d'une partie de la main gauche, utiliser cette dernière que de manière limitée. Le rapport de la Clinique de réadaptation relève cependant que le recourant est centré sur la douleur et présente plusieurs discordances dans les différentes évaluations.

S'agissant du critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail, le Tribunal fédéral a mis l'accent sur l'importance de celle-ci, que l'assuré ne parvient pas à surmonter malgré les efforts reconnaissables qu'il a déployés pour travailler. En l'espèce, une pleine capacité de travail a été retenue lors du second séjour à la

Clinique de réadaptation en octobre 2009, dans une activité adaptée. La durée de l'incapacité de travail liée aux séquelles physiques (environ deux ans) a été relativement longue. Il n'apparaît cependant pas que le recourant ait par la suite tenté de reprendre une quelconque activité. Le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail est ainsi rempli, étant précisé que son importance est faible.

En conclusion, deux critères sont remplis en l'espèce, à savoir le degré et la durée de l'incapacité de travail liée aux séquelles physiques ainsi que les douleurs persistantes ressenties du fait de l'allodynie. Seules ces dernières revêtent une importance particulière. Elles perdurent depuis l'accident. Elles n'empêchent cependant pas toujours le recourant d'utiliser sa main gauche, comme la relevé la Clinique de réadaptation, qui a observé plusieurs discordances dans les différentes évaluations entre les douleurs allégués et les gestes effectués. Il s'ensuit que les deux critères retenus ne revêtent pas une intensité telle qu'ils suffisent à rendre vraisemblable de manière prépondérante le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident de 2007, ce d'autant moins que ce dernier se trouve à la limite inférieure des accidents de gravité moyenne.

Partant, le droit aux prestations de l'intimée est limité aux seules séquelles physiques.

8. Le recourant ne critique pas les paramètres retenus par l'intimée pour établir le degré d'invalidité, à savoir le revenu de 4'594 fr. par mois qu'il pourrait réaliser dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, et celui qu'il réaliserait s'il n'avait pas subi l'accident, soit un revenu mensuel de 5'572 fr., de sorte que la Cour n'y reviendra pas. Au demeurant, les montants précités correspondent aux indications fournies par l'ancien employeur du recourant, respectivement les employeurs figurant sur les feuilles comportant la description des postes de travail.
9. En définitive, le recourant obtient gain de cause dans son recours contre la décision déclarant son opposition irrecevable, mais succombe en ce qui concerne la décision du 30 juin 2010, qui se rapporte au fond. Représenté par un conseil, il se voit ainsi allouer une indemnité réduite de 1'500 fr. à titre de dépens, à charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGa).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa).

\* \* \*

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement et annule la décision du 27 octobre 2010.
3. Confirme la décision du 30 juin 2010.
4. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Brigitte BABEL

Florence KRAUSKOPF

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le