

EN FAIT

1. Monsieur M_____ N_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), d'origine irakienne, né en 1976, est arrivé en Suisse en décembre 1998 en tant que requérant d'asile. Après avoir divorcé de sa première épouse restée en Irak, il s'est marié en Suisse en 2000. Il a travaillé comme plongeur de 2000 à 2001, puis comme portier-bagagiste de septembre 2001 à août 2003. Il travaillait en qualité d'agent de piste à l'aéroport pour X_____ depuis le 1^{er} novembre 2003 et était assuré auprès de la SUVA contre les accidents professionnels et non professionnels, lorsqu'il a été victime d'un accident durant la nuit du 4 au 5 septembre 2004.
2. Suite à bagarre entre une vingtaine de clients d'un établissement public, que le tenancier avait mis à la porte, plusieurs protagonistes se sont battus sur le trottoir à coup de bouteilles. Trois personnes ont été blessées à l'arme blanche, dont l'assuré. Celui-ci a subi un hématome de l'œil gauche, une plaie du cuir chevelu et il a reçu un coup de couteau à la main gauche ayant entraîné une plaie hypothénarienne gauche profonde.
3. La coupure à la main gauche a été suturée à l'Hôpital cantonal (HUG) le 5 septembre 2004. L'assuré a bénéficié d'un arrêt de travail jusqu'au 31 octobre 2004.
4. Alors qu'il se trouvait au poste de police le 25 octobre 2004, l'assuré est tombé sur son bras droit et a été hospitalisé aux HUG du 29 octobre au 1^{er} novembre 2004. Selon le rapport de sortie, l'évolution de la main et de l'avant-bras droit est favorable et les médecins proposent un contrôle en chirurgie dans quatre semaines, y compris pour la lésion de la main gauche datant d'août 2004 (recte : septembre 2004).
5. Le 13 janvier 2005, l'assuré a déclaré à la SUVA qu'il n'existait plus de séquelles significatives, le traitement étant terminé. Il a déclaré le 21 avril 2005 qu'il n'avait plus aucune séquelle au niveau du bras droit, ce qui n'était pas le cas de la main gauche, car il avait mal et n'avait aucune force, étant dans l'attente d'un rendez-vous à la clinique de chirurgie de la main. L'assuré percevait alors des indemnités de chômage versées jusqu'en avril 2007.
6. En raison de paresthésies douloureuses et/ou d'adhérences, l'assuré a ensuite été opéré le 6 juin 2007 sous forme d'une neurolyse de la branche sensitive du nerf ulnaire de la main gauche.
7. L'assuré est séparé de son épouse depuis août 2006. Selon le jugement de divorce du 12 mars 2010, il a changé de nom le 10 novembre 2008 et s'appelle désormais M_____. L'assuré a travaillé en qualité d'aide de cuisine pour le restaurant Y_____ du 1^{er} juin 2008 au 30 avril 2009, puis il a été au chômage.

