

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 mars 2011

---

Présidence de M. MÉTRAL  
Juges : Mme Brélaz Braillard et Mme Pasche  
Greffière : Mme Berberat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.** \_\_\_\_\_, à Pully, recourant, représenté par Me Anne-Sylvie Dupont,  
avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 8, 16 LPG; 18 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A. a)** M.\_\_\_\_\_, né en 1978, travaillait depuis le 23 septembre 2006 en qualité de manœuvre de chantier auprès de l'entreprise de génie civil F.\_\_\_\_\_ à [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA).

Le 9 mai 2007, alors qu'il était occupé à changer le godet d'une pelleteuse, il a coincé son pouce gauche entre la tige de fixation et la pelle; ledit doigt a été arraché au moment où un collègue de travail, conducteur de la machine, a bougé le bras de la pelleteuse. Souffrant d'une sub-amputation à la hauteur du tiers distal de P1 D1 à gauche, avec persistance de continuité du long fléchisseur et importants dégâts vasculaires et cutanés, il a été transporté en ambulance à la Permanence de P.\_\_\_\_\_, où il a subi une intervention chirurgicale (revascularisation du pouce gauche) (D.8). Après une hospitalisation de 6 jours, l'assuré a pu regagner son domicile. Toutefois, en raison d'une souffrance vasculaire, il a été opéré les 15 et 16 mai 2007 (avec notamment une suture de l'artère collatérale radiale et tentative infructueuse d'amélioration du drainage veineux), puis à nouveau en date des 25 mai 2007 (greffe), 8 juin 2007 (nettoyage) et 10 juillet 2007 (cicatrisation), le pouce gauche ayant finalement dû être amputé au niveau P1-D1, après l'échec de la tentative de greffe. La CNA a pris en charge le cas et a donc garanti le versement des prestations légales d'assurance.

Compte tenu d'une sub-amputation du pouce gauche et d'un oedème à l'index gauche en aval de P1, l'intéressé a suivi une rééducation par le biais de séances de physiothérapie et d'ergothérapie. Le 11 février 2008, il a déclaré avoir noté une bonne progression de la mobilité et de la force de ses doigts tout en commençant à manipuler des objets avec son pouce amputé (D. 57). Au niveau psychique, souffrant d'un état de stress post-traumatique, il a été pris en charge par le Dr X.\_\_\_\_\_, chef de

clinique-adjoint au service de psychiatrie [...] et par Madame S.\_\_\_\_\_, psychologue dans le service précité (D.41).

L'employeur a résilié le contrat de travail de l'assuré par courrier du 13 mars 2008 avec effet au 31 mai 2008 (D.62), licenciement qui a toutefois été par la suite annulé par l'employeur (D.93).

Dans un rapport du 6 mai 2008 (D.66), le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive, chirurgie de la main, à la Clinique de P.\_\_\_\_\_, a qualifié l'évolution de problématique d'un point de vue somatique et de difficile, voire catastrophique du point de vue psychologique pour le patient. En effet, après les espoirs initiaux, la complication avait constitué pour le patient un véritable traumatisme psychologique dont il n'était à ce jour pas encore remis, raison pour laquelle il a été confié à un confrère psychiatre pour une prise en charge d'un syndrome de stress post-traumatique manifeste, puis d'un état dépressif réactionnel marqué. Sur le plan somatique, le Dr D.\_\_\_\_\_ a mentionné une très lente amélioration de la trophicité du moignon d'amputation du pouce, dont l'extrémité et les surfaces d'appui n'étaient certainement pas optimales, le rembourrage sous-cutané laissant à désirer.