8. Le 22 mars 2010, l'assuré a annoncé à la SUVA, par l'intermédiaire de sa caisse de chômage, une rechute intervenue en février 2010. Suite à un choc de la main gauche sur le coin d'une table ayant touché la cicatrice le 2 février 2010, le diagnostic de nevrone - allodynie de la branche sensitive du nerf ulnaire de la main gauche a été posé par le Dr A_____, médecin spécialiste de l'unité de chirurgie de la main des HUG. Une infiltration a été pratiquée. L'assuré a été déclaré incapable de travailler à 50% dès le 2 février 2010.
9. L'évolution a montré qu'un territoire hyperalgique et sensible en regard de la main gauche persistait encore en novembre 2010 (Dr A_____). L'intervention chirurgicale prévue ne pouvait toutefois pas être effectuée aussi longtemps que l'assuré n'avait pas de domicile fixe.
10. L'assuré a été opéré le 15 mars 2011. L'intervention chirurgicale a consisté en une excision de névrone de la branche sensitive du nerf ulnaire gauche et en l'enfouissement intramusculaire des branches sensibles résiduelles, en ambulatoire, la SUVA ayant pris en charge quelques nuits dans un hôtel après l'opération.
11. L'assuré a été mis à l'arrêt de travail à 100% dès le 15 mars 2011.
12. Selon le Dr A_____, l'évolution a montré une amélioration partielle au niveau des douleurs et/ou des sensations d'engourdissement de la main, traitées par physiothérapie, gel en silicone, et divers médicaments (avis du 16 mai 2011). Le syndrome douloureux est en amélioration (avis du 12 août 2011). L'assuré ne présente plus de douleurs au repos, mais encore à la mobilisation (avis du 15 septembre 2011). Le médecin mentionne qu'une adaptation du poste de travail est nécessaire et qu'un dommage permanent, sous forme d'un syndrome douloureux persistant, est à prévoir.
13. Selon l'appréciation médicale du 21 septembre 2011 de la Dresse B_____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, une évaluation globale à la clinique romande de réadaptation (CRR) est nécessaire, pour évaluer le phénomène douloureux ainsi que les capacités de travail résiduelles de l'assuré.
14. L'assuré a été hospitalisé à la CRR du 5 au 31 janvier 2012. Durant le séjour, l'assuré a été soumis à un examen clinique, a suivi un programme d'ergothérapie comprenant des traitements individuels et en groupe. En physiothérapie, il a suivi un programme de renforcement global. Une auto-évaluation des capacités fonctionnelles a été réalisée, avec des efforts insuffisants et un niveau de cohérence faible. L'assuré a participé aux ateliers professionnels à raison de deux heures dans des activités légères à moyennes, avec un rendement de 50 à 60 %, sa participation ayant été moyenne. Le consilium psychiatrique réalisé a retenu un probable trouble de la personnalité passive-agressive et un trouble de l'adaptation avec prédominance de colère et de revendications. Il persiste des douleurs en regard de la cicatrice dont l'importance de l'intensité et du retentissement ne correspond pas aux

observations objectives faites durant le séjour. La situation paraît stabilisée sur le plan médical et l'assuré a rendez-vous, à la sortie, avec le Dr A_____ le 23 février 2012. On doit s'attendre à ce que l'assuré récupère une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, les limitations étant le travail répétitif en force avec la main gauche et le travail au froid. Toutefois, en raison essentiellement du contexte psychosocial complexe et d'une auto-évaluation élevée du handicap, on doit s'attendre à des difficultés de reprise d'une activité professionnelle. A la sortie, la CRR établit un certificat d'arrêt de travail valable jusqu'à la prochaine consultation du Dr A_____ du 23 février 2012, à réévaluer par ce dernier. Le rapport d'atelier relève des incohérences dans les limitations de l'assuré et estime qu'il dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée avec au maximum, une diminution de rendement de 20% dans le travail à l'atelier (rapport du 21 février 2012 des Dr C_____, médecin interne et D_____, rhumatologue).

15. Selon le rapport d'examen du 23 mai 2012 de la Dresse B_____, l'assuré n'utilise pas sa main et son bras gauches qu'il garde contre le corps durant la consultation et qu'il n'utilise pas pour se déshabiller. Toutefois, la main gauche est de trophicité, de couleur et de chaleur normales. La cicatrice est calme, la flexion-extension des poignets, l'inclinaison radiocubitale et la prosupination sont symétriques. La palpation de la zone cicatricielle crée des nausées et des sensations électriques et le patient est obligé de se coucher sur le lit d'examen. Il existe une zone hyposensible sur la face dorsale de la main gauche au niveau de D4 et D5 et tous les mouvements de la main gauche sont exécutés avec une extrême lenteur. Ainsi, l'examen clinique ne montre qu'une hypersensibilité au toucher de la cicatrice de l'hypothenar gauche. Il faut relever une pseudo "hemi négligence du membre supérieur gauche" chez un gaucher. Toutefois, au vu des remarques faites sur la participation à la collaboration et l'estimation de soi de l'assuré lors du séjour à la CRR, ainsi que les troubles probables de la personnalité de l'adaptation avec revendication, la réintégration au travail comme l'exigibilité sont difficiles à faire accepter au patient. Sur le plan de l'exigibilité, l'assuré peut travailler à 100 % dans un emploi adapté, avec limitations pour les activités répétitives et/ou en force de la main gauche, ainsi que les activités au froid.
16. Par pli du 1^{er} juin 2012, la SUVA a annoncé à l'assuré qu'elle mettrait un terme au paiement de soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 octobre 2012, sous réserve d'un contrôle médical bi ou trisannuel durant 3 ans et médicamenteux durant 1 an.
17. Selon le registre de l'office cantonal de la population, l'assuré a en effet changé de nom en 2008 et s'est remarié avec une compatriote irakienne en septembre 2012.
18. Par décision du 12 novembre 2012, la SUVA a refusé à l'assuré tout droit à une rente d'invalidité, étant donné qu'il n'y avait ni handicap important, ni perte de gain