Dans un rapport du 29 mai 2008 (D.70), le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement à la CNA, a posé le diagnostic d'amputation traumatique de D1 à gauche, à hauteur de P1 chez un patient droitier. Il a constaté que la pince moignon-index était encore possible et même avec une certaine force, alors qu'il y avait un petit déficit d'enroulement de D2. Dans ces conditions, le Dr H.\_\_\_\_\_ a considéré que l'activité de manœuvre n'était plus exigible. Par contre, toute activité mono-manuelle avec un emploi restreint du membre supérieur gauche, employé seulement en tant que soutien ou contre-appui était exigible à plein temps et à plein rendement. Le port de charges, ainsi que le travail exposé au froid devaient également être limités, la conduite automobile étant toutefois possible sans restriction. Le

Dr H.\_\_\_\_\_ a enfin estimé l'atteinte à l'intégrité subie du fait de l'accident survenu le 9 mai 2007 à 12.5 % (D.69).

Dans un rapport du 25 juin 2008 (D.79), le Dr X.\_\_\_\_\_, a retenu le diagnostic d'état de stress post-traumatique (F 43.1) en précisant ce qui suit :

"M. M.\_\_\_\_\_ présente un état anxio-dépressif aigu suite à l'amputation traumatique de son pouce. Au moment du premier entretien, le trauma occupe la quasi-totalité du discours du patient, et il ne parvient pas à investir les autres champs de sa vie, en particulier la grossesse de son épouse et l'arrivée prochaine de son enfant. Au terme de quatre entretiens d'investigation, il a été convenu d'un suivi psychothérapeutique, composé d'entretiens individuels hebdomadaires.

(...)

De façon générale, chaque événement survenant dans le quotidien provoque une résurgence d'angoisse, et les ruminations sont très envahissantes. Ce qu'il vit dans le suivi ergothérapeutique dont il bénéficie occupe une grande place dans les entretiens, en relation avec son sentiment d'atteinte de son intégrité corporelle et psychique. Emerge également une agressivité à l'égard des médecins de la clinique P.\_\_\_\_\_. Il est par ailleurs très inquiet de l'arrivée de l'enfant, et craint l'accouchement. Au moment où l'enfant naît, on note dans un premier temps une amélioration de son état, puis une rechute liée à son sentiment d'incompétence. Du fait de l'état de sa main, il se sent handicapé à s'occuper de son fils comme il le souhaiterait et à aider son épouse. Il est néanmoins depuis ce moment-là plus en contact avec son entourage.

Actuellement, nous avons augmenté le traitement de Citalopram à 40 mg par jour. Sous ce traitement, les éléments de flashbacks et de cauchemars s'atténuent sans disparaître totalement. Les symptômes dépressifs restent présents. Le pronostic est relativement réservé chez ce patient qui évolue peu après un an de traitement psychiatrique intégré. Il est clair qu'actuellement, la symptomatologie d'état de stress post-traumatique qui s'accompagne d'éléments dépressifs sévères est incompatible avec une activité professionnelle. Nous estimons cependant qu'une éventuelle réadaptation AI pourrait être envisagée, ceci également dans le but de redonner au patient une meilleure estime de soi".

**b)** Dans l'intervalle, soit en date du 27 novembre 2007, M.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de

l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) tendant à l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente.

Par projet de décision du 30 juillet 2008, l'OAI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité à l'assuré. Procédant à une comparaison des revenus avec et sans invalidité, l'OAI a considéré que la perte de gain s'élevait à 11 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à des mesures de réadaptation professionnelle et à une rente. L'intéressé a contesté le projet de décision précitée.

**c)** Dans un rapport ultérieur daté du 28 août 2008 (D.87), le Dr X.\_\_\_\_\_ a retenu en plus du diagnostic d'état de stress post-traumatique, celui d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. En effet, si une symptomatologie dépressive avait été attribuée dans un premier temps à l'état de stress post-traumatique, les événements récents (notamment projet de décision de refus de rente AI) permettaient de retenir une symptomatologie dépressive claire, soit une baisse de la thymie, une asthénie, une anhédonie, une abolie, une diminution de la concentration avec la difficulté à suivre un article dans le journal ou l'intrigue d'un film à la télévision. Le Dr X.\_\_\_\_\_ a également décrit une diminution de l'intérêt pour les activités de loisirs en couple ou seul, un ralentissement psychomoteur et une baisse de la libido. En raison de la gravité des symptômes, le Dr X.\_\_\_\_\_ a estimé qu'une activité professionnelle n'était pas encore exigible.

Le 5 février 2009, la CNA a informé l'intéressé qu'elle mettait fin au versement de l'indemnité journalière avec effet au 28 février 2009, tout en continuant à prendre en charge la physiothérapie et l'ergothérapie (D.103). La B.\_\_\_\_\_, assureur perte de gain, a versé à l'intéressé l'indemnité journalière en cas de maladie dès le 30 mars 2009, compte tenu d'un délai d'attente de 30 jours.

**d)** Par décision du 27 avril 2009, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 19 % dès le 1<sup>er</sup> mars 2009, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 12.5 % ascendant à 13'350 fr. (D.114). Par

décision sur opposition du 27 juillet 2009, la CNA a confirmé sa décision du 27 avril 2009, estimant que si la composante psychogène apparaissait en relation de causalité naturelle avec l'accident assuré, elle ne pouvait engager la responsabilité de la CNA, en raison de l'absence de causalité adéquate entre les troubles psychogènes et l'accident assuré. L'intimée a ainsi retenu que l'événement incriminé constituait un accident de gravité moyenne, que la lésion subie à la main gauche était de gravité relative, que le traitement n'avait pas été anormalement long ni entaché d'erreurs entraînant une aggravation notable, que l'on ne pouvait conclure à une longue incapacité de travail en raison de l'atteinte au pouce gauche et que les douleurs évoquées au niveau du moignon étaient avant tout en lien avec la température extérieure.

**B. a)** Par acte de son mandataire du 14 septembre 2009, M. \_\_\_\_\_ interjette recours contre la décision sur opposition de la CNA. Il conclut à l'admission du recours, principalement à la réforme de la décision entreprise, en ce sens qu'il doit être mis au bénéfice des prestations prévues par la LAA calculées sur un taux d'invalidité de 100 %, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée, le dossier devant être renvoyé à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Il confirme tout d'abord ne pas contester le taux de l'atteinte à l'intégrité fixé dans la décision du 27 avril 2009. Il estime en revanche avoir droit aux autres prestations LAA, calculées sur un taux d'invalidité de 100 %, ainsi qu'à la prise en charge des frais pour le traitement psychiatrique et les médicaments. Il soutient que l'intimée est dans l'erreur, puisqu'elle a retenu que les critères jurisprudentiels déterminants n'étaient pas remplis avec une intensité suffisante pour que le caractère adéquat du lien de causalité entre les troubles litigieux et l'accident soit admis. En effet, pour un ouvrier de la construction, le pouce est indispensable à l'exercice de la profession; il permet de faire une tenaille et de saisir des objets. Il annexe à son recours différents documents, notamment un courrier du 14 avril 2009, un certificat médical du 19 août 2009 et une lettre du 2 septembre 2009 établis par le Dr X. \_\_\_\_\_.

**b)** Dans sa réponse du 28 octobre 2009, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

**c)** Dans sa réplique du 3 février 2010, le recourant a produit un bordereau de pièces complémentaires, soit des correspondances avec la B.\_\_\_\_\_, ainsi qu'une expertise psychiatrique du 7 décembre 2009 réalisée à la demande de l'assureur précité par le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier a conclu que l'assuré ne présentait pas de comorbidité avant l'accident du 9 mai 2007 et qu'il ne faisait aucun doute que l'état anxio-dépressif dont il souffrait devait être mis en relation chronologique avec l'accident précité.