due à l'accident et tout droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, car l'accident n'a pas entraîné d'atteinte importante et durable à l'intégrité physique, mentale ou psychique.

19. L'assuré a formé opposition le 29 novembre 2012 et l'a motivée le 31 décembre 2012. En substance, il fait valoir que tant la CRR que le Dr A_____ ont retenu qu'il était totalement incapable de travailler après sa sortie de la CRR, de sorte que l'avis du médecin-conseil de la SUVA, qui n'a pas procédé à une expertise médicale en bonne et due forme et n'expose pas en quoi la situation médicale aurait changé, ne permet pas de s'écarter de celui des autres médecins. Au demeurant, même le médecin-conseil de la SUVA a signalé une baisse de rendement d'au moins 40 % dans les activités adaptées aux limitations fonctionnelles, de sorte que l'intéressé est manifestement atteint d'une incapacité de travail d'au moins 40 %. Il conclut à l'annulation de la décision, à l'octroi d'une rente d'invalidité LAA à 100 % depuis le 23 février 2012 ou d'indemnités journalières, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise médicale indépendante.

20. Par décision sur opposition du 25 janvier 2013, la SUVA a rejeté l'opposition dans la mesure de sa recevabilité. En premier lieu, la SUVA ayant versé des indemnités journalières jusqu'au 31 octobre 2012, il ne peut y avoir de versement d'une rente jusque-là. En second lieu, le fait que le médecin traitant ait continué d'attester d'une totale incapacité de travail au sortir de la CRR ne saurait dénier entière valeur probante à l'avis concordant de l'ensemble des médecins de la CRR, qui ont affirmé qu'objectivement, on pouvait s'attendre à ce que l'assuré récupère une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations retenues, soit les activités en force avec la main gauche et le travail au froid. Les conclusions de la Dresse B_____ corroborent celles des médecins CRR. La SUVA commente encore le calcul du taux d'invalidité et précise que le revenu sans invalidité a été fondé sur l'activité dans la restauration, exercée plus longuement par l'assuré, ce que l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a aussi retenu. Il ne se justifie pas de tenir compte, au titre de gain présumable perdu ou gain de valide, du salaire réalisé comme agent de piste à l'aéroport, qui serait de 60'710 fr. en 2012, car l'assuré n'a pas fait partie du personnel de X_____ qui a basculé dans celui de Z_____ avec les nouvelles conditions salariales et que, au moment de l'accident, il avait été libéré de ses fonctions au sein de l'entreprise. La comparaison du gain présumable perdu dans le restaurant comparé au revenu d'invalidité implique un préjudice qui n'atteint pas le seuil légal de 10 % pour reconnaître un droit à une rente d'invalidité.

21. Par décision du 14 février 2013, l'OAI a octroyé à l'assuré une demi-rente du 1^{er} février au 30 mai 2011 puis une rente entière du 1^{er} juin 2011 au 31 mai 2012. La décision précise que l'assuré est à nouveau pleinement capable de travailler dès le 23 février 2012, raison pour laquelle la rente est supprimée trois mois après

l'amélioration durable de la capacité de travail. Cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours.

Il ressort du dossier de l'OAI que la décision est fondée notamment sur l'avis du SMR du 23 août 2012, qui reprend les conclusions de la CRR et retient donc que la situation médicale est stabilisée, de sorte que l'assuré dispose d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée depuis sa sortie de la CRR le 23 février 2012. S'agissant du calcul du taux d'invalidité, l'OAI a retenu le salaire 2008 réalisé auprès de Y_____ par l'assuré, soit 3'800 fr. par mois. Réactualisé à 2011 le salaire sans invalidité a ainsi été fixé à 47'322 fr. Le revenu avec invalidité est fondé sur ESS 2010, TA1, général niveau 4, réévalué à 2011, soit 61'733 fr. L'assuré étant jeune, avec un permis C, une pleine capacité de travail dans un poste adapté, sans un grand nombre d'année de service, aucune réduction supplémentaire n'a été retenue. Le taux d'invalidité est donc de 0.

Au surplus, le dossier de l'OAI contient les pièces suivantes:

- a) Rapport du Dr A_____ du 17 novembre 29011, qui prévoit une reprise de la capacité de travail à 50% dès janvier 2012, les suites de l'intervention de mars 2011 étant favorables, avec une quasi disparition des douleurs à la mobilisation de la main gauche;
 - b) Rapport du SMR du 23 août 2012, qui se rallie aux conclusions de la CRR et retient une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée sans activités répétitives de la main gauche et sans travail au froid;
 - c) Attestation non datée mais produite le 9 octobre 2012 du Dr A_____, qui relève que, malgré plusieurs interventions, il persiste une incapacité à porter des charges lourdes avec la main gauche et, pour les charges légères, il existe une fatigabilité. Cette situation est inchangée depuis janvier 2012 de sorte qu'il demande que son patient soit mis au bénéfice de mesures professionnelles.
22. Par acte du 25 février 2013, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition de la SUVA. Il conclut, préalablement, à ce qu'une expertise médicale soit mise sur pied et, principalement, à l'annulation de la décision et à la reprise des indemnités journalières, subsidiairement à une rente d'invalidité par la SUVA à 100 %, dès le 1^{er} novembre 2012. Il conteste le fait que les médecins de la CRR et la Dresse B_____ aient émis un avis concordant, la CRR admettant une totale incapacité de travail et une diminution de rendement. Compte tenu du fait qu'il est gaucher, qu'il a toujours travaillé de ses mains, qu'il n'est ni érudit ni francophone, aucune activité adaptée n'a été déterminée. Il faut constater en tout cas, une perte de gain absolue de 40 % puis déterminer si une activité adaptée est exigible.
23. La SUVA a déposé son mémoire de réponse le 10 mai 2013. Elle conclut au rejet du recours. L'objet du litige porte sur la stabilisation de l'état de santé et le refus

d'une rente d'invalidité, le refus d'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité n'ayant pas été contesté par le recourant. Les médecins de la CRR ont retenu que la situation était stabilisée sur le plan médical et que l'assuré devait pouvoir récupérer une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Seule une hypersensibilité au toucher de la cicatrice gauche était relevée lors de l'examen de la Dresse B_____. L'exigibilité a donc été fixée par ces médecins et les simples attestations d'incapacité de travail émises par son médecin traitant, au-delà du 23 février 2013, sans motivation, ne sauraient remettre en cause les conclusions des médecins de la CRR. Une expertise est donc superflue. Même si l'on tenait compte du gain présumable comme agent de piste de 60'710 fr., le préjudice économique n'attendrait pas non plus le seuil légal de 10 % pour reconnaître un droit à une rente d'invalidité.