**d)** Dans sa duplique du 12 mars 2010, l'intimée a maintenu ses conclusions. Elle a certes constaté que l'expertise du Dr C.\_\_\_\_\_ faisait état du tableau clinique présenté par l'assuré. Toutefois, même si l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles actuels pouvait être admise, il n'en allait pas de même du lien de causalité adéquate, notion juridique sur laquelle l'expertise ne pouvait se prononcer.

### **E n d r o i t :**

**1.** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Interjeté le 14 septembre 2009, dans le délai légal de trente jours dès la

notification de la décision entreprise, le recours a été déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA).

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** Le litige porte sur la prise en charge du traitement psychiatrique suivi par le recourant et sur le point de savoir si celui-ci a droit à une rente LAA plus élevée en raison de son état psychique.

**a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. En vertu de l'art. 18 al. 1 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. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA).

**b)** L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose toutefois un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé.

L'exigence du lien de causalité naturelle 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. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 119 V 337 consid. 1).

Si l'on peut admettre qu'un 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 maladif antérieur 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*; TF U\_61/91 du 18 décembre 1991 consid. 4b [RAMA 1992 no U 142 p. 75]; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2<sup>e</sup> éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 80 p. 865). 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*»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb, pp. 340 ss; TF U\_215/97 du 23 février 1999 consid. 3b [RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv.]). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré.

**c)** En l'espèce, la causalité naturelle n'est pas vraiment litigieuse et il convient de l'admettre compte tenu des rapports médicaux au dossier (en particulier : rapport du 29 mai 2008 du Dr H. \_\_\_\_\_; rapports des 25

juin et 28 août 2008 du Dr X.\_\_\_\_\_, rapport du 7 décembre 2009 du Dr C.\_\_\_\_\_).

**3.** Il convient à présent de déterminer s'il existe un lien de causalité adéquate entre l'événement du 9 mai 2007 et les troubles psychiques présentés par le recourant.

**a)** Selon la jurisprudence, il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 p. 181 et la référence), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (ATF 123 V 98 consid. 3 p. 100 ss et les références; TF 8C\_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1). Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime, la jurisprudence a posé plusieurs critères. 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. L'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques consécutifs à l'accident doit, en règle générale, être niée d'emblée, tandis qu'elle doit être admise en cas d'accident grave. 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. 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 soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140, 403 consid. 5c/aa p. 409).

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 (TFA 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 (TFA 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 (TFA 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 (TFA U 25/99 du 22 novembre 2001 publié dans RAMA 2002 U 449 p. 53; pour une vue d'ensemble de la casuistique : TF 8C\_77/2009 du 4 juin 2009, consid. 4.1.2).

**b)** En l'occurrence, l'assuré devait changer le godet d'une pelleuse. Pour cela, il devait enlever le rivet métallique qui maintenait cet ustensile au bras mécanique de la pelleuse. Au moment où il effectuait cette opération, la machine s'est mise en marche, le bras mécanique se dirigeant vers lui, bloquant sa main dans mécanisme, le godet tombant au sol. L'assuré portait un gant, mais s'est néanmoins vu arracher une partie du pouce gauche, au niveau du tiers distal de la phalange basale. Il s'agit d'un accident de gravité moyenne au sens de la jurisprudence, qui a certainement été choquant pour l'assuré, mais sans que le critère des circonstances particulièrement impressionnantes ou dramatiques, au sens de la jurisprudence, soit établi. Il n'y a pas lieu de penser que la vie de l'assuré aurait été directement mise en danger, contrairement à ce que mentionne le Dr X. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 2 septembre 2009. Les détails sur le déroulement de l'accident, qu'il relate pour la première fois dans ce rapport établi près de deux ans et demi après cet événement, ne ressortent ni des entretiens d'inspecteurs de sinistre de l'intimée avec l'assuré, ni des rapports médicaux établis antérieurement. On ne peut donc pas tenir pour établi que le risque de tomber dans une fosse de sondage ou de subir des blessures à la tête ou au thorax, avec dans l'un ou l'autre cas un danger pour la vie, aurait été concret ou immédiat au point que le critère des circonstances particulièrement impressionnantes ou dramatiques serait rempli dans le cas d'espèce.