24. Par pli du 10 juin 2013, l'assuré a fait valoir des observations complémentaires. Il relève que le rapport de la CRR retient un rendement qui oscille entre 50 et 60 %, que les médecins ont indiqué que c'était seulement s'il récupérerait une pleine capacité de travail avant le 15 mars 2012, qu'il devrait s'annoncer aux services sociaux de sa commune, de sorte que la CRR ne retient pas qu'il dispose d'une pleine capacité de travail.
25. Le dossier de l'OAI requis par la Cour a été mis à disposition des parties pour consultation et éventuelles observations.
26. L'assuré a indiqué le 28 août 2013 qu'il n'avait pas de détermination complémentaire à formuler.
27. La SUVA a confirmé le 20 septembre 2013 ses précédentes conclusions, le dossier de l'OAI n'amenant pas d'élément susceptible de modifier sa position.
28. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît 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).

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

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée est fondée à refuser une rente d'invalidité à l'assuré et singulièrement, sur la capacité de travail de celui-ci dans une activité adaptée.
5. a) Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

b) Les prestations de l'assurance-accident incluent le traitement médical (art. 10 LAA), l'octroi de moyens auxiliaires en cas de perte d'une fonction (art. 11 LAA), des indemnités journalières lorsque l'assuré est incapable de travailler suite à un accident (art. 16 LAA), une rente d'invalidité si l'assuré est invalide à 10% au moins (art. 18 LAA), ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité selon les tables en vigueur (art. 24 LAA).

c) Selon l'art. 18 al. 1^{er} LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. L'art. 8 al. 1 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Aux termes de l'art. 7 al. 1^{er} LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'al. 2 de cette disposition précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

d) Le revenu que pourrait réaliser l'assuré sans invalidité est en principe établi sans prendre en considération les possibilités théoriques de développement professionnel

ou d'avancement, à moins que des indices concrets rendent très vraisemblable qu'elles se seraient réalisées. Cela pourra être le cas lorsque l'employeur a laissé entrevoir une telle perspective d'avancement ou a donné des assurances dans ce sens. En revanche, de simples déclarations d'intention de l'assuré ne suffisent pas; l'intention de progresser sur le plan professionnel doit s'être manifestée par des étapes concrètes, tels que la fréquentation d'un cours, le début d'études ou la passation d'examens (RAMA 2006 no U 568 p. 67 consid. 2 ; ATF non publié 8C_938/2009 du 23 septembre 2010, consid. 6.2).

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 76 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321). Le revenu de l'activité raisonnablement exigible, il doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré et structuré offrant un éventail d'emplois diversifiés. Il s'agit donc d'une notion théorique. Lorsque l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative, la comparaison peut se faire au moyen de tables statistiques (ATF 126 V 76 consid. 3a/bb et les références) ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) (ATF 129 V 472).

e) Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

6. 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). Depuis le 1^{er} janvier 2003, la définition de l'invalidité est uniformément codifiée à l'art. 8 al. 1 LPGA selon lequel est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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. En aucune manière 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 (cf. ATF 133 V 549 consid. 6, 131 V 362 consid. 2.2).

D'un autre côté l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée.

7. a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

b) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; ATF non publié 8C_923/2010 du 2 novembre 2011, consid. 5.2.).

8. Sauf disposition contraire de la loi, le juge des assurances sociales fonde 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 126 V 353 consid. 5b). En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
9. En l'espèce, il est établi par l'ensemble des rapports médicaux au dossier que l'état de santé de l'assuré est stabilisé en tout cas depuis la fin de son séjour à la CRR, le 31 janvier 2012, compte tenu du fait que l'on attend plus d'un traitement une amélioration significative de l'état du membre supérieur gauche. L'assuré ne produit à cet égard aucun avis médical qui suggérerait le contraire. Le Dr A_____ ne propose aucun traitement suite à la dernière intervention du 15 mars 2011 et confirme à l'OAI en octobre 2012 que la situation est inchangée depuis janvier 2012. C'est ainsi à juste titre que la SUVA a mis un terme au versement des indemnités journalières dès le 31 octobre 2012, date à partir de laquelle la question du droit à une rente d'invalidité doit être examinée. En conséquence, les conclusions du recourant tendant au versement d'indemnités journalières au-delà de cette date sont mal fondées.
10. S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré, ce dernier fait une lecture erronée des conclusions de la CRR, qui sont fondées sur une appréciation complète et sérieuse du cas, en tenant compte des constatations objectives et des plaintes et en discutant celles-ci en lien avec les constatations faites en atelier. S'il ressort en effet de l'évaluation en atelier que l'assuré n'a jamais dépassé un rendement de 60%, les médecins relèvent clairement que, du point de vue objectif, c'est-à-dire en tenant compte des plaintes qui peuvent être objectivées médicalement, l'assuré est apte à reprendre à 100% une activité respectant les limitations retenues (pas d'activité au froid, ni répétitives ou de force du membre supérieur gauche). Ils mettent en exergue, d'une part, le fait que l'assuré s'est autolimité dans l'accomplissement des activités en atelier et ils relèvent, d'autre part, les incohérences et contradictions entre les observations faites durant le séjour par rapport à l'importance et à l'intensité des douleurs exprimées. A titre d'exemple,

selon le rapport d'atelier, alors que l'assuré affirme ne pas pouvoir tenir une pince avec la main gauche, il maintient en place un massicot qui demande beaucoup de force avec la main gauche. Finalement, si la CRR a maintenu l'arrêt de travail jusqu'à la prochaine consultation chez le Dr A_____, c'est afin de laisser le soin au médecin traitant de décider de la suite à donner à cette situation et non pas une attestation de l'incapacité de travail à 100% de l'assuré. Les conclusions de la CRR sont donc claires et probantes: les deux médecins signataires du rapport retiennent donc une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Au surplus, le rapport de la Dresse B_____, qui est fondé sur un examen du patient et l'ensemble du dossier, relève que les constatations objectives, soit seulement une hypersensibilité de la cicatrice, n'expliquent pas l'impotence fonctionnelle de l'assuré. Au surplus, l'absence de différence de température, de couleur et de taille des membres supérieurs gauche et droit contredisent l'importance de cette impotence. Ses conclusions sont donc cohérentes et convaincantes.

Finalement, aucun rapport médical circonstancié ne vient contredire ces conclusions concordantes, qui ont également emporté la conviction de l'OAI. Le Dr A_____ continue certes à délivrer à son patient des certificats d'arrêt de travail, sans les motiver toutefois, ni contester l'avis de ses confrères et en admettant que l'assuré dispose d'une capacité de travail dans une activité adaptée, sans port de charge de la main gauche depuis janvier 2012, sans déterminer à quel taux.

C'est ainsi à juste titre que la SUVA s'est fondée sur les rapports médicaux précités pour déterminer que l'assuré était pleinement capable de travailler dans une activité adaptée. Compte tenu de la valeur probante de ces derniers, il ne se justifie pas d'ordonner une expertise.

11. L'assuré fait valoir que, en tant que gaucher, sans formation et non francophone, aucune activité adaptée à son handicap n'existe sur le marché de l'emploi. Ce grief tombe à faux, tant il est vrai que, du point de vue objectif, les seules limitations sont le port de charges de plus de 5kg, le travail répétitif de la main gauche et le travail au froid, ce qui permet notamment le travail de portier, activité déjà exercée par l'assuré, de gardien, dans l'industrie légère, la vente, etc. Au surplus, l'assuré ne conteste pas le calcul du taux d'invalidité effectué par la SUVA et l'OAI, qui retient le salaire réalisé lors de son dernier emploi dans l'hôtellerie-restauration, compte tenu du fait qu'il a travaillé moins d'un an pour X_____. Il n'a dès lors pas bénéficié de la revalorisation des salaires des employés lors de la reprise de leur activité par Z_____. Il s'avère au demeurant que, même en tenant compte du salaire qu'il aurait réalisé chez Z_____ en 2012, le taux d'invalidité n'atteint pas le seuil de 10%. La décision de refus d'une rente d'invalidité est donc bien fondée et l'assuré ne conteste pas le refus d'une IPAI.

12. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

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

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

Statuant

Préalablement:

1. Ordonne la rectification des nom et prénom du recourant, soit M_____.

A la forme :

2. Déclare le recours recevable.

Au fond :

3. Le rejette.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. 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

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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