En ce qui concerne le critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques, la jurisprudence l'a parfois considéré comme rempli dans le cas de travailleurs manuels qui perdaient, en tout ou dans une large mesure, l'usage d'une main, mais en précisant que cette pratique ne pouvait pas revêtir un caractère systématique et qu'il convenait, dans chaque cas, de prendre en considération l'ensemble des circonstances (TFA U 25/99 du 22 novembre 2001 consid. 4b). In casu, le recourant a, certes, perdu une partie de l'usage de sa main gauche et le moignon du pouce est resté sensible. Toutefois, la pince avec l'index reste possible (rapport du 29 mai 2008 du Dr H. \_\_\_\_\_). L'assuré conserve en outre l'usage des autres doigts de la main gauche, alors que la main dominante n'a pas été touchée. Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de considérer que le critère de la gravité ou de la nature des lésions physiques est rempli en l'espèce.

Dans les suites immédiates de l'accident, les médecins ont tenté une réimplantation-revascularisation du fragment arraché. L'assuré a été hospitalisé jusqu'au 14 mai 2007. Le lendemain, il a dû être hospitalisé à nouveau en raison d'une extrémité de pouce violet sombre. Les médecins ont procédé à une reprise chirurgicale, mais ont finalement dû amputer une partie du pouce. Au total, l'assuré a subi trois interventions chirurgicales entre le 9 mai et le 16 mai 2007, puis trois autres interventions en ambulatoire les 25 mai (greffe), 8 juin (nettoyage) et 10 juillet 2007 (cicatrisation). Par la suite, le traitement des atteintes somatiques a consisté essentiellement en physiothérapie et ergothérapie, de manière relativement intensive (deux séances de physiothérapie et trois séances d'ergothérapie par semaine, pendant près d'une année après l'accident, puis une à deux séances par semaine), avec des exercices de rééducation quotidiens. Globalement, le traitement a donc été marqué par des complications liées à l'échec d'une tentative de réimplantation-revascularisation, qui ont nécessité plusieurs interventions chirurgicales. Toutes les interventions ont toutefois été pratiquées dans les quelques semaines qui ont suivi l'accident et n'ont été entachées d'aucune erreur médicale. Le critère d'une erreur dans le traitement, ou des difficultés apparues au cours de la guérison et des complications

importantes ne peut donc pas être considéré comme rempli en l'espèce. Il en va de même de la durée anormalement longue du traitement médical des atteintes somatiques, d'autant qu'une partie des séances d'ergothérapie a été prescrite dans un but de réhabilitation sur le plan psychique (rapport du 28 août 2008 du Dr X.\_\_\_\_\_).

Enfin, si l'assuré présente une incapacité de travail durable dans la profession exercée précédemment, il a, en revanche, recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, telle que décrite par le Dr H.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 29 mai 2008. L'assuré subit une atteinte durable à son intégrité et continue à éprouver des douleurs physiques liées, notamment, à la température extérieure ou à des changements de temps. Au regard des rapports médicaux au dossier, ces douleurs ne sont toutefois pas d'une intensité telle que ce critère, considéré isolément ou en rapport avec la durée de l'incapacité de travail, pourrait permettre de tenir pour établi le rapport de causalité adéquate litigieux.

**c)** Au vu de ce qui précède, en l'absence de rapport de causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés par le recourant et l'accident assuré, l'intimée était fondée à considérer que seules les séquelles somatiques découlant de l'accident donnaient droit à une indemnisation. Dans ce contexte, il y a lieu de renoncer à un complément d'instruction.

**4.** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition litigieuse. Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA) ni alloué de dépens, vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,**

**la Cour des assurances sociales**  
**prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision sur opposition rendue le 27 juillet 2009 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 Dupont (pour le recourant),
- Me Derivaz (pour l'intimée),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :